

# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie – Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	275
2 <sup>e</sup> trimestre 2013	276
2 <sup>e</sup> Partie – Jurisprudence	287
I. Conseil d'État, 2 octobre 2013 Prestation non effectuée - Double facturation d'une même prestation - Infraction matérielle - Absence de cause de justification ou d'excuse	288
II. Cour du travail d'Anvers, 10 septembre 2013 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , et 168quinquies, § 2, 3 <sup>o</sup> et § 3, premier alinéa, 1 <sup>o</sup> , de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités Exercice d'activités non autorisées - Petites annonces	292
III. Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Loi du 11 avril 1995, article 20 Indemnités d'incapacité de travail – Allocations de chômage – Intérêts judiciaires	295
IV. Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Critères d'évaluation de l'incapacité de travail – La capacité de travail à temps plein n'est pas un critère d'évaluation de l'incapacité de travail	297
V. Tribunal du travail de Courtrai, Section de Courtrai, 4 septembre 2013 Loi du 14 juillet 1994, article 100 Incapacité de travail - SCF - Effort physique supplémentaire - Travail à mi-temps - Catégorie de professions	299
VI. Cour du travail d'Anvers, Section de Hasselt, 27 juin 2013 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Critères d'évaluation de l'incapacité de travail - Mentions qui doivent figurer sur le certificat médical présenté par l'assuré pour l'évaluation pertinente de l'incapacité de travail - Rôle des circonstances socio-familiales	300
VII. Cour du travail de Bruxelles, 29 avril 2013 Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 325, 326, §§ 1 <sup>er</sup> et 3, c. et 327 - Non récupération de l'indu - Inscription en frais d'administration	303
VIII. Cour du travail de Bruxelles, 20 mars 2013 Autorité de la chose jugée Code judiciaire, article 700, alinéa 2 - Recevabilité - Application de la loi dans le temps	306

IX. Cour du travail de Bruxelles, 7 mars 2013 Code judiciaire, articles 2, 52, 53 et 867 Loi du 14 juillet 1994, article 23, § 3 A.R. du 3 juillet 1996, articles 138, 139 et 142 Nature du délai d'introduction de la demande – Pas de prolongation	312
---	-----

### 3<sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires 317

I. Projet "Back to work" Economies réalisées	318
II. Point de contact national belge "Info Soins de santé transfrontaliers.be"	321
III. Syndrome d'Asperger Dépistage, diagnostic et suivi – Rôle des centres de référence pour les troubles du spectre autistique	322
IV. Prescription médicale informatisée Généralisation	324

### 4<sup>e</sup> Partie - Directives 327

I. Déclaration sur l'honneur d'une personne à charge	328
II. Article 294, § 1 <sup>er</sup> , 14 <sup>o</sup> , deuxième alinéa, sous a), 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 Liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable	334
III. Addendum à la circulaire O.A. n° 2011/24-406/8 du 17 janvier 2011 <sup>1</sup> concernant la procédure de régularisation en cas de reprise d'un travail non autorisé par un titulaire reconnu en incapacité de travail	335

### 5<sup>e</sup> Partie – Données de base 343

I. Revalorisation des prestations au 1 <sup>er</sup> septembre 2013	344
II. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224 § 3)	349

1. Publiée dans le B.I. n° 2010/4.

6 <sup>e</sup> Partie – Statistiques	351
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé – 1 <sup>er</sup> semestre 2013	352
7 <sup>e</sup> Partie - Prix des publications	373
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014	374



1<sup>re</sup> Partie

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



## 2<sup>e</sup> trimestre 2013

# I. Aspects institutionnels et administratifs

## 1. Échantillon permanent

À partir de 2013, un nouveau mode de financement de l'échantillon permanent entre en vigueur.<sup>1</sup> L'Agence intermutualiste est indemnisée pour la constitution, l'entretien et la mise à disposition de l'échantillon permanent sur la base d'une partie structurelle (50.000 EUR) et d'une partie variable (50.000 EUR). La partie structurelle est basée sur des coûts récurrents, prévisibles. La partie variable concerne des prestations dont l'ampleur varie dans le temps et qui sont difficilement prévisibles. Chaque année, le Conseil général de l'assurance soins de santé doit approuver ces montants.

Au demeurant, les nouvelles dispositions donnent à l'Agence intermutualiste accès aux données de l'échantillon permanent. Le délai de conservation de ces données est étendu et passe de 10 à 30 ans.

## 2. Campagne de prévention vaccination 2013

Dans le cadre du protocole d'accord conclu avec les Communautés, l'assurance soins de santé et indemnités intervient dans les coûts des vaccins dans le cadre des campagnes de prévention. Le budget a également été fixé pour l'année 2013.<sup>2</sup> Au total, pour les 3 Communautés, ce budget s'élève à 30.050.000 EUR.

## 3. Organes d'accréditation

Tant au sein du Groupe de direction de l'accréditation que dans les Comités paritaires, le quorum de présences requis (au moins la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe) n'est pas toujours atteint, ce qui empêche les organes de prendre des décisions valables.

Pour remédier à ce problème, entre en vigueur le 5 mai 2013 le principe selon lequel, s'il n'est pas répondu à la condition de présence pour chaque groupe, les points mis à l'ordre du jour sont reportés à la réunion suivante, lors de laquelle une décision peut être prise sans qu'il soit satisfait à la condition de présence.<sup>3</sup>

1. A.R. du 21.03.2013 modifiant l'A.R. du 09.05.2007 portant exécution de l'art. 278 de la loi-programme (I) du 24.12.2002, M.B. du 08.04.2013, p. 21675.

2. A.R. du 14.04.2013 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national pour l'année 2013, M.B. du 24.04.2013, p. 24857.

3. A.R. du 25.04.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, en ce qui concerne le quorum de présence pour le Groupe de direction de l'accréditation et les comités paritaires, M.B. du 10.05.2013, p. 27017.

## II. Soins de santé

### 1. Dispensateurs de soins

#### a. Praticiens de l'art infirmier

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, la communication, entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs, des documents médico-administratifs (échelle de Katz, notification de soins palliatifs, notification de prestations infirmières techniques spécifiques) se fait obligatoirement via le réseau électronique MyCareNet.<sup>4</sup> Le formulaire relatif à l'échelle d'évaluation est également modifié à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.<sup>5</sup> Ces modifications simplifient la procédure via MyCareNet.

#### b. Logopèdes

Le 1<sup>er</sup> juillet 2013 est entré en vigueur un arrêté royal réglant le financement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes (A.R. rattaché à l'ancien A.R. du 02.07.2010).<sup>6</sup>

Celles-ci reçoivent annuellement à charge des frais d'administration de l'INAMI un montant constitué de deux parties :

- d'une part un montant de base de 87.818,15 EUR par organisation professionnelle représentative
- et
- d'autre part, un montant complémentaire dépendant du nombre de membres de l'organisation et du pourcentage de dispensateurs de soins conventionnés (27,43 EUR x (nombre de membres) x % dispensateurs de soins conventionnés).

Le paiement est effectué en deux tranches :

- 75 % avant le 31 mars de l'année en question et, en ce qui concerne 2013, dans le mois qui suit la publication de l'arrêté royal au Moniteur belge
- 25 % dans les trois mois après que les comptes annuels pour l'année concernée approuvés par l'assemblée générale ont été transmis à l'INAMI.

#### c. Établissements et services de soins

##### MAISONS MÉDICALES

Un nouveau modèle de financement des maisons médicales est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2013.<sup>7</sup>

4. A.R. du 25.04.2013 modifiant l'art. 8 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.05.2013, p. 34138.

5. Règlement du 08.04.2013 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.06.2013, p. 41083.

6. A.R. du 04.06.2013 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'INAMI octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des logopèdes, M.B. du 21.06.2013, p. 40049.

7. A.R. du 23.04.2013 portant exécution de l'art. 52, § 1<sup>er</sup>, de la loi SSI, relatif aux maisons médicales, M.B. du 30.04.2013, p. 25762 et A.R. du 23.04.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 30.04.2013, p. 25769.

Le système prévoit un nouveau calcul des montants forfaitaires, avec un montant forfaitaire spécifique pour chaque maison médicale. Auparavant, le financement était basé sur des groupes de prestations et des catégories de maisons médicales.

Le nouveau financement pourra exclusivement être appliqué :

- à la population dite “stable” (bénéficiaires inscrits depuis au moins 1 an dans la maison médicale)
- aux maisons médicales “matures” (qui existent depuis plus de 2 ans) avec une population stable de plus de 500 patients.

Le calcul des forfaits est effectué à l’aide des variables du système de la responsabilité financière des organismes assureurs.

## HÔPITAUX

### Financement de l’hémodialyse

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, un arrêté royal réalise une économie sur les forfaits de dialyse par une augmentation de l’indice.<sup>8</sup>

### Facturation électronique

La possibilité de facturer électroniquement s’étend à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013 aux services organisés par les conseils médicaux de certains hôpitaux. Ceux-ci peuvent donc dorénavant envoyer aux organismes assureurs une facture électronique à la place d’une facture papier, pour autant que l’hôpital facture lui-même déjà les prestations de santé par voie électronique.

## CSJ, MRS ET MRPA

### Aides-soignants

Depuis la publication par le SPF Santé publique des actes infirmiers que les aides-soignants peuvent effectuer dans certaines conditions et des règles selon lesquelles les aides-soignants peuvent être enregistrés, les résidents d’un centre de soins de jour, d’une maison de repos et de soins et d’une maison de repos pour personnes âgées peuvent uniquement être soignés par un praticien de l’art infirmier ou un aide-soignant. Ce dernier assiste le praticien de l’art infirmier et aide les patients dans leurs actes de la vie journalière, la conservation de leur autonomie et leur qualité de vie.

Il y a peu de temps encore, les soignants non enregistrés étaient encore pris en considération par l’INAMI pour le financement de la norme de personnel “personnel soignant”. Ils remplissent des tâches de nature logistique.

Cependant, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013, tous les membres du personnel soignant nouvellement engagés par l’établissement doivent être enregistrés en tant qu’aides-soignants. 5 % seulement de la norme de personnel peut encore être remplie par des soignants non enregistrés qui étaient déjà employés par l’établissement avant la date du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

8. A.R. du 28.03.2013 modifiant l’A.R. du 23.06.2003 portant exécution de l’art. 71 *bis*, §§ 1<sup>er</sup> et 2, de la loi SSI, M.B. du 02.04.2013, p. 20388.



À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, plus aucune exception ne sera admise et tous les membres du personnel soignant devront être enregistrés en tant qu'aides-soignants.<sup>9</sup>

### Conversion lits MRPA-MRS

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, on peut tenir compte, dans le financement des maisons de repos pour personnes âgées et des maisons de repos et de soins, des équivalents MRS non encore utilisés issus du Protocole d'accord n° 3 du 13 juin 2006. Une partie de ces équivalents MRS peut être employée pour la reconversion de lits MRPA en lits MRS. Étant donné que l'intervention pour un lit MRS est supérieure à celle d'un lit MRPA, un financement supplémentaire est prévu en cas de reconversion.<sup>10</sup>

## 2. Prestations

### a. Médecins

#### MÉDECINE GÉNÉRALE

La règle interprétative par laquelle le module de prévention peut être porté en compte par tout médecin généraliste faisant partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes pour autant qu'un des médecins de ce groupe soit détenteur du dossier médical global est supprimée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013.<sup>11</sup> Il s'agit de la date à laquelle la disposition a été insérée dans la nomenclature.<sup>12</sup>

#### AVIS MÉDICAL POUR PATIENTS PALLIATIFS

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'assurance obligatoire soins de santé prévoit une intervention pour un avis médical donné suite à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même.<sup>13</sup>

La réglementation prévoit un soutien pour le médecin traitant confronté à cette question complexe et délicate. Les confrères médecins qui se consacrent spécifiquement à cette matière peuvent conseiller les médecins traitants, si ceux-ci en font la demande. Ils interviennent en tant que "2<sup>e</sup> médecin" ou "médecin consulté" sur la base de leur formation et de leur expertise.

Ce "2<sup>e</sup> médecin" doit conclure un contrat avec un "pouvoir organisateur", qui doit à son tour conclure une convention avec le Comité de l'assurance de l'INAMI. Cette convention définit les règles dans lesquelles le pouvoir organisateur reçoit un financement pour indemniser les avis demandés par les médecins traitants.

Par patient pour lequel un avis est donné, le médecin consulté recevra des honoraires pour son avis, à concurrence de 160 EUR. L'INAMI verse ce montant au pouvoir organisateur qui le reverse ensuite au médecin consulté. Ces honoraires couvrent l'ensemble des frais, y compris les frais de déplacement.

9. A.M. du 16.04.2013 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 30.04.2013, p. 25774.

10. A.M. du 16.05.2013 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 19.06.2013, p. 39444.

11. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 11.06.2012, M.B. du 10.06.2013, p. 36322.

12. Voir B.I.-inami 2013/2-p.204, A.R. du 19.02.2013 modifiant l'art. 2 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.03.2013, p. 19709.

13. A.R. du 07.03.2013 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée pour la fourniture d'avis médicaux consécutive à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même, M.B. du 08.04.2013, p. 21665.

Le pouvoir organisateur est autorisé à retenir de ces honoraires une contribution de maximum 10 EUR pour les frais liés au fonctionnement de son secrétariat.

### PRESTATIONS MÉDICALES SPÉCIALES GÉNÉRALES

La règle interprétative de l'article 11 de la nomenclature, selon laquelle la mise en place d'un drain sus-pubien doit être attestée comme une ponction vésicale, est supprimée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010. Cette règle interprétative était devenue superflue depuis l'adaptation de la réglementation.

### NOMENCLATURE DE LA RÉANIMATION

L'article 13 de la nomenclature a été modifié en profondeur à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2012.<sup>14</sup> Les prestations de l'article 3 étant à présent réparties dans 3 rubriques différentes, attestables par certains groupes professionnels dans certaines circonstances, il y a lieu de prévoir une période transitoire pour permettre aux médecins spécialistes d'intégrer les modifications. Cette période transitoire court jusqu'au 31 décembre 2013 inclus.<sup>15</sup>

### IMAGERIE MÉDICALE

Une règle interprétative produisant ses effets à partir du 1<sup>er</sup> février 2011 explicite que tout médecin spécialiste, à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic, peut porter en compte les prestations en matière d'examen duplex couleur.<sup>16</sup>

### NEUROPSYCHIATRIE

Une règle interprétative relative à l'examen électro-encéphalographique entre en vigueur à partir du 25 juin 2013, en attendant une modification de la nomenclature.<sup>17</sup> Un EEC peut également être porté en compte plus d'une fois par an quand il est réalisé pour les petits patients hospitalisés dans un service NIC.

## b. Praticiens de l'art dentaire

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

La date d'entrée en vigueur de la règle interprétative 01 relative aux radiographies dentaires passe du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 1<sup>er</sup> mars 2011.<sup>18</sup>

14. Voir B.I.-INAMI 2013/1 – p. 49, A.R. du 20.09.2012 modifiant les art. 3, § 1<sup>er</sup>, A, I, 11, 12, § 3, 2<sup>o</sup>, d), 13, 17, § 1<sup>er</sup>, 12<sup>o</sup>, 17 bis; § 1<sup>er</sup>, 5, 17 ter; A, 9<sup>o</sup>, 20, § 1<sup>er</sup>, a), d), e), f), 25, § 2, a), 2<sup>o</sup> 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'erratum, M.B. du 30.11.2012 (Éd. 3), p. 76763.

15. A.R. du 22.04.2013 modifiant l'art. 13, § 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 08.05.2013, p. 26811.

16. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 18.03.2013, M.B. du 10.06.2013, p. 36320.

17. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 27.05.2013, M.B. du 25.06.2013, p. 40483.

18. Voir B.I.-INAMI 2013/1 – p. 52, Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 22.04.2013, M.B. du 03.05.2013, p. 26251.

## c. Kinésithérapeutes

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

L'endermologie ne peut pas être attestée dans le cadre de la nomenclature de kinésithérapie (art. 7), ni par une prestation spécifique "drainage manuel", ni par une autre prestation de la nomenclature de kinésithérapie.<sup>19</sup> Cette précision produit ses effets à partir du 1<sup>er</sup> août 2009, date à laquelle les prestations spécifiques "drainage manuel" ont été introduites.

## d. Orthopédistes

Dans la nomenclature relative aux chaussures orthopédiques, une règle interprétative explicite ce qu'il y a lieu d'entendre par lésion bilatérale.<sup>20</sup> Cette règle interprétative produit ses effets à partir de la date d'entrée en vigueur des prestations (01.02.1993).

## e. Implants

Le 1<sup>er</sup> août 2010 est entrée en vigueur une règle interprétative qui explicite dans quels cas l'assurance soins de santé intervient dans les coûts d'une électrode d'essai qui est retirée.<sup>21</sup>

Le 1<sup>er</sup> avril 2013 a été insérée à l'article 35 de la nomenclature une nouvelle prestation relative à la plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage.<sup>22</sup> Une règle interprétative est associée à cette prestation pour préciser que la prestation ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.<sup>23</sup>

Le 1<sup>er</sup> mai 2013, le remboursement des colles chirurgicales pour usage interne, des produits hémostatiques et des anti-adhésifs a été adapté. D'une part, la prestation pour la colle chirurgicale utilisée lors d'un anévrisme ou au contact d'un organe parenchymateux a été revue, de telle sorte que cette colle ne peut être utilisée qu'au contact d'un organe parenchymateux. D'autre part, la nomenclature a été adaptée afin de supprimer des imprécisions au niveau de son application.

## f. Prestations pharmaceutiques

Le 15 avril 2013 entrent en vigueur de nouveaux modèles d'autorisation.<sup>24</sup> Il s'agit de formulaires donnant l'autorisation de rembourser une spécialité pharmaceutique pour laquelle le tiers-payant est autorisé, et plus précisément de :

- l'autorisation modèle "b" : une autorisation avec une durée de validité limitée
- l'autorisation modèle "d" : une autorisation avec une durée de validité illimitée
- l'autorisation modèle "e" : une autorisation pour un nombre défini de conditionnements
- l'autorisation modèle "c" : une autorisation pour un conditionnement unique.

19. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 08.04.2013, M.B. du 23.04.2013 (Ed. 2), p. 24778.

20. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 27.05.2013, M.B. du 14.06.2013 (Ed. 2), p. 38323.

21. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 08.04.2013, M.B. du 22.04.2013, p. 24393.

22. Voir B.I. 2013/2 – p. 208.

23. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé du 29.04.2013, M.B. du 31.05.2013, p. 35051.

24. A.R. du 03.04.2013 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 08.04.2013, p. 21677.

Ces adaptations sont proposées dans le cadre de la simplification administrative et de l'utilisation de MyCareNet pour la demande d'un accord de remboursement.

En outre, les adaptations garantissent, d'une part, la possibilité pour le médecin demandeur d'utiliser le circuit électronique pour la demande d'accords de remboursement et, d'autre part, la cohérence entre le système pour la demande d'un accord de remboursement via MyCareNet et les données mentionnées sur les modèles d'autorisation.

### CONTRACEPTIFS

Jusques et y compris l'âge de 20 ans, les jeunes femmes reçoivent une intervention supplémentaire dans le prix de certains contraceptifs via l'article 56 de la loi SSI. Cette mesure est poursuivie en 2012.<sup>25</sup>

### ALIMENTATION MÉDICALE

Le 1<sup>er</sup> janvier 2013 entre en vigueur une nouvelle mesure qui prévoit une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour des produits d'alimentation particulière utilisés en cas d'allergie au gluten/à la gliadine ou en cas d'allergie à la farine de céréales sans allergie au gluten.<sup>26</sup>

### PANSEMENTS ACTIFS

La liste des pansements actifs qui font l'objet d'une intervention dans le cadre des mesures pour les bénéficiaires atteints de plaies chroniques est modifiée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.<sup>27</sup>

## III. Indemnités

### 1. Travail adapté au cours de l'incapacité de travail (régime des travailleurs salariés)

#### a. Entrée en vigueur des nouvelles dispositions de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée

Le 12 avril 2013 sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions de l'article 100, § 2, de la loi coordonnée. Ces nouvelles dispositions prévoient la suppression du caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil pour pouvoir exercer un travail adapté.<sup>28</sup>

25. A.R. du 21.05.2013 modifiant l'A.R. du 29.01.2007, fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'art. 56, § 2, 1<sup>o</sup>, de la loi SSI, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, M.B. du 20.06.2013 (Éd. 2), p. 39620.

26. A.R. du 21.03.2013 modifiant l'A.R. du 08.11.1998 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour certains produits de soins à domicile des bénéficiaires souffrant d'une affection grave, visés à l'art. 34, 14<sup>o</sup>, de la loi SSI, notamment pour certains produits d'alimentation particulière, M.B. du 19.04.2013 (Éd. 2), p. 23988.

27. A.R. du 07.05.2013 modifiant l'A.R. du 03.06.2007 portant exécution de l'art. 37, § 16*bis*; al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et al. 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les pansements actifs, M.B. du 06.06.2013, p. 35818.

28. A.R. du 12.03.2013 fixant la date d'entrée en vigueur des art. 16 à 18 de la loi-programme du 04.07.2011, M.B. du 02.04.2013, p. 20386 (Voir également B.I.-INAMI 2013/1, pp. 100 et suiv.).

## b. Les mesures d'exécution<sup>29</sup>

Outre la loi coordonnée, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 a également été modifié.

### DÉCLARATION DE TRAVAIL ADAPTÉ AU COURS DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET DEMANDE D'AUTORISATION

Le titulaire reste obligé de déclarer au préalable toute reprise d'une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail. Cette déclaration doit être faite au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la reprise de l'activité.

Il convient également de demander au médecin-conseil l'autorisation d'exercer cette activité professionnelle et ce, également au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement cette reprise.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur doit prendre sa décision dans un délai de maximum 30 jours ouvrables à dater du premier jour de la reprise de l'activité professionnelle au cours de l'incapacité de travail.

### FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA REPRISE DE TRAVAIL ET DEMANDE D'AUTORISATION

Pour répondre à la nécessité de simplification, la déclaration de la reprise du travail au cours de l'incapacité de travail et la demande d'autorisation du médecin-conseil doivent être introduites par le titulaire auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire unique. Ce formulaire est constitué de deux parties : un volet "déclaration" destiné au service administratif de l'organisme assureur et un volet "autorisation" destiné au médecin-conseil de l'organisme assureur.

### CONSÉQUENCES D'UNE DÉCLARATION TARDIVE

En cas de non-respect par le titulaire du délai et des conditions de la déclaration (et de la demande d'autorisation) de la reprise du travail, certaines "sanctions" bien définies sont prévues. Si la déclaration est faite tardivement, mais dans un délai de 14 jours à dater de la reprise du travail, la sanction consiste en une diminution de 10 % du montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail (qui a éventuellement déjà été diminuée en fonction du montant du revenu professionnel perçu).

Si le titulaire déclare sa reprise du travail plus de 14 jours après la reprise, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée s'appliquent jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil produit ses effets. Dans ce cas, le médecin-conseil doit examiner dans les plus brefs délais l'état d'incapacité de travail de l'intéressé (et plus précisément, dans un délai de 30 jours ouvrables à partir de la déclaration de reprise du travail). Les indemnités octroyées pour les journées de travail sont récupérées.

### CONSÉQUENCES D'UNE REPRISE REFUSÉE

Si une décision de refus de reprise du travail (pour cause d'incompatibilité de l'activité avec l'affection) ou une décision de fin de l'incapacité de travail (parce que, d'un point de vue médical, le titulaire ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 %) est portée à la connaissance du titulaire, celui-ci peut continuer à percevoir les indemnités sous certaines conditions.

29. A.R. du 12.03.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 02.04.2013, p. 20386 et l'erratum, M.B. du 11.04.2013, p. 22455 et le règlement du 19.09.2012 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 17.05.2013 (Éd. 2), p. 28211.

- Si le titulaire a rempli les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation dans les délais, il continue de percevoir, pour la période précédant la date de début de la décision négative du médecin-conseil, ses indemnités – qui ont éventuellement été réduites en fonction du montant du revenu professionnel perçu
- Si le titulaire a rempli tardivement les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation, mais dans un délai de 14 jours civils à partir de la reprise du travail, il reçoit, pour la période qui précède la date de début de la décision négative, ses indemnités (qui ont éventuellement été réduites en fonction du montant du revenu professionnel perçu), mais auxquelles s'appliquent la sanction de la diminution de 10 %
- Si le titulaire a rempli les formalités de la déclaration et de la demande d'autorisation plus de 14 jours civils après la reprise du travail, ce sont les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée qui s'appliquent à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil produit ses effets.

#### PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ

La travailleuse enceinte, qui a accouché ou qui allaite peut, sous certaines conditions, poursuivre son activité indépendante pendant la période d'écartement du travail dans laquelle elle se trouve dans le cadre de son activité salariée.

Une de ces conditions est que cette travailleuse salariée doit demander au préalable l'autorisation auprès de son organisme assureur au moyen d'un formulaire de demande d'autorisation. Dans cette situation, la condition de l'autorisation préalable du médecin-conseil continue donc de s'appliquer pour cette travailleuse salariée (pour éviter qu'elle-même ou son enfant ne courent un risque de par la poursuite de son activité indépendante).

## 2. Incapacité de travail travailleurs indépendants

### Réadaptation professionnelle et indemnités d'incapacité de travail

En vue de sa réinsertion, le travailleur indépendant en incapacité de travail peut suivre une formation professionnelle dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle reconnu par le Conseil médical de l'invalidité.

Pour mettre concrètement en œuvre ces programmes de réadaptation professionnelle, des conventions sont notamment conclues entre l'INAMI, les organismes assureurs et les instances des bureaux de placement et de formation professionnelle telles que le VDAB et le FOREM.

Le 16 juin 2013 est entrée en vigueur une disposition prévoyant que les avantages octroyés par les organismes chargés de l'intégration socio-professionnelle des personnes handicapées ne sont pas considérés comme des revenus.

Normalement, le montant des indemnités d'incapacité de travail est diminué à partir du 7<sup>e</sup> mois de  $\frac{3}{4}$  du revenu professionnel perçu au cours d'un programme de réadaptation professionnelle. Cette règle ne s'applique par conséquent plus quand une "indemnité de formation" - dont le montant même dépend du montant de l'indemnité d'incapacité de travail - est payée dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle agréé.<sup>30</sup>

30. A.R. du 08.05.2013 modifiant l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 06.06.2013, p. 35819.

### 3. Adaptations au bien-être<sup>31</sup>

#### a. Augmentation du plafond AMI

Le montant du salaire maximum pris en considération pour le calcul des indemnités est augmenté de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013. Ce nouveau plafond ne s'applique à partir de cette date que pour les nouveaux cas en incapacité de travail primaire, invalidité, maternité, congé de naissance ou congé d'adoption.

#### b. Revalorisation des minima

Suite à l'augmentation de la pension minimum de 1,25 %, les indemnités minimums pour un "travailleur salarié régulier" (titulaire avec charge de famille et titulaire sans charge de famille-isolé) sont également augmentées de 1,25 %. L'indemnité minimum pour "travailleur salarié régulier" (pas de liaison à la pension minimum) octroyée au titulaire sans charge de famille-cohabitant, dont le montant est expressément déterminé par l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est également augmentée de 1,25 %. Cette revalorisation entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Les minima "travailleur salarié non régulier" augmentent de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre.

#### c. Intervention pour l'aide d'une tierce personne

L'intervention pour l'aide d'une tierce personne est portée à 20 EUR à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013. Tous les titulaires en incapacité de travail qui répondent aux critères pour la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne peuvent bénéficier de cette augmentation.

#### d. Augmentation de la prime de rattrapage

En 2013, la prime de rattrapage payée dans le courant du mois de mai aux invalides dont la durée de l'incapacité de travail a atteint au minimum 1 an à la date du 31 décembre de l'année précédente a été augmentée dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés. Le montant de base forfaitaire de cette prime s'élève à 207,7227 EUR (indexé à 274,09 EUR). En 2014, ce montant de base sera encore augmenté et passera à 233,4901 EUR.

### 4. Allocation pour frais funéraires

Suite à la suppression de l'allocation forfaitaire pour frais funéraires au 1<sup>er</sup> janvier 2013, un certain nombre d'adaptations formelles devaient encore être apportées à la réglementation. Le chapitre du règlement sur les indemnités du 16 avril 1997, qui précise les règles relatives au paiement de cette intervention, est abrogé.<sup>32</sup>

31. A.R. du 21.05.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.06.2013, p. 36719, A.R. du 21.05.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 12.06.2013, p. 36718 et l'erratum M.B. du 24.06.2013, p. 40189.

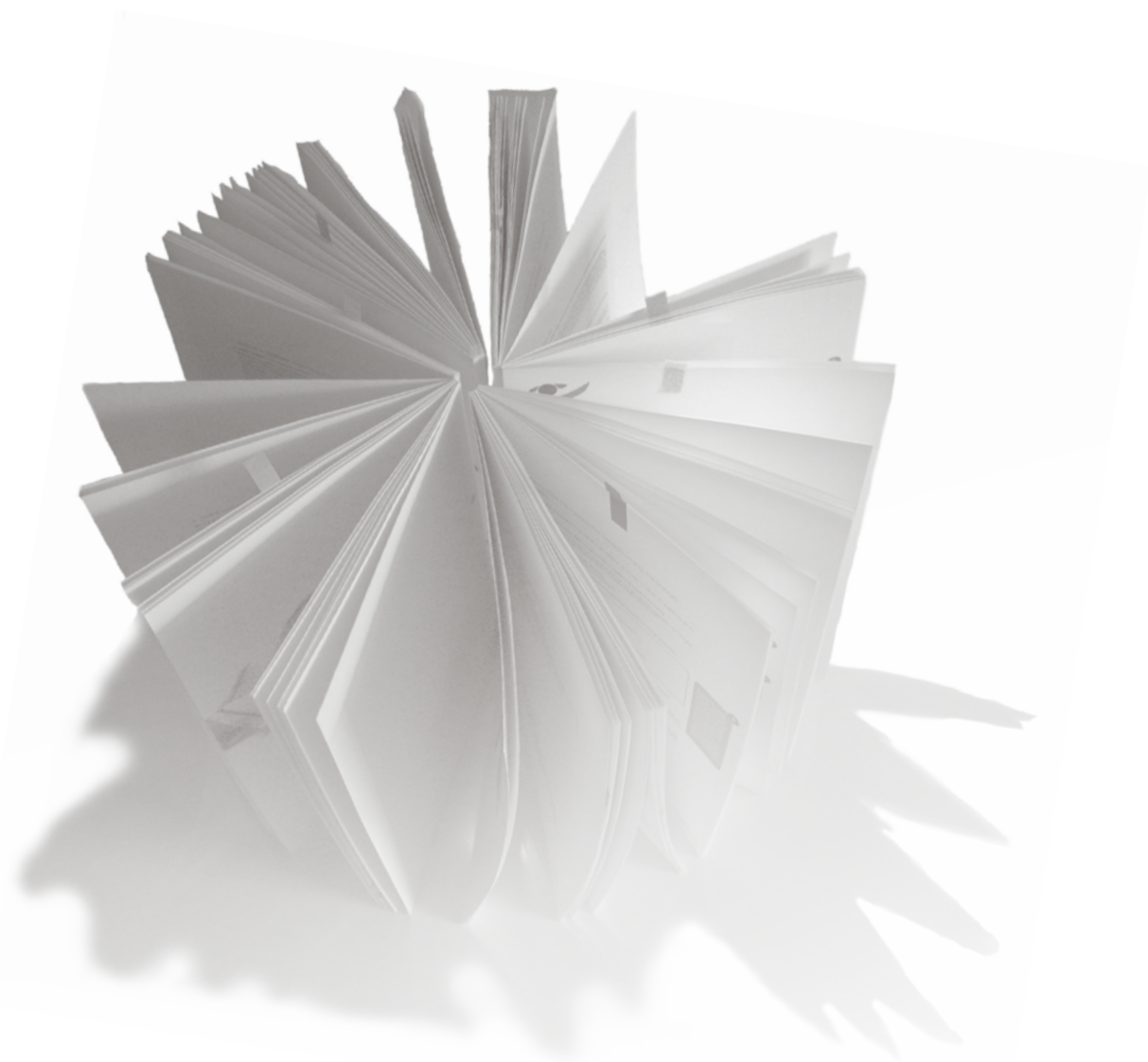
32. Règlement du 22.05.2013 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 18.06.2013, p. 39205.





# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Conseil d'État, 2 octobre 2013

## Prestation non effectuée – Double facturation d'une même prestation – Infraction matérielle – Absence de cause de justification ou d'excuse

*Porter en compte à l'assurance soins de santé une prestation non effectuée est une infraction matérielle qui ne requiert pas l'existence d'une intention frauduleuse.*

*L'infraction, commise librement et en toute conscience, engage la responsabilité du dispensateur de soins qui ne démontre pas l'existence d'une cause de justification.*

O.P. c./INAMI  
Arrêt n° 224.943

...

## IV. Premier moyen

### IV.1. Thèses des parties

Le requérant soulève un premier moyen, pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et de la violation de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal. Il soutient que, dans ses conclusions, il avait soulevé la prescription de l'amende en raison de l'écoulement du délai de deux ans, prenant cours à la date du procès-verbal du constat "conformément à l'ancien article 141, § 7 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, actuel article 142, § 3" sur la base du raisonnement suivant :

1. le délai initial de prescription de 3 ans a été remplacé par un délai de deux ans suite à l'entrée en vigueur, le 15 mai 2007, de l'article 256 de la loi du 27 décembre 2006,
2. en vertu de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal, c'est la loi la plus favorable qui doit s'appliquer au prévenu, y compris en matière de prescription,
3. l'article 141, § 7 de la loi était applicable à la procédure diligentée par le fonctionnaire dirigeant du SECM, qui devait donc notifier sa décision au plus tard le 14 mars 2008 ; et que la justification du rejet de son argumentation ne répond pas à l'argument relatif à l'article 2, alinéa 2, du Code pénal et viole donc l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe que l'article 2, alinéa 2, du Code pénal n'a été invoqué pour la première fois que dans les conclusions déposées devant la Chambre de recours le 7 décembre 2010 ; que cette disposition était évoquée dans le moyen relatif à la prescription de l'affaire, qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; et que la Chambre de recours s'est prononcée sur la prescription de l'affaire dans sa décision et a donc motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Dans son mémoire en réplique (intitulé "Mémoire en réponse"), le requérant fait valoir que la jurisprudence citée par la requérante n'est pas pertinente puisque les décisions en question concernaient des éléments factuels auxquels il n'aurait pas été répondu et non l'application de normes juridiques invoquées par une partie, tel étant le cas du requérant, qui invoquait l'article 2, alinéa 2, du Code pénal ; et que la décision attaquée viole donc l'article 149 de la constitution.

## IV.2. Décision du Conseil d'État

Au regard des développements de la requête en cassation, le moyen doit être considéré comme étant uniquement pris de la violation de l'article 149 de la Constitution. Le requérant y soutient que la décision attaquée violerait cette disposition, puisque la chambre de recours ne se serait pas spécifiquement prononcée sur l'application, en l'espèce, de l'article 2, alinéa 2, du Code pénal, alors qu'il invoquait le bénéfice de l'application de cette dernière disposition pour justifier que c'est le nouveau délai de prescription, de deux ans, qui devait s'appliquer et non l'ancien, de trois ans, et qu'à supposer que ce ne serait pas le cas, il y aurait une discrimination.

En l'espèce, la Chambre de recours expose, sous le titre "La prescription", d'une part, les raisons pour lesquelles elle estime que le régime transitoire instauré par la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé justifie que ce soit bien le délai de prescription de trois ans qui s'applique, même si la réglementation a été modifiée en cours de procédure, et, d'autre part, les raisons pour lesquelles il n'y a pas de discrimination.

Par ces considérations, la Chambre de recours a exposé les raisons qui l'ont menée à conclure que le délai de prescription de trois ans était applicable en l'espèce, ce dont se déduit l'absence d'incidence de la règle contenue dans l'article 2, alinéa 2, du Code pénal dans l'affaire dont elle était saisie, et a donc régulièrement motivé sa décision sur ce point.

Le moyen n'est donc pas fondé.

## V. Deuxième moyen

### V.1. Thèses des parties

Le requérant soulève un deuxième moyen, pris de la violation de l'article 149 de la Constitution et de la violation des articles 2, n, 73*bis*, 1°, et 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Il y soutient que le SECM s'est prévalu de la qualité de dispensateur de soins dans le chef du requérant pour considérer qu'il a enfreint l'article 73*bis*, 1°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ; qu'il avait soulevé dans ses conclusions qu'il ne pouvait être considéré comme un dispensateur ou comme une personne assimilée au sens de l'article 2, n, de cette loi ; qu'il n'est aucunement intervenu comme dispensateur de soins, mais a uniquement établi le document comme mandataire d'un prestataire de soins ; qu'il n'emploie pas d'autres médecins ; qu'il n'organise pas la dispensation des soins et ne perçoit pas les sommes dues pour l'assurance soins de santé ; que la décision attaquée considère néanmoins qu'il peut être condamné ; que la Chambre de recours viole les articles 2, n, 73*bis*, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée en étendant le champ d'application de la loi aux titulaires d'un diplôme de médecine n'étant néanmoins pas des praticiens de l'art de guérir puisqu'ils ne le pratiquent pas ; et qu'à défaut de motivation et de fondement légal, le moyen est fondé.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse observe qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; que la Chambre de recours a répondu au moyen dans le point relatif au "Dispensateur de soins" ; et que la Chambre de première instance s'était également prononcée sur ce point dans sa décision.

Dans son mémoire en réplique (intitulé "Mémoire en réponse"), le requérant fait valoir qu'il ne peut être tenu compte de la motivation de la décision de la chambre de première instance ; que la décision attaquée ne rencontre pas son argumentation quant au champ d'application des articles 2, n, 73bis, 1°, et/ou 141 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ; et qu'il ne soumet pas au Conseil d'État une question de fait mais l'application d'une norme de droit.

## V.2. Décision du Conseil d'État

Au regard des développements de la requête, le moyen doit être considéré d'une part, comme critiquant la portée donnée, par la Chambre de recours, à la notion légale de "dispensateur de soins" pour infliger l'amende litigieuse au requérant, et, d'autre part, comme reprochant à ladite chambre de n'avoir pas exposé les raisons pour lesquelles elle rejette l'argument selon lequel le requérant ne pouvait précisément être qualifié de "dispensateur de soins".

Le moyen vise les articles 2, n, 73bis, 1°, et 141 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans toutefois préciser en quel état d'application ces dispositions (ou l'une d'entre elles, plus particulièrement) auraient été méconnues.

Il convient pourtant de rappeler que, depuis qu'ont été commis les faits reprochés au requérant, ces dispositions ont fait l'objet de plusieurs modifications au regard desquelles le grief formulé par le moyen peut être apprécié différemment.

Dès lors qu'il ne permet pas au Conseil d'État d'exercer le contrôle dont il est saisi par la présente requête en cassation, le moyen ainsi formulé est irrecevable en tant qu'il reproche à la décision attaquée la portée qu'elle a donnée à la notion légale de "dispensateur de soins".

Par ailleurs, par les motifs exposés dans la décision attaquée, la Chambre de recours a régulièrement motivé sa décision au regard de l'article 149 de la Constitution.

Le moyen n'est donc pas fondé.

## VI. Troisième moyen

### VI.1. Thèse des parties

Le requérant soulève un troisième moyen, pris de l'appréciation manifestement déraisonnable et erronée des faits et arguments, de la contradiction dans les motifs, de l'erreur manifeste d'appréciation et de la violation de la loi et de la violation de l'article 149 de la Constitution.

Il y indique qu'il soutenait, dans ses conclusions, l'absence de cumul possible entre la responsabilité pénale de la personne morale, à savoir l'ASBL C. et de la personne physique, à savoir lui, conformément à l'article 5 du Code pénal ; qu'il indiquait qu'il s'agit d'une sanction de nature pénale, qu'il n'a pas agi de mauvaise foi et que les prestations en question n'étaient pas celles pour lesquelles il avait dispensé des soins ; qu'il y soulignait également qu'il ne peut y avoir de cumul entre la responsabilité d'une personne morale et celle d'une personne physique, sauf si cette dernière a commis l'infraction sciemment et volontairement et que la responsabilité de la personne morale doit être engagée si l'infraction a été commise dans le cadre de la réalisation de son objet social ou dans son intérêt ; que la décision attaquée est fondée sur le fait que "c'est librement et de manière consciente que le Docteur O. a porté en compte à l'INAMI une prestation non effectuée" ; que toutefois, l'INAMI a reconnu qu'il n'a pas agi de mauvaise foi, de sorte que la Chambre de recours se fonde sur une appréciation erronée ou manifestement déraisonnable des faits ; que la Chambre de recours indique également que "Le grief étant établi, la présente chambre considère que la sanction infligée au Docteur O. a été appliquée avec modération vu les circonstances de la cause. En effet, il s'agit d'une infraction commise visiblement sans fraude ni but de lucre, résultant d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention" ; qu'il est contradictoire de soutenir, d'une part, qu'il aurait agi "librement et de manière consciente" et, d'autre part, que cela résulterait d'une inattention, d'un défaut de surveillance ou d'organisation, bref en dehors de toute volonté consciente ; que la décision attaquée indique également que "Dans le cas d'espèce, il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur O. que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute" ; et que cette affirmation ne reflète pas la réalité puisqu'il invoque une faute du service informatique qui est d'ailleurs mise en avant par la décision attaquée, ce qui traduit une contradiction et une inexactitude des faits.

Dans son mémoire en réponse, la défenderesse objecte qu'en vertu de la jurisprudence du Conseil d'État et de la Cour de cassation, l'obligation de motivation prévue par l'article 149 de la Constitution est une simple obligation de forme, étrangère à la valeur ou à la pertinence des motifs de la décision et la juridiction ne doit pas répondre à tous les arguments invoqués par la partie requérante ; et que la Chambre de recours a correctement répondu au moyen dans sa partie relative au grief.

Dans son mémoire en réplique, le requérant fait valoir que c'est à bon droit qu'il invoque des contradictions et des erreurs manifestes d'appréciation ; et que, tenant compte des contradictions émaillant la décision, il n'est pas possible de connaître les motifs pour lesquels l'argument tiré de l'article 5 du Code pénal a été rejeté.

## VI.2. Décision du Conseil d'État

Le requérant reproche à la Chambre de recours, d'une part, d'avoir contradictoirement considéré qu'il a agi "librement et de manière consciente" et que, l'infraction résulte "d'un défaut d'organisation, soit d'un défaut de surveillance, soit d'inattention" et, d'autre part, en raison de cette contradiction, d'avoir incorrectement motivé le rejet de l'argument relatif à l'existence d'une faute dans le chef de l'ASBL C.

Dès lors que l'infraction considérée ne requiert pas l'existence d'une intention frauduleuse, il n'est pas incompatible de considérer, d'une part, qu'en attestant la prestation considérée, le requérant a commis l'infraction librement et en toute conscience, la Chambre de recours motivant d'ailleurs longuement sa décision sur ce point, et, d'autre part, que, n'ayant pas spécifiquement voulu que cette infraction soit commise, le taux de la sanction devait être mineur.

Par ailleurs, la Chambre de recours ayant exposé, dans la partie de sa décision relative à l'existence d'une cause de justification ou d'excuse, les raisons pour lesquelles elle estimait qu'aucune erreur informatique n'est démontrée par le requérant, elle pouvait régulièrement indiquer plus loin qu'"il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur O. que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute".

Le moyen n'est donc pas fondé.

...

## II. Cour du travail d'Anvers, 10 septembre 2013

Article 100, § 1<sup>er</sup> et 168quinquies, § 2, 3<sup>o</sup> et § 3, premier alinéa, 1<sup>o</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Exercice d'activités non autorisées - Petites annonces

*La première condition pour être reconnu en incapacité de travail est que le titulaire cesse toutes ses activités professionnelles. La notion d'"activité" est très largement interprétée. Il faut entendre par "activité" toute activité à caractère productif exercée dans un contexte social dont on peut retirer directement ou indirectement un avantage économique pour soi-même ou pour autrui, même lorsque cette activité n'est exercée qu'occasionnellement ou exceptionnellement. Le caractère de l'activité, par exemple un hobby, un service d'ami ou un loisir, n'est pas pertinent.*

*Il ressort d'une enquête d'un contrôleur social de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité que l'assuré social a, pendant sa période d'incapacité de travail, organisé par le biais de petites annonces la vente de poissons d'ornement issus de son propre élevage, de nourriture pour poissons et de meubles à aquariums neufs.*

*L'élevage et la vente de poissons d'ornement et de matériel ad hoc en période d'incapacité de travail sont avérés par les constatations visuelles faites par le contrôleur, par le contrôle des petites annonces et par les propres déclarations faites par l'assuré social. La Cour du travail estime dès lors qu'il est incontestablement établi que l'assuré social a repris une activité non autorisée à caractère productif de laquelle il a pu retirer directement ou indirectement un avantage économique.*

*Vu la reprise d'une activité sans autorisation préalable du médecin-conseil, la Cour du travail confirme l'exclusion du droit à 21 jours indemnissables dans l'assurance incapacité de travail sur la base de l'article 168quinquies, § 2, 3<sup>o</sup> et § 3, premier alinéa, 1<sup>o</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

R.G. 2012/AA/805

K.C. c./INAMI

...

## 4. Ten gronde

### 4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Overeenkomstig artikel 168*quinquies*, § 2, 3<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt van het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid uitgesloten, de sociaal verzekerde die tijdens een uitkeringsgerechtigde periode:

- ofwel een activiteit heeft hervat zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer
- ofwel de verzekeringsinstelling niet op de hoogte gebracht heeft van de hervatting van een activiteit
- ofwel zijn inkomsten niet heeft aangegeven aan zijn verzekeringsinstelling.

Overeenkomstig artikel 168*quinquies*, § 3, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt de duur van de uitsluiting voorzien in § 2, 3<sup>o</sup> vastgesteld in functie van de duur van de inbreuk. De verzekerde die gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 30 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 1 dag en ten hoogste 36 dagen.

Bij bestreden administratieve beslissing van de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering van 11 oktober 2011 werd C. in toepassing artikel 168*quinquies*, § 2, 3<sup>o</sup> en § 3, eerste lid, 1<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 uitgesloten van het recht op 21 daguitkeringen.

C. gaat niet akkoord met de door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering opgelegde sanctie en hij laat gelden:

- dat het om zeer beperkte schaal kweken en verkopen van siervissen een hobby is van zijn dochters die in geen enkel geval ingeschakeeld is in het economisch ruilverkeer van goederen en diensten en die allerminst productief is of zou kunnen zijn
- dat de verkoop van overtollige aquaria geen productieve activiteit is en hoogstens beheer van eigen bezit betreft.

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering besluit dat de feiten onmogelijk kunnen betwist worden aangezien de feiten blijken uit de eigen verklaring van C., uit het onderzoek van de zoekadvertenties en de vaststellingen van de sociaal inspecteur.

### 4.2. Beoordeling

Om arbeidsongeschikt te worden erkend moet de gerechtigde, overeenkomstig artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, elke werkzaamheid onderbroken hebben als rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen die zijn verdienvermogen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een vergelijkbaar persoon kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De eerste voorwaarde om als arbeidsongeschikt te worden erkend vereist dat alle werkzaamheden door de gerechtigde werden stopgezet.

In de rechtspraak wordt het begrip “werkzaamheid” zeer ruim geïnterpreteerd.

Volgens vaste rechtspraak moet als werkzaamheid worden beschouwd elke activiteit met een productief karakter die verricht wordt in het maatschappelijk verkeer waarin men rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen voor zichzelf of voor anderen, ook wanneer deze activiteit slechts occasioneel of uitzonderlijk wordt uitgeoefend.

Het karakter van de activiteit, bijvoorbeeld als hobby, vriendendienst of tijdverdrijf, is niet relevant (Zie J. Put, “Arbeid tijdens het genot van sociale zekerheidsuitkeringen”, Or. 1992, 75; D. Simoens, “Ziekteverzekering, tak uitkeringen, wetgeving en rechtspraak”, T.S.R. Bijzonder nummer 1996, 417; Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011, Wetgeving – rechtspraak, J. Put, V. Verdeyen (editors), Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen, pag. 456).

Uit het onderzoek gevoerd door een sociaal controleur van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering blijkt dat C. via het plaatsen van zoekertjes op het internet – sedert 4 september 2009 de verkoop heeft georganiseerd van zelfgekweekte sierviessen, visvoeder en nietuwe aquariumkasten.

De uitgevoerde activiteit wordt door de sociaal controleur in het proces-verbaal van 7 juli 2011 tot vaststelling van inbreuken, nadat C. op 6 juli 2011 werd verhoord, als volgt omschreven:

“Betrokkene is sinds 1988 bezig met het kweken van malawi cichliden. Na een aantal jaren gestopt te zijn is hij, sinds de verhuis naar zijn huidig woonadres op 9 april 2009, terug gestart met het kweken en verkopen van vissen, voeder en aquariums.

Uit nazicht van een viertal “zoekertjes” op het internet blijkt dat betrokkene minstens sedert 4 september 2009, plaatsing eerste gevonden zoekertje, verschillende soorten vissen uit nakweek te koop aanbiedt. Tevens biedt hij in hetzelfde zoekertje verschillende soorten voedsel te koop. Ook nieuwe aquariumkasten zijn bij hem te verkrijgen.

De vissen worden te koop aangeboden vanaf 3 EUR, naargelang de grootte en de soorten van de vissen.

In het tweede zoekertje, geplaatst op internet begin januari 2011, biedt betrokkene vissen aan aan de prijs vanaf 4 EUR, naargelang de grootte en zeldzaamheid van de vissen. Betrokkene stelt hier reeds sinds 1988 begonnen te zijn met het kweken van vissen.

Een derde zoekertje werd geplaatst op 21 februari 2010 waarin betrokkene vissen, voeder en aquariums te koop aanbiedt.

Alle zoekertjes vermelden de naam, het adres, telefoonnummer, GSM-nummer en e-mail adres van betrokkene”.

C. tracht tevergeefs alle activiteiten toe te schrijven aan zijn twee dochters maar dit stemt niet overeen met de feitelijke vaststellingen:

- alle commerciële contactgegevens verwijzen exclusief naar C. en niet naar de kinderen
- de kinderen verblijven om de 14 dagen bij C.; daardoor is het noodzakelijk dat hij zelf instaat voor de noodzakelijke werkzaamheden op het moment dat de kinderen afwezig zijn: om de twee dagen dienen de vissen gevoederd, verkoop is soms wekelijks, het verversen van water en het reinigen van de aquariums (15-tal aquariums in een hok net achter de woning en verschillende aquariums in het hok achteraan de tuin aan de garage) is op een ritme dat niet overeenstemt met het verblijfsritme van de kinderen.



Het kweken en verkopen van siervissen en bijhorend materiaal (voeder en aquariums) tijdens periode van arbeidsongeschiktheid blijkt uit de visuele vaststellingen van de controleur, uit nazicht van de zoekadvertenties en uit de eigen verklaring van C., zodat het onomstotelijk vaststaat dat C. een niet toegelaten arbeid met een productief karakter heeft hervat waarbij hij of zij rechtstreeks of onrechtstreeks een economisch voordeel kan halen.

C. beschikte evenwel niet over de toestemming van de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds om bovengenoemde activiteiten tijdens de periode van zijn arbeidsongeschiktheid uit te oefenen en hij liet tevens na zijn ziekenfonds in kennis te stellen van bovengenoemde activiteiten.

Gelet op de hervatting van activiteit zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer werd in het bestreden vonnis terecht de uitsluiting op grond van artikel 168<sup>quinquies</sup>, § 2, 3<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

### III. Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013

Loi du 14 juillet 1994, article 100

Loi du 11 avril 1995, article 20

Indemnités d'incapacité de travail – Allocations de chômage – Intérêts judiciaires

*Le titulaire qui, en attendant la décision relative à la contestation de son incapacité de travail, a déjà reçu des allocations de chômage de l'Office national de l'emploi, peut uniquement percevoir de l'organisme assureur la différence entre ces allocations de chômage et les indemnités de maladie-invalidité. L'organisme assureur doit rembourser à l'ONEM le montant des allocations de chômage entre-temps versées au travailleur salarié à concurrence du montant total des arriérés d'indemnités de maladie-invalidité auxquels l'intéressé a droit.*

*Étant donné que l'organisme assureur ne peut, par rapport au titulaire, être condamné qu'à la différence entre les allocations de chômage et les indemnités de maladie-invalidité, les intérêts légaux et judiciaires ne peuvent être octroyés que sur ce montant.*

R.G. 11/2676/A

S.B. c./INAMI et O.A.

...

B. is vanaf 3 november 2011 in een graad van arbeidsongeschiktheid blijven zitten zoals bepaald bij artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 27.08.1994)".

Het deskundig verslag werd in prelectuur overgemaakt aan de partijen op 9 oktober 2012.

De door Dokter L. naar aanleiding van het preliminair verslag geformuleerde opmerkingen werden door de deskundige ontmoet en op een passende wijze beantwoord. Meer in het bijzonder is de deskundige van oordeel dat eiseres een manifeste rugproblematiek vertoont die haar niet enkel arbeidsongeschikt maakt voor rugbelastende beroepsactiviteiten maar ook voor rugsparende beroepsactiviteiten.

Het deskundigenonderzoek tegensprekelijk is gebeurd.

De zienswijze van de deskundige berust op een grondig onderzoek en is vakkundig gemotiveerd. Er werden door de partijen geen opmerkingen geformuleerd van aard om de deskundige bevindingen te ontkrachten of in twijfel te trekken.

De vordering komt, in navolging van het deskundig verslag als gegrond voor.

Eisende partij vordert naast de vernietiging van de bestreden beslissing tevens te horen zeggen voor recht dat zij verder arbeidsongeschikt is gebleven vanaf 3 november 2011 en de mutualiteit te horen veroordelen in betaling van de uitkeringen vanaf die datum, méér de wettelijke interesten vanaf de data van eisbaarheid van de uitkeringen en de gerechtelijke intresten vanaf de datum van neerlegging van het gedinginleidend verzoekschrift.

Artikel 20 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest van de sociaal verzekerde" bepaalt: "Onverminderd gunstiger wettelijke of reglementaire bepalingen en de bepalingen van de wet van 25 juli 1994 tot wijziging van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten met het oog op een snellere afwerking van de dossiers, brengen de prestaties, enkel voor de rechthebbenden sociaal verzekerden, van rechtswege interest op vanaf hun opeisbaarheid en ten vroegste vanaf de datum voortvloeiend uit artikel 12. Indien de beslissing tot toekenning genomen werd met een vertraging die te wijten is aan een instelling van sociale zekerheid is de interest evenwel verschuldigd vanaf het verstrijken van de in artikel 10 bedoelde termijn en ten vroegste vanaf de datum waarop de prestatie ingaat".

In haar arrest van 8 mei 2002 oordeelde het toenmalige Arbitragehof dat artikel 20 van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde, geen schending inhoudt van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wanneer het in die zin wordt geïnterpreteerd dat het wel degelijk van toepassing is op de sociaal verzekerde rechthebbenden wier prestaties worden uitbetaald ter uitvoering van een uitvoerbare rechterlijke beslissing waarbij de administratieve beslissing tot weigering van de erkenning van de verzwaring van de arbeidsgeschiktheid teniet wordt gedaan (Arrest Arbitragehof nr. 78/2002 van 08.05.2002, B.S. 10.08.2001, p. 34750-34752; J.T.T. 2002, 501. NJW 2002, 168-169 met noot).

Overeenkomstig de rechtspraak van het Hof van Cassatie kan de toepassing van artikel 20, lid 1 van de Wet van 11 april 1995, in zoverre het bepaalt dat de uitkeringen van rechtswege rente opleveren vanaf hun opeisbaarheid, niet ter zijde geschoven worden ten voordele van de toepassing van artikel 1153, lid 3 van het Burgerlijk Wetboek wanneer het recht op uitkeringen werd geweigerd en vervolgens de datum waarop de prestaties opeisbaar worden mogelijk een andere is dan die welke voortvloeit uit de toepassing van artikel 12 van het "Handvest" (Cass. 10.02.2003, J.T.T., 2003, p. 172-174).

Anderzijds dient evenwel te worden vastgesteld:

dat de werknemer die de beslissing van einde arbeidsongeschiktheid die hem werd betekend, betwist en daarbij in het gelijk wordt gesteld, overeenkomstig artikel 142, alinea 2, tweede lid van het Koninklijk besluit van 20 december 1963 betreffende de arbeidsvoorziening en werkloosheid, van het genot der werkloosheidsuitkeringen wordt uitgesloten vanaf de dag waarop hij opnieuw werd toegelaten en dat in dat geval de verzekeringsinstelling aan de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening het bedrag van de intussen aan de werknemer uitbetaalde werkloosheidsuitkeringen terugebetaalt tot beloop van het totaal der achterstallige uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering waarop betrokkene recht heeft.

Daaruit volgt dat de werknemer van de verzekeringsinstelling alleen het verschil kan terugvorderen tussen het totaal van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen en het aan de RVA terugbetaalde bedrag. (Zie Cass. 26.10.1992, R.W., 1992-1993, 1163).

Eisende partij is derhalve, voor zover zij tevens voldoet aan alle andere in het artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 gestelde voorwaarden, enkel gerechtigd op het verschil tussen de door haar te ontvangen ziekte- en het eventueel aan de RVA terug te betalen bedrag, méér de wettelijke rente op voormelde bedragen vanaf de opeisbaarheid, op de respectievelijke data waarop zij uitbetaald hadden moeten worden tot 14 november 2011, méér de gerechtelijke rente.

...

## IV. Tribunal du travail de Termonde, Section de Saint-Nicolas, 10 septembre 2013

Article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Critères d'évaluation de l'incapacité de travail – La capacité de travail à temps plein n'est pas un critère d'évaluation de l'incapacité de travail

*L'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne stipule nulle part que, pour pouvoir être exclu de l'assurance maladie, l'assuré doit être capable de travailler à temps plein, si bien que la capacité d'effectuer un travail à temps plein ne peut constituer un critère d'évaluation de l'incapacité de travail. Un assuré n'est pas incapable de travailler s'il est encore capable, par l'exercice d'une activité réduite à temps partiel, de gagner au moins un tiers de ce qu'une personne de même formation gagnerait pour un emploi à temps plein et un emploi à temps partiel dans un milieu professionnel non stressant doit être pris en considération lors de l'évaluation de la réduction de la capacité de gain (C.T. Gand, Section de Bruges, 07.10.1999, R.G. 99/131, B.I.-INAMI 2003/59 ; Trib. trav. Charleroi, 22.03.1982, R.G. 18648).*

R.G. 11/2643/A  
N.N. c./O.A. et INAMI

...

De eisende partij is een 44-jarige vrouw, welke een opleiding genoot als kapster en steeds als kapster gewerkt heeft.

Uit het deskundig onderzoek blijkt dat zij lijdt aan fibromyalgie, diabetes mellitis, de ziekte van crohn, een licht obstructief slaapapneusyndroom en een allergische astma bronchali.

De graad van arbeids(on)geschiktheid in hoofde van eiseres dient niet enkel te worden getoetst aan wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid van de betrokkene behoort maar tevens in de verschillende beroepen die de betrokkene heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

De betwisting betreft een “technische” materie (voldoet de eisende partij aan de voorwaarden van de wet en is zij al dan niet arbeidsongeschikt in die zin) waarin de rechtbank het advies van een gerechtsdeskundige heeft ingewonnen.

Deze komt tot het besluit dat de eisende partij niet de graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bepaald door artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Meer in het bijzonder is de deskundige van oordeel dat de eisende partij, niettegenstaande de medische beperkingen waarmee zij ontegensprekelijk te kampen heeft de ziekte niet in die mate op haar functionele mogelijkheden weegt dat dit zou leiden tot een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet.

Het is niet omdat de eisende partij verschillende klachten heeft en aan fibromyalgie lijdt, hetgeen de gerechtsdeskundige overigens niet betwist, dat zij daarom arbeidsongeschikt dient te worden verklaard.

Het deskundigenonderzoek tegensprekelijk is gebeurd.

De zienswijze van de deskundige berust op een grondig onderzoek en is vakkundig gemotiveerd. De eisende partij toont het tegendeel niet aan en er worden door haar geen stukken voorgebracht die de bevindingen van de deskundige betreffende het al dan niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 100 van de ZIV-wet, in twijfel trekken.

Het is niet omdat de eisende partij en haar behandelende artsen er een tegenstrijdige opinie op nahouden dat hieruit volgt dat de bevindingen van de deskundige daarom op de helling komen te staan. Immers, indien een expertise bevolen wordt dan is dat om op basis van het advies van een deskundige, onafhankelijk van de partijen, een beslissing te nemen over de betwisting die is ontstaan uit de uiteenlopende adviezen van de behandelende geneesheer van de eisende partij en van de adviserend geneesheer van verweerster en het oordeel van de onafhankelijk aangestelde deskundige dient de voorkeur te genieten op datgene wat de behandelende geneesheren van één van de partijen attesteren. (Zie Arbeidshof Gent, 07.12.2009, inzake P.M. t./LCM A.R. nr. 2008/AG/280, onuitg.).

De vordering dient, in navolging van het deskundig verslag als ongegrond te worden afgewezen.

...

## V. Tribunal du travail de Courtrai, Section de Courtrai, 4 septembre 2013

Loi du 14 juillet 1994, article 100

Incapacité de travail – SCF – Effort physique supplémentaire – Travail à mi-temps – Catégorie de professions

*Par définition, le titulaire atteint de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique ne peut être considéré en incapacité de travail au sens de l'assurance maladie.*

*Bien qu'une reprise du travail implique un sérieux effort supplémentaire, un travail physique léger à mi-temps peut certainement être retenu comme option. Le diagnostic du SFC ne peut être le sauf-conduit d'une dépendance permanente de l'assurance maladie.*

R.G. 11/843/A

M.B. c./INAMI et O.A.

...

Globaal bekeken (anamnese, onderzoek en bijkomende onderzoeken, en alle overgemaakte rapporten) concludeert de deskundige dat eiseres vanaf 21 februari 2011 geen arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % vertoont. Een werkhervatting zal een ernstige meerinspanning inhouden voor eiseres en zal meer mogelijk zijn als licht fysiek werk kan worden aangeboden.

De deskundige voegt er nog aan toe dat de diagnose van CVS geen vrijgeleide kan zijn om blijvend ten laste van de ziekteverzekering te zijn.

Het is niet omdat de diagnoses van fibromyalgie en CVS worden weerhouden, dat eiseres per definitie als arbeidsongeschikt in de zin van de ziekteverzekering moet worden aangezien. Blijkbaar sluit ook klinisch psycholoog S. een tewerkstelling niet uit na een cognitief gedragsmatige behandeling.

“Het begrip arbeidsongeschiktheid is in de ziekteverzekering in essentie van economische aard. Niet de fysiologische invaliditeit of de mate waarin de psychische en fysieke integriteit werd aangetast is determinerend, maar wel de mate waarin het vermogen werd verloren of is verminderd om door het verrichten van arbeid inkomsten te verwerven die tot het levensonderhoud kunnen bijdragen”. (Arbh. Gent, afd. Brugge, 18.01.2001, zaak A.R. 2000/130, niet gepubliceerd).

Het is voldoende dat eiseres voor één derde het werk aankan, om haar als arbeidsgeschikt te beschouwen. Ze is slechts arbeidsongeschikt in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, indien ze een arbeidsongeschiktheidsgraad van meer dan 66 % bezit. Wie bijvoorbeeld nog halftijds (50 %) kan werken, is niet arbeidsongeschikt.

De rechtbank verwijst naar de stelligheid waarmee ergoloog G. besluit dat eiseres zeker halftijds kan werken in diverse settings die hij opnoemt : keukenhulp, hulp in kapsalon, dierenverzorging bij kleine huisdieren, lichte montageactiviteiten.

Het deskundigenverslag, dat gebaseerd is op objectieve medische vaststellingen en een grondige studie van het dossier, kan worden bijgetreden.

De vordering van eisende partij is bijgevolg niet gegrond nu zij vanaf 21 februari 2011 geen arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % vertoont.

...

## VI. Cour du travail d'Anvers, Section de Hasselt, 27 juin 2013

Article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Critères d'évaluation de l'incapacité de travail – Mentions qui doivent figurer sur le certificat médical présenté par l'assuré pour l'évaluation pertinente de l'incapacité de travail – Rôle des circonstances socio-familiales

*Pour pouvoir en arriver à la conclusion d'une incapacité de travail de plus de 66 %, le médecin traitant est supposé spécifier son point de vue sur la base de données médicales vérifiables et objectivables suffisantes et expliquer pourquoi toute forme de travail sur le marché général de l'emploi est devenue impossible. Il ne suffit pas que le médecin traitant mentionne de manière générale ce dont souffre l'intéressé et fasse état d'une incapacité de travail de plus de 66 % qui en découlerait sur le marché général de l'emploi. Pour la pertinence, il est notamment requis que le médecin traitant donne une description exacte des éléments médicaux et des problèmes objectivables dont souffre l'intéressé ainsi que de leur incidence effective concrète sur la capacité de travail. De cette manière uniquement une attestation pourra être éventuellement suffisamment convaincante en contrepois éventuel de l'enquête ciblée du CMI.*

*Les difficultés que rencontre l'intéressé de par sa situation socio-familiale et/ou l'impossibilité de travailler en raison de cette situation ne peuvent être prises en compte comme "lésions ou troubles fonctionnels" au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.*

R.G. 2012/AH/332  
S.M. c./INAMI

...

1. Onderhavig geschil handelt in hoofdzaak over de vraag of M. op/vanaf 29 maart 2012 al dan niet (verder) arbeidsongeschikt was/is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994.

M. meent dat zij wel degelijk in die zin arbeidsongeschikt was, terwijl dit volgens het RIZIV niet (meer) het geval zou zijn.

2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend in de ZIV-reglementering voor werknemers :

“de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn/haar vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn/haar werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij/zij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij/zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn/haar beroepsopleiding” (art. 100, § 1, lid 1 van de Gec. ZIV-wet).

Om als arbeidsongeschikt erkend te worden in het kader van vernoemde ZIV-reglementering is met andere woorden (generaliserend gesteld) een arbeidsongeschiktheidspercentage van minstens 66 % vereist.

Over de eerste 6 maanden van primaire arbeidsongeschiktheid wordt de mate van arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het "*gewone beroep*" van de betrokkene, in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne (art. 100, § 1, lid 4 van de Gec. ZIV-wet).

Na die periode van 6 maanden moet op ruimere wijze worden gekeken naar hetgeen een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn/haar werkzaamheid, in de beroepencategorie waartoe zijn/haar beroepsarbeid behoort of in de verschillende beroepen die hij/zij uitgeoefend heeft of zou kunnen hebben op grond van zijn/haar beroepsopleiding (en/of ervaring), hetgeen gemeenzaam met de terminologie van de "*algemene arbeidsmarkt*" wordt aangeduid.

Concreet kan worden vastgesteld dat M. op het ogenblik van de in de bestreden GRI-beslissing vooropgestelde datum meer dan 6 maanden arbeidsongeschikt was, zodat het in functie van het hiervoren vermelde laatste criterium (de "*algemene arbeidsmarkt*") is dat de evaluatie inzake de (eventuele) arbeidsongeschiktheid moet worden uitgevoerd.

3. Waar M. de besluitvorming van de GRI contesteert, kwam het haar toe om aan de hand van die-nende (medische) gegevens het tegendeel daarvan aan te tonen.

Tijdens de eerste aanlegprocedure bij de arbeidsrechtbank legde M. klaarblijkelijk enkel een summier medisch attest *de dato* 11 april 2012 neer van de hand van haar huisarts, dr. S.

De eerste rechters hebben in verband daarmee terecht geoordeeld dat dit attest niet volstond om de bestreden RIZIV beslissing te zien weerleggen.

Bedoeld attest wordt thans in onderhavige beroepsprocedure opnieuw bijgebracht.

In dit attest stelt Dr. S. dat volgens hem M. meer dan 66 % arbeidsongeschikt is, met de toevoeging dat betrokkene reeds naar vele specialisten ging "in verband met haar persoonlijkheidsstoornis en chronisch vermoeidheidssyndroom. Deze verslagen kunnen altijd opgevraagd worden indien u ze nog niet in uw bezit heeft".

Voorts werd in dit arrest dan nog melding gemaakt van een ongunstige thuissituatie ("is geen doen met X, heeft nu vriendin en zij heeft haar ook al uitgescholden"), van wat grieperig gevoel, druk/pijn rechteroog en wazig zicht, neusverkouden, wat hoesten, hartkloppingen.

De vraag rijst waarom M. de vele verslagen die er in verband met haar gezondheidstoestand dan toch zouden bestaan (althans volgens haar huisarts) ondertussen niet heeft voorgelegd.

Op zich is bedoeld attest van Dr. S., waarbij op algemene wijze een aantal vage en algemene klachten worden vermeld, onvoldoende om tot de gevolgtrekking te kunnen leiden die deze arts wel meent te kunnen doen, met name dat M. inderdaad op/vanaf 29 maart 2012 meer dan 66 % arbeidsongeschikt zou zijn.

Om tot dergelijke gevolgtrekking in het licht van de hiervoren sub. IV.2. vermelde (juridische) systematiek te kunnen besluiten, kon minstens worden verwacht dat de behandelende geneesheer van M. tegen de andersluidende en gemotiveerde besluitvorming van de GRI in, haar standpunt meer specifiek zou hebben uitgewerkt en toegelicht, en dat zij aan de hand van afdoende verifieerbare en objectieveerbare (medische) gegevens een concrete implementatie in functie hiervan - met specifieke toelichting waarom exact elke vorm van arbeid op de algemene arbeidsmarkt voor M. onmogelijk zou zijn - had verstrekt, hetgeen hier niet het geval blijkt te zijn.

En het door M. in onderhavige beroepsprocedure bijgebrachte bijkomende verslag(je) van Dr. V., *de dato* 5 november 2012 (stuk 2 stukkenbundel M.), is evenmin van aard om bijkomende door-slaggevende elementen op te leveren in het voordeel van het door M. ingenomen standpunt.

Ook dit attest is zeer summier opgesteld en bevat als zodanig onvoldoende elementen ter weerlegging van de appreciatie van de GRI.

Dr. V. verwees enkel naar een vroeger vastgestelde CVS-diagnose en een daarbij gevolgd revalidatieprogramma (zonder nadere situering in de tijd).

Het volstaat echter niet om op algemene wijze in een doktersattest melding te maken van een CVS-syndroom en van een daarmee samenhangende arbeidsongeschiktheid van + 66 % op de algemene arbeidsmarkt.

Om relevant te kunnen zijn, dient zulks specifiek te gebeuren middels een concrete omschrijving van de medische elementen en objectiveerbare klachten evenals hun concrete effectieve weerslag op de arbeidsgeschiktheid.

Enkel op die wijze kan een attestatie mogelijk voldoende overtuigingskracht hebben om een eventueel tegengewicht te vormen voor het doelgericht onderzoek van de GRI.

Dit is hier niet het geval.

Dr. V. stelde in het kwestieuze attest:

“een belangrijk gegeven is dat het klachtenbeeld van deze vrouw sterk beïnvloed wordt door een bijzonder belastende familiale situatie met een nog thuiswonende autistische zoon die gedragsproblemen stelt-/-”;

“-/- Mijns inziens is deze vrouw om gemengde medische en sociale-familiale redenen nog steeds volledig (> 66 %) werkongeschikt voor de gehele arbeidsmarkt. Op te merken valt dat zij in principe gemotiveerd blijft voor aangepaste beroepsarbeid, zodra dit (bijvoorbeeld door een verminderde familiale belasting) weer mogelijk zou worden”.

Deze redengeving van Dr. V. wijst er duidelijk op dat de nadruk werd gelegd op de sociaal-familiaal situatie waarin M. zich bevindt.

De moeilijkheden die men ondervindt omwille van sociaal-familiale omstandigheden en/of de onmogelijkheid tot werken die toe te schrijven is aan dergelijke sociaal-familiale omstandigheden kunnen echter niet worden aangemerkt als “*letsels of functionele stoornissen*” in de zin van artikel 100, § 1 van de Gecoördineerde ZIV-wet waardoor betrokkene zelf zou zijn getroffen.

Overigens werd in het verslag van Dr. V. niet vermeld dat M. meer dan 66 % arbeidsongeschiktheid zou vertonen op de hier relevante datum van 29 maart 2012, zodat bedoeld verslag ook vanuit die optiek niet dienend is.

Het hof komt tot het besluit dat de 2 relatief summier doktersattesten die door M. werden voorgelegd te vaag, te algemeen en op onvoldoende dienende wijze gemotiveerd zijn; ze volstaan niet om tot een onjuistheid van de door de GRI (het RIZIV) getroffen beslissing, waarbij de arbeidsongeschiktheid vanaf 29 maart 2012 niet langer werd erkend, te doen besluiten.

Er zijn evenmin afdoende valabele argumenten voorhanden op grond waarvan thans de eventuele aanstelling van een geneesheer-deskundige of van een college van deskundigen in overweging zou moeten worden genomen.

4. Het hof is samenvattend van oordeel dat de eerste rechters correct en rechtmatig beslist hebben om het door M. ingestelde verhaal als zijnde ongegrond af te wijzen en om de bestreden RIZIV-beslissing te bevestigen.



Het aangevochten vonnis wordt door het hof bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

## VII. Cour du travail de Bruxelles, 29 avril 2013

Arrêté royal du 3 juillet 1996, articles 325, 326, §§ 1<sup>er</sup> et 3, c et 327 – Non récupération de l'indu – Inscription en frais d'administration

*Le délai de deux ans prévu pour la récupération de l'indu peut-être suspendu par l'application d'une cause de suspension visée à l'article 326, § 3.*

*La suspension du délai de deux ans prévue par l'article 326, § 3, c. est d'application lorsqu'un paiement a été effectué du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge des héritiers.*

*Cette suspension ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession.*

*La dispense d'inscription en frais d'administration ne peut pas être accordée si l'organisme assureur n'a pas introduit sa demande dans le délai fixé à l'article 327, § 1<sup>er</sup>.*

R.G. 2011/AB/953

O.A. c./INAMI

...

### A. Textes applicables

5. Selon l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

*"l'organisme assureur inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial :*

*a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'organisme assureur à lui-même constaté le paiement indu ; (...)"*

Selon l'article 326, § 1<sup>er</sup>,

*"§ 1<sup>er</sup>. La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'organisme assureur dans un délai de deux ans à partir de la date :*

*a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a) ; (...)"*

L'article 326 énumère ensuite différentes causes de suspension du délai de deux ans.

Il est notamment prévu par l'article 326, § 3, c., que le délai est suspendu à partir de :

*"la date du décès du débiteur jusqu'à la date de la déclaration de la succession ou de la désignation du curateur à succession vacante".*

6. À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement prolongé ou suspendu, l'organisme assureur doit, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prendre en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration. Il peut toutefois obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'arrêté royal.

L'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise à ce sujet que :

*"§ 1<sup>er</sup>. À l'exception des cas prévus au § 2, 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.*

*§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'organisme assureur d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :*

- a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur*
- b) l'organisme assureur en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire. Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer*
- c) la demande porte sur un montant d'au moins 300 EUR ou sur un montant de moins de 300 EUR qui serait le solde d'un montant indûment payé d'au moins 300 EUR.*

*L'organisme assureur doit introduire la demande par lettre recommandée à la poste avant la fin du délai fixé au § 1<sup>er</sup>.*

*La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'organisme assureur par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le premier jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste. Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".*

Il apparaît ainsi,

- que la demande de dispense doit être introduite dans les 3 mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai de 3 mois étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F ; C. Trav. Bruxelles, 21.09.2005, RG 45.286)
- que la dispense ne peut être accordée que si les conditions cumulativement énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1, a) à c) sont remplies.

## B. Application dans le cas d'espèce

7. En l'espèce, l'indu a été inscrit en compte spécial le 13 juillet 2006. Le délai de récupération a pris cours à cette date.

En principe, la demande de dispense devait donc être introduite pour le 13 octobre 2008, soit au plus tard trois mois après l'échéance du délai de deux ans suivant le 13 juillet 2006.

L'O.A. soutient que le délai de deux ans a été suspendu par le décès de Monsieur M., ou à tout le moins, que la difficulté d'identifier la personne ayant perçu les indemnités constitue un cas de force majeure justifiant la suspension du délai.

8. L'INAMI relève tout d'abord que le délai de deux ans n'a pas été suspendu par le décès puisque le décès est intervenu avant que le délai prenne cours (soit avant naissance et la constatation de l'indu).

Par ailleurs, l'INAMI relève à juste titre, que le paiement intervenu après le décès n'a pas été fait à l'assuré social, ni à la succession : en effet, la succession est cédée à la date du décès de sorte que le paiement postérieur au décès, est intervenu, soit au profit d'un héritier qui l'a perçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.

Le débiteur de l'indu n'est donc pas la succession mais cet héritier ou ce tiers indélicat (dans le même sens, C. Trav. Bruxelles, 30.06.2010, R.G. 2009/AB/51786).

Ainsi, la suspension du délai de deux ans prévue en cas de décès du débiteur, n'est pas d'application.

Cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge des héritiers, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession.

Le délai pour récupérer l'indu n'a donc pas été suspendu dans l'attente de la désignation d'un curateur après que les héritiers de Monsieur M. aient renoncé à la succession.

Vu la constatation de l'indu le 13 juillet 2006 et l'absence de cause légale de suspension, il y a donc lieu de confirmer que la demande de dispense est tardive puisqu'introduite après le 13 octobre 2008.

9. C'est à tort que l'O.A. invoque une force majeure.

La force majeure suppose un obstacle indépendant de la volonté du débiteur et que celui-ci n'a pu ni prévoir, ni conjurer.

L'O.A. qui ne démontre pas avoir fait des démarches utiles en vue d'identifier la personne qui a effectivement encaissé les indemnités accordées indûment pour la période du 12 au 30 juin 2006, n'établit pas que l'éventuelle difficulté d'identifier cette personne constituait, en l'espèce, un obstacle insurmontable.

L'O.A. allègue, mais sans fournir la moindre indication précise à ce sujet, que le compte ouvert au nom de Monsieur M. sur lequel le paiement a été fait, a été bloqué à la suite du décès, ce qui aurait rendu difficile la récupération. Ce faisant, l'O.A. ne démontre pas qu'il lui était impossible de savoir qui a effectivement encaissé le montant et d'agir contre cette personne.

La force majeure n'est pas démontrée.

10. En résumé, en l'absence de disposition légale envisageant de manière spécifique l'hypothèse du paiement fait après le décès et en l'absence de force majeure, le délai de deux ans prévu pour la récupération de l'indu, n'a pas été suspendu dans le cas d'espèce.

L'appel de l'O.A. n'est pas fondé.

...

## VIII. Cour du travail de Bruxelles, 20 mars 2013

### Autorité de la chose jugée

*L'arrêt du 26 mai 2005 se prononce uniquement sur la recevabilité de l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002 en annulation de la décision administrative. Il ne se prononce ni sur le fondement de la demande ni sur la recevabilité d'une action ultérieure. L'autorité de la chose jugée ne concerne donc pas ce fondement et la recevabilité de l'action introduite par la citation du 24 juin 2005.*

### Code judiciaire, article 700, alinéa 2 – Recevabilité – Application de la loi dans le temps

*L'article 700 du Code judiciaire doit être considéré comme une disposition qui relève de l'organisation judiciaire. Une loi nouvelle ayant trait à l'organisation judiciaire, ne peut avoir pour effet de rendre valide, un acte introductif d'instance qui au regard de la législation antérieure a été considéré comme irrégulier et comme rendant l'action irrecevable.*

*La requête du 14 novembre 2002 n'a pas eu l'effet interruptif de la prescription prévu par l'article 700, alinéa 2, du Code judiciaire dès lors que l'irrecevabilité de l'action introduite par cette requête a été constatée avant l'entrée en vigueur de cette disposition.*

R.G. 2011/AB/484  
S.A. R.S.W. c./INAMI

...

## I. Les antécédents du litige

1. La S.A. R.S.W. (ci-après la S.A.) exploite une maison de repos pour personnes âgées depuis le 12 décembre 1996. L'agrément pour 125 lits, est accordé, en partie, comme maison de repos (MRPA) et, en partie, comme maison de repos et de soins (MRS).

Pour ses pensionnaires, la maison de repos bénéficie de l'intervention prévue par les articles 34, 11° et 34, 12° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

2. Par un courrier du 18 octobre 2002, l'INAMI a notifié sa décision de ne pas attribuer l'intervention forfaitaire visée à l'article 34, 12° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2002, les pièces justificatives requises n'ayant pas été envoyées au plus tard le 30 septembre 2002.

Il n'est pas contesté que le document litigieux n'est parvenu à l'INAMI que le 10 octobre 2002 (dépôt à la poste le 09.10.2002).

Par courrier du 7 novembre 2002, le conseil de la S.A. invoqua les articles 328 et 329 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 visant les cas de force majeure. Cette demande fut rejetée le 23 janvier 2003 par l'INAMI.

3. La S.A. a contesté la décision de l'INAMI par une requête déposée le 14 novembre 2002, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

Par un jugement du 1<sup>er</sup> septembre 2003, le Tribunal du travail de Bruxelles a ordonné la réouverture des débats afin que les parties s'expliquent sur la régularité de la procédure.

Par jugement du 16 janvier 2004, le Tribunal déclara le recours de la S.A. irrecevable au motif qu'il a été introduit par une requête et non par citation.

Ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

4. Par citation du 24 juin 2005, la S.A. a cité l'INAMI à comparaître devant le Tribunal du travail de Bruxelles pour s'entendre condamné à payer la somme de 446.298 EUR à titre d'intervention forfaitaire pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2002.

Par jugement du 22 octobre 2010, le Tribunal du travail de Bruxelles a déclaré l'action irrecevable.

5. La S.A. a interjeté appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du Travail, le 20 mai 2011.

...

## § 1. Recevabilité du recours

### A. OBJETS DE LA DISCUSSION

7. La présente procédure qui fait suite à l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005, a été introduite par une citation signifiée le 24 juin 2005 : elle vise à contester la décision de l'INAMI du 18 octobre 2002.

L'INAMI oppose à la demande qu'elle contrevient à l'autorité de la chose jugée de l'arrêt du 26 mai 2005 et qu'elle méconnaît l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 qui précise que *"les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au Tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification"*.

8. La S.A. conteste que l'autorité de chose jugée de l'arrêt du 26 mai 2005 fasse obstacle à la présente action.

En ce qui concerne la recevabilité *rationae temporis* de son recours, la S.A. soutient que la requête du 14 novembre 2002, bien qu'irrégulière, a eu pour effet d'interrompre le délai (qu'elle qualifie de délai de prescription) prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi du 14 juillet 1994, et de suspendre ce délai jusqu'au prononcé de l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

Elle en déduit qu'un nouveau délai d'un mois a pris cours le jour du prononcé de cet arrêt de sorte que la contestation introduite par la citation signifiée le 24 juin 2005, est intervenue en temps utile et est donc recevable.

Pour justifier l'interruption et la suspension du délai de l'article 167, alinéa 2, la S.A. invoque, d'une part, les articles 2242 et 2247 du Code civil et, d'autre part, l'article 700, alinéa 2, du Code judiciaire.

### B. L'EXCEPTION DE CHOSE JUGÉE

9. L'INAMI soutient que la demande contrevient à l'autorité de chose jugée de l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005.

Il résulte de l'article 23 du Code judiciaire, que l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'à ce que le juge a décidé sur un point litigieux et à ce qui, en raison de la contestation portée devant lui et dont les parties ont pu débattre, constitue, fût-ce implicitement, le fondement nécessaire de sa décision (Cass. 15.03.1991, Pas., 1991, I, p. 656 ; Cass., 13.06.2002, Pas., 2002, n° 355 ; Cass. 04.12.2008, C.07.0412.F).

En l'espèce, l'arrêt de la Cour du travail du 26 mai 2005 se prononce, uniquement, sur la recevabilité de l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002. Il ne se prononce, ni sur le fondement de la demande dont la Cour était saisie, ni sur la recevabilité d'une action ultérieure : l'arrêt du 26 mai 2005 est donc dénué d'autorité en ce qui concerne ce fondement et cette recevabilité.

Le jugement et sa motivation doivent à cet égard être confirmés.

L'appel de l'INAMI est non fondé.

### C. LA RECEVABILITÉ *RATIONAE TEMPORIS* DU RECOURS INTRODUIT PAR LA CITATION DU 24 JUIN 2005

#### Interruption du délai sur base de l'article 700, alinéa 2 du Code judiciaire

10. Selon l'article 700 du Code judiciaire, tel qu'en vigueur jusqu'à sa modification par la loi du 26 avril 2007,

*"Les demandes principales sont portées devant le juge au moyen d'une citation, sans préjudice des règles particulières applicables aux comparutions volontaires et aux procédures sur requête".*

La loi du 26 avril 2007, a ajouté à l'article 700 un alinéa 2, libellé comme suit :

*"Les actes déclarés nuls pour contravention à la présente disposition interrompent la prescription ainsi que les délais de procédure impartis à peine de déchéance".*

Selon la S.A., il y a lieu de faire application de l'article 700, alinéa 2 (nouveau) du Code judiciaire, et de considérer que nonobstant l'irrecevabilité constatée par l'arrêt de la Cour du travail de Bruxelles du 26 mai 2005, la requête du 14 novembre 2002 a interrompu et suspendu le délai d'un mois prévu par l'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Pour justifier en l'espèce, l'application de l'alinéa 2 de l'article 700, qui est entré en vigueur après l'introduction de la présente procédure, la S.A. invoque l'article 3 du Code judiciaire qui précise que :

*"Les lois d'organisation judiciaire, de compétence et de procédure sont applicables aux procès en cours sans dessaisissement cependant de la juridiction qui, à son degré, en avait été valablement saisie et sauf les exceptions prévues par la loi".*

L'article 700, alinéa 2, visant invariablement les délais de prescription et de forclusion, la question de qualification qui sera évoquée ci-dessous (cfr n° 18), n'empêche pas que la Cour se prononce, dès à présent, sur le moyen que la S.A. développe à propos de cette disposition.

11. À différentes reprises, la Cour de cassation a décidé que l'article 700 du Code judiciaire doit être considéré comme une disposition qui relève de l'organisation judiciaire (Cass. 27.05.1994, Pas., 1994, I, p. 519 ; Cass. 30.10.1997, Pas., 1997, I, p. 437).

Cette disposition pourrait donc faire l'objet d'une application aux procès en cours au sens de l'article 3 du Code judiciaire.

La Cour de Cassation a, en effet, précisé dans son arrêt du 10 février 1972 que par “procès en cours”, on vise “les procès qui doivent encore être jugés lors de l’entrée en vigueur des dispositions nouvelles” (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, p. 537, précédé des conclusions de l’avocat général Mahaux). Tel est bien le cas en l’espèce.

À l’occasion du même arrêt, la Cour de cassation a toutefois également décidé :

*“Si une nouvelle loi de procédure est applicable dès son entrée en vigueur aux procès en cours, encore cette loi n’atteint-elle pas, sauf disposition dérogatoire, la validité des actes valablement accomplis sous l’empire de la loi antérieure et ne relève-t-elle pas de la nullité des actes de procédure qui suivant cette loi, étaient nuls”* (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, p. 537, précédé des conclusions de l’avocat général Mahaux ; Cass. 17.06.1971, Pas., 1971, I, p. 994).

Ainsi, sauf disposition particulière (inexistante en l’espèce), une loi nouvelle ayant trait à l’organisation judiciaire, ne peut avoir pour effet de rendre valide, un acte introductif d’instance qui au regard de la législation antérieure, a été considéré comme irrégulier et comme rendant l’action irrecevable.

H. BOULARBAH écrit, en ce sens, à propos de l’article 700, alinéa 2, nouveau :

*“La nouvelle loi cherche de manière quelque peu paradoxale à valider, en prescrivant une sanction moins sévère, des actes qui étaient antérieurement atteints d’une irrégularité irrémédiable.*

*Mais, même dans ce cas, il est constant que la nouvelle loi ne peut pas relever de nullité ou d’irrecevabilité les actes qui, selon l’ancienne loi, étaient nuls ou irrecevables* (Cass. 10.02.1972, Pas., 1972, I, 537).

*En bref, les requêtes contradictoires déposées avant l’entrée en vigueur de la nouvelle loi alors que la citation était requise, ne profiteront pas de la nullité prescrite par le nouvel article 700 du Code judiciaire.*

*De même, seules les requêtes introductives d’instance déposées et déclarées nulles après l’entrée en vigueur de la nouvelle loi bénéficieront de l’effet interruptif prévu par le 2<sup>e</sup> alinéa de l’article 700 nouveau du Code judiciaire”* (H. BOULARBAH, “Présentation générale et application dans le temps de la loi du 26.04.2007 modifiant le Code judiciaire en vue de lutter contre l’arriéré judiciaire”, in *Le procès-civil accéléré ? Premiers commentaires de la loi du 26.04.2007 modifiant le Code judiciaire en vue de lutter contre l’arriéré judiciaire*, Larcier, 2007, p. 29).

12. En l’espèce, la requête du 14 novembre 2002 n’a pu avoir l’effet interruptif prévu par l’article 700, alinéa 2, du Code judiciaire, alors que l’irrecevabilité de l’action introduite par cette requête a été constatée, avant l’entrée en vigueur de cette disposition (voy. dans le même sens, C.T. Liège, 12.02.2010, R.G. 36.269/09, www.juridat.be).

### **Interruption du délai par application des articles 2244 et 2247 du Code civil**

13. Dans le Titre du Code civil consacré à *la prescription*, les articles 2244 et 2247 précisent :

- *“Une citation en justice, un commandement ou une saisie, signifiés à celui qu’on veut empêcher de prescrire, forment l’interruption civile”* (art. 2244 du Code civil)<sup>1</sup>.
- *“Si l’assignation est nulle par défaut de forme.  
Si de demandeur se désiste de sa demande,  
(...)  
Ou si sa demande est rejetée,  
L’interruption est regardée comme non avenue”* (art. 2247 du Code civil)<sup>2</sup>.

1. Tel qu’en vigueur en l’espèce, avant d’être complété par la loi du 25.07.2008.

2. Tel qu’en vigueur en l’espèce, avant sa modification par la loi du 16.07.2012, modifiant le Code civil et le Code judiciaire en vue de simplifier les règles qui gouvernent le procès civil.

14. Il résulte de la combinaison des articles 2244 et 2247 du Code civil qu'un acte introductif d'instance a, en principe, pour effet d'interrompre la prescription sauf si "l'assignation est nulle par défaut de forme" ou "si la demande a été rejetée".

La Cour de cassation a précisé à propos du rejet de la demande qui rend l'interruption de la prescription, non avenue :

*"Si l'article 2247 (...) ne distingue pas suivant les motifs qui fondent (le) rejet, le juge est néanmoins tenu d'examiner la portée de la décision qui a rejeté la demande en déterminant la pensée réelle du juge qui l'a rendue. Il doit, ainsi, examiner si le juge a entendu rejeter définitivement la demande, ou a fait savoir que le demandeur débouté pourrait présenter à nouveau la même demande ultérieurement dans des circonstances déterminées" (Cass. 27.05.2010, C.09.0103, N ; Cass. 23.05.1969, Pas., 1969, I, p. 872, voy. aussi Cass. 29.04.1993, Pas. 1993, I, p. 415).*

En l'espèce, l'arrêt du 26 mai 2005, n'a qu'une autorité limitée. Il n'a tranché que la question de la régularité de l'acte introductif d'instance et en a déduit, compte tenu de l'irrégularité constatée, que l'action introduite par la requête du 14 novembre 2002 était irrecevable.

La Cour ne s'est pas prononcée sur le fondement de la demande. Elle a toutefois précisé de "manière superfétatoire" que "l'on pourrait s'interroger sur la régularité de la décision administrative entreprise le 18 octobre 2002, qui se fonde expressément sur l'article 2, § 15 de l'arrêté ministériel précité"<sup>3</sup>.

Il résulte de ces précisions que la Cour du travail n'a pas entendu rejeter définitivement la demande et a donc admis, fut-ce implicitement<sup>4</sup>, que la S.A. pourrait, éventuellement, présenter à nouveau la même demande ultérieurement sous une autre forme.

Il est d'ailleurs probable que sans ces précisions superfétatoires mais néanmoins importantes, la S.A. n'aurait pas introduit la présente procédure.

15. Le Ministère public a toutefois relevé dans son avis écrit que le délai de l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 n'est pas un délai de prescription mais un délai de forclusion (voy. avis déposé le 09.01.2013, p. 4).

16. Le délai de forclusion (ou délai préfix ou délai de déchéance) peut notamment concerner l'introduction d'une action. En principe, "l'écoulement d'un délai préfix imposé légalement pour l'intentement d'une action en justice entraîne l'irrecevabilité de l'action en ce qu'au terme de ce délai, le droit d'agir n'existe plus" (G. CLOSSET-MARCHAL, "Exceptions de nullité, fins de non-recevoir et violation des règles touchant à l'organisation judiciaire", R.C.J.B., 1995, p. 651).

En droit social, comme dans d'autres matières, plusieurs délais sont considérés par la Cour de cassation comme étant des délais préfix, bien que le texte légal qui les institue ne précise pas expressément qu'ils sont prévus à peine de déchéance.

Ainsi, en est-il, par exemple :

- du délai (de 75 jours) prévu pour l'introduction d'un recours contre une décision ou une absence de décision de l'employeur en matière d'élections sociales (Cass. 06.04.1992, Pas. 1992, I, p. 704)

3. La Cour se réfère à l'A.M. du 05.04.1995 ayant été annulé par un arrêt du Conseil d'État du 29.06.2004 (arrêt n° 133.270).

4. Et sans, bien entendu, se prononcer sur la recevabilité de cette éventuelle action ultérieure.



- du délai de 3 ans prévu pour l'action en révision des indemnités d'incapacité permanente de travail prévue par l'article 72 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail (Cass. 13.05.2002, Pas. 2002, I, p. 1143 ; Cass. 23.01.1995, Pas., 1995, I, p. 56 ; Cass. 01.03.1993, Pas., 1993, I, p. 232)
- du délai de 3 mois prévu par l'article 327, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pour permettre à l'organisme assureur de demander à l'INAMI, la dispense d'inscription en frais d'administration de l'indu non-récupéré (voir Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F)
- du délai de 3 jours ouvrables prévu par l'article 12 de la loi du 19 mars 1991 pour notifier le licenciement à la suite de la décision judiciaire autorisant le licenciement pour motif grave d'un travailleur protégé (Cass. 14.06.1999, S.98.0125 .N).

La Cour du travail a récemment jugé que le délai prévu par l'article 47bis, § 5, de l'arrêté royal du 19 décembre 1967, pour faire opposition à une contrainte signifiée en vue du recouvrement des cotisations sociales dues dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants est aussi un délai de forclusion (C. trav. Bruxelles, 10<sup>e</sup> ch., 11.03.2011, RG 2010/AB/91).

En ce qui concerne le régime juridique des délais de forclusion, on admet que le respect de ces délais est une question de recevabilité de l'action (voy. notamment, G. CLOSSET-MARCHAL, op. cit., p. 652), à laquelle la théorie des nullités (prévue aux art. 860 et suiv. du C. jud.), n'est pas applicable (voy. G. de LEVAL, "Éléments de procédure civile", Coll. Fac. Dr. Liège, Larcier, 2003, p. 48).

Il en résulte qu'en cas de violation d'un délai préfix, la déclaration d'irrecevabilité de l'action n'est subordonnée, ni à l'existence d'un texte prévoyant expressément la déchéance, ni à la preuve d'un grief dans le chef de la partie qui se prévaut de cette violation.

De cette analyse, il découle que le délai préfix (ou de forclusion) définit la période au-delà de laquelle le "droit d'agir n'existe plus".

17. En l'espèce, la question de savoir si le délai de l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 est un délai de forclusion ou un délai de prescription et si ce délai est susceptible d'être interrompu conformément aux articles 2244 et 2247 du Code civil, a été soulevée, après la clôture des débats, dans le cadre des débats du Ministère public.

La circonstance que les parties ont eu la possibilité de répliquer à l'avis du Ministère public, ne dispense pas la Cour de rouvrir les débats par application de l'article 774 du Code judiciaire.

La Cour de cassation décide en effet :

*"En vertu de l'article 774, alinéa 2, du Code judiciaire, le juge est tenu d'ordonner la réouverture des débats avant de rejeter la demande en tout ou en partie sur une exception que les parties n'avaient pas invoquée devant lui.*

*La faculté qui est offerte aux parties par les articles 766, alinéa 1<sup>er</sup>, et 767, § 3, alinéa 2, dudit code de déposer au greffe, après que le juge a prononcé la clôture des débats et que le ministère public a donné son avis, des conclusions portant exclusivement sur le contenu de cet avis, n'emporte aucune dérogation à l'application par le juge de l'article 774, alinéa 2, précité" (Cass. 06.11.2006, S.060021.F).*

18. Une réouverture des débats s'impose donc à propos de la nature du délai d'un mois prévu par l'article 167, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et sur l'applicabilité des articles 2244 et 2247 du Code civil, à ce délai.

...

## IX. Cour du travail de Bruxelles, 7 mars 2013

Code judiciaire, articles 2, 52, 53 et 867

Loi du 14 juillet 1994, article 23, § 3

A.R. du 3 juillet 1996, articles 138, 139 et 142

Nature du délai d'introduction de la demande – Pas de prolongation

*Le délai de 30 jours dans lequel la demande d'obtention du remboursement d'une intervention pour rééducation fonctionnelle doit être introduite auprès du Collège des médecins-directeurs est un délai de forclusion.*

*Les dispositions du Code judiciaire (art. 2, 52 et 53) selon lesquelles le délai peut être prorogé lorsque le dernier jour tombe un samedi ou un dimanche ne sont pas applicables aux décisions administratives.*

R.G. 2012/AB/37

INAMI c./VUB et O.A.

...

De aard van de termijn voor het indienen van de aanvraag

8. In tegenstelling met wat de Universiteit voorhoudt, is de termijn van 30 dagen, waarbinnen de aanvraag bij het College van geneesheren-directeurs dient ingediend te worden, wel degelijk een vervaltermijn. Deze termijn valt samen met de termijn die voorzien is in artikel 142 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 voor het indienen van de gewone aanvraag voor het bekomen van de terugbetaling van een revalidatietegemoetkoming. De overeenkomst wijzigt deze termijn niet, maar voorziet enkel dat, met het oog op een snelle afhandeling van de aanvraag, het centrum de aanvraag rechtstreeks kan overmaken aan het College van geneesheren-directeurs. Dit laatste belet overigens niet dat ook een gewone aanvraag moet ingediend worden via de adviserend geneesheer. Uit stuk 4 van het dossier van het RIZIV, de kennisgeving door de Landsbond van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs, blijkt dat een dergelijke aanvraag bij de Landsbond op 27 april 2010, te weten eveneens buiten de termijn, werd ingediend.

De omstandigheid dat de overeenkomst niet uitdrukkelijk bepaalt dat deze termijn is voorgeschreven op straffe van verval, doet daaraan geen afbreuk. Uit de overeenkomst blijkt voldoende dat het naleven van de termijn een voorwaarde is voor het bekomen van de tussenkomst van de ziekteverzekering. Artikel 6.2 bevestigt dit door te stellen dat de inrichting dit verval niet kan teniet doen door de prestatie aan de patiënt aan te rekenen.

De omstandigheid dat ook het College van geneesheren-directeurs de hem opgelegde termijn om een beslissing te nemen niet nageleefd heeft, houdt niet in dat het verval, dat volgt uit het laattijdig indienen van de aanvraag, zou opgeheven worden.

Kan de termijn verlengd worden wanneer de laatste dag op een zaterdag of een zondag valt?

9. De Universiteit, gevolgd door de eerste rechter, meent dat de termijn kan verlengd worden in toepassing van artikel 2, 52 en 53 van het Gerechtelijk Wetboek.

Overeenkomstig artikel 2 van het Gerechtelijk Wetboek zijn de in het wetboek gestelde regels van toepassing op alle rechtsplegingen, behoudens wanneer deze geregeld worden door niet uitdrukkelijk opgeheven wetsbepalingen, waarvan de toepassing niet verenigbaar is met de toepassing van de bepalingen van dit wetboek.

Overeenkomstig artikel 48 van dit wetboek (de inleidende bepaling bij het hoofdstuk VIII “Termijnen”) zijn de termijnen voor het verrichten van de proceshandelingen onderworpen aan de regels van dit hoofdstuk.

Overeenkomstig artikel 52 van dit wetboek wordt de termijn gerekend van middernacht tot middernacht. Hij wordt gerekend vanaf de dag na die van de akte of van de gebeurtenis welke hem doet ingaan en omvat alle dagen, ook de zaterdag, zondag en de wettelijke feestdagen.

Overeenkomstig artikel 53 van dit wetboek is de vervalddag in de termijn inbegrepen. Is die dag echter een zaterdag, zondag of een wettelijke feestdag, dan wordt de vervalddag verplaatst naar de eerstvolgende werkdag.

10. Zoals het RIZIV terecht stelt, is de termijn om in uitvoering van een overeenkomst, of in uitvoering van een wettelijk reglement, een aanvraag tot het bekomen van een bepaalde tegemoetkoming in te dienen, geen proceshandeling in de zin van artikel 48 van het Gerechtelijk Wetboek, noch gaat het om een rechtspleging in de zin van artikel 2 van hetzelfde wetboek.

Het arrest van de Raad van State van 22 oktober 1998 (nr. 76.591), waarnaar de Universiteit verwijst, heeft enkel betrekking op de vraag of de bepalingen van artikel 53 van het Gerechtelijk Wetboek toepassing kunnen vinden op andere “betwiste zaken”, administratieve of burgerrechtelijke, en vindt aldus geen toepassing op “niet-betwiste zaken”, te weten de naleving van de termijn voor het indienen van een aanvraag tot het bekomen van een tegemoetkoming of een ander, door een wet of overeenkomst, voorzien voordeel.

Het arrest van de Raad van State van 22 oktober 1998 blijkt overigens een geïsoleerd arrest te zijn.

In verschillende latere arresten heeft dezelfde raad geoordeeld dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek geen toepassing vinden op administratiefrechtelijke betwistingen. Zo oordeelde de Raad van State in zijn arrest nr. 211.410 van 22 februari 2011 dat de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek inzake de verplaatsing van de vervalddag enkel gelden voor proceshandelingen en dat de aanvechting van de beslissing van een delibererende klassenraad met een administratief beroep geen proceshandeling is. De Raad voegt daaraan toe dat in het kader van een administratief beroep enkel sprake kan zijn van het verplaatsen van een vervalddag indien de administratieve beroepsprocedure dit uitdrukkelijk voorziet. In dezelfde zin besliste de Raad in zijn arrest nr. 208.780 van 8 november 2010 ten aanzien van een beroep tegen een weigeringsbeslissing van een arbeidskaart en in zijn arrest nr. 50365 van 24 november 1994 inzake een beroep tegen een milieuvergunningaanvraag. In dezelfde arresten stelde de Raad van State telkens ook dat er geen algemeen rechtsbeginsel bestaat dat, buiten artikel 53 van het Gerechtelijk Wetboek om, tot een verplaatsing van een vervaltermijn kan leiden.

Ook het Hof van Cassatie besliste in een arrest van 10 oktober 1985 (Arr. Cass. 1985-1986, 162) dat er geen algemeen rechtsbeginsel bestaat volgens hetwelk, wanneer de vervalddag van een termijn een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag is, die vervalddag op de eerstkomende werkdag wordt verplaatst. Het betrof in het geciteerde arrest de termijn van 60 kalenderdagen na voorlopige oplevering van de gezamenlijke werken bedoeld in artikel 16 van het Ministerieel Besluit van 14 oktober 1964 aangaande de administratieve en technische contractuele bepalingen die het algemeen lastenkohier van de overeenkomsten van de staat uitmaken. In een arrest van 8 april 1994 (R.W. 1995-1996, 1453) besliste het Hof van Cassatie op basis van dezelfde principes dat de termijn voor het instellen van de rechtsvordering tot betaling van een vergoeding wegens uitzetting in het kader van een handelshuurovereenkomst een fatale termijn is, waarvan het verstrijken leidt tot het verval van het recht en dat, wanneer de laatste dag voor het instellen van de rechtsvordering een zondag of een wettelijke feestdag is, de vervalddag niet verplaatst wordt naar de eerstvolgende werkdag. In dezelfde zin besliste het Hof van Cassatie nog met betrekking tot de termijn voor het neerleggen van een factuur op de griffie van de rechtbank van koophandel in toepassing van artikel 20, 5<sup>o</sup> van de hypotheekwet (Cass. 01.10.1998, Juridat).

Indien een dergelijk algemeen rechtsbeginsel zou bestaan zou men dit overigens bijvoorbeeld ook moeten toepassen op de termijn van kennisgeving van een ontslag om dringende reden, wanneer deze verstrijkt op een zaterdag, of ook voor de gewone opzegging van een arbeidsovereenkomst, voor de opzegging van een huurovereenkomst enz.

Het bereiken van het normdoel. Uitvoering te goeder trouw van de “overeenkomst”.

11. Overeenkomstig artikel 867 van het Gerechtelijk Wetboek kan het verzuim of de onregelmatigheid van de vorm van een proceshandeling, met inbegrip van de niet naleving van de in die afdeling bedoelde termijnen of van de vermelding van de vormen, niet tot nietigheid leiden wanneer uit de gedingstukken blijkt dat de handeling het doel heeft bereikt dat de norm op het oog had of dat de niet vermelde vorm wel in acht genomen is.

Net zoals het geval is met de bepalingen van artikel 52 en 53 van het Gerechtelijk Wetboek kan deze bepaling, die specifiek is voor het burgerlijk procesrecht, niet uitgebreid worden tot andere domeinen. Het gaat in *casu* niet om een proceshandeling, en het gaat evenmin om een rechtspleging zoals bedoeld in artikel 2 van het Gerechtelijk Wetboek.

Er is aan het Hof, onder voorbehoud van de toepassing van de regels inzake de uitvoering te goeder trouw of van de regels inzake misbruik van recht, geen enkele wettelijke bepaling of algemeen rechtsbeginsel bekend dat zou inhouden dat een door de wet voorgeschreven termijn, of een door een overeenkomst voorgeschreven termijn voor het stellen van een handeling, niet zou moeten toegepast worden indien blijkt dat, ondanks de overschrijding van de termijn, de handeling het door de wet of de overeenkomst beoogde doel zou bereikt hebben.

12. In *casu* gaat het bovendien, en dit in tegenstelling met hetgeen de Universiteit aanvoert, niet om een louter conventionele termijn. De overeenkomsten, waarvan sprake is in de artikelen 23, § 3 en 22, 6° van de ziekwet, zijn geen louter burgerrechtelijke overeenkomsten waarbij het RIZIV zou gemachtigd zijn om, onafhankelijk van de bestaande wettelijke regelgeving, aan bepaalde instellingen voordelen toe te kennen die niet als dusdanig door de wet voorzien zijn of volgens modaliteiten, die mogen afwijken van de fundamentele wettelijke bepalingen.

Het eigenlijke voorwerp van deze overeenkomsten is dat het College van geneesheren-directeurs gemachtigd wordt om, in plaats van telkens een afzonderlijk voorafgaande goedkeuring te moeten verlenen, een akkoord af te sluiten met een instelling, waarbij afgesproken wordt welke precieze revalidatieverstrekingen zullen worden goedgekeurd, en waarbij administratieve regels worden vastgelegd teneinde een spoedige afhandeling van de aanvraag te bekomen. Deze overeenkomsten, die moeten goedgekeurd worden door het Comité van de Dienst voor geneeskundige verzorging, kunnen niet zonder meer afwijken van de wettelijke bepalingen, net zo min als zij “willekeurig” kunnen worden afgesloten met instellingen, waarbij de modaliteiten van toekenning zo maar kunnen verschillen.

13. De “overeenkomsten” dienen daarbij de wettelijke bepalingen, en in het bijzonder de bepalingen voorzien in het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, na te leven. Zulks houdt in dat de wettelijke termijnen, voor het indienen van de aanvraag tot terugbetaling, dienen nageleefd te worden. Meer in het bijzonder dient de bepaling van artikel 142, § 2, nageleefd te worden dat voorziet dat, behoudens andersluidende bepalingen, de tegemoetkoming geweigerd wordt voor de verstrekkingen die zijn verricht langer dan 30 dagen vóór de datum waarop de aanvraag door de adviserend geneesheer is ontvangen. Deze laatste bepaling is niet alleen van toepassing op de gevallen waarin, overeenkomstig artikel 138, 2°, de adviserend geneesheer zelf een beslissing kan nemen over de tenlasteneming van de revalidatieverstrekingen, maar ook in die gevallen bedoeld in artikel 138, 1°, waarin het College van geneesheer-directeurs de uiteindelijke beslissing moet nemen.

Het is in dit kader dat artikel 5 van de overeenkomst niet alleen voorziet dat het centrum binnen de 30 dagen na de implantatie de aanvraag moet indienen bij het College van geneesheer-directeurs, maar bovendien dat de inrichting er zich toe verbindt, binnen de reglementaire voorziene termijn, de aanvraag tot tegemoetkoming in te dienen bij de verzekeringsinstelling, die overeenkomstig artikel 142, § 3, van het bovenvermeld koninklijk besluit belast is met de betaling van de tegemoetkoming.

14. Het College van geneesheren-directeurs heeft, net zo min als de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, de bevoegdheid om af te wijken van de door de wet voorziene indieningstermijn voor de aanvraag, behoudens desgevallend ingeval van behoorlijk bewezen overmacht.

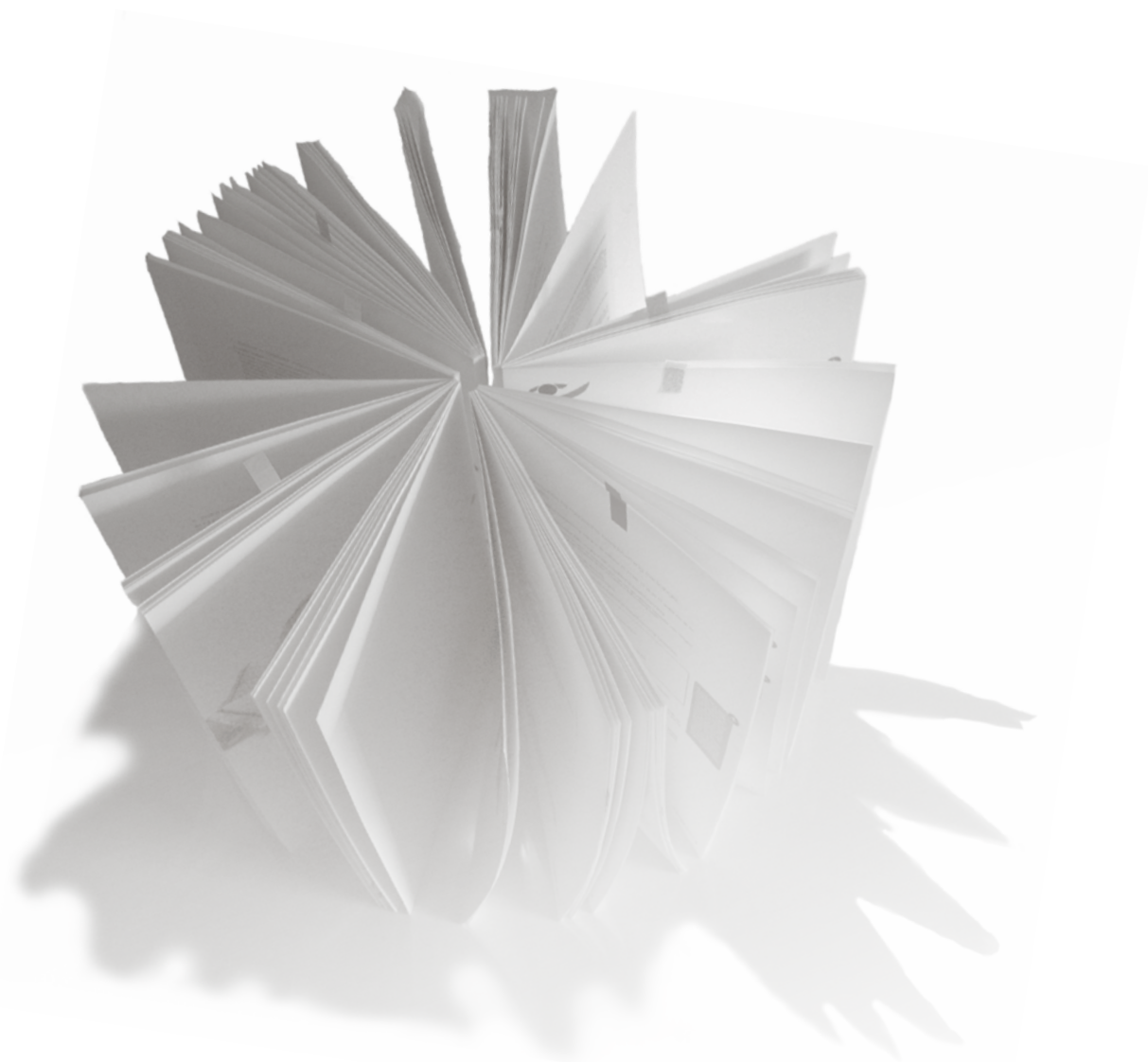
Door een strikte toepassing te maken van de wettelijke en “*conventionele*” bepaling heeft het College van geneesheren-directeurs zijn recht niet uitgeoefend op een wijze die kennelijk de grenzen te buiten gaat van de normale uitoefening van dat recht door een voorzichtig en redelijk persoon.

15. In het licht van het voorgaande moet geoordeeld worden dat de bestreden administratieve beslissingen terecht de aanvraag tot tegemoetkoming van de Universiteit als laattijdig afgewezen hebben, zonder dat het verder noodzakelijk is te onderzoeken in welke mate de bevoegdheid van het College van geneesheer-directeurs een discretionaire bevoegdheid is, zoals het RIZIV voorhoudt, en welke de precieze omvang is van de controle die de rechter op deze bevoegdheid kan uitoefenen.

...



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



# I. Projet “Back to work”

## Économies réalisées

Question n° 237 posée le 15 avril 2013 au Secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des risques professionnels, et Secrétaire d'État à la politique scientifique, adjoint à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante LANJRI<sup>1</sup>

Selon les prévisions budgétaires, le programme de remise au travail “Back to work” devrait générer une recette de 25 millions d'EUR. La Cour des comptes estime toutefois que l'économie estimative n'est pas basée sur des données suffisamment précises.

Lors de la discussion de la note de politique générale, vous avez indiqué que vous entendiez réexaminer à fond le système de la reprise de travail à temps partiel, afin d'éliminer les entraves éventuelles.

1. a) Quelles recettes le plan “Back to work” générera-t-il ?  
b) Sur quelles données les prévisions budgétaires se fondent-elles ?
2. Quelles étapes importantes seront franchies en vue de faciliter et d'encourager la reprise du travail (à temps partiel) en 2013 ?
3. a) Envisagez-vous d'organiser une campagne d'information pour informer tous les intéressés au sujet de la reprise de travail ?  
b) Qu'en sera-t-il de la mise en oeuvre de cette campagne ?

## Réponse

1. Les économies dans le cadre du projet “*back to work*” d'un montant de 25 millions d'EUR sont réparties entre le régime des salariés et le régime des indépendants proportionnellement aux dépenses de chaque secteur. Le régime des salariés prend à sa charge 93,66 % des économies, soit 23,4 millions d'EUR en 2013. Le régime des indépendants prend 1,6 million d'EUR d'économie à sa charge.

Dans le budget 2012, une économie de 27.754.000 EUR a été prévue dans le régime des salariés pour le projet “*back to work*” via une diminution du nombre de jours indemnisés en période d'incapacité de travail primaire.

Sur base des dépenses réelles de l'exercice 2012, on peut constater que le budget en incapacité primaire a été surestimé, malgré l'économie prévue, d'environ 70 millions d'EUR. Les initiatives prises dans le cadre du plan “*back to work*” en sont responsables.

Le nombre de titulaires en incapacité de travail qui ont repris une activité autorisée par le médecin conseil augmente au fil du temps. Ainsi, en 2010 et 2011 respectivement 23.905 et 26.772 titulaires ont repris partiellement le travail. En 2012, sur base de chiffres provisoires, on obtient un total de près de 30.000 titulaires.

1. Bulletin n° 128, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 163.



Sur base de la règle de cumul, on a réalisé une économie réelle de 6,6 millions d'EUR (augmentation du nombre de jours avec une indemnité réduite). En outre, on constate que 40,7 % de ceux qui ont repris une activité à temps partiel, reprennent ensuite le travail à temps plein, ce qui génère pour le secteur une économie supplémentaire qui peut cependant difficilement être chiffrée de manière objective.

De surcroît, le nombre de reprises de travail à temps plein après une période d'activité autorisée augmente : en 2010, 6.613 titulaires ont repris le travail à temps plein, contre 6.922 en 2011 (+4,67 %). On s'attend à ce que cette tendance se poursuive à l'avenir.

2. Comme le projet "*back to work*" est une priorité absolue pour le gouvernement, de nouvelles initiatives vont être mises en place à côté des mesures prises dans le passé.

Le revenu professionnel exprimé en jours de travail qui découle de l'activité est déduit de l'indemnité d'incapacité de travail selon différentes tranches de revenus (art. 230, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI).

Par le passé, cette règle de cumul a fait l'objet de plusieurs adaptations afin d'inciter le travailleur en incapacité de travail à reprendre progressivement une activité. Parmi les modifications les plus récentes, on peut mentionner ce qui suit:

- depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les avantages octroyés annuellement (par ex. la prime de fin d'année) ne sont plus considérés comme des revenus professionnels et ne doivent dès lors plus être déduits des indemnités d'incapacité de travail
- également depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les indemnités d'un titulaire invalide octroyées pour les jours de vacances pris dans le cadre de son activité autorisée ne sont réduites que d'une seule valeur du revenu professionnel avec application des tranches de revenus (et non plus une double valeur du revenu professionnel)
- depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, le montant des différentes tranches de revenus a été sensiblement adapté de sorte que la 2<sup>e</sup> tranche de revenus n'est plus prise en considération que pour 20 % au lieu de 25 % auparavant. Concrètement, la première tranche, aujourd'hui fixée à 15,6068 EUR, est exonérée. La seconde et troisième tranche de chaque fois 9,3641 EUR sont prises en considération respectivement à concurrence de 20 % et de 50 %. Le montant restant (éventuel) est déduit de l'indemnité d'incapacité de travail à concurrence de 75 %.

Depuis le 12 avril 2013, une nouvelle réglementation est entrée en vigueur par laquelle le caractère préalable de l'autorisation de reprise (partielle) d'une activité pendant une période d'incapacité de travail n'est plus exigé. Cette mesure induit une procédure plus souple puisque le titulaire en incapacité de travail ne doit plus demander préalablement à la reprise de travail l'autorisation au médecin conseil de la mutualité. En d'autres mots, il ne doit plus attendre l'autorisation du médecin conseil mais doit seulement, préalablement à la reprise, au moyen d'un formulaire unique déterminé, d'une part, communiquer à sa mutualité la reprise de travail et, d'autre part, demander l'autorisation au médecin conseil. Le titulaire reconnu en incapacité peut, de ce fait, mieux réagir aux opportunités qui s'offrent sur le marché du travail à temps partiel.

Sur le terrain, différentes conventions ont été conclues entre l'INAMI, les organismes assureurs, les instances des bureaux de placement et de formations professionnelles ainsi que les services pour l'intégration des personnes handicapées.

Vu l'approche modulaire de ces parcours par les instances des bureaux de placement et de formation, une collaboration avec de nombreux employeurs est nécessaire afin que les titulaires reconnus en incapacité de travail puissent effectuer des formations et des stages en entreprises. Pour stimuler ce processus, des campagnes d'information seront organisées avec les acteurs locaux afin de fournir de l'information et des explications sur les possibilités ouvertes suite à cette nouvelle collaboration. Ces initiatives devraient amener une augmentation du nombre de titulaires en incapacité de travail qui, via un parcours de formation, pourront se réinsérer sur le marché du travail.

3. Le site Web de l'INAMI est actuellement en révision afin de rendre les informations plus accessibles pour ses utilisateurs (assurés sociaux, prestataires de soins, O.A., etc.). Une section de ce site concernera la réintégration socio-professionnelle.

Un folder relatif à la réorientation professionnelle, et destiné aux assurés sociaux, a été réalisé, de même qu'un folder traitant de la reprise partielle d'une activité. Il peut être consulté sur le site de l'INAMI et sera mis à la disposition des organisations des travailleurs et des employeurs ainsi que des organismes assureurs.

Des guidelines seront communiquées aux médecins conseil afin qu'ils examinent les possibilités de reprises de travail à temps partiel dès que la situation médicale de l'intéressé le permet. À ce sujet, une initiative sera prise en vue de la création de canaux permanents de communication entre les médecins conseil, les médecins du travail, et les médecins traitants via des chatbox sécurisées.

L'obligation d'examiner l'état d'incapacité de travail tous les six mois repose sur le médecin conseil sauf si des éléments présents dans le dossier médical justifient un examen plus tardif. Cette obligation garantit un examen périodique de ce groupe de titulaires afin de voir si, d'un point de vue médical, une reprise de travail complète ou partielle ne peut pas être envisagée de sorte qu'il puisse être mis fin à l'incapacité de travail et, par conséquent, au paiement des indemnités d'incapacité de travail.

Suite à la décision du gouvernement, une campagne de sensibilisation en vue d'une reprise progressive du travail, en collaboration avec les représentants des travailleurs et des employeurs, est mise en place. En effet, les employeurs jouent incontestablement un rôle important en matière de réintégration des titulaires en incapacité de travail. Ils doivent, lorsque c'est possible, donner des opportunités aux personnes qui souhaitent reprendre partiellement le travail.

## II. Point de contact national belge “Info Soins de santé transfrontaliers.be”

Question n° 1048 posée le 11 juin 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 Représentant SEMINARA<sup>1</sup>

En mars 2011, l'Union européenne avait adopté la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, afin d'en clarifier les règles et le remboursement.

Via les considérants 48 et 49 et l'article 6 de ce texte, il est demandé aux États membres de mettre en place des points de contacts nationaux où sera disponible l'information portant sur tous les aspects essentiels de soins de santé transfrontaliers.

Cette directive doit être transposée pour le 25 octobre 2013.

La Commission européenne a par ailleurs commandé une étude sur ces points de contact nationaux dont les premiers résultats étaient attendus pour le mois de mai 2012.

1. Avez-vous pu prendre connaissance de cette étude ?
2. Qu'en est-il de la mise en place du point de contact national en Belgique ?
3. De premiers essais d'opérationnalisation ont-ils été lancés ?

### Réponse

La Commission européenne a transmis l'étude en question au Service public fédéral (SPF) Santé publique et à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) le 8 janvier 2013.

L'étude porte sur la mise en place des sites internet dans les différents états membres, et propose un état de lieux de l'information disponible sur internet dans chaque État membre en 2012 par rapport aux exigences de la directive. Elle propose aussi une architecture de l'information et des fonctionnalités, dont la Belgique va s'inspirer pour créer son site web. L'étude propose enfin les financements nécessaires à la création et à la maintenance dans chaque État membre d'un tel site internet.

En ce qui concerne la mise en place du point de contact national en Belgique, elle a lieu grâce à une bonne collaboration entre l'État fédéral et les entités fédérées. Afin d'offrir aux ressortissants de l'Union européenne les informations nécessaires, chaque entité compétente en Belgique en matière de santé doit en effet idéalement contribuer au projet. Les discussions se tiennent de manière particulièrement constructive, dans le cadre de la Conférence interministérielle santé publique.

Concrètement, un site web informatif reprendra les différentes thématiques demandées aux articles 5 et 6 de la directive. Pour chacune, le site internet fournira une explication introductive et un lien redirigeant le lecteur vers les administrations compétentes pour obtenir le détail de l'information. Le site web est en phase de rédaction et de traduction.

Par ailleurs, un “contact center” sera créé qui répondra aux questions reçues par email, par téléphone et par formulaire électronique (disponible sur le site). La première ligne sera assumée par des professionnels de call center et la seconde ligne sera assumée par les experts des différentes administrations communautaires, régionales, fédérales impliquées.

La mise en place du call center va débuter dans les prochaines semaines.

Les différentes modalités liées aux financements du call center et à la collaboration entre les différents niveaux de pouvoirs sont regroupées dans un protocole d'accord qui a été signé lors de la conférence interministérielle de juin.

Vous l'aurez compris, la directive européenne offre à tous les acteurs institutionnels de la Santé publique une belle opportunité de faire état de notre système de soins, dans toutes ses dimensions.

### III. Syndrome d'Asperger

#### Dépistage, diagnostic et suivi – Rôle des centres de référence pour les troubles du spectre autistique

Question n° 1086 posée le 3 juillet 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 Représentant SEMINARA<sup>1</sup>

Les difficultés rencontrées par les parents d'enfants souffrant du syndrome d'Asperger sont encore souvent sous-estimées, voire méconnues de nos jours.

Contrairement à l'autisme, bien mieux connu puisque qu'il touche 25 personnes sur 10.000 et que des films au cinéma lui ont même été consacrés, le syndrome d'Asperger n'est que trop rarement évoqué.

On considère aujourd'hui que le syndrome d'Asperger concerne de 2,5 à 3 personnes sur 10.000. Il se manifeste, principalement, par des difficultés de la communication, des rapports sociaux et la perception cognitive.

Plus largement, le comportement social pose problème chez eux. L'enfant “Asperger” n'apprend pas d'instinct, ni par imitation, les règles du jeu social; il n'arrive pas à voir les situations du point de vue de l'autre.

Entre autres, ces enfants sont fort attachés à leurs habitudes, et à des règles qu'ils se donnent. Ils sont hypersensibles au bruit, au toucher. Ils présentent un profil d'intelligence en dents de scie, avec des pics de compétence - l'intelligence visio-spatiale, la mémoire, le calcul mental ... - et des déficiences, dans la compréhension du langage, dans les problèmes complexes.

Ces enfants sont donc différents et ces différences posent des problèmes à leur entourage. Pour les parents, il est primordial que le diagnostic soit posé le plus tôt possible, afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge éducative adaptée.

1. Bulletin n° 131, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 190.

Or, aujourd'hui, poser un diagnostic du syndrome d'Asperger reste très difficile à établir, tant les symptômes peuvent être confondus avec d'autres troubles psychiatriques.

1. Est-ce que des progrès ont été enregistrés pour l'élaboration d'un dépistage précoce et d'un diagnostic approfondi des enfants atteints du syndrome d'Asperger ?
2. Les centres de référence jouent-ils un rôle dans la prise en charge et la coordination des traitements pour les personnes atteintes de ce syndrome ?

## Réponse

La santé mentale des enfants et des adolescents me préoccupe particulièrement. Fin 2012, tous les ministres de la Santé publique ont signé une déclaration conjointe pour la réalisation de réseaux et circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents.

La détection précoce, le fonctionnement intégré en réseau multidisciplinaire et une approche spécifique de chaque patient dans son propre milieu sont quelques approches recherchées.

Le syndrome d'Asperger appartient aux troubles du spectre autistique. Les enfants sont souvent capables de compenser dans une certaine mesure leurs problèmes, raison de plus pour plaider pour une détection précoce et professionnelle afin de les aider à temps.

En 2006, une convention spécifique a été rédigée et conclue par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) avec sept centres spécialisés. La convention "pour le centre de référence des troubles du spectre autistique" cible entre autres les patients avec le syndrome d'Asperger comme bénéficiaires. Le centre conventionné fonctionne comme point de convergence pour les réseaux médicaux et sociaux et offre :

- un volet "groupe diagnostic" qui veut réduire au maximum le délai entre les premières plaintes des parents auprès d'un acteur de soins et le diagnostic par un centre de référence
- un volet "groupe coordination" ou la prise en charge multidisciplinaire personnalisée en collaboration avec l'entourage familial et les enseignants. L'information et la psycho-éducation sont des éléments clés du suivi des patients.

La convention prévoit que le centre doit entreprendre toutes les démarches utiles pour faire connaître ses missions et activités auprès du plus grand nombre de personnes et d'institutions susceptibles d'entrer régulièrement en contact avec les personnes atteintes.

Un conseil d'accord des centres agréés a été créé. Ce conseil veille à la cohérence des pratiques entre les différents centres et des interactions entre les différents acteurs du réseau de soins. Le conseil évalue les principales innovations théoriques et cliniques.

## IV. Prescription médicale informatisée

### Généralisation

Question n° 1141 posée le 12 juillet 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 MUYLLE<sup>1</sup>

Fin 2012, le “Plan d’action 2013-2018 pour l’informatisation des soins de santé” a été rédigé à l’issue d’une large table ronde où prestataires de soins de première et deuxième lignes, organisations et administrations fédérales, régionales et communautaires ont eu l’occasion de s’exprimer.

Dans le cadre de la première étape 2014 et 2015, toute prescription médicale de médicaments, de soins de kinésithérapie et d’art infirmier, de labo et d’imagerie médicale sera transmise automatiquement depuis le dossier informatisé du patient, de l’hôpital vers recip-e (les pharmaciens).

1. Ce calendrier est-il réaliste ? En d’autres termes, les services/ICT les logiciels sont-ils prêts ?
2. À quelles dates est prévue l’introduction de la prescription électronique dans les MRS (maisons de repos et de soins) et pour les soins à domicile ?
3. a) Comment se déroulent les projets-pilotes développés avec des médecins généralistes qui envoient automatiquement leur prescription au pharmacien ?  
b) À quel moment interviendra l’évaluation de ces projets ?  
c) Quand peut-on envisager une éventuelle généralisation de la méthode ?
4. a) La prescription électronique s’inscrit-elle dans le projet e-Health ou dans les options proposées par Vitalink ?  
b) Est-il possible d’organiser la compatibilité entre les deux systèmes ?

### Réponse

1. Les critères d’enregistrement des paquets software pour les médecins généralistes en 2013 prévoient l’utilisation des fonctionnalités Recip-e et seront testés fin 2013 sur leur conformité.

Les médecins généralistes qui utilisent un software enregistré pourront début 2014 prescrire des médicaments par voie électronique, conformément au timing prévu dans le plan d’action e-santé.

Le plan d’action e-santé prévoit l’utilisation des prescriptions en kinésithérapie, infirmerie, laboratoire et imagerie médicale dès janvier 2015. La conduite du projet et sa responsabilité seront octroyées à la plate-forme eHealth et à l’Asbl Recip-e. Cette date est une date de référence et dépend du secteur.

Les critères pour l’enregistrement des paquets software pour les kinés en 2013 prévoient l’utilisation des fonctionnalités Recip-e et ils seront testés sur leur conformité fin 2013. Cela signifie donc que les kinés qui utiliseront un paquet software dans le courant 2014 pourront déjà recevoir les prescriptions électroniques, c’est plus tôt que ce que prévoit le plan d’action e-santé.

Les critères pour l'enregistrement des paquets software pour les infirmiers en 2013 ne prévoient pas l'utilisation des fonctionnalités recip-e. Ce critère ne pourra donc pas être repris dans la prochaine session d'enregistrement.

2. Le calendrier pour l'utilisation de la prescription électronique dans les MRS et pour les infirmiers à domicile sera fixé cette année encore.

3. Le projet pilote "prescription électronique en ambulatoire" a été réalisé entre le 16 juin 2009 et le 28 février 2013. Les résultats de ce projet pilote ont été repris dans le rapport final du 25 mars 2013.

Un des objectifs du projet pilote était le développement d'une architecture générique pour l'envoi des prescriptions non adressées entre les prestataires de soins (prescripteurs et exécuteurs). Le projet pilote se concentrera sur la prescription électronique des médicaments pour les patients en ambulatoire.

Le rapport mentionne que le système a été testé dans la pratique auprès de 11 médecins et 16 pharmaciens qui ont envoyé/reçu sur base régulière des prescriptions de médicaments. Au total, le cycle complet s'est fait pour 430 prescriptions.

Le rapport précise qu'une généralisation du système est possible. Une série de points prioritaires y sont énumérés. Des problèmes techniques sont aussi mentionnés : ils ne sont pas encore résolus mais bien identifiés, de telle sorte qu'ils n'entraveront pas une généralisation.

La direction du projet et sa responsabilité pour la généralisation du système sont, dans le plan d'action e-santé, octroyés à la plateforme e-Health et à l'Asbl Recip-e.

4. Le projet e-Recip et le projet Vitalin ont des objectifs convergents, chez Recip-e, c'est comme déjà dit, l'envoi électronique des prescriptions de médicaments et chez Vitalink la publication électronique du schéma de médication d'un patient. Le schéma de médication est la liste des médicaments que le patient prend chaque jour.

Un médecin décide en premier lieu des médicaments qu'un patient doit prendre (schéma de médication *strictu sensu*) et décide ensuite quels médicaments doivent être prescrits : il doit rédiger pour toute nouvelle médication une première prescription et décider de la nécessité de prescrire la prolongation d'une médication existante.

Jusqu'à présent, tant le schéma de médication que la prescription électronique sont gérés dans le dossier du patient électronique du prestataire de soins. L'objectif est de publier le schéma de médication dans un coffre sécurisé pour qu'il puisse être ensuite adapté et/ou consulté par les prestataires de soins autorisés.





# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Déclaration sur l'honneur d'une personne à charge



En vigueur à partir du 19 septembre 2013

Cette circulaire remplace l'annexe de la circulaire O.A. n° 2000/89-248/34 du 6 mars 2000<sup>1</sup>.

La déclaration sur l'honneur relative aux revenus d'une personne à charge comprend 4 rubriques.

Dans la première rubrique, à compléter par le titulaire ou par l'organisme assureur, on demande tant les données du titulaire que celles de la personne à charge.

Le titulaire peut remplir cette rubrique ou choisir d'y apposer une vignette de la mutualité.

Le lien avec la personne à charge doit être indiqué. Les enfants ne sont pas inclus dans cette énumération étant donné qu'ils ne doivent pas remplir une déclaration sur l'honneur relative à leurs revenus.

Le cas échéant, il doit être mentionné auprès de quelle mutualité la personne à charge est déjà affiliée. Ceci est prévu parce qu'une personne peut déjà être soit titulaire soit personne à charge et par la suite, peut s'inscrire comme personne à charge ou devenir personne à charge d'un autre titulaire auprès d'une autre mutualité.

Dans la rubrique 2, la personne à charge doit mentionner son revenu trimestriel (à l'exception de la date de l'inscription et du plafond, qui sont complétés par la mutualité). L'annexe de la déclaration sur l'honneur précise quels revenus sont pris en considération. La personne à charge (ou le titulaire) ajoute les pièces justificatives.

La rubrique 3 est la déclaration sur l'honneur du titulaire (à compléter par le titulaire). Cette déclaration concerne les pièces justificatives mais pas les revenus de la personne à charge (voir l'art. 252, al. 8 de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI).

La rubrique 4 est la déclaration sur l'honneur de la personne à charge (à compléter par la personne à charge). Cette déclaration concerne les revenus de la personne à charge.

Abroge la circulaire n° 2013/279 du 23 août 2013.

1. Publiée dans le B.I. n° 2000/1.

**Personne à charge d'un titulaire du droit aux soins de santé :  
Déclaration sur l'honneur relative aux revenus<sup>1</sup>**

**Rubrique 1 : Données relatives au titulaire et à la personne à charge**

**Instruction :** Compléter les informations demandées **ou** coller une vignette de la mutualité.  
Donner **dans chaque cas** également, le lien avec la personne à charge.

Le titulaire :

Prénom :

Nom :

Numéro de Registre national : -- (Voir au verso de la carte d'identité en haut à gauche)

ou date de naissance

(Numéro d'inscription )

La personne à charge :

Prénom :

Nom :

Numéro de Registre national : -- (Voir au verso de la carte d'identité en haut à gauche)

ou date de naissance

Numéro de la mutualité :

(À remplir uniquement si la personne à charge est déjà inscrite auprès d'une mutualité)

(Numéro d'inscription )

Lien avec le titulaire (Cocher la case correspondante) :

époux(se)     cohabitant     ascendant     conjoint séparé de fait

1. A.R. du 03.07.1996, art. 124, § 1<sup>er</sup>.

**Rubrique 2 : Revenus trimestriels de la personne à charge**

Date d'inscription comme personne à charge :

Montant du plafond :

La personne à charge possède (Cocher la case correspondante) :

Aucun revenu (tel que mentionné dans l'annexe à cette déclaration) → **Allez directement à la rubrique 3**

Des revenus (tels que mentionnés dans l'annexe à cette déclaration) **Donnez plus de détails dans le tableau de revenus suivant.**

Nature des revenus	Employeur ou Organisme de paiement	Montant trimestriel brut (en EUR)
1.		<input type="text"/>
2.		<input type="text"/>
3.		<input type="text"/>
4.		<input type="text"/>

Montant total des revenus:  EUR

Il est ajouté à ce formulaire

une copie de l'avertissement-extrait de rôle relatif à l'impôt des personnes physiques le plus récent (vous pouvez demander un document équivalent à l'Administration générale de la fiscalité).

=> Vous ne recevez pas d'avertissement-extrait de rôle ? Cochez ici

la preuve des revenus énumérés dans le tableau ci-dessus.

**Rubrique 3 : Déclaration sur l'honneur du titulaire**

Je m'engage à communiquer immédiatement toute modification apportée à la situation telle que décrite ci-dessus. **J'atteste sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète.**

Date: ..... / ..... / 20.....

et signature :

**Rubrique 4 : Déclaration sur l'honneur de la personne à charge**

“Je donne l'autorisation à la mutualité et aux services de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, chargés du contrôle, l'autorisation de vérifier cette déclaration auprès du SPF Finances.

Je m'engage à communiquer immédiatement toute modification apportée à la situation telle que décrite ci-dessus. Je suis informé qu'une déclaration inexacte ou incomplète ou l'omission d'une déclaration obligatoire ou d'informations que je suis tenu de fournir, peut donner lieu à des amendes, une sanction administrative ou des poursuites judiciaires, sans préjudice d'éventuelles récupérations conformément aux articles 230 à 236 du Code pénal social et à l'article 168quinquies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.”

**J'atteste sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète.**

Date ..... / ..... / 20.....

et signature :

### Annexe à la déclaration sur l'honneur

Sous la notion de "revenus", il faut entendre les revenus résultant d'une activité professionnelle visée, selon le cas, à l'article 23, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> ou 4<sup>o</sup>, ou à l'article 228, § 2, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, Code des impôts sur les revenus 92, même si elles sont exercées par un intermédiaire, et toute activité similaire qui est effectuée à l'étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale, ainsi que des pensions, rentes, indemnités ou prestations prévues par une loi belge ou étrangère.

Il s'agit notamment de :

- les bénéfices des exploitations agricoles industrielles ou commerciales
- les rémunérations diverses des travailleurs, des administrateurs, commissaires, liquidateurs et associés ainsi que des dirigeants d'entreprises
- les profits des professions libérales, charges ou offices et de toutes opérations lucratives qui ne sont pas visées ci-dessus, en ce compris les émoluments des mandataires politiques, et des présidents de CPAS
- les bénéfices et produits d'activités exercées en Belgique par des personnes physiques n'y étant pas établies ou des sociétés n'y ayant pas leur siège social
- les revenus provenant d'une gestion immobilière active, c'est-à-dire les revenus résultant d'une activité professionnelle, principale ou accessoire, consistant notamment dans la vente ou la revente d'immeuble
- les revenus provenant de la gestion d'un portefeuille d'assurances
- les revenus découlant de l'affectation de certains avoirs mobiliers (titres et actions), à l'exercice d'une activité professionnelle (ex. les dividendes issus des actions investies par un agent de change dans son entreprise)
- les revenus provenant de la location d'habitations, de chambres, d'appartements meublés, lorsque celle-ci s'accompagne de prestations connexes telles que le nettoyage, l'entretien de la literie, etc...
- la prime de productivité
- toutes les pensions : de survie, de vieillesse, d'ancienneté, de retraite, ou tout autre avantage tenant lieu de pareille pension, accordées soit par un organisme de sécurité sociale, soit par un pouvoir public ou d'utilité publique
- la garantie de revenus aux personnes âgées
- toutes rentes : d'accident de travail ou de maladie professionnelles
- toutes allocations de chômage : de personne handicapée (à l'exclusion de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées), le revenu d'intégration, ...
- toutes indemnités : d'incapacité de travail ou de droit commun en réparation d'un dommage corporel, qu'elles soient accordées en vertu d'une législation belge ou étrangère
- le pécule de vacances et autres avantages accordés aux bénéficiaires d'une pension de retraite qui doivent être ajoutés au montant de ladite pension
- l'allocation d'aggravation versée par le Fonds des accidents de travail
- les indemnités complémentaires versées par le Fonds de sécurité d'existence

- la majoration de l'allocation annuelle pour l'aide d'une personne tierce octroyée en vertu des législations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
- les sommes payées en exécution d'une obligation alimentaire prévue par une disposition légale, mais pas la pension alimentaire qui est versée au conjoint séparé de fait ou séparé de corps et de biens qui, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, continue à être à charge du titulaire
- l'allocation de stage octroyée au stagiaire par le chef d'entreprise dans le cadre de la formation permanente pour les Classes moyennes
- l'indemnisation versée au kinésithérapeute dans le cadre du plan social.

Ne sont toutefois pas pris en considération :

- le complément d'ancienneté pour les chômeurs âgés
- l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la convention collective de travail n° 46 conclue au sein du Conseil national du Travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990
- l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi, en vertu de l'article 79 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage
- l'allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie
- les revenus professionnels provenant de l'activité indépendante de l'épouse dont le conjoint aidant est assujéti, en lieu et place de cette dernière, au statut social des travailleurs indépendants, en application de l'article 12 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants
- la partie des revenus professionnels qui, en application de l'article 86 du Code des impôts sur les revenus 1992, est octroyée au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant visé à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>bis de la loi coordonnée
- des indemnités d'incapacité de travail octroyées au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant qui est uniquement assujéti aux secteurs indemnités et assurance maternité de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément à l'article 7bis, §§ 2 et 3, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants
- la partie de la pension de retraite accordée légalement au conjoint en cas de séparation de fait résultant d'une mesure de protection prévue à l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux
- les pensions de guerre ou les pensions immunisées c'est-à-dire les pensions de réparation d'un préjudice corporel dûment établi et subi à la suite de la guerre dans l'exercice du devoir militaire ou civique.



Circulaire O.A. n° 2013/305 - 248/57 du 24 septembre 2013.

## II. Article 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, deuxième alinéa, sous a), 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 Liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable

 En vigueur à partir du 25 octobre 2013.

### 1. Introduction

En application de l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, troisième alinéa, 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, les prestations de santé visées à l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, deuxième alinéa, a) dudit arrêté royal du 3 juillet 1996 sont :

- fixées par arrêté ministériel, et
- publiées sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

Afin d'assurer la bonne application de la nouvelle réglementation – qui est entrée en vigueur le 25 octobre 2013 – par les organismes assureurs d'une part et d'informer les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé afin de permettre à ceux-ci d'exercer leurs droits en matière des soins de santé transfrontaliers d'autre part, il convient – en attendant la publication de l'arrêté ministériel – de rendre publique la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable.

### 2. Liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable

Les prestations de santé soumises à une autorisation préalable sont :

- (i) visées à l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, deuxième alinéa, a) (i), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les prestations de santé qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum



(ii) visées à l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, deuxième alinéa, a) (ii), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les prestations de santé dispensées dans un des services suivants qu'ils soient intégrés ou non dans un établissement hospitalier agréé :

- un service d'imagerie médicale et qui nécessite l'utilisation d'un tomographe axial transverse ou d'un tomographe à résonance magnétique
- un service de radiothérapie
- un service de médecine nucléaire, et qui nécessite l'utilisation d'un scanner PET
- un service de coronarographie, et qui nécessite l'utilisation d'un *cathlab*.

Cette liste abroge la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable, reprise en annexe de la Circulaire O.A. n° 2011/272-80/99, 83/407 du 30 juin 2011.



Circulaire O.A. n° 2013/352 - 80/106, 83/434 du 30 octobre 2013.

### III. Addendum à la circulaire O.A. n° 2011/24-406/8 du 17 janvier 2011<sup>1</sup> concernant la procédure de régularisation en cas de reprise d'un travail non autorisé par un titulaire reconnu en incapacité de travail



En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013

L'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 a pour objectif de régulariser les cas de reprise d'activité que le médecin-conseil aurait autorisés si l'assuré social en avait fait la demande.

La régularisation d'une reprise normale d'activité (qui en principe aurait dû être déclarée à la mutualité au moyen de l'attestation de reprise du travail) ne tombe donc pas sous l'application de l'article 101.

La suppression de la régularisation médicale pour le passé (qui impliquait de vérifier si l'assuré social avait conservé un degré d'incapacité sur le plan médical d'au moins 50 % pour la période au cours de laquelle l'activité non autorisée avait été exercée) a pour conséquence que c'est le Service administratif de l'organisme assureur ou le Service du contrôle administratif qui devra dorénavant évaluer si une régularisation pour le passé (qui implique une récupération des indemnités pour les seuls jours prestés) peut être appliquée.

Il n'est pas toujours aisé de déterminer si l'activité exercée sans autorisation entre ou non en considération pour l'application de l'article 101.

1. Publiée dans le B.I. n° 2010/4.

Cet addendum à la circulaire O.A. n° 2011/24 - 406/8 vise d'une part, à éviter des sanctions disproportionnées par rapport à la faute ou l'erreur commise et d'autre part, à garantir une application uniforme de la nouvelle procédure de l'article 101. Des différences ont en effet été constatées dans l'application concrète des nouvelles dispositions par les organismes assureurs.

La présente note a pour but de donner des directives pour l'application des nouvelles dispositions. Un examen approfondi du dossier est toujours nécessaire. En cas de doute, il vous est loisible d'interroger le Service des indemnités.

## 1. Critères à prendre en considération pour l'application de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

### 1.1. La nature – le volume – le rendement – la rémunération

Pour décider si une régularisation est possible conformément à l'article 101, il est indiqué dans tous les cas, de comparer la nature et le volume ou le rendement de l'activité exercée avant le début de l'incapacité de travail avec les mêmes caractéristiques de l'activité exercée sans l'autorisation du médecin-conseil. Le montant de la rémunération peut également être pris en compte dans le cadre de cette comparaison.

Le critère relatif à la nature de l'activité ne constitue pas le seul critère déterminant et doit toujours s'accompagner d'un contrôle du volume ou du rendement de l'activité professionnelle exercée antérieurement. Si par exemple l'intéressé exerçait, avant son incapacité de travail, une activité à temps plein dans le circuit normal du travail et si, pendant son incapacité de travail, il a repris une activité à temps plein dans un milieu protégé (par ex. un atelier protégé), l'article 101 est applicable. Même si le nombre d'heures de travail par semaine fixé contractuellement est le même, le rendement de travail dans le cadre de l'activité non autorisée est en principe moins élevé.

Si, au contraire, l'intéressé travaillait aussi déjà dans un milieu protégé avant son entrée en incapacité de travail, l'article 101 ne peut alors être appliqué que si le volume de l'activité non autorisée est sensiblement inférieur à celui de l'activité antérieure.

Le critère de la rémunération de l'activité adaptée n'est pas non plus un critère absolu pour déterminer si l'article 101 est applicable ou non. En effet, il existe différents barèmes salariaux par secteur. Dans certains secteurs de l'économie, les salaires sont beaucoup moins élevés que dans d'autres secteurs pour le même type d'activité.

Ici également, il convient de contrôler simultanément la nature et le volume de l'activité adaptée par rapport à l'activité professionnelle exercée antérieurement.

Si l'activité exercée sans autorisation par l'intéressé est, en termes de volume et de nature, identique à l'activité antérieure (par ex. l'intéressée travaillait auparavant à raison de 30 heures par semaine comme vendeuse dans un magasin spécialisé de chaussures et elle reprend, pendant sa période d'incapacité de travail, la même activité en effectuant le même volume de travail mais dans une grande surface où elle perçoit une rémunération moins importante), nous estimons qu'il s'agit en l'occurrence d'une reprise normale d'activité et que, par conséquent, aucune régularisation n'est possible conformément à l'article 101.

Le critère du volume de travail selon lequel le nombre d'heures de l'activité autorisée est comparé au nombre d'heures de l'emploi exercé avant l'entrée en incapacité de travail n'est pas non plus un critère absolu.

À ce propos, nous pouvons notamment faire référence à la situation d'un assuré qui, avant son entrée en incapacité de travail, travaillait à temps plein à raison de 38 heures par semaine et qui, pendant sa période d'incapacité de travail, a repris également une activité à temps plein à raison de 36 heures par semaine chez un nouvel employeur. Dans cette situation, l'article 101 n'est en principe pas applicable puisque cet article ne vise nullement la régularisation d'une reprise du travail à temps plein.

Le facteur S (à savoir le nombre d'heures moyen qu'un travailleur salarié doit normalement prester par semaine pour pouvoir être considéré comme travailleur à temps plein) varie en fonction du secteur. Dans certains secteurs de l'économie, un travail à temps plein correspond à une durée de travail hebdomadaire moyenne de 36 heures.

L'article 101 pourrait être appliqué uniquement si des éléments indiquent que l'exercice de l'activité à temps plein chez le nouvel employeur concerne une activité à rendement de travail réduit (par ex. une activité dans un milieu protégé).

Une autre situation est celle d'un travailleur qui a exercé deux activités à temps partiel et qui, pendant sa période d'incapacité de travail, ne reprend qu'une seule de ces deux activités. Dans cette situation, l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne doit pas être systématiquement appliqué.

Il s'agit par exemple d'un assuré qui, avant son entrée en incapacité de travail, exerçait deux activités dont une activité principale et une activité d'importance restreinte. Si l'intéressé reprend, pendant son incapacité de travail, uniquement son activité principale (sans autorisation), il faut vérifier pour quelles raisons l'intéressé ne reprend pas l'autre activité à temps partiel (d'importance restreinte). Des raisons autres que des raisons liées à l'état de santé du travailleur peuvent notamment être à l'origine de la non reprise de l'activité précitée.

Cela peut par exemple s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'un contrat à durée déterminée entre-temps arrivé à échéance ou par le fait que l'intéressé est en interruption de carrière pour cet emploi "restreint".

Si la non reprise de l'activité d'importance restreinte n'est pas due à l'état de santé de l'intéressé, nous estimons alors qu'il peut effectivement être question d'une reprise d'activité "normale" qui exclut l'application de l'article 101 de la loi coordonnée.

À l'inverse, l'article 101 pourrait bien être appliqué si l'intéressé peut prouver qu'il n'a pas repris (immédiatement) l'activité restreinte pour des raisons de santé.

C'est ce qui peut par exemple apparaître du fait que l'intéressé, après avoir exercé exclusivement son activité principale pendant une période limitée (sans autorisation), a repris ensuite également son autre activité (mettant ainsi fin à son incapacité de travail).

*En guise de conclusion, nous pouvons donc dire que, pour juger si une régularisation est possible conformément à l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, il convient de prendre en considération simultanément les trois critères précités (nature de l'activité, volume ou rendement de l'activité et, le cas échéant, rémunération provenant de l'activité). La mutualité doit donc toujours procéder à une comparaison des différentes caractéristiques (nature – volume/rendement – rémunération) de l'activité reprise sans l'autorisation du médecin-conseil avec celles de l'activité professionnelle exercée antérieurement pour décider si l'article 101 peut être appliqué.*

## 1.2. Point d'attention pour l'appréciation

Pour les contrats de travail *inférieurs à une semaine* (comme l'activité intérimaire ou saisonnière), il convient d'être attentif, si la constatation de l'activité non autorisée s'effectue sur base des données de la Dmfa, aux règles qui sont applicables pour la déclaration des données de l'occupation. Les données (nombre de jours de travail par semaine et nombre moyen d'heures par semaine) sont extrapolées dans ce cas sur la semaine. Par exemple, pour le travailleur qui travaille (à temps plein) dans un contrat de 3 jours par semaine et 7,6 heures par jour, les données Dmfa mentionnent un régime de travail de 5 jours/semaine et un nombre moyen d'heures/semaine de 38 h. Dans ce cas, il convient de vérifier sur base des autres données de l'occupation (date de début et de fin de l'occupation), sur quelle période l'activité non autorisée a effectivement été exercée.

## 1.3. Évaluation de l'application ou non de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dans certaines situations très spécifiques

### 1° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ INTÉRIMAIRE

S'il s'agit d'un travailleur qui, avant son incapacité de travail, effectuait déjà des prestations en qualité de travailleur intérimaire et a repris une activité intérimaire dont la nature et le volume équivalent à ceux prestés avant le début de l'incapacité de travail, l'on peut considérer qu'il s'agit d'une reprise normale du travail. La reprise d'un travail intérimaire ne signifie pas nécessairement des prestations de durée et de volume limités ; il n'est en effet pas rare de constater que les contrats de travail intérimaire, même s'ils sont de courte durée (parfois limités à une seule journée), se succèdent sans interruption pendant des périodes relativement longues. Il convient également d'examiner si l'intéressé bénéficie ou non des allocations de chômage entre les périodes de travail intérimaires.

*Afin de disposer d'une période suffisamment représentative, pour pouvoir comparer les activités exercées avant l'incapacité de travail avec celles reprises dans le courant de l'incapacité de travail, il convient de prendre en compte une période d'un mois.*

### 2° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE PAR LE BIAIS DES TITRES-SERVICES

Les activités rémunérées par le biais des titres services peuvent être diverses (aide-ménagère, repassage à domicile, préparation des repas, courses,...) et exercées à temps plein de manière permanente (par ex. au profit de plusieurs utilisateurs). Dans le cas des titres-services, il est donc important également de déterminer la nature et le volume du travail accomplis avant et après la survenance du risque pour déterminer si l'activité reprise peut être considérée comme une reprise normale et complète du travail.

### 3° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ SAISONNIÈRE (CUEILLETTE DE FRUITS ET LÉGUMES)

Il s'agit d'activités qui sont exercées à certaines périodes de l'année. Afin de déterminer si les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée sont susceptibles de s'appliquer, il convient à nouveau de connaître la nature de l'activité habituelle de l'intéressé ainsi que le volume de travail presté avant la survenance du risque (en qualité de saisonnier et/ou en une autre qualité) et de le comparer avec les caractéristiques de l'activité saisonnière.

Si l'activité saisonnière n'est exercée que durant certains jours ou certaines heures par semaine, il convient d'examiner si l'intéressé bénéficie d'allocations de chômage pour les heures ou les jours non prestés ou s'il exerce une activité complémentaire. Ces vérifications doivent s'effectuer à la fois pour la période précédant l'incapacité de travail et pour la période de reprise du travail.

*Afin de disposer d'une période suffisamment représentative, pour pouvoir comparer les activités exercées avant l'incapacité de travail avec celles reprises dans le courant de l'incapacité de travail, il convient de prendre en compte une période d'un mois.*

#### **4° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ DANS LE SECTEUR HORECA (CERTAINS JOURS, LES WEEK-ENDS ET JOURS FÉRIÉS)**

Il convient également d'examiner la nature et le volume de l'activité ou des activités exercée(s) avant la survenance du risque et pendant la reprise du travail ; la réponse donnée sous le point 3° ci-dessus vaut également pour les activités reprises dans le secteur HORECA.

#### **5° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ INDÉPENDANTE À TITRE PRINCIPAL**

En vertu de l'article 28, § 6, b) de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, en cas de reprise d'une activité professionnelle, l'assimilation prend fin au début du trimestre d'assujettissement au cours duquel se situe ladite reprise, sauf si celle-ci a lieu dans le courant du troisième mois de ce trimestre, auquel cas, l'assimilation prend fin à la fin de ce trimestre.

L'assuré qui reprend son activité indépendante à titre principal après une incapacité de travail est donc en principe tenu de payer des cotisations sociales pour le trimestre au cours duquel il reprend son activité, même s'il est à nouveau tenu de cesser cette activité après quelques jours pour des raisons de santé.

L'appréciation de ces situations doit donc s'effectuer avec prudence et il convient en cas de doute, de faire procéder à une enquête par un contrôleur social ou par le service d'inspection de l'INASTI.

#### **6° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ INDÉPENDANTE À TITRE COMPLÉMENTAIRE OU D'UNE ACTIVITÉ INDÉPENDANTE ACCESSOIRE**

##### **• Reprise d'une activité indépendante à titre complémentaire**

Pour pouvoir être considéré comme travailleur indépendant à titre complémentaire, il est requis que le titulaire exerce, en plus de son activité indépendante, habituellement et en ordre principal, une activité comme salarié (c.-à-d. une activité dans un régime de travail dont le nombre d'heures de travail mensuel est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail mensuel prestés par le travailleur de référence occupé à temps plein dans la même entreprise ou, à défaut, dans la même branche d'activités). Le titulaire qui a cessé son activité salariée et qui bénéficie d'une indemnité pour une incapacité de travail atteignant au moins 66 % maintient la qualité d'indépendant à titre complémentaire.

La situation envisagée peut être celle du titulaire indépendant à titre complémentaire qui, par suite d'incapacité de travail, a cessé l'exercice de ces deux activités (salarié et indépendante) et a repris uniquement son activité indépendante complémentaire sans l'autorisation du médecin-conseil ; cette situation peut en principe, être régularisée sur base des dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée.

##### **• Reprise d'une activité indépendante accessoire**

Il peut s'agir également d'un titulaire chômeur qui exerce une activité accessoire comme indépendant. S'il reprend son activité accessoire d'indépendant tout en bénéficiant des allocations de chômage, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une reprise normale du travail.

## 7° REPRISE D'UNE ACTIVITÉ APRÈS UNE PÉRIODE DE CHÔMAGE CONTRÔLÉ

L'intéressé était, avant son incapacité de travail :

- **En chômage sur base d'un temps plein**

Si l'intéressé reprend un travail à temps plein, l'on peut considérer qu'il s'agit d'une reprise normale du travail. S'il reprend une activité à temps partiel, il convient de vérifier s'il a obtenu le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits (dans ce cas, il reste demandeur d'emploi à temps plein et bénéficiaire, en principe, d'une allocation de garantie de revenus pour les heures d'inactivité). S'il a obtenu le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits, il y a donc lieu de considérer que l'intéressé a repris le travail de manière complète.

Si l'intéressé a repris un travail à temps partiel sans avoir demandé le bénéfice du statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits, les dispositions de l'article 101 peuvent s'appliquer.

- **En chômage sur base d'une activité à temps partiel**

S'il s'agit d'un chômeur indemnisé comme travailleur à temps partiel volontaire qui, après son incapacité de travail, reprend une activité à temps plein, il s'agit d'une reprise normale de travail. Si l'intéressé a repris une activité à temps partiel, il convient de comparer la nature et le volume des activités exercées avant le chômage avec les caractéristiques de l'activité reprise après l'incapacité de travail.

- **En chômage sur base d'aucune activité (allocations d'insertion)**

Il convient d'examiner si l'intéressé reprend une activité à temps plein (et dans ce cas, le type d'activités exercées) ou une activité à temps partiel. S'il exerce une activité à temps partiel, l'on peut considérer que les dispositions de l'article 101 peuvent s'appliquer. S'il reprend une activité à temps plein, il convient d'analyser la nature de cette activité.

## 2. Constatation d'une reprise normale du travail ou de l'absence d'une reprise normale du travail

### 2.1 Constatation d'une reprise normale du travail

Si la comparaison, sur base des caractéristiques nature-volume/rendement-rémunération, de l'activité reprise sans autorisation avec l'activité exercée avant la survenance de l'incapacité de travail, amène à la constatation *d'une reprise normale du travail* (reprise de l'activité antérieure dans les mêmes conditions ou reprise d'une activité similaire, qu'elle soit à temps plein ou à temps partiel), il y a lieu d'appliquer les directives suivantes:

Évaluer la durée de la reprise normale du travail :

- Si cette reprise normale du travail a lieu pendant *une période maximum de 10 jours* (de travail et non jours civils), il peut être fait application de l'article 101 de la loi coordonnée ; il s'agit de l'hypothèse d'un travailleur qui n'a pas poursuivi son activité au-delà de cette période (en raison d'une aggravation de son état de santé) et qui n'a pas déclaré sa reprise du travail et pour lequel soit l'organisme assureur soit le Service du contrôle administratif effectue un constat de travail non autorisé

- Si cette reprise normale du travail a lieu pendant *une période supérieure à 10 jours* (de travail), il y a lieu de considérer que l'assuré a repris normalement le travail et que les dispositions de l'article 100 de la loi coordonnée sont d'application (même si par la suite, l'intéressé poursuit la même activité mais de manière sporadique).

## 2.2 Constatation de l'absence d'une reprise normale du travail

Si la comparaison amène à la conclusion *qu'il ne s'agit pas d'une reprise normale du travail*, les dispositions de l'article 101 sont applicables, même si la reprise du travail s'effectue sur une période supérieure à dix jours; c'est le cas lorsque :

- il y a reprise complète de l'ancienne activité ou d'une activité similaire mais de manière discontinuée, voire sporadique, par exemple un jour sur trois, quelques jours de reprise à temps plein par mois,...
- reprise du travail à un volume/rendement inférieur\* au volume/rendement de l'activité exercée avant l'incapacité de travail.

Une activité à rendement réduit est difficilement détectable si le salaire est le même. L'activité à rendement réduit avec un salaire identique est vraisemblablement assez rare et devrait, dans la plupart des cas, concerner une courte durée. Ces cas sont dès lors susceptibles d'être visés par la reprise normale de dix jours qui peut donner lieu à l'application de l'article 101 de la loi coordonnée. La reprise à rendement réduit vise également la reprise en entreprise de travail adapté pour un travailleur qui avant son incapacité de travail, travaillait en circuit normal.



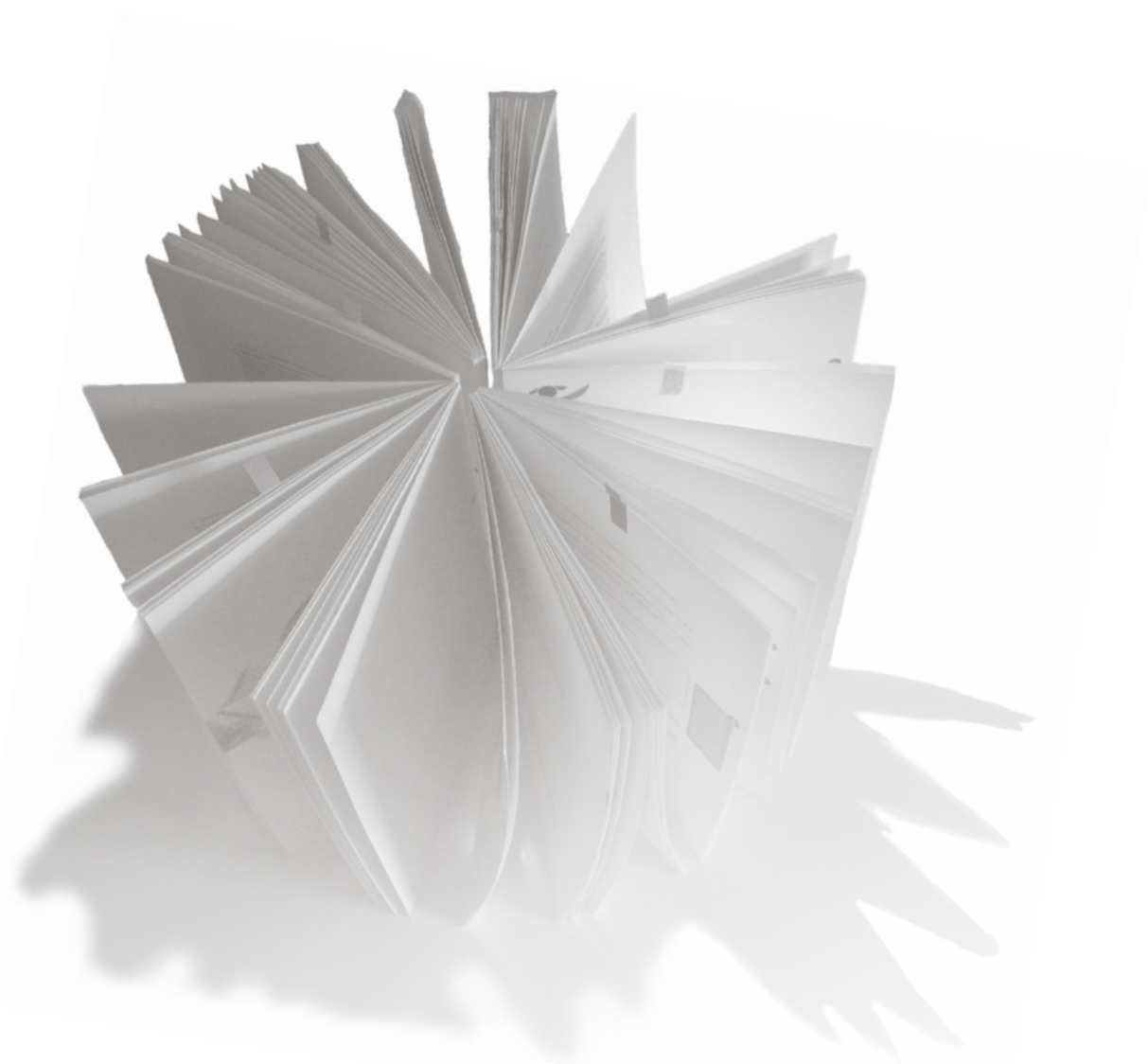
Circulaire O.A. n° 2013/312 - 406/12 du 30 septembre 2013.





# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



# I. Revalorisation des prestations au 1<sup>er</sup> septembre 2013

...

## 1. Éléments de base

### Base légale

Article 6 de l'arrêté royal du 5 juin 2007 modifiant 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 (M.B. du 29.06.2007 éd.3).

Article 2 de l'arrêté royal du 21 mai 2013 modifiant 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 (M.B. du 12.06.2013).

Article 3 de l'arrêté royal du 24 juin 2013 portant adaptation au bien être de certaines pensions dans le régime des travailleurs salariés (M.B. du 03.07.2013).

### RÉGIME GÉNÉRAL

#### 1) Revalorisation de 2% (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 et au plus tard le 31 décembre 2007 (réurrence des 6 ans d'incapacité) (mesure conjoncturelle)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007 et au plus tard le 31 décembre 2007 est augmenté, au 1<sup>er</sup> septembre 2013, d'un coefficient de revalorisation de 2% (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

#### 2) Revalorisation des indemnités "minimum travailleur régulier" octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des travailleurs salariés (+1,25%) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 12.608,39 EUR à 12.765,99 EUR
- le montant "isolé" passe de 10.089,89 EUR à 10.216,01 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 119,62, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs réguliers" avec charge de famille et isolé sont fixées comme suit au 1<sup>er</sup> septembre 2013:

- titulaires avec charge de famille : 53,9895 EUR, arrondi à 53,99 EUR
- titulaires isolés : 43,2052 EUR, arrondi à 43,21 EUR.

#### 3) Revalorisation de l'indemnité "minimum travailleur régulier" octroyée aux cohabitants (+1,25%) (mesure conjoncturelle)

Le montant de base "minimum travailleur régulier" octroyé aux titulaires cohabitants passe de 27,7287 EUR à 28,0753 EUR au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (base 103,14).

Adaptée à l'indice pivot 119,62, l'indemnité journalière octroyée aux titulaires "travailleurs réguliers" cohabitants est fixée, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013, à 37,0454 EUR, arrondie à 37,05 EUR.

#### **4) Revalorisation des indemnités "minimum travailleur non régulier" suite à l'augmentation des montants du revenu d'intégration sociale (RIS) (+2%) (mesure conjoncturelle)**

Les montants sur base annuelle du revenu d'intégration sociale (RIS) sont adaptés comme suit au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 9.716,87 EUR à 9.911,21 EUR
- le montant "isolé" passe de 7.287,65 EUR à 7.433,40 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 119,62, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs non réguliers" sont fixées comme suit au 1<sup>er</sup> septembre 2013 :

- titulaires avec charge de famille : 41,9162 EUR, arrondi à 41,92 EUR
- titulaires sans charge de famille : 31,4371 EUR, arrondi à 31,44 EUR.

### **RÉGIME DES INDÉPENDANTS**

#### **a) Revalorisation du forfait "avec charge de famille" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides suite à l'augmentation des indemnités "minimum travailleur régulier" du régime général et des montants de la pension minimum des indépendants (+1,25%) (mesure conjoncturelle)**

Le forfait "avec charge" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides est augmenté au 1<sup>er</sup> septembre 2013 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général et des montants de la pension minimum des indépendants.

Ce forfait est fixé comme suit à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013 (indice pivot 119,62) : 53,9895 EUR, arrondi à 53,99 EUR.

#### **b) Revalorisation du forfait "isolé" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des indépendants (+1,25%) (mesure conjoncturelle)**

Le forfait "isolé" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise est augmenté au 1<sup>er</sup> septembre 2013 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Le montant sur base annuelle de la pension minimum des indépendants octroyé aux titulaires isolés passe de 9.529,45 EUR à 9.648,57 EUR au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 119,62, le forfait "isolé" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise s'élève au 1<sup>er</sup> septembre 2013 à 40,8054 EUR, arrondi à 40,81 EUR.

#### **c) Revalorisation du forfait « cohabitant » octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise (+1,25%) (mesure conjoncturelle)**

Le montant de base du forfait cohabitant octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise passe de 24,8016 EUR à 25,1116 EUR au 1<sup>er</sup> septembre 2013 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 119,62, le forfait cohabitant octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise est fixé, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013, à 33,1348 EUR, arrondi à 33,13 EUR.

**d) Revalorisation des forfaits "isolé" et "cohabitant" octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise suite à l'augmentation des indemnités "minimum travailleur régulier" du régime général (+1,25%)**

Les forfaits "isolé" et "cohabitant" octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont revalorisés au 1<sup>er</sup> septembre 2013 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général. Ces forfaits sont fixés comme suit à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013 (indice pivot 119,62) :

- forfait isolé : 43,2052 EUR, arrondi à 43,21 EUR
- forfait cohabitant : 37,0454 EUR, arrondi à 37,05 EUR

**e) Revalorisation du plafond de revenu professionnel annuel autorisé en cas de reprise d'une activité rémunérée à partir des revenus de 2013 (mesure conjoncturelle)**

Le montant du plafond de revenu professionnel annuel pris en compte en cas de reprise d'une activité rémunérée autorisée (art. 28 *bis*) passe de 17.149,19 EUR à 17.492,17 EUR à partir des revenus de 2013.

## 2. Date d'application

1<sup>er</sup> septembre 2013

Le tableau D repris en annexe remplace celui repris dans la circulaire O.A. n° 2013/179 – 45/242 – 482/119 du 1<sup>er</sup> mai 2013<sup>1</sup>.

1. Publié dans le B.I. n° 2013/1.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé										
À partir du - Jusqu'au		01-04-2013	30-04-2013	01-05-2013	31-08-2013	à partir du 01-09-2013		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		
<b>I. SALARIÉS</b>										
<b>1 - Plafond journalier AMI</b>										
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		131,6023		134,2354		
<b>2 - Incapacité primaire</b>										
Maximum	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	78,9614	78,96	80,5412 80,54		
Minimum	A partir du 1 <sup>er</sup> jour du 7 <sup>e</sup> mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier								
		avec charge de famille isolés	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697 55,07	
		cohabitants	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696 44,07	
		Travailleur non régulier avec charge de famille	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865 37,79	
		sans charge de famille	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9162	41,92	42,7548 42,75	
		30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4371	31,44	32,0661 32,07		
<b>3 - Invalidité</b>										
Indemnité Journalière	Maximum	début d'incapacité primaire	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	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578 51,76
			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 01/01/2005 au 31/12/2006	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930 52,79
			Invalide avant le 01/01/2007							
			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 01/01/2007 au 31/12/2008	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930 52,79
			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	84,9469	84,95	86,6465 86,65
			cohabitants	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8782	71,88	73,3163 73,32
			Invalide à partir du 01/01/2009 <sup>1</sup>	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2750	52,28	53,3209 53,32
			avec charge de famille isolés	83,9475	83,95	83,9475	83,95	85,6265	85,63	87,3397 87,34
			cohabitants	71,0325	71,03	71,0325	71,03	72,4532	72,45	73,9028 73,90
			à partir du 01/01/2008	51,6600	51,66	51,6600	51,66	52,6932	52,69	53,7475 53,75
			Invalide avant le 01/01/2009 <sup>2</sup>							
			avec charge de famille isolés	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734 84,27
			cohabitants	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082 71,31
			du 01/01/2009 au 31/12/2010	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	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754 52,28			
avec charge de famille isolés	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422 85,54			
cohabitants	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818 72,38			
Invalide à partir du 01/04/2013	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413 52,64			
avec charge de famille isolés	85,5415	85,54	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530 87,25			
cohabitants	72,3813	72,38	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294 73,83			
	52,6409	52,64	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	53,9895	53,99	55,0697 55,07	
		cohabitants	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696 44,07	
		Travailleur non régulier avec charge de famille	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865 37,79	
		sans charge de famille	41,0943	41,09	41,0943	41,09	41,9162	41,92	42,7548 42,75	
		30,8207	30,82	30,8207	30,82	31,4371	31,44	32,0661 32,07		

1. Cette rubrique concerne des titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.

2. Cette rubrique concerne des titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite											
À partir du - Jusqu'au		01-04-2013	30-04-2013	01-05-2013	31-08-2013	à partir du 01-09-2013		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		
<b>I. SALARIÉS (suite)</b>											
<b>4 - Maternité, congé de naissance &amp; adoption</b>											
Indemnité journalière Maximum	début de maternité, de congé de naissance, 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	107,1646	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	107,9139	107,91	110,0730	110,07
		Maternité	79,5 %	104,6238	104,62	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72
			75,0 %	98,7017	98,70	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68
Écartement	60,0 %	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54		
	78,237 %	102,9617	102,96	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02		
<b>5 - Divers</b>											
	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 <sup>re</sup> 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		
<b>II. INDEPENDANTS</b>											
<b>1 - Incapacité primaire</b>											
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	isolé	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	cohabitant	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
<b>2 - Invalidité</b>											
	n'ayant pas mis fin à leur entreprise										
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	isolé	40,3016	40,30	40,3016	40,30	40,8054	40,81	41,6218	41,62		
	cohabitant	32,7257	32,73	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,7977	33,80		
	ayant mis fin à leur entreprise										
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,3230	53,32	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	isolé	42,6718	42,67	42,6718	42,67	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	cohabitant	36,5880	36,59	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
<b>3 - Indemnité de maternité &amp; d'adoption</b>											
	Indemnité hebdomadaire		440,50		440,50		440,50		449,32		
<b>4 - Revenu professionnel annuel - art.28bis</b>											
	revenus professionnels de 2008 à 2012		17.149,19		17.149,19		17.149,19		17.149,19		
	À partir des revenus professionnels 2013		17.492,17		17.492,17		17.492,17		17.492,17		
<b>III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE</b>											
	plafond statut avec charge	932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65		
	plafond statut isolés (revenus 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		
<b>IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE</b>											
		20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40		
<b>V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D'INVALIDITÉ</b>											
<b>1 - Plancher journalier</b>											
	avec charge de famille		57,37		57,37		57,37		58,52		
	sans charge de famille		47,63		47,63		47,63		48,58		
<b>2 - Retenue partielle sur les montants</b>											
	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		
<b>3 - Retenue intégrale à partir de</b>											
	avec charge de famille		59,45		59,45		59,45		60,64		
	sans charge de famille		49,36		49,36		49,36		50,34		
<b>VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT</b>											
	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		
<b>VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)</b>											
	Salariés	208,0902	208,09	274,0901	274,09	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		



## II. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224 § 3)

### 1. Éléments de base

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2012/450 – 424/42<sup>1</sup> par 1,0405, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1<sup>er</sup> janvier 2013 et celle au 1<sup>er</sup> janvier 2012 (53,3230 EUR : 51,2499 EUR = 1,0405 EUR)

Le résultat de cette multiplication donne

57,1592 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus  
42,8564 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et  
28,5796 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

### 2. Date d'application

1<sup>er</sup> janvier 2014

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2012/450 – 424/42 du 19 novembre 2012.



Circulaire O.A. n<sup>os</sup> 2013/345 - 424/43 du 24 octobre 2013.

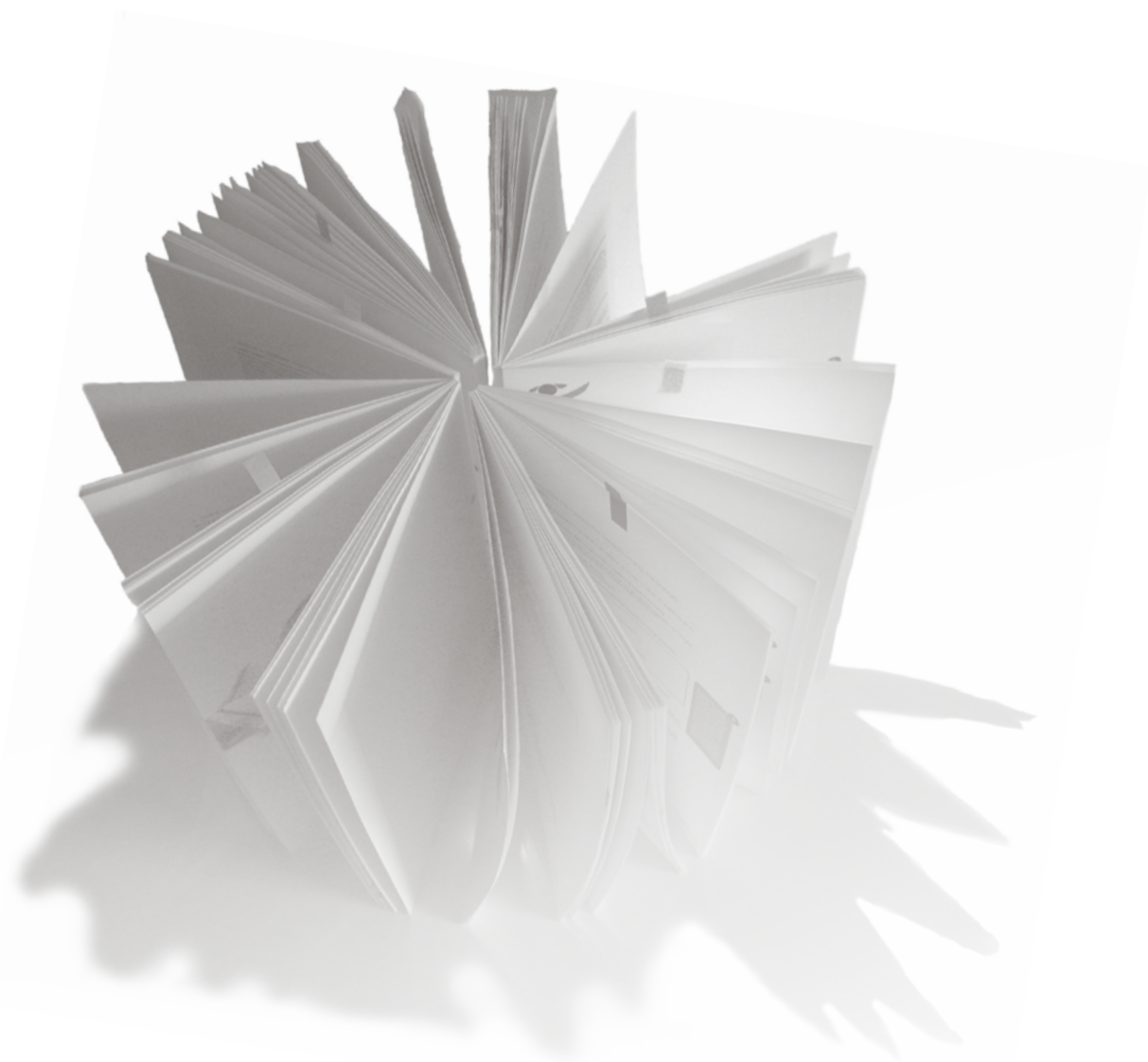
1. Publié dans le B.I. n° 2012/4.





# 6<sup>e</sup> Partie

# Statistiques



# Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1<sup>er</sup> semestre 2013

Tableau I : 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	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	0	0	0	0	
<b>Total médecins</b>	<b>1.715.378</b>	<b>3.464.709</b>	<b>5.141.826</b>	<b>6.955.943</b>	<b>7.110.317</b>
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
<b>Total dentistes</b>	<b>198.161</b>	<b>388.851</b>	<b>579.468</b>	<b>775.562</b>	<b>810.470</b>
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
<b>Total</b>	<b>1.268.530</b>	<b>2.572.585</b>	<b>3.877.351</b>	<b>5.195.106</b>	<b>5.334.146</b>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
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
<b>Total dialyse</b>	<b>94.125</b>	<b>188.558</b>	<b>288.423</b>	<b>391.476</b>	<b>396.291</b>
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	
<b>Total</b>	<b>604.424</b>	<b>1.169.916</b>	<b>1.766.594</b>	<b>2.366.241</b>	<b>2.367.070</b>
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
<b>Total</b>	<b>32.792</b>	<b>66.084</b>	<b>101.953</b>	<b>137.069</b>	<b>150.205</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792	500.031	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
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>125.352</b>	<b>160.709</b>	<b>223.499</b>	<b>329.653</b>	<b>379.760</b>
26. Patients chroniques	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397	535	526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407	521	1.335
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>380</b>	<b>735</b>	<b>1.098</b>	<b>1.424</b>	<b>2.686</b>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
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
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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.148.607</b>
<b>Total général</b>	<b>5.993.230</b>	<b>11.922.699</b>	<b>17.837.635</b>	<b>24.077.470</b>	<b>25.869.336</b>

Tableau II : 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	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	0	0	0	0	
<b>Total médecins</b>	<b>1.886.293</b>	<b>3.745.514</b>	<b>5.463.071</b>	<b>7.265.430</b>	<b>7.304.023</b>
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
<b>Total dentistes</b>	<b>204.043</b>	<b>402.123</b>	<b>599.517</b>	<b>804.594</b>	<b>822.036</b>
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
<b>Total</b>	<b>1.330.420</b>	<b>2.685.322</b>	<b>4.037.545</b>	<b>5.418.398</b>	<b>5.537.867</b>
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
<b>Total dialyse</b>	<b>100.271</b>	<b>201.059</b>	<b>302.445</b>	<b>404.042</b>	<b>417.311</b>

Tableau II : 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	9.359	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132	438	
<b>Total</b>	<b>628.583</b>	<b>1.233.979</b>	<b>1.854.695</b>	<b>2.484.066</b>	<b>2.516.463</b>
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
<b>Total</b>	<b>34.613</b>	<b>68.129</b>	<b>103.192</b>	<b>138.113</b>	<b>152.897</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389	533.873	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
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.124</b>	<b>148.496</b>	<b>214.199</b>	<b>328.002</b>	<b>390.694</b>
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
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>347</b>	<b>654</b>	<b>916</b>	<b>1.191</b>	<b>5.754</b>
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
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	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	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
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>145.443</b>
<b>Total général</b>	<b>6.363.652</b>	<b>12.612.485</b>	<b>18.667.167</b>	<b>24.984.951</b>	<b>25.627.379</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	305.530	635.092			
b) Imagerie médicale	281.702	581.964			
c) Consultations, visites et avis	523.660	1.014.034			
d) Prestations spéciales	308.588	629.042			
e) Chirurgie	282.989	588.528			
f) Gynécologie	22.401	45.755			
g) Surveillance	101.673	209.990			
h) Forfait accréditation médecins	5	8.502			
i) Forfait dossier médical	0	0			
j) Forfait télématique	19	2.339			
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0			
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	19.886	33.644			
m) Fonds d'impulsion	7.057	14.640			
n) Soutien de la pratique médecine générale	473	593			
o) Tests ADN effectués à l'étranger	240	240			
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	538	626			
<b>Total médecins</b>	<b>1.854.223</b>	<b>3.764.989</b>			<b>7.544.861</b>
2. a) Honoraires dentaires	211.948	419.956			826.934
b) Forfait accréditation	29	29			14.523
<b>Total dentistes</b>	<b>211.977</b>	<b>419.985</b>			<b>841.457</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.060.095	2.160.451			4.248.545
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	298.775	619.416			1.282.530
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.916	12.485			22.307
6. Soins par kinésithérapeutes	169.320	331.221			657.250
7. Soins par bandagistes	65.271	131.966			290.265
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	164.573	335.461			700.552
10. Soins par opticiens	7.163	14.061			32.687
11. Soins par audiciens	12.766	25.540			57.624
12. Accouchements par accoucheuses	4.288	8.420			17.638
13. Prix de la journée d'entretien	1.319.992	2.640.460			5.510.542
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.265	122.036			260.151
Transport	0	0			235
<b>Total</b>	<b>1.378.257</b>	<b>2.762.496</b>			<b>5.770.928</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.694	4.386			8.098
15. Dialyse					
a) Médecins	38.652	77.024			157.208
b) Forfait dialyse rénale	36.614	73.390			156.119
c) À domicile, dans un centre	28.359	55.131			120.947
d) Dialyse de nuit	0	0			0
<b>Total dialyse</b>	<b>103.625</b>	<b>205.545</b>			<b>434.274</b>



Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	325.303	656.489			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	233.360	470.657			
c) Centres de soins de jour	5.346	10.703			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.702	159.897			
e) Prime syndicale	2.578	4.096			
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	3.163			
g) Centres de jour palliatifs	0	0			
<b>Total</b>	<b>650.289</b>	<b>1.305.005</b>			<b>2.633.895</b>
17. Fin de carrière	43.748	70.734			130.216
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	24.960	49.593			107.357
b) Initiatives d'habitation protégée	11.361	21.817			44.123
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	768	1.488			3.548
<b>Total</b>	<b>37.089</b>	<b>72.898</b>			<b>155.028</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	134.091	278.394			620.727
20. Fond Spécial	313	811			14.166
21. Logopédie	21.854	43.694			83.691
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0			0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.312	15.746			32.209
24. Régularisations + Refacturation	-30.248	-52.546			-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.243	150.106			372.949
b) MAF fiscal	0	0			0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.243</b>	<b>150.106</b>			<b>372.949</b>
26. Patients chroniques	22.249	40.986			98.806
27. Soins palliatifs	3.850	8.034			13.387
28. Soins palliatifs (patient)	3.878	7.624			20.589
29. Matériel corporel humain	1.881	3.655			7.325
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	174	345			847
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	120	224			329
b) COMA	99	210			555
c) Projets thérapeutiques	113	213			4.828
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>332</b>	<b>647</b>			<b>5.712</b>
32. Internés	11.243	11.243			34.522
33. Sevrage tabac	233	466			1.233
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0			0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0			0
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000			3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0			0
38. Maisons médicales	24.290	52.646			115.607
39. SM/SLA/Huntington	2.003	4.138			9.056
40. Patients chroniques extra	0	0			6.029
41. Trajets de soins	0	0			0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0			0
43. Fonds d'indemnisation	0	0			12.310
44. Maladies rares	0	0			2.071
45. Accord social	1.316	27.712			27.137
46. Divers	1.102	1.936			24.413
- Diminution financement alternatif					346.132
- Diminution financement alternatif conclave mars 2013					38.745
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					51.448
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			<b>436.325</b>
<b>Total général</b>	<b>6.393.683</b>	<b>12.843.696</b>			<b>26.676.586</b>

Tableau IV : 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
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
<b>Total médecins</b>	<b>10,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,2</b>	<b>4,4</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accréditation	114,3	116,7	5,9	5,9
<b>Total dentistes</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>
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				
<b>Total</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	-79,3	-50,8	-66,0	-24,0
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				
<b>Total dialyse</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>4,9</b>	<b>3,2</b>

Tableau IV : 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
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
<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
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
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>
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				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-0,5</b>
26. Patients chroniques	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Soins palliatifs	10,0	6,7	6,1	7,1
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 voiturerettes	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
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,0</b>	<b>-16,6</b>	<b>-16,4</b>

Tableau IV : 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
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
<b>Total général</b>	<b>6,2</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>	<b>3,8</b>

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en %				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-4,5	-2,1		
b) Imagerie médicale	-7,0	-5,1		
c) Consultations, visites et avis	4,6	5,4		
d) Prestations spéciales	-4,2	-2,8		
e) Chirurgie	-2,5	1,9		
f) Gynécologie	-5,1	-3,6		
g) Surveillance	0,9	4,4		
h) Forfait accréditation médecins	-99,9	-23,7		
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-13,6	-62,5		
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	15,4	18,4		
m) Fonds d'impulsion	395,6	808,2		
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,5	-6,9		
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
<b>Total médecins</b>	<b>-1,7</b>	<b>0,5</b>		
2. a) Honoraires dentaires	3,9	4,4		
b) Forfait accréditation	93,3	11,5		
<b>Total dentistes</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>		
3. Prestations pharmaceutiques	-6,9	-4,2		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	3,6	4,9		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,4	3,4		
6. Soins par kinésithérapeutes	2,2	3,5		
7. Soins par bandagistes	4,4	1,7		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,0	5,5		
10. Soins par opticiens	8,5	10,8		
11. Soins par audiciens	13,2	10,6		
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	5,1		
13. Prix de la journée d'entretien	3,8	2,9		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-0,8	1,8		
Transport	-100,00	-100,00		
<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>2,9</b>		

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	470,8	71,3		
15. Dialyse				
a) Médecins	1,4	1,2		
b) Forfait dialyse rénale	3,4	3,3		
c) À domicile, dans un centre	6,1	2,3		
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>		
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	4,0	5,9		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,0	6,5		
c) Centres de soins de jour	15,6	16,2		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,8	2,6		
e) Prime syndicale	8,0	63,6		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	-27,1		
g) Centres de jour palliatifs				
<b>Total</b>	<b>3,5</b>	<b>5,8</b>		
17. Fin de carrière	16,4	15,1		
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,7	7,9		
b) Initiatives d'habitation protégée	7,9	5,1		
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,6	4,9		
<b>Total</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,2	4,7		
20. Fond Spécial	-69,9	-66,8		
21. Logopédie	7,0	5,9		
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,3	4,8		
24. Régularisations + Refacturation	-10,6	-10,9		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,1	1,1		
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>		
26. Patients chroniques	7,7	7,9		
27. Soins palliatifs	-1,9	-1,8		

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
28. Soins palliatifs (patient)	7,0	9,2		
29. Matériel corporel humain	16,6	15,6		
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	1,8	1,8		
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,1	17,3		
b) COMA	-26,1	-19,8		
c) Projets thérapeutiques	7,6	6,0		
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-4,3</b>	<b>-1,1</b>		
32. Internés	181,0	-36,1		
33. Sevrage tabac	-0,4	1,5		
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-100,0		
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0		
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,3	16,4		
39. SM/SLA/Huntington	21,1	11,7		
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social		42.533,8		
46. Divers	-28,4	-3,3		
<b>Total général</b>	<b>0,5</b>	<b>1,8</b>		



Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
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				
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
<b>Total médecins</b>	<b>24,6</b>	<b>49,9</b>		
2. a) Honoraires dentaires	25,6	50,8		
b) Forfait accréditation	0,2	0,2		
<b>Total dentistes</b>	<b>25,2</b>	<b>49,9</b>		
3. Prestations pharmaceutiques	25,0	50,9		
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,3	48,3		
5. Frais spécifiques services soins à domicile	48,9	56,0		
6. Soins par kinésithérapeutes	25,8	50,4		
7. Soins par bandagistes	22,5	45,5		
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	23,5	47,9		
10. Soins par opticiens	21,9	43,0		
11. Soins par audiciens	22,2	44,3		
12. Accouchements par accoucheuses	24,3	47,7		
13. Prix de la journée d'entretien	24,0	47,9		
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	22,4	46,9		
Transport	0,0	0,0		
<b>Total</b>	<b>23,9</b>	<b>47,9</b>		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	33,3	54,2		
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6	49,0		
b) Forfait dialyse rénale	23,5	47,0		
c) À domicile, dans un centre	23,4	45,6		
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>23,9</b>	<b>47,3</b>		
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				
<b>Total</b>	<b>24,7</b>	<b>49,5</b>		
17. Fin de carrière	33,6	54,3		
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	23,2	46,2		
b) Initiatives d'habitation protégée	25,7	49,4		
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	21,6	41,9		
<b>Total</b>	<b>23,9</b>	<b>47,0</b>		
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,6	44,8		
20. Fond Spécial	2,2	5,7		
21. Logopédie	26,1	52,2		
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,8	48,9		
24. Régularisations + Refacturation	32,3	56,1		
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	29,8	40,2		
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>29,8</b>	<b>40,2</b>		
26. Patients chroniques	22,5	41,5		
27. Soins palliatifs	28,8	60,0		
28. Soins palliatifs (patient)	18,8	37,0		
29. Matériel corporel humain	25,7	49,9		

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	20,5	40,7		
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	36,5	68,1		
b) COMA	17,8	37,8		
c) Projets thérapeutiques	2,3	4,4		
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>5,8</b>	<b>11,3</b>		
32. Internés	32,6	32,6		
33. Sevrage tabac	18,9	37,8		
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0	100,0		
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	21,0	45,5		
39. SM/SLA/Huntington	22,1	45,7		
40. Patients chroniques extra	0,0	0,0		
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0		
44. Maladies rares	0,0	0,0		
45. Accord social	4,8	102,1		
46. Divers	4,5	7,9		
<b>Total général</b>	<b>24,0</b>	<b>48,1</b>		

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Septembre 2012 (1)	Décembre 2012 (2)	Mars 2013 (3)	Juin 2013 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	8,77	6,27	1,76	-0,76
b) Imagerie médicale	8,73	4,28	-0,87	-4,08
c) Consultations, visites et avis	6,57	3,82	3,96	4,34
d) Prestations spéciales	5,41	4,92	1,52	-0,50
e) Chirurgie	4,44	4,12	1,26	1,53
f) Gynécologie	1,61	1,00	-1,10	-2,57
g) Surveillance	5,76	6,57	4,11	4,36
h) Forfait accréditation médecins	17,82	55,00	-28,70	-25,69
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	4,54	3,89	4,23	-56,06
k) Contrôle de qualité biologie clinique		-61,70	-61,70	-61,70
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	-10,67	-14,40	-24,68	2,39
m) Fonds d'impulsion	-52,80	-35,21	36,13	217,33
n) Soutien de la pratique médecine générale	30,27	7,42	7,67	6,51
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
<b>Total médecins</b>	<b>6,62</b>	<b>4,45</b>	<b>1,50</b>	<b>0,67</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,39	3,71	3,94	4,24
b) Forfait accréditation	5,95	5,94	5,98	5,85
<b>Total dentistes</b>	<b>3,44</b>	<b>3,74</b>	<b>3,98</b>	<b>4,26</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1,34	-0,64	-3,31	-4,13
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,07	6,77	5,75	4,70
5. Frais spécifiques services soins à domicile	15,12	15,48	15,20	4,57
6. Soins par kinésithérapeutes	2,84	2,99	2,55	4,22
7. Soins par bandagistes	7,61	6,93	4,70	3,20
8. Soins par orthopédistes	4,47	4,43	5,38	4,04
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	13,04	13,78	10,17	8,20
10. Soins par opticiens	3,48	2,14	4,50	6,62
11. Soins par audiciens	1,21	8,01	12,82	15,61
12. Accouchements par accoucheuses	4,65	4,17	5,34	3,64
13. Prix de la journée d'entretien	4,23	4,12	3,95	3,55
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	8,68	8,24	4,76	3,25
Transport				
<b>Total</b>	<b>4,41</b>	<b>4,30</b>	<b>3,98</b>	<b>3,54</b>

(1) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)

(2) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)

(3) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

(4) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

Libellé	Septembre 2012 (1)	Décembre 2012 (2)	Mars 2013 (3)	Juin 2013 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-51,33	-24,01	23,16	32,56
15. Dialyse				
a) Médecins	4,26	3,43	2,05	0,83
b) Forfait dialyse rénale	5,80	4,10	2,92	1,82
c) À domicile, dans un centre	1,41	1,77	2,42	0,63
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>4,01</b>	<b>3,21</b>	<b>2,46</b>	<b>1,13</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	8,00	5,44	5,02	5,04
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,75	4,37	5,48	5,88
c) Centres de soins de jour	21,21	15,66	14,14	14,08
d) Harmonisation salariale personnel MRS	5,84	6,62	4,36	3,86
e) Prime syndicale	-41,70	-41,70	-37,95	-8,06
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-40,99	-30,54	-49,71	-22,08
g) Centres de jour palliatifs		58,12	58,12	58,12
<b>Total</b>	<b>5,54</b>	<b>4,98</b>	<b>4,83</b>	<b>5,13</b>
17. Fin de carrière	11,01	11,28	13,97	14,02
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	-1,31	-2,52	-1,35	1,85
b) Initiatives d'habitation protégée	12,57	8,61	7,23	4,76
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	9,92	5,44	4,56	1,83
<b>Total</b>	<b>2,73</b>	<b>0,76</b>	<b>1,22</b>	<b>2,71</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	8,62	6,77	5,54	4,57
20. Fond Spécial	-71,83	-65,92	-56,34	-58,97
21. Logopédie	4,25	4,21	4,97	5,12
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	0,57	3,28	3,66	3,23
24. Régularisations + Refacturation	-19,16	-14,51	-12,42	-15,21
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-1,89	-0,50	4,03	3,83
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>-1,89</b>	<b>-0,50</b>	<b>4,03</b>	<b>3,83</b>

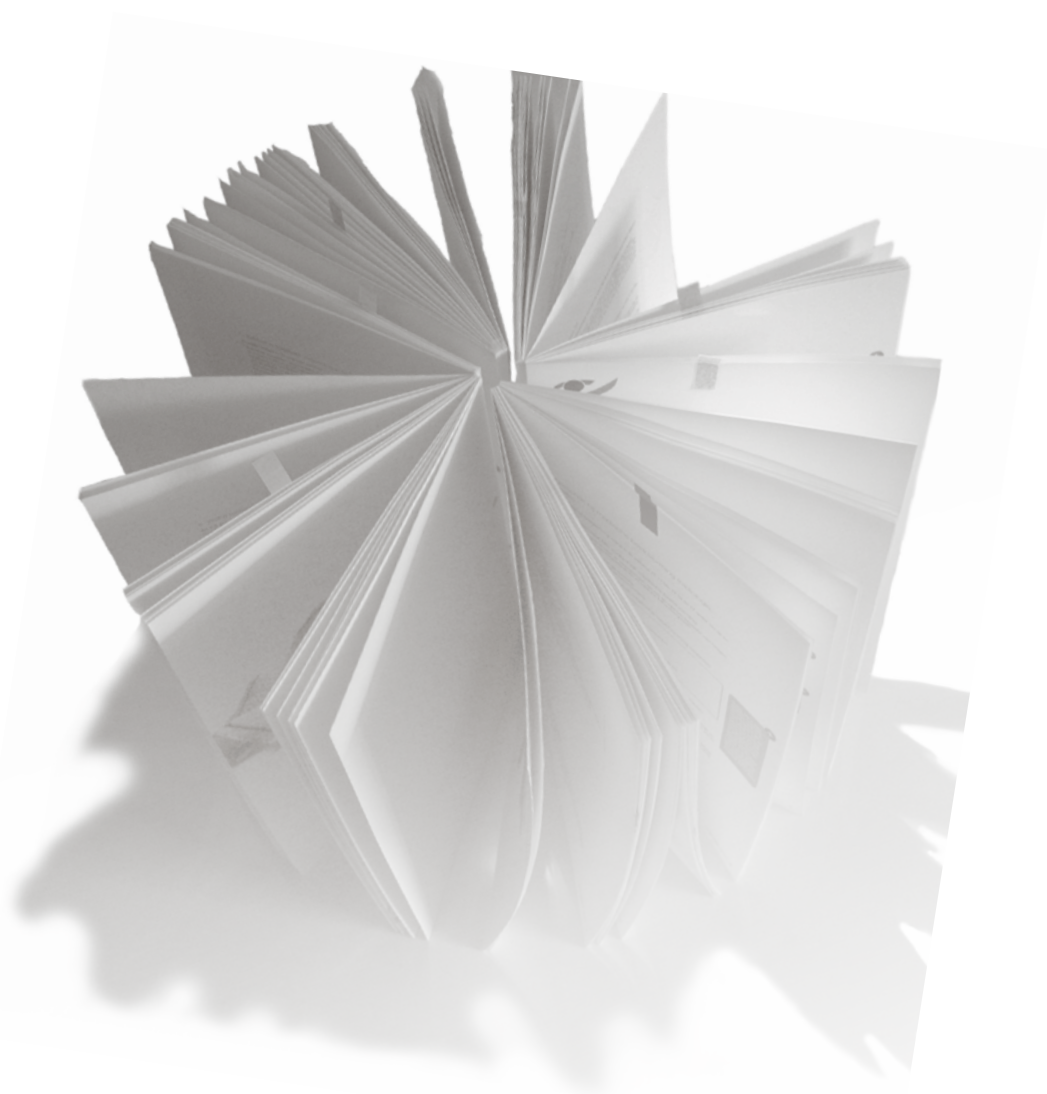
(1) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)  
(2) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)  
(3) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)  
(4) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Septembre 2012 (1)	Décembre 2012 (2)	Mars 2013 (3)	Juin 2013 (4)
26. Patients chroniques	11,33	5,49	7,47	6,12
27. Soins palliatifs	8,89	7,10	3,22	1,29
28. Soins palliatifs (patient)	9,15	10,57	9,37	10,13
29. Matériel corporel humain	22,33	20,73	16,99	17,36
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	20,68	30,84	20,17	10,49
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-5,83	-8,68	-1,04	8,67
b) COMA	3,50	-2,80	-12,43	-15,73
c) Projets thérapeutiques	-38,96	-35,32	-29,88	-23,97
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-15,68</b>	<b>-16,36</b>	<b>-15,46</b>	<b>-11,84</b>
32. Internés	-0,58	-5,39	28,51	-45,33
33. Sevrage tabac	4,92	2,63	1,30	0,00
34. Circuit de soins psychiatriques	-89,74	-93,24	-96,56	-100,00
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	14,24	9,18	8,65	12,33
39. SM/SLA/Huntington	16,01	18,45	19,32	16,79
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	-44,66	100,29
46. Divers	-18,33	-61,44	-67,75	-64,40
<b>Total général</b>	<b>4,95</b>	<b>3,77</b>	<b>2,33</b>	<b>1,81</b>

(1) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)  
(2) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)  
(3) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)  
(4) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

7<sup>e</sup> Partie  
Prix des publications



# Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 (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](http://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

Mises à jour 2014 ..... 25,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 52,00

### b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Mises à jour 2014 ..... 5,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 22,00

### c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 ..... 12,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 14,00

### d. Prestations de santé (règlement)

Mises à jour 2014 ..... 6,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 18,00

### e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 ..... 13,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables ... 58,00

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.



#### f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Mises à jour 2014 .....	6,00
Texte de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable ... 12,00

#### g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable . 168,00
Mises à jour 2014 .....	52,00

#### h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable ... 87,00
Mises à jour 2014 .....	28,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://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 <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable .. 68,00
Mises à jour 2014 .....	45,00

#### b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable .. 49,00
Mises à jour 2014 .....	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://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

### Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille .....	0,12
Abonnement <sup>2</sup> .....	Provision de ..... 50,00
Index 1964-2012.....	CD-Rom ..... 6,00

## 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)

Seulement à consulter sur le site internet de l'INAMI, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

f. Liste des offices de tarification agréés ..... gratuit


g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) ..... 12,50




Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://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 2014

 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 : <a href="mailto:abonnee@inami.fgov.be">abonnee@inami.fgov.be</a>
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : <a href="mailto:communication@inami.fgov.be">communication@inami.fgov.be</a>
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail : <a href="mailto:fonds-solidarite@inami.fgov.be">fonds-solidarite@inami.fgov.be</a>
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : <a href="mailto:daniel.vandenbergh@inami.fgov.be">daniel.vandenbergh@inami.fgov.be</a>
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : <a href="mailto:bib@inami.fgov.be">bib@inami.fgov.be</a>

 Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervuren 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 Caroline Marthus  
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](mailto:abonnee@inami.fgov.be)

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726