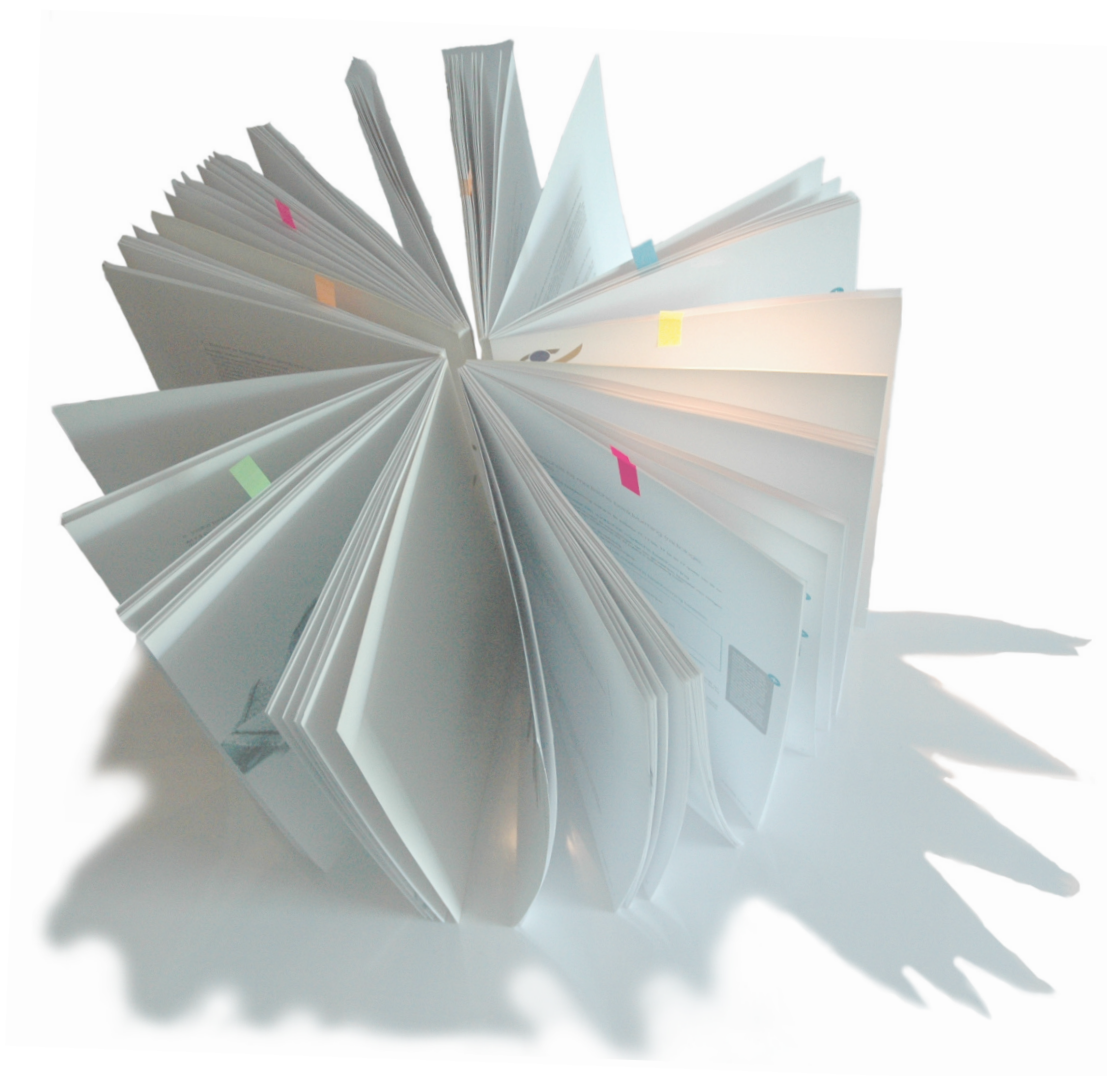




INAMI



# Bulletin d'information

2014/3-4

.be

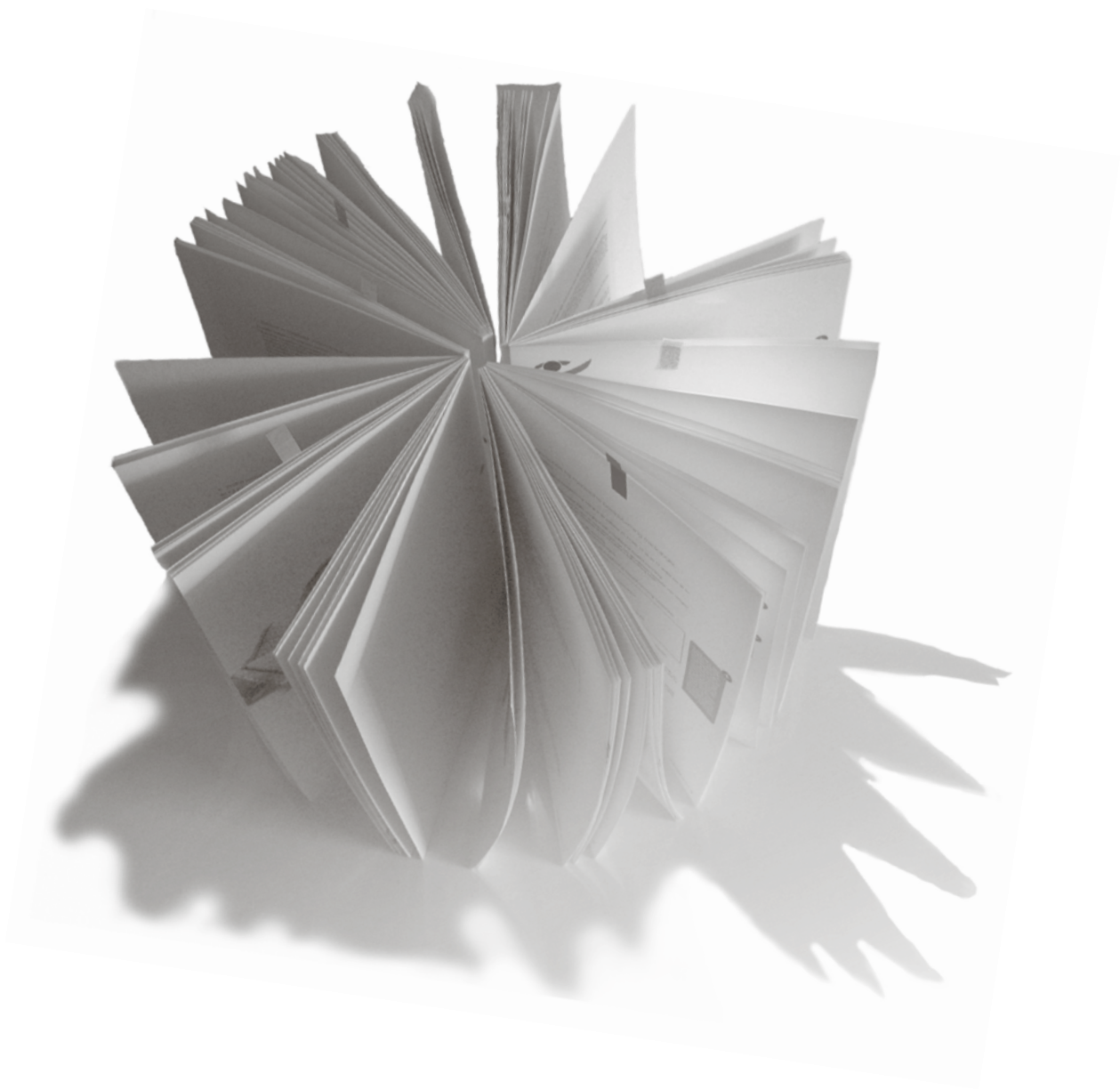
# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie - Études <sup>1</sup>	331
Les pouvoirs et devoirs des inspecteurs sociaux dans le cadre du Code pénal social par S. SCHUTZ	332
2 <sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	355
2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres 2014	356
3 <sup>e</sup> Partie - Jurisprudence	397
I. Cour du travail de Liège, division Namur, 21 octobre 2014 Code judiciaire - Article 991 Arrêté royal du 14 novembre 2003	398
II. Cour du travail de Liège, division Liège, 12 septembre 2014 Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 2 <sup>o</sup> - Expertise - État de frais et honoraire	401
III. Cour du travail de Gand, division Gand, 7 novembre 2014 Articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 - Motivation des décisions administratives	403
IV. Cour du travail de Bruxelles, 26 juin 2014 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Contestation du rapport d'expertise	404
V. Cour du travail de Bruxelles, 6 novembre 2014 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Mentions dans les attestations médicales	407
4 <sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires	409
Pas de publication	410

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

5 <sup>e</sup> Partie - Données de base	411
I. Cotisations à payer par certains titulaires	412
II. Dates de paiement des indemnités d'invalidité des travailleurs salariés ainsi que des indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité des travailleurs indépendants - Année 2015	414
III. Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	415
6 <sup>e</sup> Partie - Statistiques	417
I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres 2014	418
II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre	439
Sommaire de l'année 2014	441

# 1<sup>re</sup> Partie Études



# Les pouvoirs et devoirs des inspecteurs sociaux à la lumière du Code pénal social

Par S. SCHUTZ, attaché, Service d'évaluation et de contrôle médicaux

## 1. Introduction

Le Code pénal social (CPS), publié au Moniteur belge du 1<sup>er</sup> juillet 2010, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Ce Code poursuit plusieurs objectifs :

1. l'amélioration de l'accès à la norme juridique (réécriture de toutes les incriminations, inventaire exhaustif des manquements susceptibles d'entraîner une sanction pénale);
2. l'inscription des infractions et des sanctions dans un schéma répressif cohérent;
3. la généralisation du système d'amendes administratives à toutes les matières;
4. l'adaptation d'un certain nombre de règles aux besoins d'une meilleure prévention et d'une politique moderne de recherche.

Concernant les pouvoirs et les devoirs des inspecteurs sociaux, le Code pénal social reprend, en grande partie, le contenu de la loi du 16 novembre 1972 (telle que modifiée en 2006) relative à l'inspection du travail.

Néanmoins, des adaptations ont été apportées aux règles existantes. La présente étude<sup>1</sup> a pour objet d'examiner d'une part, la manière dont les pouvoirs des inspecteurs sociaux ont été élargis, et d'autre part, les garanties supplémentaires (possibilité de recours et nullité) dont bénéficient les contrevenants à l'égard de certaines mesures prises par ces inspecteurs.

Au niveau de l'INAMI, les médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs et infirmiers contrôleurs du SECM ainsi que les contrôleurs sociaux et les inspecteurs sociaux du SCA ont la qualité d'"inspecteurs sociaux" au sens de l'article 16, 1<sup>o</sup>, du CPS.

## 2. Pouvoirs des inspecteurs sociaux

### a. Pouvoir d'appréciation (art. 21)

Dans leurs missions, les inspecteurs sociaux ne disposent pas d'un pouvoir arbitraire mais agissent en prenant en compte différents facteurs: nature et gravité de l'infraction, récidive, fraude, intérêt public, remboursement volontaire des sommes indument perçues, montant des sommes indument perçues,...

1. Note du Comité de rédaction : la présente contribution est extraite d'un cours donné par l'auteur et consacré au Code pénal social.

Il s'agit d'une exception à l'article 29 du Code d'instruction criminelle suivant lequel :

*“Toute autorité constituée, tout fonctionnaire ou officier public, ainsi que, pour ce qui concerne le secteur des prestations familiales, toute institution coopérante au sens de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquerra la connaissance d'un crime ou d'un délit, sera tenu d'en donner avis sur-le-champ au procureur du Roi près le tribunal dans le ressort duquel ce crime ou délit aura été commis ou dans lequel l'inculpé pourrait être trouvé, et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs”.*

Suivant l'article 21 du CPS, sans préjudice du droit de réquisition du ministère public et du juge d'instruction, les inspecteurs sociaux disposent d'un pouvoir d'appréciation pour :

*“1° fournir des renseignements et des conseils, notamment sur les moyens les plus efficaces pour respecter les dispositions du CPS, les lois visées au Livre II du CPS et les autres lois dont ils sont chargés de surveiller le respect, ainsi que pour respecter les dispositions des arrêtés d'exécution du CPS et des lois précitées;*

*2° donner des avertissements;*

*3° fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle;*

*4° prendre les mesures visées aux articles 23 à 49 du CPS (infra les autres pouvoirs des inspecteurs sociaux);*

*4°/1 transmettre au donneur d'ordre, aux entrepreneurs ou aux sous-traitants visés à l'article 35/1 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs, une notification écrite comme prévue à l'article 49/1;*

*4°/2 transmettre la notification écrite visée à l'article 49/2 du présent Code aux entrepreneurs et aux donneurs d'ordre visés aux articles 35/9 à 35/11 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs;*

*5° dresser des procès-verbaux constatant les infractions aux dispositions du CPS, des lois visées au livre II du CPS et des autres lois dont ils sont chargés de surveiller le respect, ainsi qu'aux dispositions des arrêtés d'exécution du CPS et des lois précitées.”*

Il découle de l'article 21 du CPS que si le ministère public ou le juge d'instruction use de leur droit de réquisition, l'inspecteur doit agir conformément aux instructions reçues et perd son pouvoir d'appréciation.

Cependant, la réquisition du ministère public ou du juge d'instruction n'emporte pas l'obligation pour l'inspecteur social de dresser un procès-verbal de constat. En effet, l'inspecteur social n'a cette obligation que s'il constate au cours de l'enquête qu'une infraction a été commise. Si telle n'est pas sa conviction, il garde la faculté de ne pas dresser de procès-verbal de constat et d'informer le ministère public ou le juge d'instruction des éléments l'empêchant de retenir une infraction.

Soulignons que cette limite au pouvoir d'appréciation ne concerne que les éléments qui font l'objet de la réquisition.



#### **Exemple :**

Une apostille est adressée par l'Auditorat du travail à un contrôleur social afin que ce dernier vérifie si X. travaille au noir tout en percevant des indemnités d'incapacité de travail. Toute infraction constatée à cet égard fera l'objet d'un procès-verbal de constat. Cependant, si lors de ce contrôle des irrégularités sont constatées en ce qui concerne le respect du droit aux vacances annuelles, le contrôleur social transmettra cette information à un inspecteur de l'ONVA.

## b. Possibilité de requérir l'assistance de la police (art. 22)

L'inspecteur social sera parfois amené à exercer sa mission en collaboration avec la police.

En pratique, cela signifie que soit la police assistera l'inspecteur de manière volontaire, soit l'inspecteur va requérir l'assistance de la police.

La réquisition de l'assistance de la police doit respecter certaines conditions : elle doit être écrite, mentionner la disposition légale en vertu de laquelle elle est faite, en indiquer l'objet, être datée, et porter les nom et qualité ainsi que la signature de l'autorité requérante.

En cas d'urgence, les services de police peuvent être requis par tout moyen de communication. Dans ce cas, cette réquisition devra être confirmée le plus rapidement possible dans les formes susmentionnées (art. 8 de la loi du 05.08.1992 sur la fonction de police).

Suivant la doctrine, la collaboration de la police ne sera utilisée qu'en cas de nécessité : risque réel ou empêchement d'accomplir le contrôle. Les services de police ne peuvent accomplir les missions des inspecteurs sociaux : ils doivent se limiter à prêter assistance aux inspecteurs<sup>2</sup>.

En effet, la présence de la police a pour seul but de permettre que la visite se déroule sans problème et d'intervenir en cas de flagrant délit<sup>3</sup>.

## c. Accès aux lieux de travail ou "assimilés" (art. 23)

Les inspecteurs sociaux peuvent dans l'exercice de leur mission pénétrer librement, à toute heure du jour et de la nuit, sans avertissement préalable, dans tous les lieux de travail ou autres lieux qui sont soumis à leur contrôle ou dans lesquels ils peuvent avoir un motif raisonnable de supposer que travaillent des personnes soumises aux dispositions de la législation dont ils exercent la surveillance.

Pour rappel, l'article 16, 10° CPS précise que sont des lieux de travail : "les entreprises, parties d'entreprises, établissements, parties d'établissements, bâtiments, locaux, endroits situés dans l'enceinte de l'entreprise, chantiers et travaux en dehors des entreprises" (voir définitions en annexe).

Cela signifie que :

- "les inspecteurs peuvent pénétrer "librement" dans les lieux de travail. Le terme "librement" implique le droit de pénétrer dans les lieux de travail, avec ou sans le consentement du propriétaire ou locataire des lieux visités"
- les inspecteurs peuvent agir sans avertissement préalable
- le contrôle peut avoir lieu de jour ou de nuit.

## d. Accès aux espaces habités (art. 24)

Pour certains locaux habités, le droit et la procédure d'accès ont été modifiés.

Le CPS est beaucoup plus détaillé que la loi du 16 novembre 1972.


2. H. Mormont, "L'incrimination d'obstacle à la surveillance au regard du droit de se taire et de ne pas contribuer à sa propre incrimination, état de la question", *Chron. D. S.*, 2003, p. 106

3. Ch.-E. Clesse, "Le contrôle des lieux de travail et les visites domiciliaires dans le cadre de la loi du 16.11.1972", *Rev. dr. Pén.*, juil.-août 2006, p. 710.

## NOTION D'ESPACE HABITÉ

Les travaux préparatoires de la loi du 16 novembre 1972 précisait que la notion de “*local habité*” doit être comprise par référence à celle de “domicile” dont l’inviolabilité est garantie par l’article 15 de la Constitution<sup>4</sup>, ce qui nécessite une certaine permanence ou continuité et non un caractère occasionnel.

Il s’agit donc des lieux propres au respect de l’intimité, de la tranquillité et, de façon générale, de la vie privée d’une personne.

 **Exemples** : bâtiment “en dur”, résidence de vacance, tente, loge, cabane, caravane résidentielle, mobil home, roulotte, péniche, dortoir de chantier, bateau maison, garage, jardin,...

Ces lieux doivent être réellement occupés pour être considérés comme “habités” et bénéficier, à ce titre, de l’inviolabilité édictée par l’article 15 de la Constitution.

Sont **exclus** de la notion “espaces habités” :

- les lieux ouverts au public, pendant les heures où le public y a accès (théâtres, cafés, restaurants, salles de spectacles, cinémas,...)
- les dépendances d’un lieu habité dont l’affectation révèle par elle-même qu’il ne s’agit pas d’un lieu servant à l’habitation<sup>5</sup>. Exemple : une maison en chantier n’est pas une habitation effective
- les parties communes d’un immeuble à appartements dans la mesure où il n’y a pas atteinte au respect de la vie privée
- la salle à manger commune d’une maison de repos.

## CAS DANS LESQUELS LES INSPECTEURS SOCIAUX PEUVENT PÉNÉTRER LIBREMENT DANS LES ESPACES HABITÉS

Si l’accès aux espaces habités a lieu alors qu’on ne se trouve pas dans un des cas repris ci-dessous, le contrôle et les éventuelles sanctions ultérieures doivent être déclarés nuls<sup>6</sup>.

Soulignons, dès à présent, que nous allons examiner de manière plus approfondie l’autorisation de visite domiciliaire (cf. pt 5<sup>o</sup>) puisque celle-ci revêt un intérêt particulier dans la pratique des inspecteurs.

Suivant l’article 24, § 1<sup>er</sup> du CPS, les inspecteurs sociaux auront uniquement accès aux espaces habités dans les situations suivantes :

- 1<sup>o</sup> lorsqu’ils se rendent sur place pour **constater une infraction en flagrant délit** (surtout en matière de bien être);
- 2<sup>o</sup> à la **demande ou avec l’accord de la personne qui a la jouissance** réelle de l’espace habité; la demande ou l’accord doit être donné par écrit et préalablement à la visite domiciliaire; relevons que le consentement préalable et écrit de l’occupant doit également être libre et certain<sup>7</sup>.

4. Cass. 23.06.1993, J.L.M.B., 1993, 1058.

5. Bruxelles, 25.05.1999, R.W., 2000, p. 1274.

6. Cass., 24.04.1996, Pas., 1996, I, p. 361.

7. C. trav. Liège, 07.12.1999, Chron. D. S., 2002, p. 181.



Si plusieurs personnes habitent la maison ou l'appartement concerné, il faudra l'accord de tous les occupants :

**> Exemple :** en cas de mariage, il faudra l'accord des deux conjoints.

Cependant, si un des occupants est dans l'impossibilité de donner son accord, l'accord d'une seule personne suffira.

**> Exemple :** un des conjoints est en état d'ébriété<sup>8</sup>.

3° en cas d'**appel** provenant de ce lieu (si appel de détresse);

4° en cas d'**incendie** ou d'**inondation**;

5° lorsqu'ils sont en possession d'une **autorisation de visite domiciliaire** délivrée par le juge d'instruction.

a) Pour obtenir une autorisation de visite domiciliaire, les inspecteurs sociaux adressent une **demande motivée** au **juge d'instruction** (avant le CPS, le juge de police était compétent).

b) Cette **demande contient au moins les données suivantes** (art. 24, § 2, al. 1<sup>er</sup>) :

- *"l'identification des espaces habités qui font l'objet de la visite domiciliaire*
- *la législation qui fait l'objet du contrôle et pour laquelle les inspecteurs sociaux sont d'avis qu'ils ont besoin d'une autorisation de visite domiciliaire*
- *lorsque c'est le cas, les infractions éventuelles qui font l'objet du contrôle*
- *tous les documents et renseignements desquels il ressort que l'utilisation de ce moyen est nécessaire.*

*Les inspecteurs sociaux peuvent obtenir une autorisation de visite domiciliaire pour l'accès aux espaces habités après 21 heures et avant 5 heures moyennant une motivation spéciale de la demande au juge d'instruction".*

c) Le juge d'instruction décide dans un délai de 48 heures maximum après réception de la demande. Aucune voie de recours n'est possible contre cette décision.

Ce délai de 48 h n'étant pas prévu à peine de forclusion, le mandat de visite domiciliaire peut être valablement délivré au-delà de 48h. Cependant, l'absence de décision du juge doit s'apparenter à un refus de mandat.

d) Toutes les pièces motivant l'obtention d'une autorisation de visite domiciliaire, doivent être versées au dossier répressif ou au dossier dans le cadre duquel une amende administrative peut être infligée, à l'exception des pièces qui permettent de déduire l'identité de l'auteur d'une éventuelle plainte ou dénonciation, sauf autorisation expresse de leur auteur (art. 24, § 3, dernier al.).

e) Quid des bâtiments mixtes (à usage professionnel et privé) ?

Seule la partie accessible au public ne nécessite pas d'autorisation de visite domiciliaire.

f) Quid si un même espace sert à des fins professionnelles et privées ?

8. Cass., 11.09.1985, Pas., 1986, I, p. 47 ; Corr. Namur, 31.01.1974, J.J.P., 1994, p. 223.

### > Exemples :

- bureau d'un comptable qui se trouverait dans une salle à manger
- cuisine qui aurait un usage professionnel et privé.

Dans ces cas, l'espace consacré à des fins privées nécessite l'autorisation de visite domiciliaire.

#### g) Visite domiciliaire et perquisition

Les inspecteurs sociaux qui ont obtenu une autorisation de visite domiciliaire ont des pouvoirs plus restreints que les officiers de police judiciaire qui disposent d'un mandat de perquisition :

En effet, la visite domiciliaire se limitera à :

- un contrôle visuel des lieux
- l'identification
- l'audition des personnes présentes
- demander la production d'informations ou données
- saisir et mettre sous scellés (*infra*).

En outre, les inspecteurs sociaux ne disposent pas de certaines prérogatives en cas de visite domiciliaire :

- pouvoir de recherche de supports d'informations contenant des données sociales ou données requises par la loi (art. 28 CPS)
- pouvoirs visés par les articles 30, 31, 32, 33 et 34, alinéa (*infra*, il s'agit notamment du droit d'accès par voie électronique au système informatique ou à tout autre appareil électronique, accès aux données sous une forme lisible et intelligible, information sur l'exploitation du système informatique, intégrité des données).

La **perquisition** est "le moyen de coercition par lequel l'autorité compétente pénètre dans une demeure ou dépendance de celle-ci, dans les conditions et les formes prévues par la loi, afin d'y constater une infraction, de rassembler des preuves relatives à l'infraction (...) <sup>9</sup>".

La perquisition nécessite un mandat de perquisition du juge d'instruction<sup>10</sup>.

La visite domiciliaire est une mesure d'instruction effectuée au domicile d'un inculpé ou d'un tiers en vue d'y rechercher et de recueillir les preuves d'une infraction<sup>11</sup>.

La différence entre la perquisition et la visite domiciliaire réside dans la recherche des preuves<sup>12</sup>.

L'officier de police judiciaire, qui dispose d'un mandat de perquisition peut, dans les conditions prévues par la loi, se livrer aux actes de recherche qui lui ont été commandés afin de rechercher les preuves relatives à un crime ou délit.

#### **Un inspecteur peut-il ouvrir une armoire ou une pièce fermée à clé ?**

La législation ne le permet pas. Elle ne permet pas non plus de faire appel à un serrurier.

Si la clé se trouve sur (ou a proximité) la porte ou l'armoire, l'inspecteur pourra l'ouvrir et exercer son droit de recherche car il n'exerce aucun acte d'instruction.

9. M. Franchimont et A. Jacobs, *Manuel de procédure pénale*, 3<sup>e</sup> éd., coll. de la Faculté de droit de Liège, Larcier, 2009, p. 221.

10. Art. 87, 88 et 89 *bis* du Code d'instruction criminelle.

11. G. Cornu, *Vocabulaire juridique*, PUF, 2000, p. 908.

12. A. Chomé, *Actualité en droit pénal*, La loi du 06.06.2010 créant le Code pénal social, Bruyant, 2011, p. 68.



Exemples d'actes nécessitant un mandat de perquisition :

- soulever les dalles du hall d'entrée
- sonder les murs
- fouiller le mobilier et les personnes
- ouvrir des armoires et coffre-fort fermés à clé
- inciser des matelas
- recourir aux services d'un serrurier
- retirer les planches du parquet.

#### e. Collecte d'information (art. 25)

Les inspecteurs sociaux peuvent procéder à tout examen, contrôle et audition et recueillir toutes les informations qu'ils estiment nécessaires pour s'assurer que les dispositions de la législation dont ils exercent la surveillance, sont effectivement observées.

#### f. Identification des personnes (art. 26)

Les inspecteurs sociaux peuvent prendre l'identité des personnes se trouvant sur les lieux de travail, ainsi que de toute personne dont ils estiment l'identification nécessaire pour l'exercice de la surveillance.

D'une part, ils peuvent, à cet effet, exiger de ces personnes la présentation de documents officiels d'identification.

Cela signifie que les inspecteurs sociaux peuvent exiger la production des cartes d'identité, passeport et permis de conduire.

D'autre part, ils peuvent identifier ces personnes à l'aide de documents non officiels que celles-ci leur soumettent volontairement lorsque ces personnes ne sont pas en mesure de présenter des documents officiels d'identification ou lorsque les inspecteurs sociaux doutent de leur authenticité ou de l'identité de ces personnes.

Le refus de fournir des documents non officiels n'est pas un obstacle au contrôle.

Ils peuvent également essayer de rechercher l'identité de ces personnes au moyen de constatations par image, quel qu'en soit le support, dans les cas et conditions et selon les modalités visés à l'article 39 (infra).

L'identification via documents non officiels est une innovation.



**Exemples :** badges, cartes bancaires, carte de membre avec nom et photo.

L'article 26 CPS doit être lu en combinaison avec les articles 2, 11 et 12 de la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+ :

*"Article 2. Une carte ISI+ est délivrée :*

- 1° aux personnes identifiées au moyen d'un identifiant visé à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale, qui ne peuvent pas disposer d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte d'étranger électronique ou d'un document de séjour électronique, qui valent certificat d'inscription dans les registres de la population, tels que visés à l'article 6 de la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population, aux cartes d'identité, aux cartes d'étranger et aux documents de séjour et modifiant la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, et qui peuvent bénéficier de prestations sociales dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;*
- 2° à tous les enfants âgés de moins de douze ans qui peuvent bénéficier de prestations sociales dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

*Article 11. Les cartes d'identité sociale valides qui ont été délivrées en vertu de la loi précitée du 26 juillet 1996 et de l'arrêté royal précité du 18 décembre 1996 restent valables à des fins d'identification selon les modalités existantes jusqu'à une date à déterminer par le Roi.*

*Jusqu'à cette date, aucune carte ISI+ n'est délivrée aux personnes qui disposent d'une carte d'identité sociale valable.*

*Article 12. Ont, pour la vérification de la validité d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte d'étranger électronique, d'un document de séjour électronique ou d'une carte ISI+, pour la vérification de la nécessité de la délivrance d'une carte ISI+ et pour l'acquittement de coûts pour soins médicaux dans le cadre de l'assurance obligatoire ou complémentaire et en conformité avec les dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, accès au registre national des personnes physiques, au registre des cartes d'identité, au registre des cartes d'étranger et au fichier central des cartes ISI+ et le droit d'utiliser le numéro d'identification du registre national des personnes physiques :*

- 1° la Banque-Carrefour de la sécurité sociale ;*
- 2° la plate-forme eHealth ;*
- 3° l'Institut national Assurance Maladie-Invalidité ;*
- 4° le Collège intermutualiste national ;*
- 5° les organismes assureurs ;*
- 6° les prestataires de soins et les institutions de soins ;*
- 7° les offices de tarification agréés."*

## g. Audition des personnes (art. 27)

Les inspecteurs sociaux peuvent interroger, soit seuls, soit ensemble, soit en présence de témoins, toute personne dont ils estiment l'audition nécessaire, sur tout fait dont la connaissance est utile à l'exercice de la surveillance.



### **Exemple :**

les clients et fournisseurs d'un débit de boisson dont l'exploitant est suspecté d'utiliser du personnel au noir.

Notons que la personne dont l'audition est estimée nécessaire ne peut se soustraire au contrôle sous peine de commettre un obstacle à la surveillance (art. 209 CPS).

h. Se faire produire des supports d'information contenant des données sociales ou des données prescrites par la loi<sup>13</sup> (art. 28) ou d'autres données<sup>14</sup> (art. 29)

Les principes sont fixés à l'article 28, § 3, du CPS. Bien que le CPS reprenne les termes de la loi du 16 novembre 1972, des adaptations ont été nécessaires pour prendre en compte la jurisprudence récente interdisant la "fishing expedition" et les évolutions liées aux technologies informatiques (laptop, gsm, blackberry,...)

La "fishing expedition" vise la situation où les inspecteurs effectueraient des recherches pour obtenir des pièces dont ils supposent l'existence ; les recherches menées quasiment à l'aveugle s'apparentent au droit de fouille pour lequel un mandat de perquisition est nécessaire. Or, le droit de recherche des inspecteurs consiste à rechercher dans un endroit précis tout document nécessaire à l'accomplissement de leur mission (si nécessaire, il y aura saisie ou mise sous scellés).

Les inspecteurs ont le droit :

- 1° **d'obtenir la production de tout support d'information** (sous toute forme : livres, registres, documents, supports numériques ou digitaux, disques, bandes ainsi que ceux accessibles par système informatique ou tout autre appareil électronique : gsm, blackberry) contenant des données sociales (n'importe quelle donnée nécessaire à l'application de la législation sociale : contrats de travail, attestations de vacances,...) et des données dont la tenue est imposée par la législation (art. 28 CPS) : factures, documents comptables, relevés fiscaux,...

Relevons qu'un arrêté royal aurait dû déterminer la liste des documents visés par l'article 28. Cependant, le Conseil d'État a rendu un avis négatif sur ce projet. En effet, il n'y avait pas moyen, en pratique, de dresser une telle liste<sup>15</sup>. Afin de ne pas omettre des documents, l'article 28 a été modifié le 15 février 2012 et dispose que :

*"Le Roi peut, à titre informatif, dresser une liste contenant les données visées au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, dont l'établissement, la tenue ou la conservation sont prescrits par la législation, et qui se trouvent sur des supports d'information dans les lieux de travail ou les autres lieux soumis au contrôle des inspecteurs sociaux ou qui sont accessibles à partir de ces lieux par un système informatique ou par tout autre appareil électronique et auquel les inspecteurs sociaux ont accès".*

Si la personne contrôlée refuse de collaborer, l'inspecteur social peut dresser, le cas-échéant, un procès-verbal pour obstacle à la surveillance (art. 209 - droit pénal).

Les inspecteurs sociaux **peuvent procéder à la recherche et à l'examen** des supports d'information :

1° lorsque l'employeur, son préposé ou son mandataire ne présente pas volontairement les supports d'information, sans toutefois s'opposer à cette recherche ou à cet examen;

2° lorsque l'employeur, son préposé ou son mandataire n'est pas joignable au moment du contrôle (en pratique, via gsm).

Les inspecteurs sociaux peuvent uniquement procéder, sur les lieux de travail, à la recherche ou à l'examen de ces supports d'information à condition que la nature de la recherche ou celle de l'examen l'exige lorsque le danger existe qu'à l'occasion du contrôle, ces supports d'information ou les données qu'ils contiennent disparaissent.

13. Lorsque la surveillance le requiert, les inspecteurs sociaux peuvent exiger une traduction des données visées à l'art. 28 dans une des langues nationales, si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales (art. 36).

14. Voir en annexe les définitions de données sociales ou prescrites par la loi (art. 16, 5° CPS).

15. C.-E. Clesse et A. Lecocq, Actualités législatives, Droit pénal de l'entreprise, 2012/2, p. 133.

Dans le cas d'une visite domiciliaire d'espaces habités, les inspecteurs sociaux ne disposent pas du droit de la recherche de supports d'informations.

**2° de demander** la production (consultation) sans déplacement (l'inspecteur doit se rendre sur place) de tout support d'information (sous toute forme) contenant toute autre donnée nécessaire pour les besoins de l'enquête (ex : documents personnels, agenda...) (art. 29 CPS).

Si la personne contrôlée refuse de collaborer, l'inspecteur social ne peut pas dresser un procès-verbal pour obstacle à la surveillance.

**i. Droit d'accès du système informatique (art. 31), information sur l'exploitation du système d'information (art. 32), intégrité des données (art. 33), copie des systèmes d'information (art. 34)**

Concernant le droit d'accès du système informatique, les inspecteurs ont un droit d'accès physique à l'intérieur du système informatique et un droit de téléchargement et d'utilisation par voie électronique des données. Les inspecteurs sociaux ont aussi accès aux données contenues sur des systèmes informatiques extérieurs à l'entreprise : mailbox, système de conservation des données en ligne sur internet,...

Ces droits s'appliquent même si le lieu de conservation des données se trouve à l'étranger et si les données sont accessibles en Belgique par voie électronique.

De plus, il y a obligation de communiquer à l'inspecteur, s'il en fait la demande, les dossiers d'analyse, de programmation, de gestion et d'exploitation du système utilisé. Ainsi, chaque inspecteur possédera les programmes utiles pour analyser les données recueillies.

Enfin, les inspecteurs peuvent prendre copies des supports d'information ou des données qu'ils contiennent ou se les faire fournir sans frais. Ils demandent, de préférence, une copie électronique.

**j. Saisie et mise sous scellés des systèmes d'information (art. 35 et 28), traduction des données<sup>16</sup> (art. 36), prélèvement d'échantillons (art. 37), saisie et mise sous scellés d'autres biens (art. 38)**

**LES INSPECTEURS SOCIAUX PEUVENT SAISIR OU METTRE SOUS SCELLÉS LES SUPPORTS D'INFORMATION VISÉS À L'ARTICLE 28 (DONNÉES SOCIALES OU DONNÉES PRESCRITES PAR LA LOI) QUE L'EMPLOYEUR, SES PRÉPOSÉS OU MANDATAIRES SOIENT OU NON PROPRIÉTAIRES DE CES SUPPORTS D'INFORMATION**

Ils disposent de ces compétences lorsque :

- cela est nécessaire à la recherche, à l'examen, à l'établissement de la preuve d'infractions
- lorsque le danger existe que les infractions persistent avec ces supports d'information ou que de nouvelles infractions soient commises.

Lorsque la saisie est matériellement impossible, ces données, tout comme les données qui sont nécessaires pour pouvoir les comprendre, sont copiées sur des supports appartenant à l'autorité. En cas d'urgence ou pour des raisons techniques, il peut être fait usage des supports qui sont à la disposition des personnes autorisées à utiliser le système informatique.

16. Les inspecteurs peuvent exiger une traduction des données dans une des langues nationales si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales (art. 36 CPS).

**LA SAISIE/ MISE SOUS SCÉLLÉS DE BIENS MOBILIERS AUTRES QUE DES SUPPORTS D'INFORMATION ET DE BIENS IMMOBILIERS AURA LIEU SI C'EST NÉCESSAIRE À L'ÉTABLISSEMENT DE LA PREUVE DES INFRACTIONS OU LORSQUE LE DANGER EXISTE QU'AVEC CES BIENS, LES INFRACTIONS PERSISTENT OU QUE DE NOUVELLES INFRACTIONS SOIENT COMMISES**

L'article 210, § 2 CPS prévoit une sanction de niveau 3<sup>17</sup> si l'employeur, son préposé ou son mandataire n'observe pas les mesures prescrites en exécution de l'article 38 CPS.

Par ailleurs, des sanctions pénales pourraient s'appliquer si les scellés apposés sur des biens mobiliers (autres que des supports d'information) et des biens immobiliers seraient brisés.

Ainsi, suivant l'article 283 du Code pénal :

*"Lorsque des scellés, apposés par ordre de l'autorité publique, auront été brisés, les gardiens seront punis, pour simple négligence, de huit jours à six mois d'emprisonnement".*

Remarquons que si un véhicule ou des sommes d'argent à saisir devaient être le produit de l'infraction, seule une saisie judiciaire serait envisageable.

**LES ARTICLES 35 ET 38 CPS DOIVENT ÊTRE LUS EN COMBINAISON AVEC L'ARTICLE 53 CPS QUI LUI REPREND LES GARANTIES FORMELLES QUI DOIVENT ENTOURER LES SAISIES ET MISES SOUS SCÉLLÉS :**

*"§ 1<sup>er</sup>. Les saisies et mises sous scellés pratiquées en vertu des articles 35 et 38 ainsi que les mesures prises par les inspecteurs sociaux en exécution des articles 31, 37 et 43 à 49 doivent faire l'objet d'un constat écrit.*

*Les mesures de recherche visées à l'article 28, § 3, et, le cas échéant, les mesures d'examen qui en résultent et qui sont effectuées à cet endroit, doivent également faire l'objet d'un constat écrit.*

*§ 2. Le constat écrit est remis de la main à la main à l'employeur, son préposé ou son mandataire qui en accuse réception.*

*Si l'employeur, son préposé ou son mandataire n'est pas présent, le constat écrit est déposé sur-le-champ. Une copie est également envoyée dans un délai de quatorze jours par pli recommandé à la poste avec accusé de réception à l'employeur, son préposé ou son mandataire.*

*§ 3. L'écrit visé au § 1<sup>er</sup> doit au moins mentionner :*

*1° la date et l'heure auxquelles les mesures sont prises ;*

*2° l'identité des inspecteurs sociaux, la qualité en laquelle ils interviennent et l'administration dont ils relèvent ;*

*3° les mesures prises ;*

*4° la reproduction du texte des articles 209 et 210 ;*

*5° les voies de recours contre les mesures, l'arrondissement judiciaire compétent ainsi que la reproduction du texte de l'article 2 de la loi du 2 juin 2010 comportant des dispositions de droit pénal social ;*

*6° l'autorité qui doit être citée en cas de recours.*

17. La sanction de niveau 3 est constituée soit d'une amende pénale de 100 à 1 000 EUR, soit d'une amende administrative de 50 à 500 EUR.

Lorsque les mesures visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, concernent les mesures de recherche visées à l'article 28, § 3, et, le cas échéant, les mesures d'examen qui en découlent et qui ont été effectuées sur ce lieu, la description contient entre autres les données suivantes :

- 1° la description du lieu ou des lieux où ces mesures de recherche ou d'examen ont eu lieu ;
- 2° la législation dont la surveillance est exercée et à laquelle une infraction a été commise ou probablement commise qui rend nécessaire ces mesures de recherche ou d'examen ;
- 3° la liste des supports d'information visés à l'article 28, § 1<sup>er</sup>, qui ont été recherchés et, le cas échéant, qui ont été examinés sur place ;
- 4° la description des faits dont il ressort que les mesures de recherche prises ou les mesures d'examen ont eu lieu dans les cas et sous les conditions visés à l'article 28, § 3 ;
- 5° la justification du fait que le résultat poursuivi avec les mesures de recherche ou d'examen visées ne pouvait pas être atteint par d'autres mesures, moins contraignantes."

#### ILLUSTRATION D'UNE MISE SOUS SCÉLÉS RÉPONDANT AUX EXIGENCES LÉGALES

Dans un jugement du 7 novembre 2013, le Tribunal du travail d'Hasselt déclare que la "mise sous scellés a fait l'objet d'une attestation sur laquelle figure la justification de la proportionnalité de la mesure et que cette justification, remplissant plus d'une demi-page, est développée à suffisance. Il relève également que l'attestation mentionne que le gérant persiste dans la fraude et que quatorze mois après avoir débuté l'exploitation des trois bars concernés, il continue d'éluder le paiement des charges de sécurité sociale qui lui incombent, qu'il rend impossible le contrôle de la durée des prestations de travailleurs et qu'il est un débiteur en défaut de paiement de cotisations à l'égard de l'ONSS<sup>18</sup>."

#### k. Constatations par image (art. 39)

L'article 39 renforce les droits de la défense et de la protection de la vie privée.

Il y a des formalités à remplir lors de la prise d'image.

Principe : les constatations par image sans autorisation.



**Exemples :** photographies, caméra de surveillance, film sur un chantier.

**Exception :** les constatations par images dans les locaux habités.

Dans ce cas, les inspecteurs sociaux doivent obtenir l'autorisation du juge d'instruction pour prendre des images sauf si les images visent à établir une infraction en matière de bien-être des travailleurs qui a engendré ou pourrait engendrer un accident de travail.

Les constatations par image valent jusqu'à preuve du contraire pour autant qu'il y ait indication des données visées aux articles 39, § 3, 1<sup>o</sup> et 64 (mention de l'identité du fonctionnaire qui a réalisé les images, jour, date, heure et lieu où les images ont été prises, description de ce qui est visible,...) et conservation du support original des images par l'administration jusqu'à la clôture définitive du dossier.

18. Voir la note de M. Gratia, Droit pénal de l'entreprise, 2014/1, pp. 61 à 68.



À titre d'illustration, citons l'arrêt rendu par la Cour du travail de Liège le 26 novembre 2013<sup>19</sup>,

*"Le visionnement des enregistrements vidéo par le service d'inspection en présence de l'appelante a permis de se rendre compte que le travail effectué n'était pas tout à fait occasionnel, mais régulier, même si pour un des deux intéressés, il n'a nécessairement pu se dérouler que pendant les quelques jours où il a été présent en Belgique.*

(...)

*Il y a eu en l'espèce rédaction dûment complète d'un procès-verbal le 25 octobre 2010 et dépôt des bandes vidéo au greffe du tribunal correctionnel (cf rapport sur enquête p. 4). Le constat, contenant la description de ce qui a été visionné, est donc régulier, dès lors que les images obtenues ont été légitimement réalisées par les caméras de surveillance de l'établissement de l'appelante laquelle a autorisé les inspecteurs à les visionner (voy. M. De Rue, "Les lignes de force du nouveau Code pénal social", J.T., 2011, p. 101, spécialement n° 32, p. 108 et M. De Rue, Le Code pénal social, Larcier, 2012, p. 48, nos 72 et 73)."*

## I. Pouvoir d'ordonner des mesures (art. 40)

Les inspecteurs sociaux peuvent :

- 1° ordonner que les documents dont l'apposition est prévue par les législations dont ils exercent la surveillance, soient et restent effectivement apposés, dans un délai qu'ils déterminent ou sans délai ;



**Exemple :** l'inspecteur remarque dans la salle d'attente d'un dentiste partiellement conventionné qu'il n'y a pas une information des heures durant lesquelles le dentiste n'est pas conventionné.

- 2° s'ils l'estiment nécessaire dans l'intérêt des bénéficiaires de la sécurité sociale ou de ceux qui ont demandé à en bénéficier, enjoindre aux institutions de sécurité sociale ( par ex. mutualités) de communiquer aux personnes précitées, dans le délai qu'ils fixent, les données sociales à caractère personnel qui les concernent et de corriger ou effacer, également dans le délai qu'ils fixent, ou de n'en pas faire usage, les données sociales inexactes, incomplètes, imprécises ou superflues qu'elles conservent.

L'article 210, § 2 CPS prévoit une sanction de niveau 3<sup>20</sup> si l'employeur, son préposé ou son mandataire n'observe pas les mesures prescrites en exécution de l'article 40 CPS.

## m. Établissement ou délivrance de documents (art. 41)

Les inspecteurs sociaux peuvent, s'ils l'estiment nécessaire dans l'intérêt des travailleurs, des bénéficiaires ou des assurés sociaux, établir ou délivrer tout document remplaçant ceux visés par la législation dont ils exercent la surveillance.

Grâce à ce pouvoir de délivrance de documents de remplacement, la négligence ou malveillance d'un employeur ne pourra pas se retourner contre les travailleurs et assurés sociaux.

19. C. trav. Liège, 26.11.2013, J.T.T., 2014/10, p. 159.

20. Soit une amende pénale de 100 à 1 000 EUR, soit une amende administrative de 50 à 500 EUR.

**> Exemple :** un employeur refuse de transmettre le document C 4 à un travailleur licencié. L'inspecteur de l'Onem rédigera un document avec lequel la personne licenciée pourra aller au syndicat afin de percevoir des allocations de chômage.

#### n. Action en cessation (art. 42)

Une action en cessation (du comportement malhonnête par rapport aux concurrents ; ex. travail au noir) peut, conformément au chapitre 6 de la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, être introduite auprès du président du tribunal de commerce par le fonctionnaire dirigeant le service d'inspection compétent pour les dispositions visées.

Cette procédure exceptionnelle et réservée aux actes de concurrence déloyale graves résultant de la violation délibérée de la législation sociale<sup>21</sup>.

#### o. Production et communication des données

Il s'agit d'une exception à la règle du secret de l'information<sup>22</sup> prévue à l'article 27quinquies du Code d'instruction criminelle.

#### COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PAR LES INSPECTEURS SOCIAUX À D'AUTRES ADMINISTRATIONS (ART. 54)

Lorsqu'ils l'estiment nécessaire, les inspecteurs sociaux communiquent les renseignements recueillis lors de leur enquête, aux autres administrations et aux inspecteurs sociaux des autres administrations dans la mesure où ces renseignements peuvent intéresser ces derniers dans l'exercice de la surveillance dont ils sont chargés.

Il y a obligation de communiquer ces renseignements lorsque les institutions publiques de sécurité sociale, les inspecteurs sociaux des autres services d'inspection ou les autres fonctionnaires chargés de la surveillance ou de l'application d'une autre législation les demandent.

Toutefois, les renseignements recueillis à l'occasion de l'exécution de devoirs prescrits par l'autorité judiciaire (c.-à-d. Auditorat du travail, juge d'instruction, Procureur du Roi) ne peuvent être communiqués qu'avec l'autorisation expresse de celle-ci (la loi du 16.11.1972 n'exigeait pas une autorisation expresse).

Les renseignements concernant des données médicales à caractère personnel ne peuvent être communiqués ou utilisés que dans le respect du secret médical.

#### COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS AUX INSPECTEURS SOCIAUX PAR D'AUTRES ADMINISTRATIONS (ART. 55)

Les autres administrations sont tenues de fournir aux inspecteurs sociaux, et à leur demande, tous renseignements que ces derniers estiment utiles au contrôle.

Toutefois, tous les renseignements et tous les supports d'information recueillis à l'occasion de l'exécution de devoirs prescrits par l'autorité judiciaire ne peuvent être communiqués qu'avec l'autorisation expresse de celle-ci.

21. J.-C. Heirman et M. Gratia, *Les pouvoirs des inspecteurs sociaux à la lumière du nouveau Code pénal social*, Kluwer, 2011, p. 153.

22. C. trav. Bruxelles, 05.09.2013, R.G. n° 2008/AB/51.547, [www.terralaboris.be](http://www.terralaboris.be).

### p. Qualité d'officier de police judiciaire

Les inspecteurs sociaux désignés par le Roi sont revêtus de la qualité d'officier de police judiciaire, auxiliaire du procureur du Roi et de l'auditeur du travail (art. 50 CPS).

Seuls les inspecteurs sociaux désignés par le Roi seront revêtus de cette qualité d'officier de police judiciaire.

Les pouvoirs d'officier de police judiciaire, auxiliaire du Procureur du Roi et de l'Auditeur du travail, conférés aux inspecteurs sociaux désignés par le Roi ne peuvent être exercés qu'en vue de la recherche et de la constatation des infractions visées dans le CPS et dans les articles 433quinquies à 433octies du Code pénal (traite des êtres humains) et dans les articles 77bis à 77quinquies de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (art. 51 CPS).

Soulignons que nos inspecteurs sociaux n'ont pas la qualité d'officier de police judiciaire. Cela signifie qu'ils ne sont pas obligés de dresser un procès-verbal lorsqu'ils constatent une infraction.


En effet, ils peuvent se limiter à donner un avertissement.

En outre, ils ne sont pas compétents pour constater toutes les infractions au CPS (contrairement aux officiers de la police judiciaire comme susmentionné).

## 3. Devoirs des inspecteurs sociaux

### a. Principe de finalité (art. 18)

Les inspecteurs sociaux exercent leurs pouvoirs en vue de la surveillance du respect des dispositions du Code pénal social, des lois visées au Livre 2 du CPS et des autres lois dont ils sont chargés de surveiller le respect, ainsi qu'en vue de la surveillance du respect des dispositions des arrêtés d'exécution du CPS et des lois précitées.

 **Exemple :** Un inspecteur social ne peut pas demander, par curiosité, l'accès à des documents qui ne sont pas nécessaires pour constater une infraction.

### b. Principe de proportionnalité (art. 19)

Les inspecteurs sociaux veillent à ce que les moyens qu'ils utilisent soient appropriés et nécessaires pour la surveillance du respect des dispositions du CPS, des lois visées au Livre 2 du CPS et des autres lois dont ils sont chargés de surveiller le respect ainsi que pour la surveillance du respect des dispositions des arrêtés d'exécution du CPS et des lois précitées.

Selon la doctrine<sup>23</sup>, ce principe implique un triple examen :

- l'utilité de l'acte et des moyens mis en œuvre en fonction de l'objectif poursuivi
- le caractère indispensable (donc non remplaçable) des mesures prises ou envisagées
- il faut que l'atteinte aux libertés impliquées par les mesures prises ne soit pas disproportionnée par rapport au but poursuivi. Il faut donc privilégier la voie la moins intrusive par rapport aux libertés.

### c. Titre de légitimation (art. 20)

Les inspecteurs sociaux exercent leurs missions munis du titre de légitimation de leurs fonctions. Les inspecteurs sociaux doivent présenter leur titre de légitimation. La mention au procès-verbal du fait que l'inspecteur a montré sa carte de légitimation vaut jusqu'à preuve du contraire.

Dès le début du contrôle, les inspecteurs sociaux doivent présenter leur carte de légitimation dont il ressort qu'ils ont la qualité d'inspecteur social.

Cette disposition vise à éviter les abus éventuels :



Exemples d'abus<sup>24</sup> :

- l'inspecteur social se fait passer pour un client dans un café afin de pouvoir constater qu'un assuré social y travaille au noir
- l'inspecteur social se laisse engager comme travailleur au noir afin de constater par après une infraction pour travail au noir
- l'inspecteur social envoie un enfant de moins de 15 ans à un employeur afin de pouvoir constater une infraction pour travail illégal d'enfant.

Cependant, si les observations se limitent à faire des constatations de visu (par ex. : vérifier à l'extérieur d'un établissement le travail effectué par le personnel) celles-ci ne sont pas visées par l'article 20 du CPS<sup>25</sup>.

Les cartes de légitimation utilisées avant l'entrée en vigueur du Code pénal social continuent de servir de titre de légitimation à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2011 (art. 7 de l'A.R. du 01.07.2011, M.B., 06.07.2011, p. 38571).

Un arrêté royal du 15 mai 2014, qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015, précise l'apparence des cartes de légitimation.

Le titre de légitimation se présente sous la forme d'un rectangle de minimum 85 mm de longueur et de minimum 54 mm de largeur et est plastifié.

Au recto figurent au moins les données suivantes :

- (en haut) la mention "Royaume de Belgique - titre de légitimation"
- (sur la partie gauche) une photo d'identité en couleur du titulaire de la carte, d'un format minimum de 25 mm sur 18 mm
- le nom, le prénom et la signature du titulaire
- l'identification et le logo du service d'inspection du titulaire
- la mention que le titulaire est inspecteur social
- l'identification et la signature de l'autorité qui délivre le titre de légitimation

23. H.-D. Bosly, D. Vandermeersch et M.-A. Bernaert, *Droit de la procédure pénale*, 5<sup>e</sup> éd., Bruxelles, Larcier, 2008, p. 67.

24. C.-E. Clesse, "Les inspections sociales : pouvoirs et devoirs", *Perspectives de droit social*, Anthemis, Louvain-la-Neuve, 2009, p. 46 ; J.-C. Heirman et M. Gratia, *Les pouvoirs des inspecteurs sociaux à la lumière du nouveau Code pénal social*, Kluwer, 2011, pp. 88-89.

25. J.-C. Heirman et M. Gratia, *Les pouvoirs des inspecteurs sociaux à la lumière du nouveau Code pénal social*, Kluwer, 2011, p. 89.

- (dans la partie inférieure droite) l'extension de domaine ".be"
- un liseré aux trois couleurs nationales sur le bord droit
- le blason national se trouvant dans le coin supérieur gauche du titre de légitimation.

Au verso se trouvent :

- la mention "Les inspecteurs sociaux exercent leurs compétences conformément au Code pénal social et à d'autres lois particulières."
- l'extension de domaine ".be" dans le coin inférieur droit.

Un titre provisoire sur un support papier peut être délivré à titre temporaire durant le délai nécessaire à l'impression du titre de légitimation sur un support plastifié :

- en cas de demande d'un nouveau titre de légitimation ou
- en cas de perte du titre de légitimation.

La durée de validité du *titre de légitimation* est de dix ans à dater de son établissement.

#### d. Confidentialité et respect du secret professionnel (art. 58)

Les inspecteurs doivent prendre les mesures nécessaires afin de garantir le caractère confidentiel des données sociales à caractère personnel dont ils ont obtenu connaissance dans l'exercice de leur mission.

De même, les renseignements concernant des données médicales à caractère personnel ne peuvent être communiqués ou utilisés que dans le respect du secret médical (art. 54 CPS).

Selon la doctrine<sup>26</sup>, "*Seules les données qui permettent de déduire l'état de santé passé, actuel ou futur d'une personne concernée sont considérées comme des données médicales à caractère personnel. En revanche, le simple fait de communiquer la durée d'une incapacité de travail, sans référence à la santé psychique ou physique d'une personne ne devrait pas prêter le flanc à la critique.*"

Un médecin ne transgresse-t-il pas le code de déontologie en fournissant des renseignements médicaux ?

L'article 58 du code de déontologie prévoit une exception au principe du secret médical. Il autorise le dispensateur de soins à fournir, aux médecins-inspecteurs du SECM, les seuls renseignements nécessaires à l'exercice de leur mission de contrôle dans les limites strictes de celle-ci.

La communication de ces renseignements et leur utilisation par les médecins-inspecteurs sont subordonnées au respect du secret professionnel par ces derniers.

Suivant la jurisprudence, les médecins-inspecteurs ne sont pas liés par le secret professionnel au sens strict du terme ; en effet, le secret médical doit se rapporter à l'exercice de la profession et avoir un rapport avec la confiance indispensable que le malade témoigne au médecin ; en tant qu'organe de police judiciaire, les médecins-inspecteurs sont liés par l'obligation de garder le secret de l'instruction<sup>27</sup>.

Le non-respect de ce devoir est sanctionné par l'article 458 du Code pénal qui réprime la violation du secret professionnel (emprisonnement de 8 jours à 6 mois et amende de 100 EUR à 500 EUR) et des poursuites disciplinaires.

26. A. Chomé, "Le droit pénal social", *Droit pénal et procédure pénale*, Suppl. 31, 11.06.2012, p. 38.

27. Civ. Bruxelles, 04.09.1992, J.T., 1993, p. 230.

### e. Devoir de discrétion (art. 59)

Cette disposition interdit la divulgation de l'identité des personnes à l'origine d'une plainte (personne concernée) ou d'une dénonciation (quelqu'un d'autre que la personne concernée (ex : témoin), sauf autorisation expresse de l'auteur de la plainte ou de la dénonciation. De même, les pièces motivant l'obtention d'une autorisation de visite domiciliaire, doivent être versées au dossier répressif à l'exception des pièces qui permettent de déduire l'identité de l'auteur d'une plainte ou dénonciation, sauf autorisation expresse de l'auteur d'une plainte ou d'une dénonciation (voir supra).

Précisons que selon la Cour Constitutionnelle, on ne peut soustraire au principe du contradictoire que les données qui permettent de déduire l'identité de l'auteur de la plainte ou de la dénonciation, et non la plainte ou la dénonciation elle-même<sup>28</sup>.

Si une plainte est manuscrite et que l'écriture permet d'identifier le plaignant ou si la plainte se réfère à des faits permettant une telle identification, on pourrait mettre dans le dossier une copie dactylographiée, expurgée de ces éléments d'identification, dont le contenu est certifié conforme à la plainte originale.

Relevons que les inspecteurs sociaux sont liés par l'obligation de garder le **secret de l'instruction**.

En effet, suivant l'article 141, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 :

*"Le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux est chargé:*

*3<sup>o</sup> de déterminer la procédure suivant laquelle les enquêtes visées à l'article 146, § 2, sont déclenchées et exécutées et d'exercer également un contrôle sur celles-ci sans qu'il puisse être fait obstacle au droit d'initiative du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et au secret de l'enquête tant que cette enquête n'est pas achevée".*

Le secret de l'instruction trouve sa raison d'être dans la sauvegarde de deux intérêts majeurs<sup>29</sup> :

- le respect de l'intégrité morale et de la vie privée de toute personne présumée innocente
- l'efficacité dans la conduite de l'instruction.

Toutefois, il y a des exceptions au secret de l'instruction :

- la communication de données
- la délivrance de copie d'audition
- l'accès au dossier
- la communication par le ministère public à la presse.

De plus, le SECM peut dénoncer les faits qui relèvent de leurs compétences aux autorités disciplinaires (art. 146, § 3 de la loi coordonnée le 14.07.1994) et aux autorités judiciaires (art. 29 du Code d'instruction criminelle).

L'inspecteur ne peut donc révéler à l'employeur que le contrôle fait suite à une plainte ou à une dénonciation (il peut par contre, s'il le juge opportun, le révéler au juge ou à l'auditeur du travail, à condition de taire sa source) ; il ne peut donner le nom de la personne qui est à l'origine d'une plainte ou d'une dénonciation, et ceci même devant les tribunaux, à moins que cette personne l'y ait expressément autorisé.

28. C. const., arrêt n° 171, 03.12.2008, B.6.6., [www.const-court.be](http://www.const-court.be).

29. H.-D. Bosly et D. Vandermeersch, Droit de la procédure pénale, La Chartre, 2001, p. 286.

Cette obligation de discrétion particulièrement stricte a pour but d'éviter que l'employeur, une fois l'auteur de la plainte ou de la dénonciation identifié, procède à des représailles<sup>30</sup>.

#### f. Obligation d'intégrité (art. 60)

Les inspecteurs sociaux ne peuvent avoir un intérêt quelconque, direct ou indirect, dans les entreprises ou institutions qu'ils sont chargés de contrôler.

Afin de garantir l'impartialité de l'enquête, en cas de conflit d'intérêts, l'inspecteur social est ainsi tenu d'en faire part à son supérieur hiérarchique afin de se faire remplacer pour ce contrôle.

Par "intérêt indirect", on entend toute raison de nature personnelle, financière ou pas, qui serait de nature à priver d'objectivité le contrôle effectué.



Exemples :

- aurait un "intérêt indirect" à effectuer un contrôle l'inspecteur social qui contrôlerait un débit de boissons tenu par son ex-épouse, dans un but de vengeance
- l'inspecteur qui contrôlerait systématiquement une entreprise concurrente de celle d'un de ses parents ou amis
- il y a intérêt direct lorsque l'entreprise contrôlée appartient à un proche du contrôleur social, ou encore lorsqu'il y exerce un mandat ou une fonction<sup>31</sup>.

#### g. Règle de déontologie (art. 61)

Le contrôle ne peut être effectué "à la hussarde". Il doit se dérouler dans le respect d'un minimum de correction<sup>32</sup>.

## 4. Recours contre certaines mesures prises par les inspecteurs<sup>33</sup>

Certaines mesures peuvent donner lieu à un recours en référé, par la personne lésée, devant le Président du Tribunal du travail qui statuera sur la légalité et l'opportunité de la mesure attaquée (sauf pour l'accès au matériel informatique où seul un contrôle de légalité est possible).

Ce recours permet de respecter le principe d'égalité car le justiciable qui n'a pas commis d'infraction doit avoir les mêmes droits que celui suspecté d'infraction<sup>34</sup>.

Le président du tribunal du travail statuera sur le recours après avoir entendu le ministère public.

Il peut accorder une levée totale, partielle des mesures ou les assortir de conditions.

Le jugement rendu par le président du tribunal du travail est exécutoire par provision, nonobstant tout recours et sans caution, si le juge n'a pas ordonné qu'il en soit fourni une.

30. J.-C. Heirman, *L'employeur et l'inspection des lois sociales*, Orientations, 1998, pp. 196 et ss.

31. J.-C. Heirman, "La réglementation du travail et l'inspection sociale", communication effectuée à S.D. Formations le 21.11.2002, p. 27.

32. F. Lagasse et M. Palumbo, *Manuel de droit pénal social*, 2<sup>e</sup> édition, 2011, p. 54.

33. Loi du 02.06.2010, M.B. 01.07.2010, entrée en vigueur le 01.07.2011.

34. Projet de loi comportant des dispositions de droit pénal social, Doc. Parl., Ch. Repr., s.o. 2008-2009, n° 52-1666/01, p. 83.

Ce recours aura lieu notamment dans les cas suivants :

- saisies ou mises sous scellés (art. 35 et 38 CPS)
- accès au matériel informatique (art. 31 CPS)
- prélèvement d'échantillons (art. 37 CPS)
- utilisation du pouvoir de recherche et d'examen de supports contenant des données sociales ou prescrites par la loi (art. 28, § 3).

Les saisies, les mises sous scellés ou les mesures pratiquées en contravention aux articles 28, § 3, 31, 35, 37, 38 et 43 à 49/1 du CPS sont nulles.

Pourquoi prescrire à peine de nullité les mesures susmentionnées ?

La nullité s'explique par la jurisprudence Antigoon suivant laquelle la Cour de cassation autorise l'utilisation des preuves obtenues de manière irrégulière sauf dans trois cas :

- lorsque l'irrégularité entache la crédibilité de la preuve
- lorsque l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable
- lorsque l'irrégularité constitue une violation d'une règle prescrite à peine de nullité<sup>35</sup>.

Cette jurisprudence a été intégrée à l'article 32<sup>36</sup> du titre préliminaire du Code d'instruction criminelle :

*"La nullité d'un élément de preuve obtenu irrégulièrement n'est décidée que si :*

- *le respect des conditions formelles concernées est prescrit à peine de nullité, ou*
- *l'irrégularité commise a entaché la fiabilité de la preuve, ou*
- *l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable".*

Puisque ces mesures sont prescrites à peine de nullité, le juge écartera l'élément de preuve obtenu en violation des articles du CPS précités.

Suivant la Cour de Cassation, il y aura également nullité en cas de non-respect d'une formalité substantielle relative à l'organisation des cours et tribunaux.

Ainsi, le 24 avril 2013<sup>37</sup>, la Cour de Cassation a décidé qu'en vertu de l'article 81 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, les officiers de police judiciaire, inspecteurs sociaux et autres agents visés par cet article rassemblent les preuves des infractions à ladite loi ainsi qu'aux articles 433<sup>quinquies</sup> et suivants du Code pénal, en suivant les dispositions du Code d'instruction criminelle; il en résulte que la traite des êtres humains est un délit dont la constatation, lorsqu'elle requiert la pénétration dans un lieu habité sans le consentement de l'occupant, suppose la délivrance d'un mandat de perquisition par le juge d'instruction (et non une simple autorisation du juge de police comme en l'espèce).

Dans cet arrêt, la Cour de Cassation a déclaré :

*"L'illégalité dénoncée par le moyen a pour objet non pas une visite domiciliaire sans mandat mais une telle visite réalisée avec l'autorisation d'un juge non habilité par la loi.*

*Substantielle, touchant à l'organisation des cours et tribunaux au point de vue de la répartition de leurs attributions respectives, l'irrégularité dénoncée à bon droit par les demandeurs n'est pas de celles que le juge pourrait refuser de sanctionner au motif qu'aucun texte ne commine la nullité, que la preuve reste fiable ou que son utilisation ne compromet pas le caractère équitable du procès".*

35. Cass., 14.10.2003, R.C.J.B., 2004, p. 405.

36. Loi du 24.10.2013, M.B. 12.11.2013, entrée en vigueur le 22.11.2013.

37. Cass., 24.04.2013, P.12.1919.F, www.cass.be.



## Conclusion

Le Code pénal social offre une structure claire et cohérente aux pouvoirs et devoirs des inspecteurs en prenant en compte, notamment, les techniques modernes de recherche d'infraction.

En outre, les pouvoirs des inspecteurs sociaux ont été élargis : ainsi, les règles relatives à l'accès aux espaces habités, l'identification des personnes via documents non officiels, la recherche et l'examen de tout support d'information,...

Enfin, des garanties supplémentaires (possibilité de recours et nullité) sont apportées à l'égard de certaines mesures prises par les inspecteurs.

## Annexe



### Définitions (Art. 16 et 1, § 1<sup>er</sup> CPS)

1° **inspecteurs sociaux** : les fonctionnaires qui relèvent de l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions l'emploi et le travail, la sécurité sociale, les affaires sociales et la santé publique, ou qui relèvent des institutions publiques qui en dépendent, et qui sont chargés de surveiller le respect des dispositions du CPS, des lois visées au Livre II du CPS et des autres lois dont ils sont chargés de surveiller le respect, ainsi que de surveiller le respect des dispositions des arrêtés d'exécution du CPS et des lois précitées ;

*Le CPS définit de façon large la notion d'inspecteur social en son article 16, 1°. Cette définition englobe tous les inspecteurs de l'INAMI (médecins-inspecteurs, pharmaciens-inspecteurs, infirmiers contrôleurs, inspecteurs sociaux et contrôleurs sociaux).*

*L'article 142, § 2 nouveau fait explicitement référence aux constats établis par "les inspecteurs sociaux visés à l'article 146" de notre loi ASSI coordonnée (loi du 29.03.2012, en vigueur le 09.04.2012).*

2° **travailleurs** : les personnes qui exécutent des prestations de travail sous l'autorité d'une autre personne en vertu d'un contrat de travail et celles qui y sont assimilées :


- a) les personnes qui, autrement qu'en vertu d'un contrat de travail, exécutent des prestations de travail sous l'autorité d'une autre personne ;
- b) les personnes qui ne travaillent pas sous l'autorité d'une autre personne mais qui sont assujetties en tout ou en partie à la législation sur la sécurité sociale des travailleurs.

3° **employeurs** :

- a) les personnes qui exercent l'autorité sur les travailleurs (ex. cefa, statut) ;
  - b) les personnes qui y sont assimilées en vertu d'une législation sociale (ex. couvent);
- (...).

4° **bénéficiaires** : les bénéficiaires de prestations sociales, soit de la sécurité sociale, soit d'un régime d'aide sociale, ou d'autres avantages accordés par les législations dont les inspecteurs sociaux exercent la surveillance, et ceux qui ont demandé à en bénéficier ;

5° **données sociales** : toutes les données nécessaires à l'application de la législation concernant le droit du travail et de la sécurité sociale ;

 **Exemples** : contrat de travail, horaire de travail, règlement de travail, police d'assurance,...


6° **données sociales à caractère personnel** : toutes les données sociales concernant une personne identifiée ou identifiable ;

7° **données médicales à caractère personnel** : toutes les données sociales à caractère personnel dont on peut déduire une information sur l'état antérieur, actuel ou futur de la santé physique ou psychique de la personne physique identifiée ou identifiable, à l'exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux ;

8° **institutions publiques de sécurité sociale** : les institutions publiques ainsi que les Services publics fédéraux qui sont chargés d'appliquer la législation relative à la sécurité sociale ;

 **Exemple** : parastataux dont l'INAMI.

9° **institutions coopérantes de sécurité sociale** : les organismes de droit privé, agréés pour collaborer à l'application de la législation relative à la sécurité sociale ;

 **Exemples** : organismes assureurs, syndicats payant des allocations de chômage, caisses d'assurance sociale pour indépendants.

10° **lieux de travail** : tous les lieux où des activités qui sont soumises au contrôle des inspecteurs sociaux sont exercées ou dans lesquels sont occupées des personnes soumises aux dispositions de la législation dont ils exercent la surveillance, et entre autres, les entreprises, parties d'entreprises, établissements, parties d'établissements, bâtiments, locaux, endroits situés dans l'enceinte de l'entreprise, chantiers et travaux en dehors des entreprises ;

11° **supports d'information** : tous les supports d'information sous quelque forme que ce soit, comme des livres, registres, documents, supports d'information numériques ou digitaux, disques, bandes, y compris ceux qui sont accessibles par un système informatique ou par tout autre appareil électronique ;

12° **contrevenant** : la personne à laquelle une amende administrative peut être infligée ;

13° **administration compétente** : l'administration et les fonctionnaires désignés par le Roi pour infliger les amendes administratives.

*"L'administration compétente pour infliger les amendes administratives est la Direction des amendes administratives de la Division des études juridiques, de la documentation et du contentieux du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale" (art. 9 de l'A.R. du 01.07.2011).*

14° **acteurs de la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale** : les services d'inspection sociale de l'Etat fédéral, la police, le Service d'Information et de Recherche sociale, l'administration compétente, le ministère public près les cours et tribunaux, les juges d'instruction, le Collège des Procureurs généraux et les institutions publiques de sécurité sociale ;

15° **carte d'identité électronique** : la carte d'identité électronique visée dans la loi du 19 juillet 1991 relative aux registres de la population, aux cartes d'identité, aux cartes d'étranger et aux documents de séjour et modifiant la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques ;

16° **Comité de gestion** : le Comité de gestion de la banque de données e-PV, visée à l'article 100/8 ;

17° **e-PV** : le procès-verbal de constatation d'infractions qui est établi, enregistré et envoyé au moyen de l'application informatique conçue à cette fin conformément au modèle visé à l'article 100/2 ;

18° **banque de données e-PV** : la banque de données, visée à l'article 100/6 et dans laquelle sont intégrées et conservées les données des e-PV qui sont contenues dans le modèle visé à l'article 100/2 ainsi que les données contenues dans les annexes de ces e-PV ;

Les inspecteurs du Service du contrôle administratif établissent des e-PV.

19° **banque de données Ginaa** : la banque de données de l'administration compétente, qui contient les données relatives aux missions qui lui sont attribuées dans ou en vertu du livre 1<sup>er</sup>.

L'article 1, § 1<sup>er</sup> du CPS précise que la **fraude sociale et le travail illégal** concernent toute violation d'une législation sociale qui relève de la compétence de l'autorité fédérale.

2<sup>e</sup> Partie

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



## 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres 2014

### I. Aspects institutionnels et administratifs

#### 1. Collaboration administrative

Une partie des ressources dont dispose l'INAMI est constituée des retenues sur les primes d'assurance pour les risques liés aux véhicules automoteurs, incendies et accidents du travail ainsi que de l'assurance complémentaire hospitalisation. La loi du 10 avril 2014 prévoit une extension de la collaboration entre les États Membres de l'Union européenne lorsque ces assurances sont conclues auprès d'un assureur étranger.<sup>1</sup> Cette loi permet donc d'étendre les moyens de recouvrement de l'INAMI.

#### 2. Financement du Fonds maladies rares et médicaments orphelins

L'INAMI réserve dans son budget 2014 un montant de 15.000 EUR pour le financement des missions confiées au Fonds maladies rares et médicaments orphelins (dans le cadre de l'Europlan 2012-2015, du Plan belge pour les maladies rares et d'Orphanet).<sup>2</sup>

#### 3. Anatomopathologie

Pour les prestations d'anatomopathologie, un budget spécifique est créé dont une partie sera destinée au financement du contrôle de qualité des prestations qui sont réalisées par l'Institut scientifique de Santé publique.<sup>3</sup> C'était déjà le cas auparavant pour les prestations de biologie clinique.

#### 4. Institut scientifique de Santé publique

L'INAMI collabore avec l'Institut scientifique de Santé publique pour la collecte, le traitement et l'analyse de données en matière de soins de santé et ce, dans le cadre des conventions que le Comité de l'assurance peut conclure. À cet effet est créé un entrepôt de données (datawarehouse) qui réunit différentes banques de données. La loi du 10 avril 2014 prévoit le cadre légal pour les conventions entre l'Institut scientifique de Santé publique et l'INAMI en vue de gérer les données en matière de soins de santé.<sup>4</sup>

1. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 2.

2. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 3.

3. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 13-15.

4. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 16.

## 5. Secours accordé par les CPAS

L'INAMI paie à partir de 2014 une intervention forfaitaire de maximum 150.000 EUR au Service public fédéral de programmation Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté, Économie sociale et Politique des grandes villes à titre d'indemnisation pour les prestations de santé qui ont été indûment prises en charge par ce Service public parce que la personne qui a bénéficié des prestations était assurée dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire avec effet rétroactif.<sup>5</sup>

## 6. Frais d'administration

La loi du 10 avril 2014 met fin à un examen qui avait été lancé suite aux remarques formulées par la Cour des comptes et par la Cour constitutionnelle.<sup>6</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, il est possible d'identifier les dépenses indûment payées qui ne peuvent pas être récupérées par les organismes assureurs (en application de la loi du 11.04.1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social), et de les prendre en charge progressivement, en fonction de leur importance, en tant que frais d'administration.<sup>7</sup>

Le système de la prise en charge est basé sur trois principes :

1. l'identification des montants indus non récupérables pour chacun des deux secteurs (indemnités et soins de santé) ;
2. une prise en charge conditionnelle et progressive en fonction du pourcentage d'erreurs que représente le montant total des dépenses indues non récupérables par rapport au montant total des dépenses engagées par l'organisme assureur considéré dans le secteur en question. Vu les particularités de chaque secteur, les tranches et les pourcentages de prise en charge diffèrent pour chacun des secteurs ;
3. l'existence d'une dispense dans la première tranche, en d'autres termes, l'absence d'une prise en charge en cas de marge d'erreur acceptable.

## 7. Organes de l'INAMI

### a. Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux

À partir du 16 juin 2014, l'arrêté royal du 3 juillet 1996 établit comme suit la composition du Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux :<sup>8</sup>

- 4 membres représentant l'autorité
- 4 membres représentant les organisations représentatives des employeurs et les organisations représentatives de travailleurs indépendants
- 4 membres représentant les organisations représentatives des travailleurs salariés
- 4 membres représentant les organismes assureurs

5. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 17-18.

6. Cour constitutionnelle n° 66/2012 du 24.05.2012, B.I.-INAMI 2012/3, p. 353.

7. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 71-72.

8. A.R. du 25.04.2014 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, en vue d'insérer un titre IVbis relatif au Fonds des accidents médicaux, M.B. du 16.06.2014, p. 45166.

- 5 membres représentant les praticiens professionnels, dont trois médecins au moins
- 3 membres représentant les institutions de soins de santé, dont au moins un médecin hygiéniste
- 4 membres représentant les patients
- 2 professeurs ou chargés de cours de droit, spécialisés en droit médical.

Le 13 août 2014, Le Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux publie son règlement d'ordre intérieur.<sup>9</sup>

#### b. Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs

La Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs adopte le règlement d'ordre intérieur qui définit son organisation et son fonctionnement.<sup>10</sup>

#### c. Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle

Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle est dissous.<sup>11</sup> Les compétences de cet organe sont progressivement reprises par :

- les Conseils d'accord : en raison de la grande diversité des dossiers de rééducation fonctionnelle et des connaissances spécialisées requises en la matière, les Conseils d'accords prévus dans le cadre de différentes conventions de rééducation fonctionnelle sont des organes plus adéquats pour la concertation relative à ces conventions
- l'Observatoire des maladies chroniques.

#### d. Conseil technique médical

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique médical est modifié à partir du 30 juin 2014 afin d'actualiser le fonctionnement de cet organe.<sup>12</sup> La convocation par voie électronique est décrite et les différents groupes de travail qui existent au sein du CTM sont fixés.

#### e. Commissions de conventions

Un certain nombre de modifications concernant les Commissions de conventions entrent en vigueur le 24 août 2014<sup>13</sup>. Il s'agit principalement d'une actualisation de dispositions désuètes.

- Le terme "accoucheuses" est remplacé par le terme "sages-femmes"
- La composition des Commissions de conventions avec les opticiens, les orthopédistes, les audiiciens, les bandagistes et les fournisseurs d'implants est actualisée, ainsi que la dénomination d'un certain nombre d'organismes assureurs
- Les articles concernant les conseils d'agrément pour les prothésistes-acousticiens et les logopèdes sont abrogés.

9. A.R. du 19.04.2014 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux, M.B. du 13.08.2014, p. 58859.

10. A.M. du 26.06.2014 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 01.07.2014 (Éd. 2), p. 50731.

11. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 22-25.

12. A.R. du 04.04.2014 portant approbation des modifications du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique médical, M.B. du 20.06.2014, p. 46954.

13. A.R. du 29.06.2014 modifiant l'A.R. du 16.12.1963 fixant la composition des commissions chargées de négocier et de conclure les conventions nationales dans le cadre de l'assurance soins de santé et modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, en ce qui concerne la dénomination d'une commission de conventions et la suppression de deux conseils d'agrément, M.B. du 14.08.2014 (Éd. 2), p. 60238.

## f. Jetons de présences et indemnités

Certains organes récemment instaurés souhaitent également prévoir une indemnité pour leurs membres. L'arrêté royal devait dès lors être actualisé afin de garantir le fonctionnement optimal de ces organes.<sup>14</sup> Il s'agit des organes suivants :

- observatoire des maladies chroniques
- collège des médecins pour les médicaments orphelins
- commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs
- groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire
- commission d'évaluation de l'art dentaire
- commission d'appel de l'art dentaire.

Pour le Comité de gestion du Fonds des accidents médicaux, qui a été intégré au sein de l'INAMI, des jetons de présence et des indemnités sont également prévus pour le président, le vice-président et les membres.<sup>15</sup>

## 8. Cotisations

### a. Plasma sanguin

La loi du 10 avril 2014 instaure un système d'autosuffisance de dérivés plasmatiques.

La cotisation due sur la quantité fournie de plasma sera considérée comme une recette de l'assurance obligatoire.<sup>16</sup>

### b. RDI

Les firmes pharmaceutiques qui investissent dans la recherche, le développement ou l'innovation bénéficient d'une réduction des cotisations dues sur les spécialités pharmaceutiques remboursables.

Le montant maximal pour l'ensemble des firmes est porté de 35 à 42 millions d'EUR.<sup>17</sup>

### c. Cotisation subsidiaire - 2013

Le pourcentage de l'acompte de la cotisation subsidiaire est fixé pour l'année 2013 à 1,59 %, à appliquer sur le chiffre d'affaires de 2013 des spécialités pharmaceutiques.<sup>18</sup>

14. A.R. du 18.06.2014 modifiant l'A.R. du 22.01.2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de INAMI, M.B. du 02.07.2014, p. 50768.

15. A.R. du 18.06.2014 fixant les indemnités et jetons de présence du président, du vice-président et des membres du Comité de gestion du service "Fonds des Accidents médicaux", M.B. du 02.07.2014, p. 50770.

16. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 69-70.

17. A.R. du 04.04.2014 modifiant l'A.R. du 18.09.2008 déterminant les conditions d'octroi et les modalités de mise en œuvre des mesures de réductions des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques, prévues par les art. 191bis, 191ter et 191quater de la loi SSI, M.B. du 23.04.2014, p. 34572.

18. A.R. du 29.06.2014 fixant le pourcentage du décompte de la cotisation subsidiaire prévue par l'art. 191, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>e</sup> undecies de la loi SSI - Année 2013, M.B. du 03.07.2014, p. 51134.



## d. Budget global


Le budget global des moyens financiers pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques s'élève pour 2014 à 4.112,556 millions d'EUR.<sup>19</sup>

## 9. E-Health

Dans le cadre de la plateforme e-Health, le Comité de concertation des utilisateurs encourage, dans l'intérêt du patient, l'échange électronique des données et le partage des données sécurisées entre les acteurs de santé. Les compétences de ce Comité sont étendues à partir du 10 mai 2014.<sup>20</sup> Le Comité de concertation formule des propositions et des avis concernant :

- l'organisation concrète des flux de données
- la désignation de l'organisme intermédiaire, tel que visé dans la loi relative à la protection de la vie privée
- la définition de la relation thérapeutique, la procédure relative au consentement éclairé du patient et le droit de regard du patient sur l'utilisation de ses données.

Le Comité de concertation formule un avis concernant les nouvelles règles en la matière ou concernant toute modification ayant trait à des décisions qui ont déjà été prises en la matière.

 Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, M.B. du 18 mars 1993.

Le Comité de concertation est présidé par un médecin et compte 32 membres ayant une voix délibérative :

- 11 membres, dont 7 médecins, qui représentent les dispensateurs de soins, les établissements de soins et les organisations représentatives de dispensateurs de soins
- 7 membres proposés par les organismes assureurs
- 4 membres proposés par les organisations représentatives des patients qui siègent à la Commission fédérale "Droits du patient".

Par ailleurs, les membres suivants siègent avec une voix consultative :

- 6 membres représentant les entités fédérées
- 4 membres représentant l'autorité fédérale dont 1 membre qui représente la plate-forme e-Health, 1 membre qui représente l'INAMI et 1 membre qui représente le SPF Santé publique.

19. A.R. du 23.06.2014 fixant le budget global en 2014 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 30.06.2014, p. 48522.

20. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 52-57.

## 10. Lutte contre la fraude sociale

Une Commission anti-fraude est créée au sein de l'INAMI, avec un rôle de conseil et de coordination.<sup>21</sup> Elle fait rapport au Comité général de gestion et est dotée des compétences suivantes :

- la réalisation de missions d'études en vue de la simplification et la coordination des activités de l'INAMI et du Collège intermutualiste national (CIN)
- l'harmonisation et la coordination des sources d'information entre l'INAMI et le CIN
- l'harmonisation des actions du CIN et de l'INAMI en matière de détection et de poursuite de la fraude
- la proposition et le développement de méthodes de travail pour aboutir à une uniformité d'action
- la proposition commune de recommandations d'adaptation de la réglementation, quand cela s'avère nécessaire après analyse des actions du CIN ou de l'INAMI
- la précision de la notion d' "indices graves, précis et concordants".

La commission est composée paritairement de représentants de l'INAMI (Service des soins de santé, Service d'évaluation et de contrôle médicaux et Service du contrôle administratif) et d'une représentation des organismes assureurs, et plus précisément de la Commission des fraudes déjà instituée au sein du CIN.

## 11. Transparence financière

La loi du 10 avril 2014 a notamment pour objectif de sensibiliser et de responsabiliser les bénéficiaires en ce qui concerne le coût des soins de santé.<sup>22</sup> À cet effet, le bénéficiaire doit avoir accès à des informations claires sur le coût des soins, d'une façon garantie et transparente.

- Les commissions de conventions et d'accords reçoivent des compétences expresses pour surveiller le respect des engagements par les dispensateurs de soins qui ont adhéré aux conventions et aux accords. Elles font rapport au Comité de l'assurance sur le respect des conventions et des accords, notamment sur la base d'auditions des bénéficiaires
- Les conditions dans lesquelles les dispensateurs de soins peuvent demander des suppléments d'honoraires pour des prestations de biologie clinique, un examen d'anatomopathologie ou un examen génétique, sont fixées par arrêté royal sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste
- Le montant que l'assuré paie au dispensateur de soins doit dans tous les cas être mentionné sur le reçu de l'attestation de soins donnés. Ce principe s'applique tant aux personnes physiques qu'aux sociétés
- Dorénavant, les acomptes pourront être perçus dans les limites fixées par les conventions et accords. En cas de perception d'un acompte, le dispensateur de soins sera tenu de délivrer un reçu au bénéficiaire.

21. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 77-78.

22. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 92-97.

## 12. Accords sociaux

### a. Prime syndicale

Les accords sociaux conclus en 2011 et 2013 prévoient le financement d'une prime syndicale pour les secteurs fédéraux des soins de santé.<sup>23</sup> Le montant est versé à l'asbl "Syndicaal Fonds Non-Profit" :

- un versement unique de 1.055.354,60 EUR pour l'année 2012
- à partir de 2014, un montant de 4.695.672 EUR est versé pour l'année de référence 2013. Il s'agit du montant indexé du mini-accord social 2011 plus le montant de l'accord 2013.

### b. Harmonisation salariale

Suite aux accords conclus en 2011 et 2013, les dispositions relatives au financement de l'harmonisation des barèmes pour le personnel hors norme ainsi que pour le personnel administratif et logistique des maisons de repos sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.<sup>24</sup>

- Adaptation de la liste des membres du personnel qui n'entrent pas en ligne de compte pour le financement de l'harmonisation salariale
- Fixation des plafonds du nombre total d'équivalents temps plein finançables pour les périodes de référence 2011/2012, 2012/2013 et à partir de 2013/2014
- Règles pour le financement de la création d'emploi dans les institutions du secteur public et du secteur privé qui répondent aux critères fixés
- Dans le secteur privé, les ressources sont utilisées de la façon suivante : 105 + 467,84 ETP praticiens de l'art infirmier ou aides-soignants ou personnel de réactivation, salariés ou statutaires destinés à constituer, dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des maisons de repos et de soins, des équipes mobiles permettant d'assurer un remplacement immédiat en cas d'absence d'un membre du personnel ou un renforcement de courte durée en cas d'augmentation subite de la charge de travail. Le fonctionnement de ces équipes et la répartition de ces ETP sont réglés par la Convention collective de travail du 13 mai 2013 relative à l'instauration et au fonctionnement de l'équipe mobile. Sur la base de cette Convention, la Chambre du Secteur des personnes âgées du Fonds Maribel Social CP 330 a établi une liste des employeurs pouvant bénéficier de ces ETP, avec la mention du nombre d'ETP par employeur. Ce Fonds gère également cette liste
- Dans le secteur public : 60 + 250 ETP praticiens de l'art infirmier ou aides-soignants ou personnel de réactivation, salariés ou statutaires qui sont engagés comme personnes de référence pour la démence et/ou pour améliorer la prise en charge des patients souffrant de démence. La liste des employeurs pouvant bénéficier de ces ETP, avec la mention du nombre d'ETP par employeur, a été établie sur proposition du Fonds Maribel Social du secteur public

23. A.R. du 25.04.2014 modifiant l'A.R. du 26.03.2003 portant exécution de l'art. 59ter de la loi-programme du 02.01.2001 en ce qui concerne la contribution relative à la prime syndicale, M.B. du 28.05.2014 (Éd. 2), p. 41667.

24. A.R. du 25.04.2014 modifiant l'A.R. du 17.08.2007 pris en exécution des art. 57 et 59 de la loi-programme du 02.01.2001 concernant l'harmonisation des barèmes et l'augmentation des rémunérations dans certaines institutions de soins, M.B. du 28.05.2014 (Éd. 2), p. 41663.

- Si, pour l'une ou l'autre raison, un certain nombre d'ETP ne sont pas utilisés par certaines maisons de repos, ces ETP sont mis à la disposition des fonds respectifs (secteurs privé et public). Ceux-ci peuvent proposer au Comité de l'assurance d'attribuer les ETP à un autre employeur et de les mentionner dans la liste concernée.
- Ces ETP ne comptent pas dans le calcul des plafonds susvisés (nombre total de membres du personnel).



www.inami.be

### c. Secteurs fédéraux des soins de santé

Le financement des secteurs fédéraux des soins de santé convenu dans les accords sociaux est pris en charge, d'une part, par les frais d'administration de l'INAMI et, d'autre part, par le budget des soins de santé. Il s'agit des secteurs des soins à domicile, des maisons médicales, de la Croix-Rouge, des maisons de soins psychiatriques et des centres de rééducation fonctionnelle.

#### ACCORD SOCIAL 2000

Le montant destiné au financement des fonds en vue du paiement des indemnités prévues pour les travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge, est fixé à 60.324.776 EUR pour l'année 2014.<sup>25</sup>

Ce montant est réparti comme suit :

- soins à domicile secteur privé : 37.201.691 EUR
- soins à domicile secteur public : 1.131.266 EUR
- services pour la Croix-Rouge : 8.521.126 EUR
- maisons médicales secteur privé : 13.410.075 EUR
- maisons médicales secteur public : 60.618 EUR.

#### ACCORD SOCIAL 2005

Les accords ont prévu différentes mesures pour lesquelles un montant de 14.373.714 EUR a été affecté en 2014.<sup>26</sup> Ce montant est réparti comme suit :

- prime d'attractivité : 9.479.370 EUR (il s'agit d'une indemnité de 801,4 EUR par ETP)
- emploi supplémentaire : 4.386.224 EUR
- indemnité pour prestations les nuits de dimanches : 245.224 EUR
- pour le supplément de fonction pour un infirmier chef dans un service de soins à domicile, l'arrêté royal prévoit un montant de 262.896 EUR.

25. A.R. du 29.06.2014 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2000 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2014, M.B. du 14.07.2014, p. 53387.

26. A.R. du 29.06.2014 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, les maisons médicales et par la Croix-Rouge, pour l'année calendrier 2014, M.B. du 14.07.2014, p. 53389.

### ACCORD SOCIAL 2010

L'indemnité supplémentaire pour les prestations inconfortables des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile et dans les maisons médicales est fixée à 858.917 EUR pour l'année 2014.<sup>27</sup>

### ACCORD SOCIAL 2011

L'indemnité pour la création d'emploi est fixée à 7.139.390 EUR pour 2014 et à 290.456 EUR pour les prestations inconfortables.<sup>28</sup>

### ACCORD SOCIAL 2013

L'intervention pour la création d'emploi supplémentaire est portée à 4.108.000 EUR pour 2014.<sup>29</sup> Ce montant est réparti comme suit :

- 40 ETP soins à domicile secteur privé : 2.000.000 EUR
- 3,16 ETP soins à domicile secteur public : 158.000 EUR
- 28 ETP centres de rééducation fonctionnelle secteur privé : 1.400.000 EUR
- 10 ETP maisons médicales secteur privé : 500.000 EUR
- 1 ETP maisons médicales secteur public : 50.000 EUR

## 13. Protocoles d'accord

En exécution du Protocole d'accord du 20 mars 2003, conclu entre l'Autorité fédérale et les Communautés, l'assurance soins de santé poursuit le financement de certains vaccins.<sup>30</sup>

- Maintien du vaccin pneumocoque et du vaccin de rappel contre la coqueluche, pas de vaccin contre le rotavirus ni contre l'HPV (ces 2 vaccins sont remboursés dans le cadre des spécialités pharmaceutiques)
- L'intervention pour 2014 est fixée à 16,5 millions d'EUR pour la Communauté flamande et à 13,55 millions d'EUR pour les Communautés française et germanophone.

En 2011, l'attribution de budgets à 2 programmes concrets de prévention a débuté :<sup>31</sup>

- la vaccination contre l'HPV
- la détection du cancer colorectal.

27. A.R. du 29.06.2014 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières, prévu dans l'accord du 04.03.2010 qui a été signé par le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, et qui s'inscrit dans le cadre du plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier pour le secteur des soins infirmiers à domicile et les maisons médicales, pour l'année civile 2014, M.B. du 14.07.2014, p. 53390.

28. A.R. du 29.06.2014 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières et la création de l'emploi supplémentaire, prévu dans l'accord du 04.02.2011 et du 25.02.2011 qui a été signé par le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs des secteurs de soins fédéraux pour le secteur des soins infirmiers à domicile, les maisons médicales et les maisons de soins psychiatriques pour l'année civile 2014, M.B. du 14.07.2014, p. 53391.

29. A.R. du 29.06.2014 fixant le montant en vue du paiement d'une prime supplémentaire pour les prestations irrégulières et la création de l'emploi supplémentaire, prévu dans l'accord du 24.10.2012 qui a été signé par le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs des secteurs de soins fédéraux pour le secteur des soins infirmiers à domicile, les maisons médicales et les centres de rééducation ambulatoire pour l'année civile 2014, M.B. du 14.07.2014, p. 53388.

30. A.R. du 25.04.2014 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 2014, M.B. du 04.06.2014, p. 42647.

31. Voir B.I.-INAMI 2011/3, p. 311 et B.I.-INAMI 2013/4, p. 392.

Elle a été poursuivie en 2013 et 2014.<sup>32</sup>

La Communauté française se voit attribuer les budgets suivants :

- pour la vaccination HPV, un prix unitaire de 16,99 EUR d'une part et 39.000 doses d'autre part, ce qui suppose un taux de participation de 50 % pour le groupe cible
- pour 2013, un montant de 811.440 EUR (taux de participation de 15 %) et pour 2014 un montant de 1.081.920 EUR (taux de participation de 20 %) pour la détection du cancer colorectal.

La Communauté flamande se voit attribuer les budgets suivants :

- pour la vaccination HPV, un prix unitaire de 18,66 EUR d'une part et 94.500 doses d'autre part, ce qui suppose un taux de participation de 90 % pour le groupe cible
- pour le programme de détection du cancer colorectal de la Communauté flamande : 1.255.070 EUR pour 2013 et 2.975.642 EUR pour 2014.

## 14. Financement expérimental

### a. Sans-abris

À la suite de l'exemple français, l'assurance soins de santé souhaite lancer un projet afin de donner accès aux soins de santé aux sans-abris malades dont l'état de santé ne justifie pas (ou plus) une hospitalisation, mais dont la prise en charge adéquate ne peut être garantie s'ils n'ont pas de domicile fixe.<sup>33</sup>

Il existe 2 types de structures :

- les lits halte soins de santé : destinés à l'accueil temporaire de personnes en situation de précarité dont l'état ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée
- les lits d'accueil médicalisés : destinés à l'accueil à plus ou moins long terme des personnes sans abri présentant des pathologies chroniques, de pronostic plus ou moins sombre et qui, au vu de leurs possibilités neuropsychiques, ne sont pas ou plus à même de se prendre en charge dans un avenir proche.

L'intervention s'élève à 62,97 EUR par jour pour les lits halte soins de santé et à 111,63 EUR par jour pour les lits d'accueil médicalisés.

Le projet s'étend sur 2 ans et sera ensuite évalué.

32. A.R. du 25.04.2014 portant modification de l'A.R. du 08.04.2011 portant exécution de l'art. 56, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, de la loi SSI, M.B. du 12.6.2014 (Éd. 2), p. 44590.

33. A.R. du 22.05.2014 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi SSI, pour la prise en charge médicale des personnes en situation de grande précarité, et en particulier des personnes sans domicile fixe, M.B. du 20.06.2014 (Éd. 4), p. 46956.

## b. Soins de santé mentale

La nouvelle réglementation relative à la concertation autour du patient psychiatrique est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2012.<sup>34</sup> Les modifications suivantes y ont été apportées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 :<sup>35</sup>

- le groupe cible des patients est élargi
- la présence obligatoire d'un professionnel des soins de santé ou d'un dispensateur d'aide des soins de première ligne est complétée par "ou d'un service d'aide aux personnes agréé par les Régions ou Communautés compétentes"
- augmentation de la rémunération perçue par le coordinateur, par concertation. Une distinction est également faite entre la première concertation et la concertation de suivi
- la personne de référence pour les adultes doit avoir une relation thérapeutique avec le patient. La personne de référence pour les enfants et les adolescents doit avoir une relation thérapeutique ou une relation d'aide
- l'intervention pour la concertation peut être portée en compte 2 fois si plusieurs services ou institutions qui dispensent des soins ou de l'aide professionnel(le)s sont présents
- pour les enfants et les adolescents, la concertation est remboursable 5 fois par an. Pour les adultes, le remboursement reste autorisé 3 fois par an.

## 15. Conventions bilatérales en matière de sécurité sociale

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Monténégro est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014.<sup>36</sup> Cette convention, qui règle l'application des législations belges et monténégrines en matière de sécurité sociale, s'applique aux travailleurs salariés, aux travailleurs indépendants et à certaines catégories de fonctionnaires.

Elle prévoit, sous certaines conditions, le remboursement des soins de santé dispensés pendant un séjour temporaire dans l'autre pays ou en cas d'installation dans l'autre pays.

Cette convention remplace la Convention entre la Belgique et la Yougoslavie sur la sécurité sociale du 1<sup>er</sup> novembre 1954.

34. Voir B.I.-INAMI 2012/2, p. 174. A.R. du 27.03.2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi SSI, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, M.B. du 30.03.2012 (Éd. 3), p. 20560.

35. A.R. du 18.06.2014 modifiant l'A.R. du 27.03.2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions, en application de l'art. 56, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi SSI, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, M.B. du 27.06.2014, p. 48290.

36. Loi du 28.02.2014 portant assentiment à la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Monténégro, faite à Bruxelles le 09.06.2010, M.B. du 22.05.2014, p. 40618 et Arrangement administratif relatif à l'application de la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Monténégro, M.B. du 23.06.2014, p. 47479.

La Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Serbie est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2014.<sup>37</sup> Cette convention, qui règle l'application des législations belges et serbes en matière de sécurité sociale, s'applique aux travailleurs salariés, aux travailleurs indépendants et à certaines catégories de fonctionnaires.

Elle prévoit, sous certaines conditions, le remboursement des soins de santé dispensés pendant un séjour temporaire dans l'autre pays ou en cas d'installation dans l'autre pays.

Cette convention remplace la Convention entre la Belgique et la Yougoslavie sur la sécurité sociale du 1<sup>er</sup> novembre 1954.

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Inscription

##### RÈGLES DE PRIORITÉ

Il arrive souvent qu'une personne à charge puisse être inscrite comme personne à charge de différents titulaires sur la base de la réglementation. C'est notamment le cas pour un enfant dont les deux parents sont titulaires.

Lors de l'intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants dans l'assurance obligatoire soins de santé, les règles de priorité ont été supprimées. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est le principe du libre choix qui s'applique.

Toutefois, on a constaté de nombreuses difficultés dans la pratique, ce qui a abouti à la réintroduction des règles de priorités.<sup>38</sup> L'ensemble des règles sera fixé par arrêté royal sur proposition du groupe de travail assurabilité.

Si des règles de priorités auxquelles il n'est pas possible de déroger sont imposées dans tous les cas, cela peut toutefois provoquer une limitation contestable des droits. C'est pourquoi le choix des parents à l'égard desquels la filiation est établie doit toujours primer quand il s'agit d'un enfant.

##### ÉPOUX PERSONNE À CHARGE

Les conditions dans lesquelles l'inscription auprès d'une mutualité d'un époux en qualité de personne à charge peut se faire sur la base d'un acte de mariage, en attendant la preuve de la cohabitation via les données du Registre national des personnes physiques, sont précisées. Les époux doivent avoir effectivement demandé l'adaptation des données du Registre national des personnes physiques à l'autorité communale.<sup>39</sup>

37. Loi du 28.02.2014 portant assentiment à la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Serbie, faite à Bruxelles le 15.07.2010, M.B. du 22.08.2014 (Éd. 2), p. 63545 et Arrangement administratif relatif à l'application de la Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Serbie, M.B. du 05.09.2014, p. 70756.

38. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 48-49.

39. A.R. du 22.05.2014 modifiant l'art. 124, § 3, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 30.06.2014, p. 48522.



## DEMANDE D'INSCRIPTION

À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014, le formulaire “demande d’inscription à un organisme assureur” est modifié.<sup>40</sup>

Le document est actualisé et précisé.

Les adaptations principales sont les suivantes :

- suppression d’un certain nombre d’informations obligatoires telles que le domicile, la profession. Ces informations figurent dans la partie informative avec le numéro de téléphone, l’adresse mail...
- rubrique contenant des informations sur les personnes à charge qui sont également inscrites (pas la composition de ménage)
- informations sur l’ancienne mutualité. C’est utile si une personne à charge devient titulaire ou en cas de réinscription.

### b. MAF Malades chroniques

À partir du maximum à facturer 2013, le droit au maximum à facturer malades chroniques s’étend aux ménages ayant un bénéficiaire du statut affection chronique.<sup>41</sup>

Les quotes-parts personnelles remboursées au bénéficiaire dans le cadre du maximum à facturer sont prises en considération pour l’octroi de l’allocation forfaitaire malades chroniques. De cette façon, les malades chroniques ne perdent pas leur allocation forfaitaire en raison de l’octroi du maximum à facturer.

Cette adaptation s’applique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.<sup>42</sup>

### c. Cotisation personnelle résidents

Tous les titulaires résidents qui bénéficient de l’intervention majorée sont dorénavant automatiquement exemptés de l’obligation de cotisation. Cette mesure entre en vigueur à partir du dernier trimestre de 2014 et a pour objectif de traiter les dispositions de modification de l’intervention majorée de telle sorte qu’il ne soit plus explicitement fait référence aux différentes catégories de bénéficiaires dans la loi.<sup>43</sup> On ne fait plus de distinction selon que le titulaire est bénéficiaire ou non d’une aide du CPAS, d’un revenu d’intégration ou d’une garantie de revenus aux personnes âgées.

### d. Exemption du stage d’attente

Il existe quelques exceptions aux dispositions qui imposent aux bénéficiaires de passer un stage d’attente avant de pouvoir faire valoir leur droit à certaines prestations. Dans les cas dignes d’intérêt, un stage d’attente ne peut jamais être imposé. Il s’agit de personnes pour lesquelles on considère comme inacceptable de reporter de six mois le remboursement des prestations de santé, nonobstant le fait que leur inscription soit perdue en raison du non-respect de l’obligation de cotisation.

40. A.R. du 09.07.2014 modifiant l’A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 04.08.2014, p. 56842.

41. A.R. du 22.05.2014 modifiant l’A.R. du 15.07.2002 portant exécution du chapitre IIbis du Titre III de la loi SSI, M.B. du 13.06.2014, p. 44900.

42. A.R. du 08.05.2014 modifiant l’A.R. du 02.06.1998 portant exécution de l’art. 37, § 16bis, de la loi SSI, M.B. du 17.06.2014 (Éd. 3), p. 45756.

43. A.R. du 18.07.2014 modifiant l’art. 134 de l’A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 18.07.2014 (Éd. 2), p. 54400.

Suite à la réforme de l'intervention majorée, un certain nombre de catégories dispensées du stage d'attente sont expressément énumérées dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Il est en outre précisé que la personne doit bénéficier de l'avantage en question ou se trouver dans la situation concernée au moment où elle demande de se réinscrire ou dans un délai de 6 mois à compter de la date d'application de la réinscription.

#### e. Indemnité en compensation du licenciement

La loi qui a introduit le statut unique entre ouvriers et employés a également introduit l'indemnité en compensation du licenciement.<sup>44</sup> Cette indemnité permet de compenser la différence entre certaines catégories de travailleurs salariés et, de ce fait, de corriger la différence entre la protection contre le licenciement selon l'ancienne réglementation et selon la nouvelle réglementation.

Les bénéficiaires de l'indemnité sont ajoutés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 à la liste des bénéficiaires de prestations de santé et d'indemnités pour cause d'incapacité de travail. La période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement est censée représenter une valeur de cotisation suffisante.<sup>45</sup>

#### f. Formation en alternance

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, les apprentis assimilés à des travailleurs salariés ne seront assujettis à l'assurance maladie obligatoire qu'à partir du premier jour de l'année suivant l'année de leur majorité.<sup>46</sup> Pendant la période précédant cette date, ils devront être inscrits comme personne à charge ou comme titulaire résident.

À partir du premier jour de l'année suivant l'année de leurs 18 ans, les apprentis assimilés à des travailleurs salariés sont assujettis à tous les secteurs de la sécurité sociale des travailleurs salariés, et donc aussi au secteur de l'assurance maladie obligatoire. La période est censée être couverte par des cotisations suffisantes.

#### g. Fonds spécial de solidarité

La loi du 7 février 2014 a modifié en profondeur les dispositions relatives au Fonds spécial de solidarité.<sup>47</sup> Les modifications ont pour objectif de répondre aux besoins médicaux et de donner accès aux médicaments ou indications qui n'ont pas encore reçu d'autorisation de mise sur le marché ou qui ne sont pas remboursés, ou aux indications qui concernent un nombre trop limité de patients pour pouvoir entrer en ligne de compte pour une demande d'autorisation de mise sur le marché.

L'exécution de ces dispositions est réglée par l'arrêté royal du 12 mai 2014.<sup>48</sup>

L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé est impliquée en première ligne dans la procédure d'élaboration d'une intervention financière pour les médicaments constituant un traitement innovant pour des affections graves et répondant à un besoin médical jusqu'à présent non encore pris en considération.

44. Loi du 26.12.2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement, M.B. du 31.12.2013 (Éd. 3), p. 104147.

45. A.R. du 22.05.2014 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 23.07.2014, p. 55091.

46. A.R. du 29.06.2014 modifiant, en ce qui concerne les apprentis, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI et l'A.R. du 13.08.1984 portant exécution de l'art. 45 de la loi de redressement du 31.07.1984, M.B. du 23.07.2014, p. 55092.

47. Voir B.I.-INAMI 2014/2, p. 188. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

48. A.R. du 12.05.2014 portant exécution des art. 25 et suivants de la loi SSI, M.B. du 19.06.2014, p. 46231.

L'AFMPS examine les demandes de programmes d'usage compassionnel et de programmes médicaux d'urgence avant que l'INAMI n'examine la possibilité d'intervention.

L'examen en vue d'une intervention est effectué dans le cadre du Fonds spécial de solidarité par le Collège des médecins-directeurs. Sur proposition de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament, le Collège peut prendre une décision de cohorte de principe et limitée dans le temps. Dès que la décision est prise, la demande d'intervention individuelle par patient relevant du champ d'application d'une décision de cohorte reçoit la réponse formulée dans la décision de cohorte. Les personnes qui ont besoin du traitement pourront de ce fait en bénéficier plus rapidement.

Sur proposition de la Commission d'avis, le Collège des médecins-directeurs peut déterminer quels groupes de patients pourront bénéficier d'une intervention et quels groupes de patients ne le pourront pas.

Enfin, l'exécution des dispositions permettant au Fonds spécial de solidarité d'octroyer une intervention financière pour des prestations de santé dispensées à l'étranger est poursuivie. L'arrêté royal détermine

- quels éléments doit contenir la demande d'autorisation préalable pour des soins dispensés à l'étranger
- quels justificatifs doivent être présentés : un document mentionnant la date et la durée du traitement, les factures, une attestation concernant les frais de déplacement.

Les demandes sont introduites auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur, qui les transmet à son tour au Collège des médecins-directeurs. Le Collège prend une décision sur

- les coûts des prestations de santé
- les frais de déplacement
- les frais de séjour.

## h. Soins de santé transfrontaliers

La directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins dans le cadre de soins de santé transfrontaliers a été convertie dans la législation nationale.<sup>49</sup>

Le ministre est toutefois compétent pour fixer une liste de prestations requérant une autorisation préalable. Cette liste a déjà été communiquée par circulaire O.A. (n° 2013/352 du 30.10.2013), mais elle a maintenant également été publiée.<sup>50</sup> Il s'agit de prestations qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum ou de prestations dispensées dans un des services suivants :

- 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.

49. Voir B.I.-INAMI 2014/1, p. 27. M.B. du 18.10.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, en ce qui concerne les prestations de santé dispensées à l'étranger, M.B. du 24.10.2013, p. 75768, Erratum, M.B. du 29.10.2013, p. 83846.

50. A.M. du 24.06.2014 fixant la liste des prestations de santé soumises à une autorisation préalable en vertu de l'art. 294, § 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, 2<sup>e</sup> al, sous a), de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 22.07.2014, p. 54874.

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Devoirs des dispensateurs de soins

L'INAMI est responsable de la mise à jour permanente des données relatives aux dispensateurs de soins. La mise à jour de ces données est une condition pour le fonctionnement des applications informatisées dans le cadre de cette assurance et pour les paiements qui seront générés par My Carenet.

Les personnes morales, les associations sans personnalité juridique et les personnes physiques – dispensateurs de soins qui travaillent dans le cadre de la loi SSI, doivent s'inscrire à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 à la Banque-carrefour des entreprises afin d'obtenir un numéro d'entreprise.<sup>51</sup>

### b. Médecins

#### SERVICE DE GARDE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Afin de faciliter l'organisation du service de garde de médecins généralistes, un numéro de téléphone général est disponible : le 1733. Ce numéro est destiné aux soins non planifiés et non urgents.

Ce service sera partiellement financé par le budget des soins de santé. Le Conseil général fixe chaque année un montant octroyé au SPF Intérieur pour couvrir entièrement ou en partie les frais de personnel.<sup>52</sup>



www.health.belgium.be

### c. Praticiens de l'art dentaire

À partir du 1<sup>er</sup> août 2014, le mode d'attestation des stagiaires est modifié dans le cadre de l'art dentaire :<sup>53</sup>

- pendant la durée du plan de stage mais aussi pendant une période déterminée après le plan de stage et avant l'acquisition du titre professionnel, le stagiaire peut porter en compte lui-même à l'assurance maladie obligatoire les prestations qu'il a dispensées
- il s'agit naturellement de prestations que le détenteur du titre professionnel correspondant peut porter en compte.

Pendant la durée du plan de stage, le stagiaire signe les attestations de soins du maître de stage ("par ordre de").

### d. Logopèdes

La loi du 10 avril 2014 jette les bases de l'octroi d'avantages sociaux aux logopèdes conventionnés.<sup>54</sup>

51. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 42-45.

52. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 47.

53. A.R. du 13.06.2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 27.06.2014, p. 48281 et Règlement du 23.07.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 27.06.2014, p. 48294.

54. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 6-9.

## e. Établissements et services de soins

### INTERNÉS

Le montant de l'intervention maximale pour les internés hospitalisés dans un établissement de soins s'élève à 35.522 EUR en 2013. Ce montant est indexé chaque année à partir de 2006.<sup>55</sup>

### MONTANTS DE RÉFÉRENCE<sup>56</sup>



All patients refined Diagnosis Related Group (APR-DRG)

Classification des patients qui partagent un certain nombre de caractéristiques diagnostiques, thérapeutiques et démographiques. On obtient de la sorte des catégories avec un profil clinique similaire et un profil similaire de prestations de santé.

La classification des APR-DRG a été modernisée. La nouvelle version est intégrée dans la loi.

Certains APR-DRG disparaissent ou sont dotés d'une nouvelle dénomination. La liste prise en considération pour le calcul des montants de référence et la nouvelle liste sont harmonisées.

En cas de consommation excessive, la loi prévoit uniquement une récupération auprès des hôpitaux pour lesquels un dépassement a été constaté pour les APR-DRG, pour les prestations pour lesquelles les dépenses réelles sont plus élevées que les dépenses de référence.

La cellule technique a pour mission de collecter, coupler, valider et anonymiser les données relatives aux hôpitaux.

- La loi prévoit que cette cellule technique peut tenir compte des données relatives à la période de carence pour le calcul annuel des montants de référence. La période de carence est définie comme la période de 30 jours précédant une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence
- La nouvelle loi prévoit de donner à la cellule technique la compétence de coupler les données qui servent de base pour les montants de référence et pour les prestations de période de carence
- Pour le couplage de données autres que l'échantillon représentatif avec des données hospitalières à l'intention de l'Agence intermutualiste, l'avis est demandé à la structure multipartite en matière de politique hospitalière.

L'avis de la Commission de la vie privée sera demandé au moment de préciser les compétences de la cellule technique dans un arrêté royal.

### TRANSACTION

L'attestation de prestations Positron Emission Tomography (PET) exécutées avec un PET scan non agréé et des radio-isotopes utilisés à cette occasion fait l'objet de litiges depuis plusieurs années.

Tant l'INAMI qu'un grand nombre d'hôpitaux et leurs représentants, qui sont impliqués dans une procédure, souhaitent mettre fin aux litiges au moyen de concessions réciproques sans aucune reconnaissance préjudiciable de qui que ce soit.

55. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 11.

56. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 27-35.

Afin de réaliser cet objectif, l'INAMI a obtenu une habilitation avec un caractère temporaire (du 01.05.2014 au 31.07.2014) et exceptionnel.<sup>57</sup>

### FINANCEMENT MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES (MRPA) ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS)

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la formule appliquée pour calculer le financement de la continuité des soins des maisons de repos pour personnes âgées et des maisons de repos et de soins est complétée.<sup>58</sup> Comme il a été constaté que les nouveaux établissements pouvaient obtenir une optimisation de l'intervention forfaitaire, le calcul n'est plus appliqué pour les nouveaux établissements.

Par ailleurs, la réglementation est modifiée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013 pour ce qui concerne les dispositions suivantes :<sup>59</sup>

- ajout de la qualification "bachelor-na-bachelor opleiding psychosociale gerontologie" dans la liste des qualifications requises pour le personnel de réactivation. Sur la base de cette qualification, les personnes de référence démence peuvent également être exemptées de la formation complémentaire de 60 heures
- ajout d'une partie supplémentaire dans l'intervention forfaitaire afin d'harmoniser les barèmes de tous les membres du personnel soignant disposant de la qualification d'aide-soignant
- en cas de transfert d'exploitation à partir d'un service public, le personnel statutaire détaché est assimilé au personnel propre à l'institution, salarié ou statutaire.

### ATTESTATIONS DE SOINS

Le principe selon lequel le signataire d'une attestation récapitulative de soins doit appartenir à la même structure de soins que le dispensateur de soins qui le mandate à cet effet est d'application à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014.<sup>60</sup> La notion de structure de soins couvre non seulement les établissements de soins agréés et non agréés, mais aussi les pratiques de groupe.

### HÔPITAUX

L'arrêté royal relatif au financement de l'hémodialyse est modifié à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014.<sup>61</sup> L'adaptation permet de réaliser l'économie suivante :

- la partie du financement liée au prix de la journée d'entretien diminue pour passer de 20 % à 19,32 %
- le forfait pour l'autodialyse diminue et passe de 279,39 EUR à 274,20 EUR.

La "déclaration d'hospitalisation" n'est plus obligatoire à partir du 30 septembre 2014.<sup>62</sup> Avant cette date, cette déclaration était signée par le médecin, le dentiste ou la sage-femme. Bien qu'ils continuent de décider d'une hospitalisation, les données sont maintenant conservées dans les messages CareNet sur l'admission.

57. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 50-51 et Erratum, M.B. du 04.06.2014, p. 42646.

58. A.M. du 26.05.2014 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 04.06.2014, p. 42703.

59. A.M. du 25.06.2014 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 30.06.2014, p. 48525.

60. Règlement du 19.05.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 28.07.2014, p. 55916.

61. A.R. du 29.06.2014 modifiant l'A.R. du 23.06.2003 portant exécution de l'art. 71bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, de la loi SSI, M.B. du 18.08.2014, p. 60601.

62. Règlement du 14.07.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 30.09.2014, p. 77270.

## 3. Prestations

### a. Examen scientifique clinique

Seules les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au *consensus* scientifique entrent en ligne de compte pour un remboursement. Les prestations qui ne satisfont pas à ces conditions et les prestations décrites dans le protocole d'étude en tant que telles sont à charge du sponsor de l'étude clinique. L'investigateur documente et motive dans le dossier médical de l'assuré les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au *consensus* scientifique ainsi que les prestations dispensées en supplément dans le cadre de l'étude clinique. L'investigateur tient à jour une liste de la recherche scientifique et des essais cliniques dans lesquels il inclut des assurés.<sup>63</sup>

### b. Médecins

#### QUALIFICATION DES MÉDECINS

Outre la répartition traditionnelle, médecin généraliste - médecin spécialiste, une 3<sup>e</sup> catégorie de médecins émerge. Dans la pratique, on constate en effet qu'un large éventail d'activités cliniques existe en plus de la médecine générale et de la médecine spécialisée. Il s'agit de médecins qui se sont consacrés à des domaines bien spécifiques tels que les médecins sportifs, les médecins scolaires, les nutritionnistes, les consultants dans un centre d'infections sexuellement transmissibles, dans un centre pour toxicomanes, dans un centre de planning familial, etc.

Ces médecins, titulaires d'un diplôme de médecine, qui ne sont ni médecins généralistes, ni médecins spécialistes, reçoivent à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2014 un accès limité à la nomenclature.<sup>64</sup>

Ils peuvent porter des consultations en compte, rédiger des prescriptions et porter en compte les prestations techniques pour lesquelles la nomenclature indique qu'elles sont accessibles au médecin indépendamment de sa qualification et exécuter des prestations.

#### DOSSIER MÉDICAL GLOBAL

À partir du 1<sup>er</sup> août 2014, le médecin généraliste peut gérer le dossier médical global via MyCareNet.<sup>65</sup>

Il a dès à présent le choix de travailler avec MyCareNet ou de continuer à travailler selon l'ancien système, pour la gestion de tous les dossiers.

Le médecin généraliste qui souhaite utiliser MyCareNet envoie à cet effet une notification aux organismes assureurs à partir de son dossier électronique.

Le médecin généraliste demande les honoraires pour la gestion du dossier médical global via MyCareNet. Les conditions restent les mêmes que pour les honoraires en dehors du système. Le médecin généraliste doit avoir avec le patient une relation thérapeutique qui peut être démontrée au moyen de la lecture de la carte d'identité électronique.

63. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 46.

64. A.R. du 23.08.2014 modifiant les art. 1<sup>er</sup>, 2, B et F, 3, § 1<sup>er</sup>, A, et 10, § 5, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.09.2014, p. 72765.

65. A.R. du 25.07.2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global, M.B. du 27.08.2014, p. 64031, A.R. du 25.07.2014 modifiant l'art. 37bis de la loi SSI, M.B. du 27.08.2014, p. 64029 et A.R. du 25.07.2014 modifiant l'art. 3 de l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 27.08.2014, p. 64028.

Si, dans le courant d'une année civile, le patient change de médecin généraliste, les honoraires pour le DMG sont payés au 1<sup>er</sup> médecin généraliste, mais les droits relatifs au DMG sont eux transférés au 2<sup>e</sup> médecin généraliste.

Les honoraires pour la gestion du DMG en dehors de MyCareNet restent d'application.

### PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES

Une règle interprétative stipule à partir du 22 avril 2014 que les prestations de cryothérapie ne sont pas des prestations.<sup>66</sup> La règle des champs opératoires ne s'applique donc pas.

### PSYCHOTHÉRAPIE

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la prestation séance d'un traitement psychothérapique au cabinet du médecin spécialiste mentionne une durée minimum de 90 minutes.<sup>67</sup> C'était déjà le cas pour les autres prestations de psychothérapie.

### NEUROPSYCHIATRIE

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'électroencéphalographie ne peut plus être portée en compte qu'une seule fois par an, sauf pour :

- les patients hospitalisés en soins intensifs ou dans un service NIC
- les patients atteints ou soupçonnés d'épilepsie
- les patients atteints d'un trouble de la conscience.

### PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

À partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014, les médecins spécialistes en psychiatrie qui ne sont pas accrédités ont également accès aux prestations suivantes :<sup>69</sup>

- psychiatrie infanto-juvénile
- psychiatrie de liaison infanto-juvénile
- concertation multidisciplinaire pour un patient de moins de 18 ans hospitalisé dans un service K
- psychiatrie infanto-juvénile dans un service d'urgence.

### UROLOGIE

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le libellé de la prestation 262452-262463 est modifié comme suit : "Remplacement d'un cathéter sus-pubien ou d'un cathéter pour urétérostomie cutanée ou néphrostomie".<sup>70</sup>

66. Règles interprétatives du 24.02.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 22.04.2014 (Éd. 2), p. 34454.

67. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 2, D, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42009.

68. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 20, § 1<sup>er</sup>, f), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42007.

69. A.R. du 19.04.2014 modifiant les art. 2, E, et 25, §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 3bis, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 06.08.2014, p. 57360, A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 37bis de la loi SSI, M.B. du 06.08.2014, p. 57363 et A.R. du 19.04.2014 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 06.08.2014, p. 57364.

70. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 14, j), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42006.



## MÉDECINE D'URGENCE

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence reçoit le même accès aux règles de connexité de l'article 20 de la nomenclature que le médecin spécialiste en médecine d'urgence.<sup>71</sup>

## TEST DE LA FONCTION PULMONAIRE

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la prestation "détermination de l'inégalité de la ventilation" ne figure plus à l'article 20 de la nomenclature. Les prestations relatives à la "mesure de la capacité de diffusion" et à la "mécanique ventilatoire" sont dotées de règles d'application.<sup>72</sup>

## BIOLOGIE CLINIQUE

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les biologistes cliniciens ont droit à des honoraires forfaitaires qui doivent être payés par hospitalisation.<sup>73</sup> Les prestations des biologistes cliniciens ne cessent d'augmenter pour les traitements d'hémo-oncologie dans les hôpitaux et pour le diagnostic microbiologique ainsi que l'antibiothérapie. La nouvelle prestation mentionne comme conditions :

- un nombre minimum d'équivalents temps plein biologistes cliniciens pour l'encadrement du laboratoire (minimum 4 équivalents temps plein)
- l'attestation n'est possible que si le laboratoire est intégré comme service médicotechnique dans un hôpital disposant d'un programme de soins d'oncologie agréé.

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, la prestation de la rubrique hormonologie "dosage de 1,25-dihydroxy vitamine D après chromatographie" est dotée d'une règle d'application.<sup>74</sup> Vu la spécificité et les indications de ce test, il peut uniquement être prescrit par des médecins spécialistes dans une des disciplines relevant de la pathologie interne et uniquement en cas de troubles de la calcémie et au maximum 1× par an.

Un article de la nomenclature de microbiologie est modifié à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014.<sup>75</sup>

Le libellé de la prestation "culture de *Clostridium difficile* et recherche des toxines A ou B du *Clostridium difficile* dans les selles" est modifié en vue d'une plus grande concordance avec la pratique actuelle (la détection du *Clostridium difficile* n'est actuellement plus uniquement basée sur la culture).

La règle diagnostique est également adaptée.

71. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 20, § 2, C, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42005.

72. A.R. du 28.02.2014 modifiant l'art. 9, a), de l'annexe de l'A.R. du 14.9.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14.04.2014, p. 32131.

73. A.R. du 04.04.2014 modifiant l'art. 24, § 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 28.05.2014 (Éd. 2), p. 41660.

74. A.R. du 19.04.2014 modifiant les art. 18, § 2, B, e), et 24, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42008.

75. A.R. du 27.05.2014 modifiant l'art. 24, § 1<sup>er</sup>, 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 26.08.2014, p. 63832.

## SURVEILLANCE D'UN BÉNÉFICIAIRE HOSPITALISÉ

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les médecins spécialistes en neurologie ou en neuropsychiatrie porteurs d'un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique ont accès aux honoraires de surveillance pour la section pédiatrique.<sup>76</sup>

Une règle interprétative précise que les honoraires pour la concertation pluridisciplinaire dans un service A ne peuvent être portés en compte qu'une fois toutes les deux semaines (du lundi au lundi).<sup>77</sup> Cette règle supprime l'ambiguïté occasionnée par une différence dans les versions néerlandaise et française.

## ANESTHÉSIOLOGIE

En attendant une adaptation de la nomenclature, l'anesthésie épidurale peut être portée en compte lors de la surveillance et l'exécution de l'accouchement par une sage-femme durant le week-end ou un jour férié.<sup>78</sup>

## IMAGERIE MÉDICALE

Les articles qui modifiaient l'intervention en matière d'imagerie médicale sont restés inscrits dans la loi du 14 juillet 1994 jusqu'au 10 mai 2014. Afin de garantir que la nomenclature d'imagerie médicale figure uniquement dans l'arrêté royal du 14 septembre 1984, les articles de la loi ont été abrogés.<sup>79</sup>

Un certain nombre de modifications à l'article 17 de la nomenclature produisent leurs effets à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014 :<sup>80</sup>

- réintroduction de l'interdiction de cumul de l'arthrographie avec le CT-scan d'un ou plusieurs membres
- la règle d'application du CT cardiaque chez les enfants est modifiée : une prestation réalisée au moyen d'une tomographie commandée par ordinateur (CT) ou au moyen d'une tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) ne peut être portée en compte à nouveau qu'après une période de 30 jours
- une règle d'application similaire est supprimée pour la prestation : CT d'une articulation d'un ou de plusieurs membres, y compris l'injection du produit de contraste sous contrôle scopique et les clichés éventuels
- une différence entre les textes néerlandais et français est supprimée.

## PRESTATIONS INTERVENTIONNELLES PERCUTANÉES

À partir du 29 septembre 2014, une règle interprétative précise ce qu'il y a lieu d'entendre par "autre axe artériel".<sup>81</sup> Toutes les artères pour lesquelles les lésions à traiter, vues depuis l'aorte, peuvent être reliées par une seule courbe lisse font partie du même axe artériel. Les lésions situées sur une deuxième ligne font partie d'un autre axe artériel.

76. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'art. 25, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 30.05.2014, p. 42004.

77. Règles interprétatives du 28.04.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.06.2014, p. 47756.

78. Règles interprétatives du 28.04.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.06.2014, p. 47757.

79. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 19-20.

80. A.R. du 25.04.2014 modifiant l'art. 17, §§ 1<sup>er</sup>, 11<sup>o</sup>, et 11, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 06.08.2014, p. 57365.

81. Règles interprétatives du 14.07.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 29.09.2014, p. 77222.

### c. Praticiens de l'art dentaire

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2014, la nomenclature relative aux radiographies panoramiques est modifiée.<sup>82</sup> Chez les adultes (+18 ans), cette prestation ne peut plus être attestée qu'1 fois tous les 2 ans, sauf en cas de trauma externe de la sphère oro-faciale. En outre, la modification permet au Comité de l'assurance de fixer des directives qui doivent être respectées en cas de radiographie panoramique.

Les règles interprétatives de la rubrique "traitements orthodontiques" sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014.<sup>83</sup>

- 8 règles interprétatives superflues sont supprimées
- 5 règles interprétatives sont adaptées à la nomenclature qui a entre-temps été actualisée
- Une règle interprétative indique quel appareil orthodontique peut faire l'objet d'une intervention. L'appareil doit être confectionné sur mesure pour le patient, il doit pouvoir être activé à tout moment et s'inscrire dans un traitement orthodontique
- Il est précisé pour certaines prestations que la présence du patient n'est pas exigée. Il s'agit de codes qui permettent de rémunérer le travail d'étude d'un modèle ou d'une téléradiographie.

Les règles interprétatives relatives aux implants oraux sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014.<sup>84</sup> La nomenclature relative au remboursement de la prothèse complète de la mâchoire inférieure, portée par 2 implants, pour des personnes de plus de 70 ans, est adaptée suite à la modification de la réglementation.

### d. Praticiens de l'art infirmier

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, l'article 8 de la nomenclature est modifié comme suit :<sup>85</sup>

- refus d'intervention de l'assurance pour des prestations sur la base d'un score de l'échelle d'évaluation (Katz) à partir de la première prestation dispensée en cas d'opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils
- la notification ou la demande via le formulaire d'évaluation n'est plus valable que 3 mois maximum au lieu d'1 an
- à la fin des soins ou en cas d'interruption durant une période égale ou supérieure à 10 jours civils, le praticien de l'art infirmier est tenu de le notifier.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2014, une règle interprétative concernant les prestations de l'article 8 de la nomenclature entre en vigueur :<sup>86</sup>

- aucune prestation dispensée lors d'une "première prise en charge des urgences" ou lors de "soins urgents spécialisés" dans un hôpital ne peut être attestée via cet article 8
- la mise en place et/ou la surveillance d'une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée ne peut pas être attestée lorsque cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le service de consultation de l'hôpital.

82. A.R. du 19.03.2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 10.04.2014, p. 30716 et A.R. du 19.03.2014 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 10.04.2014, p. 30718.

83. Règles interprétatives du 07.04.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 16.09.2014, p. 72925.

84. Règles interprétatives du 28.07.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.09.2014 (Éd. 2), p. 76893.

85. A.R. du 19.04.2014 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 19.05.2014, p. 39881.

86. Règles interprétatives du 19.05.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 06.06.2014, p. 43754.

## e. Sages-femmes

À partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, la nomenclature pour les sages-femmes est modifiée comme suit : <sup>87</sup>

- les motivations à l'intention du médecin-conseil pour les "consultations autour de l'allaitement maternel" et les soins supplémentaires pour les prestations "surveillance et soins postnatals" doivent dorénavant uniquement être conservées dans le dossier des bénéficiaires
- des précisions sont apportées concernant le cumul de prestations suite à une modification précédente de la nomenclature, qui a scindé les numéros de code selon 3 lieux de prestation, à savoir "à domicile", "en milieu hospitalier" et "en dehors du domicile et du milieu hospitalier"
- scission des prestations en matière de "surveillance et soins d'une fausse couche", qui figuraient jusqu'à présent parmi les prestations "séances prénatales", dans une rubrique autre que les soins prénatales
- précisions sur les règles de cumul des prestations "surveillance et soins d'une fausse couche" avec les "séances prénatales"
- suppression des codes de nomenclature pour les frais de déplacement quand leur remboursement est prévu dans la convention nationale sages-femmes - organismes assureurs
- pour la prestation "consultation autour de l'allaitement maternel" : remplacement de la notion de durée des séances par une notion axée davantage sur la qualité comprenant une anamnèse, une observation et un plan de soins
- adaptation du titre du dossier, qui s'appelle désormais "dossier de la bénéficiaire" au lieu de "dossier de grossesse"
- introduction d'un délai de conservation du dossier de la bénéficiaire et précisions pour les cas où le dossier est conservé par deux dispensateurs de soins ou plus
- adaptations techniques et harmonisation avec des termes issus d'autres réglementations.

## f. Bandagistes

Les dispositions relatives aux voiturettes sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014 : <sup>88</sup>

- amélioration du remboursement des (pseudo-) produits sur mesure
- suppression de la cotisation Recupel
- possibilité de cumul du cadre de marche avec la voiturette électronique
- alignement des adaptations pour les voiturettes actives aux dimensions individuelles sur les adaptations remboursables pour les voiturettes actives "classiques"
- amélioration du remboursement des dossiers modulaires adaptables
- nouvelle prestation pour le remboursement des unités d'assise modulaires adaptables et du châssis
- nouvelle prestation pour le remboursement du système de propulsion et de conduite à "double cerceau" pour les voiturettes actives
- le forfait de location s'applique également à la voiturette de maintien et de soins
- la procédure de demande change en cas de cumul d'un tricycle orthopédique et d'une voiturette manuelle pour enfant

87. A.R. du 28.03.2014 modifiant l'art. 9, a), de l'annexe de l'A.R. du 14.9.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 14.04.2014, p. 32131.

88. A.R. du 27.05.2013 modifiant l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 22.07.2014, p. 54836.

- introduction d'interventions forfaitaires pour les scooters électriques
- revalorisation de certaines interventions forfaitaires pour les prestations allant de pair avec des voiturettes actives. Il s'agit en l'occurrence d'une rectification.

## g. Orthopédistes

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, la nomenclature des prothèses myoélectriques a entièrement été adaptée.<sup>89</sup> Les principales modifications peuvent se résumer comme suit :

- intégration des nouvelles technologies comme l'amélioration de l'électronique de la commande des mains, l'amélioration de la sensibilité des électrodes, la nouvelle génération de batteries...
- les tarifs des éléments de haute technologie ont également été adaptés à l'évolution des prix qui va de pair avec la modernisation de ces technologies
- cumul entre la prothèse myoélectrique et la prothèse esthétique/mécanique pour adultes.

Les formulaires de demande pour le remboursement d'une prothèse myoélectrique ou d'un tube ont également été adaptés.<sup>90</sup>



Un système d'électrodes utilisant la tension électrique produite par des contractions musculaires contrôlées permet d'actionner les prothèses myoélectriques.

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013, les articles 27 et 29 de la nomenclature ont été enrichis par les codes pour les prestations dispensées aux patients hospitalisés.<sup>91</sup>

En conséquence, les dispositions fixant la quote-part personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques et de certaines autres prestations orthopédiques changent.<sup>92</sup>

La règle interprétative relative au traitement de la maladie de Dupuytren (greffe cutanée incluse) est modifiée consécutivement à la réglementation qui a été adaptée<sup>93</sup> le 1<sup>er</sup> janvier 2014.<sup>94</sup> La continuité du remboursement est ainsi garantie.

Les formulaires relatifs aux aides à la mobilité seront adaptés à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014.<sup>95</sup> Un certain nombre d'ambiguïtés étant levées, leur utilisation est plus facile pour les prescripteurs et les bandagistes.

## h. Implants et dispositifs médicaux invasifs

De profondes réformes dans le secteur des implants et des dispositifs médicaux invasifs entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2014.<sup>96</sup>

89. A.R. du 21.07.2014 modifiant l'art. 29 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 04.08.2014, p. 56849.

90. Règlement du 28.07.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 01.09.2014, p. 65137 et Erratum, M.B. du 16.09.2014, p. 72769.

91. Voir B.I.-INAMI 2014/1, p. 35. A.R. du 18.10.2013 modifiant l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.10.2013 (Éd. 2), p. 82256.

92. A.R. du 15.05.2014 modifiant l'A.R. du 10.11.2001 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des semelles orthopédiques, des chaussures orthopédiques et de certaines autres prestations d'orthopédie, M.B. du 28.05.2014 (Éd. 2), p. 41668 et Erratum M.B. du 20.06.2014, p. 41668.

93. Voir B.I.-INAMI 2014/1, p. 32. A.R. du 24.10.2013 modifiant les art. 14, b) et k), 15 et 21, § 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 28.11.2013, p. 92374 et avis rectificatif, M.B. du 27.12.2013 (Éd. 2), p. 102965.

94. Règles interprétatives du 30.06.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 28.08.2014 (Éd. 2), p. 64795.

95. Règlement du 07.04.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 09.05.2014 (Éd. 2), p. 38039.

96. Voir B.I.-INAMI 2014/1, p. 35. Loi du 15.12.2013 en matière de dispositifs médicaux, M.B. du 20.12.2013 (Éd. 5), p. 101490.

L'arrêté royal portant réforme du système de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs a été publié et est entré en vigueur à la même date.<sup>97</sup>

Cet arrêté vise une simplification administrative, une plus grande transparence, une prise de décision plus rapide et une sécurité tarifaire pour le patient.

### LISTE DES PRESTATIONS

Les articles 35 et 35*bis* de la nomenclature ont disparu et ont été remplacés par une liste énumérant les prestations et leurs modalités de remboursement. La liste comprend 12 chapitres comprenant, à leur tour, des sous-titres :

- ophtalmologie
- neurochirurgie
- otorhinolaryngologie
- urologie et néphrologie
- chirurgie abdominale et pathologie du système digestif
- chirurgie du thorax et cardiologie
- chirurgie des vaisseaux sanguins
- gynécologie
- pneumologie et système respiratoire
- chirurgie plastique et reconstructive
- chirurgie générale
- orthopédie et traumatologie.

Les éléments suivants sont mentionnés par prestation :

- les modalités de remboursement
- la base de remboursement
- la catégorie et la sous-catégorie de remboursement
- les conditions de remboursement
- le mode de remboursement, la marge de sécurité
- forfaitaire ou non forfaitaire : % de la base de remboursement
- le prix plafond et la quote-part personnelle.

La liste peut être modifiée à la demande du distributeur, de la ministre ou de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI).

La modification demandée peut porter sur :

- l'admission d'une prestation sur la liste
- la modification de la prestation et/ou des modalités de remboursement
- la suppression d'une prestation
- l'admission temporaire dans le cadre d'une application clinique limitée.

Lors de l'examen de la demande de modification, la CRIDMI prend les éléments suivants en considération : la valeur thérapeutique, le prix et la base de remboursement, l'intérêt dans la pratique, l'incidence budgétaire et le rapport entre frais de soins de santé et valeur thérapeutique.

97. A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 01.07.2014 (Éd. 2), p. 49018 et A.R. du 29.06.2014 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les coûts des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 02.07.2014, p. 50771.

La CRIDMI examine tout d'abord la recevabilité de la demande, dans un délai de 45 jours. Elle évalue ensuite la demande et formule une proposition dans les 180 jours. Sur la base de cette proposition, la ministre prend une décision dans les 60 jours.

### LISTE NOMINATIVE

Il existe aussi des listes de dispositifs d'aide pour un certain nombre de prestations, à savoir les listes nominatives où chaque dispositif d'aide se voit attribuer un nouveau code d'identification. C'est le cas pour :

- tous les implants actifs
- pour lesquels des garanties supplémentaires quant à la qualité du dispositif d'aide (études cliniques, garanties...) sont nécessaires
- tout comme des garanties supplémentaires quant à sa tarification *ad hoc*.

Cette liste peut également être adaptée. La CRIDMI examine la recevabilité dans les 30 jours. Dans les 75 jours suivant l'examen de la recevabilité, elle formule une proposition. Sur la base de cette proposition, le Comité de l'assurance prend une décision dans les 45 jours.

### FORMULAIRES

Suite à la nouvelle réglementation, les formulaires ont également dû être adaptés. Il existe deux types de formulaire pour les procédures de demande d'intervention dans les coûts des implants et des dispositifs médicaux invasifs : <sup>98</sup>

- les formulaires de type I devant être complétés pour obtenir une intervention de l'assurance obligatoire après accord du médecin-conseil ou du Collège des médecins-directeurs ou après une notification. Certains formulaires doivent en outre être conservés dans le dossier médical du bénéficiaire pour permettre un suivi
- les formulaires de type II. Ceux-ci correspondent aux candidatures que les établissements hospitaliers doivent introduire pour pouvoir bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire dans l'utilisation de certains dispositifs d'aide.

Enfin, il existe une nouvelle attestation des délivrances.<sup>99</sup>

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

Les règles interprétatives sont également adaptées à la nouvelle réglementation. À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les règles interprétatives suivantes s'appliquent aux prestations figurant sur la liste.<sup>100</sup>

- **En neurochirurgie, neurostimulation :**
  - la stimulation en cas de Syndrome douloureux régional complexe
  - en cas d'algie vasculaire de la face (cluster headache)
  - la stimulation du ganglion de la racine dorsale (stimulation GRD).

98. Règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 02.07.2014, p. 50775.

99. Règlement du 16.06.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 02.07.2014, p. 50772.

100. Règles interprétatives du 14.07.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 28.08.2014 (Éd. 2), p. 64795.

- **En chirurgie :**

- concernant l'antiadhésif destiné à être utilisé spécifiquement dans la chirurgie de la main.

## PÉRIODE TRANSITOIRE

- **Orthopédie et traumatologie**

À partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, les libellés des prothèses du genou et des prothèses de la cheville seront modifiés.<sup>101</sup> Les prestations qui comprennent la notion "recouvert d'un revêtement ostéotrope ou d'un coating poreux" seront adaptées.

- **Matériel corporel humain**

Le prix pour la délivrance de la membrane amniotique à usage ophtalmique est un prix forfaitaire. Le libellé faisant encore référence à un prix à l'unité (en cm<sup>2</sup>) est supprimé.<sup>102</sup>

- **Neurochirurgie**

Une règle interprétative stipule qu'à partir du 30 juin 2014 la "stimulation GRD" ne sera pas comprise dans la nomenclature relative à la stimulation de la moelle épinière.<sup>103</sup>

- **Tuteurs coronaires**

En effet, les hôpitaux ayant un agrément B1-B2 peuvent, depuis la reconnaissance dans le cadre des nouveaux programmes de soins, bénéficier d'un remboursement pour les tuteurs coronaires mais doivent porter le matériel en compte du patient. Cette situation a été rectifiée pour la période allant de l'instauration du programme de soins (25.06.2012) à la nouvelle réglementation en matière d'implants et de dispositifs médicaux.<sup>104</sup>

## i. Établissements et services de soins

### IDENTIFICATION

Tout appareillage ou tout dispositif dans les services médicaux ou dans les services médico-techniques, départements, fonctions ou en *extra-muros* sera désormais pourvu d'un numéro d'identification et d'un compteur. Le numéro d'identification du dispositif et le numéro d'ordre de la prestation devront figurer sur l'attestation de soins donnés et constitueront une condition supplémentaire pour pouvoir bénéficier d'une intervention.<sup>105</sup>

101. A.R. du 28.03.2014 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.04.2014, p. 35228 et Erratum, M.B. 20.06.2014 (Éd. 4), p. 47182.

102. A.R. du 02.04.2014 modifiant l'A.R. du 02.06.2010 portant exécution de l'art. 37, § 9, de la loi SSI, en ce qui concerne les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de délivrance de matériel corporel humain, M.B. du 07.05.2014, p. 36538.

103. Règles interprétatives du 16.06.2014 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.06.2014, p. 48706.

104. A.R. du 31.08.2014 modifiant l'art. 35 et 35bis de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.09.2014, p. 74603.

105. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 21.



## MINI-FORFAIT

La Commission de conventions Hôpitaux-Organismes assureurs a décidé de ne plus reprendre le mini-forfait mais de l'inscrire au budget des moyens financiers. Toutefois, dans la pratique, plusieurs assurances hospitalisation calculaient le remboursement des frais ambulatoires sur la base de ces forfaits. En raison du transfert des forfaits et du fait que certains assureurs ne remboursent plus les frais ambulatoires suite à ce transfert, la facture patient s'en trouvera modifiée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2014.<sup>106</sup>

## TRAJETS DE SOINS

L'intervention dans les frais de certaines prestations de rééducation fonctionnelle effectuées dans le cadre des trajets de soins est étendue à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013.<sup>107</sup>

Il s'agit des prestations d'éducation de départ dispensées au cabinet de l'éducateur pour les patients atteints de diabète de type 2. Autrefois, l'éducation de départ n'était remboursable que si elle avait lieu au domicile du patient, au cabinet du médecin généraliste ou au cabinet d'un réseau multidisciplinaire local.

## MÉDICAMENTS

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, la tarification à l'unité pour la délivrance de médicaments aux résidents de maisons de repos change.<sup>108</sup>

Le médecin généraliste qui suit un résident d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins prescrira tout d'abord des médicaments via un schéma de médication. Ce schéma précise les médicaments du patient ainsi que la durée du traitement. L'élaboration du schéma de médication va de pair avec le dossier électronique du patient et la prescription électronique. Le patient sera identifié via MyCareNet.

En attendant que ceux-ci soient opérationnels, le pharmacien établit le schéma d'administration sur la base des prescriptions des médecins traitants.

Les pharmaciens peuvent délivrer sous la forme :

- d'une PMI (préparation de médication individuelle)
- de conditionnements publics
- de blisters.

Le pharmacien qui exécute une prescription (ou ultérieurement un schéma de médication) d'un patient dans une MRS/MRPA est tenu de tarifier les spécialités pharmaceutiques remboursables à l'unité et par période.

106. Règlement du 17.03.2014 modifiant le règlement du 29.12.1986 pris en exécution de l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 34quater, al. 4, de la loi du 09.08.1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, M.B. du 01.04.2014, p. 28243 et Règlement du 17.03.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 01.04.2014, p.28244.

107. A.R. du 27.05.2014 modifiant l'A.R. du 10.01.1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'art. 23, § 2, al. 2, de la loi SSI, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, M.B. du 19.06.2014, p. 46245.

108. A.R. du 19.04.2014 modifiant l'A.R. du 22.01.2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les organismes assureurs doivent transmettre à l'INAMI, M.B. du 12.05.2014, p. 38287, A.M. du 25.04.2014 modifiant la liste jointe à 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 12.05.2014, p. 38289, A.R. du 19.04.2014 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 12.05.2014, p. 38285, A.R. du 19.04.2014 modifiant l'A.R. du 16.03.2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public, M.B. du 12.05.2014, p. 38284 et A.R. du 19.04.2014 modifiant l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 12.05.2014, p. 38281.

La tarification se fera par tranche de 7 jours sur la base d'un schéma d'administration.

Conséquences de la nouvelle tarification :

- introduction d'un nouveau prix/d'une nouvelle base de remboursement à l'unité
- le pharmacien perçoit de nouveaux honoraires (moyens) par semaine, par résident
- introduction du ticket modérateur par unité. Celui-ci s'obtient en divisant le ticket modérateur du plus grand conditionnement public disponible par le nombre d'unités de ce conditionnement
- les obligations relatives au code-barres unique s'élargissent : en effet, le code-barres unique d'un même conditionnement en vrac peut être utilisé pour plusieurs patients. Ce code-barres unique ne peut, en l'occurrence, pas être utilisé pour la tarification d'un conditionnement et pour la tarification à l'unité.

## j. Spécialités pharmaceutiques

### REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, d'importantes modifications relatives à la procédure de remboursement des médicaments entrent en vigueur.<sup>109</sup>

- Intégration de l'expertise externe dans la procédure devant la Commission de remboursement des médicaments (CRM) : outre un expert interne, un expert externe sera désigné. Cet expert sera chargé d'évaluer le bien-fondé de la proposition de remboursement
- La CRM rédige un rapport d'évaluation définitif qui clôture la procédure d'évaluation
- La CRM peut entamer une procédure pour la conclusion d'une convention article 81*bis* (convention à l'initiative de la CRM)
- Adaptations au niveau de la procédure actuelle relative à la conclusion d'une convention avec le demandeur
- Le délai pour les spécialités de la Classe 3 est réduit de moitié : 90 jours au lieu de 180
- Modifications des possibilités de suspension des délais
- Introduction d'un délai maximum de 90 jours lorsqu'un dossier est irrecevable et qu'il est suspendu, le prix faisant défaut
- Modification des séances d'audition lors d'une procédure CRM
- Adaptations de la pratique actuelle
- Modification des règles pour la détermination des bases de remboursement en cas d'admission au remboursement
- Introduction d'une procédure spécifique pour les médicaments biosimilaires
- Les décisions prises par la ministre et les synthèses des rapports d'évaluation définitifs sont publiés sur Internet
- Harmonisation entre le statut des génériques et la réglementation de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)
- Incorporation de la déclaration annuelle de conflits d'intérêts et de sa publication
- Prévoir l'absence du président/vice-président dans le règlement d'ordre intérieur
- Importation parallèle : procédure simplifiée et harmonisation du délai de réaction à ceux d'autres procédures
- Suppression des procédures caduques.

109. A.R. du 03.06.2014 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 19.06.2014, p. 46246 et A.M. du 16.05.2014 portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments, M.B. du 16.06.2014, p. 45171.

## MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES

La loi du 10 avril 2014 introduit la référence “médicament biologique” dans le texte relatif à la prescription de médicaments bon marché par les médecins et les praticiens de l’art dentaire.<sup>110</sup> Il s’agit du médicament utilisé comme référence pour l’autorisation comme médicament biosimilaire, et des médicaments biologiques qui ont en soi la même composition biologique mais qui n’ont pas fait usage de la procédure d’autorisation comme médicament biosimilaire et qui ont diminué leur base de remboursement de 15 %.

## CODE-BARRES UNIQUE

Les firmes pharmaceutiques sont obligées d’apposer un code-barres unique sur les conditionnements des spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées dans les officines publiques.

À partir du 10 mai 2014, les firmes pharmaceutiques doivent également prévoir un code-barres unique sur les conditionnements en vrac et sur les conditionnements hospitaliers qui comprennent des spécialités ayant une forme pharmaceutique “orale fixe”, destinées à être utilisées dans la préparation de médication individuelle.<sup>111</sup>

## INDISPONIBILITÉS

La loi du 14 juillet 1994 prévoyait l’obligation pour les firmes pharmaceutiques de signaler les indisponibilités temporaires à :

- l’INAMI
- à l’AFMPS.

À partir du 10 mai 2014, les firmes pharmaceutiques ne doivent signaler les indisponibilités qu’à l’AFMPS.<sup>112</sup> Au niveau de l’INAMI, l’obligation demeure pour les firmes pharmaceutiques de garantir qu’une (nouvelle) spécialité pharmaceutique soit effectivement disponible au plus tard le dernier jour de l’entrée en vigueur du remboursement. Toutefois, l’INAMI se basera sur les informations disponibles à l’AFMPS.

## ANCIENS MÉDICAMENTS

La loi du 14 juillet 1994 prévoit une diminution du prix et de la base de remboursement des anciens médicaments : après respectivement 12 et 15 ans de remboursement du principe actif (ou de l’association de principes actifs). Un certain nombre d’exceptions ont été prévues à cette règle qui, en vertu de la loi du 10 avril 2004, s’étend aux spécialités pharmaceutiques remboursables dans la catégorie Fa ou Fb.<sup>113</sup> Ceci s’explique par le fait que ces médicaments sont remboursables sur la base d’un montant forfaitaire fixe, en fonction de l’indication, du traitement ou de l’examen.

## PRODUITS RADIOPHARMACEUTIQUES

À partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, les conditions d’intervention dans les frais des produits pharmaceutiques changent.<sup>114</sup>

110. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 36.

111. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 37 et 40.

112. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 38 et 39.

113. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 41.

114. A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques, M.B. du 28.05.2014 (Éd. 2), p. 41669 et Addendum, M.B. du 23.06.2014, p. 47340.

Le but est d'harmoniser et de centraliser le remboursement des produits radiopharmaceutiques. Un premier pas avait déjà été fait avec le rassemblement de l'expertise en matière de produits radiopharmaceutiques en un organe unique : le Conseil technique des radio-isotopes (CTRI). Le CTRI sera entre autres compétent pour donner des avis concernant l'élaboration de la nomenclature des radio-isotopes et pour fixer les bases de remboursement. La base de remboursement sera désormais fixée sur la base de la valeur du produit radiopharmaceutique (efficacité, sécurité, applicabilité et confort) comparée aux autres possibilités de traitement ou de diagnostic.

Le système de remboursement fait une distinction entre deux types de radio-isotopes : les radio-isotopes utilisés à des fins thérapeutiques et les radio-isotopes utilisés à des fins de diagnostic *in vivo*.

La nouvelle procédure de remboursement est basée sur un système de remboursement comparable à celui des spécialités pharmaceutiques.

Elle entrera en vigueur en 2 phases.

- Une première phase prévoit qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014, les firmes envoient, dans les 30 jours, une liste de tous les produits radiopharmaceutiques déjà remboursables pour lesquels elles sont responsables de la mise sur le marché
- La liste des produits radiopharmaceutiques remboursables sera dressée sur la base des données introduites. Après publication de la liste, l'arrêté intégral entrera en vigueur (au plus tard le 01.06.2015).

## III. Indemnités

### 1. Réforme du Conseil médical de l'invalidité

Le nombre croissant de personnes reconnues en invalidité a pour conséquence qu'une adaptation des procédures et des institutions actuelles s'impose. À partir du 31 décembre 2015, d'importantes modifications entrent en vigueur tant dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés que dans l'assurance indemnités des travailleurs indépendants.<sup>115</sup>

Il y a lieu de rationaliser les missions du Conseil technique de l'invalidité (CTI) afin de pouvoir accorder la priorité aux missions suivantes :

- la mise en place et le suivi d'actions en vue de la réinsertion professionnelle des assurés dès leur entrée en incapacité de travail primaire
- le monitoring permanent du système via un contrôle de la qualité par échantillonnage
- la réalisation d'analyses scientifiques.

Les médecins-conseils des organismes assureurs, les médecins-inspecteurs de l'INAMI et la Commission supérieure du CMI ont chacun leur rôle spécifique en la matière.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur examine l'assuré(e) et crée un flux électronique de données pour l'INAMI.

<sup>115</sup> A.R. du 25.04.2014 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 02.06.2014, p. 42236 et A.R. du 08.05.2014 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 06.06.2014, p. 43571.

Le flux électronique de données est contrôlé et ensuite ventilé sur la base de critères de sélection bien spécifiques, en fonction du traitement des données. Il existe deux procédures :

- la procédure décisionnelle
- la procédure de données.

### a. La procédure décisionnelle

Le médecin-inspecteur du Service des indemnités examine le flux de données sur la base de pièces justificatives.

Deux possibilités s'offrent à lui :

- soit il approuve la proposition du médecin-conseil, il prend une décision et la communique par voie électronique à l'organisme assureur
- soit il ne l'approuve pas.

Dans ce cas, la section de la Commission supérieure se réunit. Celle-ci se compose du médecin-conseil qui a créé le flux de données et du médecin-inspecteur du Service des indemnités qui l'a examiné.

Les deux médecins se concertent :

- soit ils sont d'accord et le médecin-inspecteur en informe l'organisme assureur par courriel
- soit ils ne sont pas d'accord. Dans ce cas, le dossier sera immédiatement transmis à la Commission supérieure sans qu'un nouvel examen médical ne s'impose. Cette décision doit être motivée
- soit ils ne sont pas d'accord et un des médecins au moins souhaite que l'assuré(e) passe de nouveau un examen médical. Un troisième médecin du CMI (un médecin-inspecteur du Service des indemnités) examine l'assuré(e) et rédige un rapport. Il ne prend aucune décision. Le dossier de l'assuré(e) ainsi que le rapport sont envoyés à la Commission supérieure.

### b. La procédure de données

Les flux de données sont automatiquement approuvés par le Conseil médical de l'invalidité sans que ces dossiers fassent l'objet d'un examen à part. Une décision est communiquée à l'organisme assureur par voie électronique.

Les médecins-inspecteurs du Service des indemnités procèdent à un contrôle par échantillonnage de la qualité de  $\pm 200.000$  flux de données.

Les résultats de ce contrôle sont présentés à la Commission supérieure qui fait des constatations (de nature médicale, technique ou juridique) sur cette base.

Le Conseil médical de l'invalidité reçoit les données relatives à l'incapacité de travail à partir du septième mois de l'incapacité de travail. Ces données ont trait à la durée de l'incapacité, à la pathologie, au code professionnel et aux initiatives prises par le médecin-conseil dans le cadre de la réinsertion professionnelle.

## 2. Transfert de compétences au Comité de gestion / au Conseil médical de l'invalidité<sup>116</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la compétence pour élaborer des directives en matière de contrôle de l'incapacité de travail pendant l'incapacité de travail primaire a été transférée du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux vers le Comité de gestion du Service des indemnités. Avant cette date, cette compétence pendant la période d'incapacité de travail primaire se distinguait de celle pendant la période d'invalidité.

La compétence pour la formulation de directives en matière de contrôle de l'incapacité de travail est à présent réunie au sein d'un seul Service, indépendamment de la période d'incapacité de travail concernée. Les médecins-conseils des organismes assureurs respectent les directives du Comité de gestion du Service des indemnités.

À partir de cette même date, les compétences du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux pour l'élaboration des rapports d'incapacité de travail ont été transférées au Conseil médical de l'invalidité. Le Comité de gestion sera désormais compétent pour évaluer les rapports d'incapacité de travail qui lui seront transmis par le Conseil médical de l'invalidité.

## 3. Nouveau statut uniforme en matière de sécurité sociale pour les régimes d'apprentissage en alternance

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015, un nouveau statut uniforme en matière de sécurité sociale entre en vigueur pour les régimes d'apprentissage en alternance.

Bien qu'ils ne paient pas de cotisations de sécurité sociale pour le secteur des indemnités dans le cadre de ce nouveau statut aussi longtemps qu'ils n'ont pas atteint l'année civile dans laquelle ils ont dix-neuf ans, les élèves ouvrent quand même le droit aux indemnités pour peu qu'ils prouvent un volume de travail suffisant. En vertu d'une modification de la réglementation, ils possèdent en effet la qualité de titulaire dans le secteur des indemnités.<sup>117</sup> Après le 31 décembre de l'année de leurs dix-huit ans, ils paient des cotisations dans le secteur des indemnités et ils acquièrent ainsi la qualité de titulaire dans l'assurance indemnités et dans l'assurance maternité.

## 4. Réadaptation professionnelle

Les titulaires reconnus en incapacité de travail qui suivent un programme de réadaptation professionnelle approuvé par le Conseil médical de l'invalidité et pris en charge par l'assurance indemnités, reçoivent une récompense financière par heure de formation, d'encadrement ou d'apprentissage suivie. S'ils ont achevé le programme avec succès, ils peuvent en outre bénéficier d'une intervention forfaitaire. Les frais liés à l'insertion effective de ces titulaires seront, sous certaines conditions, également à charge de l'assurance indemnités.

116. Loi du 25.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, M.B. du 06.06.2014, art. 6-11.

117. Loi du 15.05.2014 portant exécution du pacte de compétitivité, d'emploi et de relance, M.B. du 22.05.2014, art. 27.

Ces mesures s'inscrivent dans le cadre d'une politique visant à stimuler le retour au travail de titulaires en incapacité de travail. Dans ce contexte, plusieurs accords de coopération ont été conclus entre, d'une part, l'INAMI et les organismes assureurs, et les services et offices régionaux et communautaires d'emploi et de formation, d'autre part. Ces services et offices accordent parfois certains avantages financiers.

La réglementation prévoit actuellement le refus d'avantages financiers si le titulaire bénéficie d'avantages similaires accordés en vertu d'un décret, d'un arrêt ou d'une ordonnance par les services ou offices régionaux ou communautaires participant à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Si le montant de ces avantages est inférieur à celui des avantages accordés dans le cadre de l'assurance indemnités, l'intéressé(e) peut prétendre à la différence à charge de l'assurance.<sup>118</sup>

## 5. Protection de la maternité

L'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 169/2011 du 10 novembre 2011 a suscité une intervention du législateur.<sup>119</sup>

Il existe actuellement deux exceptions à la règle suivant laquelle la mère doit avoir entièrement interrompu ses activités pour pouvoir bénéficier d'une indemnité de maternité pendant la période de repos de maternité :

- la première exception qui existe déjà concerne la transposition des deux dernières semaines du repos postnatal facultatif en jours de congé de repos postnatal
- la nouvelle exception vise la situation d'une travailleuse qui exerce plusieurs fonctions dans les liens d'un contrat de travail et qui a été écartée du travail dans le cadre d'une ou de plusieurs de ses fonctions, mais pas dans toutes, et qui continue à exercer une activité dans la période allant de la sixième semaine (huitième semaine en cas de naissance multiple) à la deuxième semaine incluse précédant l'accouchement. La travailleuse peut bénéficier de l'indemnité pendant la période de prolongation du repos postnatal à raison des périodes de travail effectué dans le cadre de la mesure de protection de la maternité. La travailleuse qui a repris une activité autorisée pendant son incapacité de travail peut en outre bénéficier de la prolongation du repos postnatal à concurrence des périodes de travail exercées dans le cadre de l'activité adaptée dans la période allant de la sixième (huitième) semaine à la deuxième semaine incluse précédant l'accouchement.

À partir du 16 juin 2014, les indemnités de maternité peuvent donc être allouées pendant la période prolongée de repos postnatal chez un employeur, lorsque la travailleuse a déjà repris le travail, pendant cette période, chez son autre employeur chez qui le repos de maternité a déjà pris fin.<sup>120</sup>

118. Loi du 25.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, M.B. du 06.06.2014, art. 2-3.

119. Loi du 25.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, M.B. du 06.06.2014, art. 5.

120. A.R. du 09.07.2014 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 23.07.2014, p. 55093.

À partir de cette même date, une précision est en outre apportée aux dispositions relatives au salaire perdu devant être pris en compte pour le calcul de l'indemnité de maternité pour la période dans laquelle le repos postnatal est prolongé à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a encore exercé une ou plusieurs de ses activités dans les liens d'un contrat de travail pendant une période d'écartement du travail, ou pendant laquelle elle a repris une ou plusieurs de ses activités pendant son incapacité de travail moyennant l'autorisation du médecin-conseil, à compter de la sixième (huitième) semaine à la deuxième semaine incluse avant l'accouchement.<sup>121</sup>

## 6. Communication électronique

Les organismes assureurs sont tenus de communiquer à l'INAMI - par mutualité, par titulaire et par nature du risque - le montant des indemnités payées indûment, et de préciser si les paiements indus découlent d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence de la part de l'organisme assureur.

Les organismes assureurs communiquent en outre les montants des indemnités récupérées, les montants non récupérés ainsi que les raisons pour lesquelles ces montants n'ont pas été récupérés. Ils communiquent également les montants non récupérés qui ont été portés en compte de leurs frais d'administration ainsi que les montants non récupérés considérés comme des dépenses du régime.

Ces données seront communiquées par voie électronique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.<sup>122</sup>

## IV. Évaluation et contrôle médicaux

### 1. Services régionaux (art. 139, al. 1<sup>er</sup> et al. 2, loi SSI)

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux remplit actuellement ses missions au sein du Service central, au sein des 10 Services provinciaux et au sein du Service bilingue pour la Région de Bruxelles-Capitale.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, le Service se composera d'un service central et de services régionaux au sens de l'article 32 de la loi du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative.<sup>123</sup>

Le nombre, le ressort et le siège de ces services seront fixés par arrêté royal.

121. Règlement du 18.09.2013 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 17.09.2014 (Éd. 2), p. 73451.

122. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 74-75.

123. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 98-106.



## 2. Collège national des médecins-conseils (art. 153, § 3, al. 5, loi SSI)

Dans le Collège national des médecins-conseils et dans les collèges locaux, les médecins-conseils bénéficient d'un soutien paramédical et administratif composé de kinésithérapeutes, de praticiens de l'art infirmier, de collaborateurs paramédicaux et administratifs, de collaborateurs de l'organisme assureur à qui ils peuvent déléguer des tâches bien spécifiques. Depuis le 10 mai 2014, les kinésithérapeutes peuvent faire partie de la composition de ces collèges.<sup>124</sup>

## 3. Mesures conservatoires (art. 77 *sexies*, loi SSI)

S'il existe des indications sérieuses, précises et concordantes de fraude concernant des prestations facturées par un dispensateur de soins au sens de l'article 2, n), de la loi SSI coordonnée, des mesures provisoires et conservatoires peuvent être prises dès le 10 mai 2014 en vue de défendre les intérêts financiers du régime.<sup>125</sup>

Ces mesures signifient que les paiements via le système du tiers payant peuvent être entièrement ou partiellement suspendus. Cette suspension provisoire, complète ou partielle, permet de vérifier si les prestations sont facturées à juste titre ou non. Il s'agit d'une mesure provisoire, limitée dans le temps, qui permet d'éviter d'éventuels futurs paiements indus.

Tout organisme assureur ou tout assuré social peut signaler ces indications au SECM, lequel peut également agir de sa propre initiative.

La loi prévoit l'intervention du fonctionnaire dirigeant du SECM :

- le dispensateur de soins reçoit une notification du projet de suspension dans laquelle sont mentionnés les faits sur lesquels reposent les indications. Dans les 15 jours ouvrables suivant la réception de cette notification, le dispensateur de soins transmet ses moyens de défense
- le fonctionnaire dirigeant du SECM (ou le fonctionnaire désigné par lui) prend une décision motivée
- la suspension, complète ou partielle, est de maximum 12 mois
- le dispensateur de soins peut introduire un recours non suspensif devant le tribunal du travail (cf. art. 167)
- la suspension prend fin de plein droit si un procès-verbal de constatation n'a pas été rédigé dans l'année qui suit la décision.

124. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 4.

125. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 79-84.

#### 4. Interdiction de réattester des prestations jugées avoir été portées injustement en compte (art. 77 *septies* de la loi SSI)

Les prestations dont les organes du contentieux du SECM (fonctionnaire dirigeant, Chambre de première instance et Chambre de recours) ont constaté qu'elles ne sont pas conformes aux règles de l'article 73*bis*, 1<sup>o</sup> à 6<sup>o</sup>, de la loi coordonnée, ne peuvent pas de nouveau être présentées, pour paiement, aux organismes assureurs.

#### 5. Force probante des constatations factuelles et médicales des médecins-conseils (art. 153, § 2/1, loi SSI)

Les constatations faites par les médecins-conseils pouvaient, autrefois, dans le cadre d'une enquête administrative, être considérées comme une simple "communication de renseignements".

La loi du 10 avril 2014 accorde une force probante à leurs constatations factuelles et médicales dans des cas isolés.<sup>126</sup> Cette force probante vaut à l'égard des services d'inspection de l'INAMI dans le cadre de l'exercice de leurs missions de contrôle légales, jusqu'à preuve du contraire. L'intégration de cette force probante particulière dans la loi permet de mieux utiliser les constatations faites par le médecin-conseil dans la recherche d'infractions.

#### 6. Compensation et recouvrement de dettes par les organismes assureurs (art. 156, § 1<sup>er</sup>, 164, al. 5, et 206*bis*, loi SSI)

En vertu de l'article 206*bis*, (nouveau) § 1<sup>er</sup> de la loi SSI, les sommes redevables par les organismes assureurs à un dispensateur de soins peuvent être utilisées de plein droit par ces organismes assureurs pour payer les montants que le dispensateur de soins a perçu indûment, ou pour recouvrer tout autre créance en vertu de la loi SSI, de ses arrêtés d'exécution et de ses règlements et des conventions et accords conclus en vertu de cette loi. La disposition possède donc un champ d'application plus vaste que le contentieux des dispensateurs de soins avec le SECM.

Ainsi, les décisions des organes du contentieux institués auprès du SECM (fonctionnaire dirigeant, Chambre de première instance et Chambre de recours) à l'égard d'un dispensateur de soins qui donnent lieu au recouvrement d'un montant peuvent faire l'objet d'une compensation de dettes.<sup>127</sup> (cf. art. 156, § 1<sup>er</sup>, loi SSI)

126. Loi du 10.4.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.4.2014, art. 81.

127. Loi du 10.4.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.4.2014, art. 82-84.

## 7. Mesure ex article 142 de la loi SSI et possibilité de se constituer partie civile (art. 142, § 1<sup>er</sup>, al. 4, de la loi SSI)

À partir du 10 mai 2014, les modifications suivantes s'appliquent :

- pour le dispensateur de soins qui ne peut plus exercer sa profession, provisoirement ou définitivement, il est provisoirement ou définitivement impossible de porter en compte des prestations de santé donnant lieu à un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé<sup>128</sup>
- si un dispensateur de soins est poursuivi au pénal consécutivement à une communication des faits par le SECM au ministère public, l'INAMI a la possibilité de récupérer lui-même les montants des prestations indûment remboursées par l'assurance soins de santé en se constituant partie civile.<sup>129</sup>

## V. Contrôle administratif

### 1. Délai de prescription

Suite à l'arrêt de la Cour constitutionnelle<sup>130</sup>, la loi du 10 avril 2014 supprime le délai de prescription de 1 an pour la récupération des prestations indûment payées à charge de l'assurance soins de santé et indemnités, si l'indu découle d'une erreur de l'organisme assureur et que l'assuré(e) est de bonne foi.<sup>131</sup>

### 2. Responsabilisation des organismes assureurs

Dans le cadre de la responsabilisation des organismes assureurs quant à leurs frais d'administration, l'INAMI transmet chaque année des données à l'Office de contrôle des Mutualités et des Unions nationales des mutualités. Sur la base de ces données, l'Office de contrôle évalue les performances de gestion des organismes assureurs et il octroie par conséquent la partie variable des frais d'administration.

La série actuelle de critères relatifs à la partie variable des frais d'administration ne donne qu'une image partielle du fonctionnement des organismes assureurs. Certains critères sont à présent moins pertinents. D'où la nécessité d'avoir des critères clairs, objectifs et contrôlables couvrant une grande partie du fonctionnement des mutualités.

128. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 86.

129. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 88-89.

130. Cour constitutionnelle n° 66/2012 du 24.05.2012, B.I.-INAMI 2012/3, p. 353.

131. Loi du 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 30.04.2014, art. 76.

Un nouveau système d'évaluation entrera en vigueur au 1<sup>32</sup>1<sup>er</sup> juillet 2014. Le système repose sur l'évaluation des 7 processus cruciaux qui reflètent le fonctionnement global des organismes assureurs :

- l'obligation d'informer les assurés sociaux
- l'octroi correct, uniforme et à temps de droits en matière de soins de santé et d'indemnités
- l'exécution correcte, uniforme et à temps des paiements
- la détection et le suivi méticuleux des créances
- l'organisation des mécanismes de contrôle nécessaires, à différents niveaux
- la collaboration avec l'INAMI et la participation à l'exécution de la politique de la Ministre des Affaires sociales
- la gestion comptable.

Les processus énumérés couvrent la gestion globale de l'assurance, confiée aux organismes assureurs. Le système est en outre plus flexible car il permet de lier les sept processus-clés aux domaines de recherche et d'évaluation susceptibles d'être modifiés à chaque nouvelle période d'évaluation.

L'arrêté royal prévoit en outre :

- une procédure contradictoire avec les organismes assureurs concernant la praticabilité des indicateurs utilisés
- un coefficient de pondération par processus
- la décision finale concernant l'évaluation et l'octroi de la partie variable des frais d'administration appartient à l'Office de contrôle des mutualités et peut faire l'objet d'un recours.

### 3. Transfert électronique de documents

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, les dispositions relatives au transfert des documents comptables des organismes assureurs vers l'INAMI seront modifiées.<sup>133</sup>

Les organismes assureurs communiquent les documents à l'Institut sous forme numérique. Cette méthode de travail s'inscrit dans le cadre de la simplification administrative.

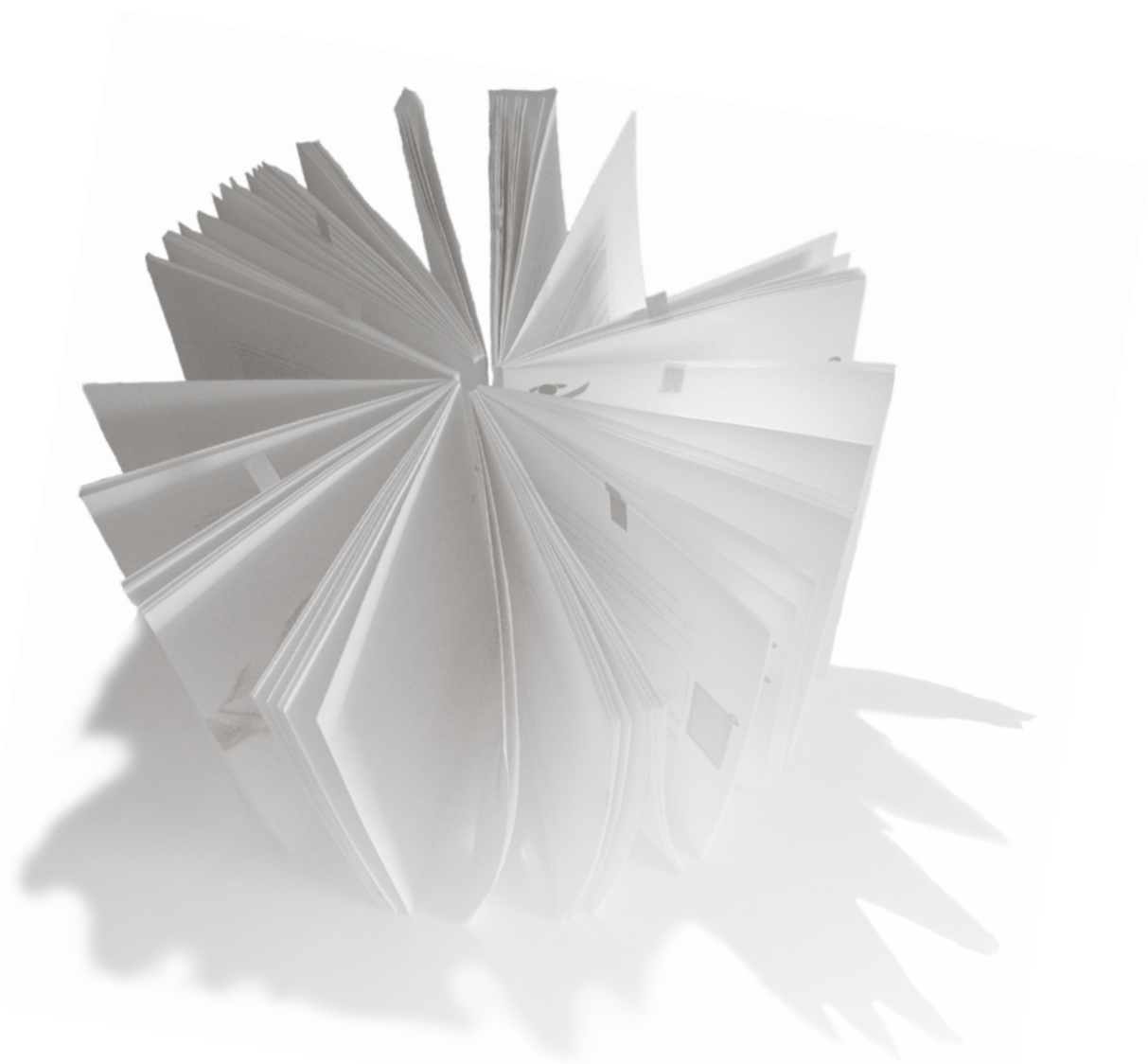
132. A.R. du 10.04.2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration, M.B. du 13.06.2014, p. 44896.

133. A.R. du 27.05.2014 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 13.06.2014, p. 44901.



# 3<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour du travail de Liège, division Namur, 21 octobre 2014

## Code judiciaire – Article 991

*Une contestation de l'état de frais et honoraires en dehors du délai de 30 jours est valable lorsque l'expert reste en défaut d'établir que la copie de cet état de frais et honoraires aurait été envoyée aux parties.*

*Consigner au greffe une provision ne prive pas de la possibilité de contester l'état de frais et honoraires déposé par l'expert.*

## Arrêté royal du 14 novembre 2003

*Les dispositions de l'arrêté royal du 14 novembre 2003 sont d'ordre public et il ne peut, dès lors, y être dérogé d'aucune manière. Elles trouvent leur fondement légal dans l'article 167, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994.*

R.G. 2014/AN/1  
L.D. c./INAMI et O.G.

...

## 1. L'arrêt du 19 novembre 2013

Aux termes de cet arrêt, la Cour, après en avoir délibéré et statuant contradictoirement vis-à-vis de la partie appelante, et par défaut vis-à-vis de(s) partie(s) intimée(s), a déclaré l'appel recevable et fondé, sur avis oral et conforme de Madame Germaine LIGOT, Substitut général, a mis à néant l'ordonnance du Tribunal relatif à la taxation de l'état d'honoraires et frais de l'expert, Monsieur le Docteur D.L., à concurrence d'un montant de 4.290 EUR édictant par voie de dispositions nouvelles, a taxé l'état d'honoraires et frais de l'Expert L. à concurrence du montant de 580,59 EUR. a délaissé les dépens non liquidés à charge de l'INAMI.

## 2. Fondement

### 1. L'article 991 du Code judiciaire

L'état d'honoraires n'a pu être contesté en temps utile par l'INAMI. En effet, l'état précité n'a jamais été adressé à l'INAMI, partie à la cause et n'a été adressé en copie à l'avocat de l'INAMI le 7 août 2013 alors que la taxation avait déjà été réalisée par le Tribunal en sorte que l'INAMI a été mis dans l'impossibilité de contester l'état dans le délai de 30 jours prévu à l'article 991 du Code judiciaire.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'appelant reste en défaut d'établir que la copie de son état d'honoraires et frais aurait été envoyé à l'INAMI ou à son conseil avant le 7 août 2013.

Il incombait au tribunal de s'assurer que les parties avaient été mises en mesure de contester l'état d'honoraires (art. 978 C.J.).

La contestation de l'INAMI en dehors du délai de 30 jours est dès lors valable.

## 2. L'application de l'A.R. du 14 novembre 2003 fixant les tarifs des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales

### A. PRINCIPES

Les dispositions visées sont d'ordre public. Elles ne peuvent dès lors faire l'objet de dérogations conventionnelles. Elles trouvent leur fondement légal dans l'article 167, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 17 juillet 1994 qui stipule que :

*"Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qui établit conformément aux dispositions du C.J., sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi".*

### Interprétation

- En matière de sécurité sociale, le législateur a opté pour le système de barémisation des frais d'expertise. Ce barème est justifié par la constatation que le montant des honoraires et frais, en principe à charge des institutions de sécurité sociale, variait considérablement selon les arrondissements judiciaires, voire suivant les experts au sein d'un même arrondissement. Ainsi, certains experts, s'écartant de la finalité normale d'une expertise, soumettaient l'assuré à une mise au point scientifique complète jusqu'au plus petit détail pathologique, ou encore d'autres déléguaient largement la mission qui leur avait été confiée en demandant de nombreux examens complémentaires à des spécialistes non assermentés (C. CLESSE, l'expertise en droit social, o.c., IV.2-44-45).
- Interrogés sur la limitation des honoraires des experts médicaux dans le cadre de l'assurance maladie, le ministre des Affaires sociales a rappelé que l'instauration d'un barème uniforme était justifiée par les considérations suivantes :

*"... on a dû constater non seulement une énorme différence entre les moyens des différents experts, mais aussi entre les moyennes par tribunal, sans que ces différences puissent être expliquées objectivement. L'instauration d'un barème permettra de supprimer ces différences."*

- La Cour d'arbitrage s'est également prononcée en 1999 sur le caractère discriminatoire de l'article 167, alinéa 4, de la loi précitée en ce sens :

*" La possibilité légale de dérogation aux critères prévus par l'article 982, alinéa deux du C.J., ne peut être en soi incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution. La circonstance que les frais d'expertise sont toujours à charge des Institutions tenues d'appliquer l'assurance soins de santé et indemnités, sauf en cas de demande téméraire et vexatoire, le fait que les expertises sont assez comparables entre elles et la circonstance qu'avant l'introduction de la législation critiquée, les montants réclamés variaient considérablement, sans raison apparente, d'un expert à l'autre, d'un arrondissement judiciaire à l'autre, justifient à suffisance que le législateur ait habilité le Roi à procéder à une tarification en la matière. L'article 167, alinéa 4 de la loi SSI ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution (Cour d'Arbitrage, arrêt n° 137/99 du 22.12.1999 ; Cour d'Arbitrage, arrêt n° 22/2007 du 25.01.2007)"*



Les cours et tribunaux appliquent unanimement l'arrêté royal du 14 novembre 2013.

## B. EN L'ESPÈCE

Le montant de l'état d'honoraires et frais fixé à 4.290 EUR par le Dr. L. dans le cadre d'une expertise médicale régie par l'A.R. du 14 novembre 2013 a été erronément taxé et rendu exécutoire par le premier juge à un montant différent de celui fixé par cet arrêté royal. Selon le tarif, les honoraires doivent être taxés à concurrence des montants suivants :

	377,61 EUR	à titre d'honoraires
	112,98 EUR	à titre de frais administratifs
	-----	
soit	490,59 EUR	

L'arrêté royal accorde le droit à un montant supplémentaire justifié par un examen médical complémentaire (tarif nomenclature INAMI).

En l'espèce, le Dr. L. peut prétendre au paiement d'un montant de

	490,59 EUR	
	+ 90 EUR	(examen complémentaire)
	-----	
	580,59 EUR	

C'est à tort que l'opposant estime qu'en consignand au Greffe une provision de 1.000 EUR comme l'avait décidé le tribunal, l'INAMI se privait de la possibilité de contester l'état une fois déposé dans la mesure où les dispositions visées sont d'ordre public et qu'il ne peut, dès lors y être dérogé d'aucune manière.

## PAR CES MOTIFS

**La Cour,**

...

Statuant publiquement et contradictoirement,

...

Déclare l'opposition recevable mais non fondée,

...

Confirme l'arrêt du 19 novembre 2013,

...

## II. Cour du travail de Liège, division Liège, 12 septembre 2014

Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> - Expertise – État de frais et honoraires

*Les frais administratifs font l'objet du calcul forfaitaire visé par l'arrêté royal du 14 novembre 2003.*

*Les expertises qui consistent à déterminer le degré de dépendance de plusieurs pensionnaires bien que distinctes se déroulent en même temps. L'expert a donc pu économiser différents frais.*

*Il paraît dès lors raisonnable de fixer ces frais à la moitié du forfait visé par cet arrêté royal.*

R.G. 2013/AL/74

S.A. G. c./INAMI

...

### I. Les antécédents de la procédure

L'arrêt prononcé le 9 mai 2014 a statué sur le fond du litige et a réservé à statuer sur les dépens d'expertise, en ordonnant à cet effet la réouverture des débats aux fins de permettre à l'expert de justifier du montant de ses frais administratifs et aux parties de faire valoir leurs observations dans le respect du calendrier suivant :

“

- Dépôt par l'expert S., dans le mois de la notification qui lui sera faite du présent arrêt de sa note d'observation justifiant les frais administratifs portés en compte aux parties
- Dépôt par les conseils des parties appelante et intimée de leurs observations dans le mois du dépôt par l'expert de sa note d'observation
- Dépôt par l'expert S. de ses observations dans le mois du dépôt de celles des parties
- L'arrêt tranchant cette dernière contestation sera prononcé dans le mois.”

### II. La décision de la cour

1. L'expert S. a déposé, dans le délai qui lui avait été imparti, le détail des frais administratifs portés en compte à hauteur d'une somme de 1.874,78 EUR dans son état de frais et honoraires annexé au rapport d'expertise.
2. Le conseil de l'INAMI a déposé, dans le délai qui lui avait été imparti, une note d'observations par laquelle il postule, en se référant à la jurisprudence de la cour du travail de Bruxelles en la matière, la réduction à hauteur de la moitié du montant forfaitaire des frais administratifs, tel que visé par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales concernant les litiges relatifs aux allocations aux handicapés, aux prestations familiales pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, à l'assurance chômage et au régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Il fait valoir à ce sujet que les expertises qui consistent à déterminer le degré de dépendance de plusieurs pensionnaires, bien que distinctes se déroulent en même temps en sorte que, s'il est vrai que l'expert a dû établir des rapports pour chacun des pensionnaires, il convient de constater que, nécessairement, il y a eu économie d'échelle pour différents frais.

Le conseil de l'INAMI propose par conséquent de calculer les frais administratifs en appliquant la moitié du forfait prévu par l'arrêté royal précité au rapport d'expertise rédigé par l'expert pour évaluer le degré de dépendance de 19 patients hébergés par la partie appelante. Il suggère dès lors de fixer leur montant à la somme de 926,82 EUR (19 x 97,56 EUR) en lieu et place des 1.874,78 EUR réclamés par l'expert.

3. Dans sa note d'observations déposée le 2 juillet 2014, l'expert S. déclare ne pouvoir marquer accord sur ces modalités de calcul, considérant qu'elles ne correspondent en rien aux frais réellement exposés par ses soins pour mener à bien les opérations d'expertise qui lui avaient été confiées, frais dont il produit le détail. Il conteste cette réduction qu'il considère comme arbitraire, n'étant, à son estime, pas tenu de facturer forfaitairement ses frais.
4. La cour fait siennes les judicieuses observations de l'INAMI et la jurisprudence de la cour du travail de Bruxelles<sup>1</sup> qui rappelle fort à propos que, contrairement à ce que soutient l'expert, les frais administratifs font également l'objet du calcul forfaitaire visé par l'arrêté royal précité et qu'il a pu, du fait que les expertises se déroulaient en même temps, économiser différents frais, en sorte qu'il paraît raisonnable de les fixer à la moitié du forfait visé par cet arrêté royal. Il y a donc lieu de retenir le calcul proposé par l'INAMI, auquel il convient d'appliquer la répartition de 42% à charge de l'appelante et de 58% à charge de l'intimée.

#### **Dispositif**

#### **PAR CES MOTIFS,**

#### **La cour,**

Après en avoir délibéré,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré,

Sur avis de Monsieur Jean-Jacques HAUZEUR, Substitut général,

Statuant sur le montant des frais administratifs inclus dans les dépens d'expertise,

Condamne la partie appelante à payer à l'expert S. la somme de 389,27 EUR.

Condamne la partie intimée à payer à l'expert S. la somme de 537,55 EUR.

...

1. C. trav. Bruxelles, 04.12.2013, R.G. 2012/AB/336; dans le même sens : C. trav. Bruxelles, 05.12.2012, R.G. 2009/AB/51.959.

### III. Cour du travail de Gand, division Gand, 7 novembre 2014

#### Articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 – Motivation des décisions administratives

*La décision mentionne qu' à partir du 19 juin 2012, l'assuré n'était plus en incapacité de travail au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, étant donné qu'il n'était plus reconnu incapable d'accomplir les tâches afférentes à son activité de titulaire indépendant qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail, et qu'il n'était plus reconnu incapable d'exercer une autre activité professionnelle dont il aurait pu être chargé équitablement. Cette formulation est plus qu'évidente et laisse entrevoir que l'assuré est encore jugé apte à effectuer des tâches en lien avec ses activités professionnelles précédemment exercées ou d'autres activités professionnelles dont il pourrait être chargé équitablement. Cette décision tient suffisamment compte des faits mais également des considérations juridiques (in casu la législation applicable) sur lesquels la décision se fonde, dans le respect de la vie privée de l'assuré et du secret professionnel. Il ne s'agit donc pas d'une formulation standard mais plutôt d'un énoncé en lien avec la situation spécifique de l'assuré.*

*La décision mentionnant les professions ou catégories professionnelles que l'assuré peut encore exercer ne doit pas contenir d'autres détails médicaux.*

R.G. 2014/AG/124

...

#### 5. Bespreking

Het Arbeidshof acht, samen met het Openbaar Ministerie en de eerste rechter, dat de aanvankelijk bestreden beslissing genomen door de geneesheren van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit voldoende gemotiveerd werd.

De beslissing vermeldt immers uitdrukkelijk dat de appellant vanaf 19 juni 2012 niet langer arbeidsongeschikt werd erkend in de zin van artikel 20 van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971, houdende onder andere instelling van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen, gezien hij niet meer ongeschikt werd bevonden tot het volbrengen van de taken die verband houden met de beroepsbezigheid als zelfstandige gerechtigde die hij voor de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid waarnam en hij niet meer ongeschikt is tot het uitoefenen van een andere beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd. Deze formulering is meer dan duidelijk en toont aan dat de appellant nog in aanmerking komt voor taken die verband houden met zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid of voor andere beroepsbezigheden die hem redelijkerwijze kunnen opgelegd worden.

De appellant is, aan de hand van deze beslissing, wel degelijk in staat zich te verweren met de middelen die het recht hem verschaft en beroep aan te tekenen, hetgeen hij trouwens heeft gedaan.

Deze aldus gemotiveerde beslissing bevat op een afdoende wijze de feitelijke elementen maar ook de juridische overwegingen (*in casu* de toepasselijke wet) waarop de beslissing werd gestoeld rekening houdend met de eerbied voor het privéleven en de zwijgplicht. D.i. geen standaardformulering maar een formulering die betrekking heeft op de specifieke toestand van de appellant. De beslissing die vermeldt voor welke beroepen of beroepencategorieën de verzekerde nog in aanmerking komt, moet geen verdere medische details bevatten en voldoet aan de Uitdrukkelijke Motiveringswet. Ten overvloede wordt er verwezen naar rechtspraak die in deze zin is gevestigd en die het thans ingenomen standpunt door het Arbeidshof bevestigt (Arbeidshof Antwerpen, 23 december 1999, I.B. RIZIV, 2000/2, p. 164; Arbeidshof Gent, 16 oktober 1995, I.B. RIZIV, 1996/2, p. 209; zie ook de stukken van de geïntimeerde waarin meer recente rechtspraak wordt medegedeeld door de geïntimeerde). De appellant toont evenmin belangenschade aan. Het normdoel werd bereikt.

Het stond de appellant vrij deze formulering te betwisten bv. aan de hand van medische attesten die, eveneens op een gemotiveerde wijze, aantoonen dat de appellant wel langer arbeidsongeschikt bleef vanaf 19 juni 2012 en verder beantwoordde aan de wettelijke vereisten van artikel 20 van het hierboven vermeld Koninklijk besluit. Hij doet dit niet, legt geen nieuwe of recente attesten neer en beperkt zich tot het invoeren van de schending van de motiveringsplicht, waarin hij niet kan gevolgd worden. De door de appellant neergelegde attesten dateren allebei van voor de bestreden beslissing en werden dus reeds beoordeeld door de geneesheren van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (zie administratief dossier).

Aangezien de arbeidsongeschiktheid zelf van de appellant door geen enkel recent medisch attest wordt gestaafd, zodat de beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit door de appellant op medisch gebied niet wordt betwist, dient de vordering ongegrond verklaard (Cass, 24 oktober 1973, Pas. 74,1, 209). In de gegeven omstandigheden (geen betwisting van de medische toestand) komt het evenmin opportuun of dienstig voor een gerechtsdeskundige aan te stellen.

...

## IV. Cour du travail de Bruxelles, 26 juin 2014

### Article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Contestation du rapport d'expertise

*Il ne peut pas être déduit du fait que l'enquête effectuée par l'expert judiciaire était moins exhaustive et approfondie que l'entretien annuel de l'intéressée avec son psychiatre traitant que l'examen médical a été pratiqué de façon superficielle par l'expert judiciaire. Il y a lieu à cet égard de signaler que l'expert a pour seule mission d'examiner s'il dispose, au moment de la décision contestée et lors de la consultation avec l'assuré, de suffisamment d'éléments pour retenir une incapacité de plus de 66 %. La mission de l'expert n'est pas de nature thérapeutique.*

*Le dépôt tardif des pièces du dossier au Tribunal du travail n'a pas de répercussions sur l'appréciation du bien-fondé du rapport d'expertise. Par ailleurs, les pièces du dossier sont, pour la plupart, celles-là mêmes qui ont été fournies par l'assurée à l'expert, à l'appui de sa requête.*

*Le fait que l'assurée a travaillé pendant 20 ans sans interruption auprès de son employeur, avant le début de son incapacité de travail, et que de par le niveau de sa fonction, elle ne peut plus être réintégrée dans la fonction professionnelle spécialisée qu'elle exerçait au sein du système bancaire, ne constitue pas, en droit, des éléments pour continuer à reconnaître son incapacité de travail au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.*

R.G. 2013/AB/740

...

3. De kritiek van A. dat het deskundig onderzoek slechts oppervlakkig werd uitgevoerd, vindt geen steun in de lezing van het deskundig verslag, noch in enig ander objectief element. Uit de anamnese en de resultaten van het klinisch onderzoek, zoals die weergegeven zijn in het deskundig verslag, blijkt dat de deskundige de hem voorgelegde medische documenten grondig bestudeerd heeft en een voldoende uitgebreid gesprek heeft gehad met A. Het kan niet uitgesloten worden dat dit gesprek misschien minder uitgebreid en diepgaand was dan het gesprek dat zij jaarlijks had met haar behandelend psychiater, maar daarbij dient opgemerkt te worden dat de taak van de deskundige er enkel in bestaat te onderzoeken of er op het ogenblik van de bestreden beslissing en op het ogenblik dat hij de verzekerde voor zich heeft, voldoende elementen aanwezig zijn om een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % te weerhouden. De opdracht van de deskundige is niet van therapeutische aard.
4. Uit de enkele vermelding in het deskundig verslag dat de dossierstukken worden geacht gekend te zijn door de partijen en de raadgevers, en dat het de deskundige niet mogelijk is ingevolge zijn verplichting de onkosten te beperken tot het bedrag vastgesteld bij het Koninklijk besluit van 25 juni 1997, de dossierstukken aan de partijen en de raadgevers te verzenden (met de toevoeging dat deze dossierstukken gevoegd zullen worden bij het definitief verslag en voor de partijen en de raadgevers ter inzage in zijn kabinet liggen) kan niet afgeleid worden dat de deskundige van oordeel was dat de voorzien erelonen hem niet toelieten om A. en haar dossier grondig te onderzoeken. De opmerking van de deskundige heeft enkel betrekking op het onderdeel administratieve kosten van zijn honorariumstaat.

De omstandigheid dat de dossierstukken slechts met vertraging werden neergelegd voor de arbeidsrechtbank, heeft geen repercussies voor de beoordeling van de gegrondheid van het deskundig verslag. De dossierstukken zijn overigens essentieel de stukken die door A. zelf aan de deskundige bezorgd werden ter ondersteuning van haar vordering.

Er was geen noodzaak opdat deskundige de medische dossiers van de behandelende geneesheren zou opvragen. A. werd gevolgd door een enkele psychiater, die regelmatig uitgebreide verslagen heeft opgesteld, die de deskundige toelieten de evolutie van de behandeling op te volgen.

De rechtspraak heeft bij herhaling geoordeeld dat het de bedoeling is, door beroep te doen op een deskundige, de betwisting die ontstaan is tussen de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling of van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de behandelend geneesheer van een sociaal verzekerde, te beslechten met verwijzing naar het advies van een bijzonder bevoegd persoon die onafhankelijk is van de partijen. Het principe zelf van de expertiseopdracht zou ondermijnd worden indien het advies dat uitgebracht werd door de door de rechtbank aangestelde deskundige zou in twijfel getrokken worden enkel en alleen omdat het niet overeenstemt met dit van de geneesheer van een der partijen (vgl. o.m. Arbh. Brussel, 8<sup>e</sup> k., 06.02.1986, A.R. 18.574; Arbh. Brussel, 8<sup>e</sup> k., 05.05.1999, A.R. 34.868; Arbh. Brussel, 8<sup>e</sup> k., 05.04.2000, A.R. 35.643; Arbh. Brussel, 6<sup>e</sup> k., 05.05.2003, A.R. 40.376; Arbh. Brussel, 8<sup>e</sup> k. 24.01.2008, A.R. 44.074). In de regel dient er van uit gegaan te worden dat, om met succes een deskundig verslag te kunnen betwisten, de sociaal verzekerde een gemotiveerd medisch verslag dient neer te leggen, dat bij voorkeur uitgaat van een geneesheer die niet de behandelend geneesheer is, en dat uiteenzet waarom de bevindingen van de deskundige, die door de rechtbank is aangesteld, niet kunnen gevolgd worden.

Dit verslag dient te verwijzen naar de appreciatiecriteria betreffende de arbeidsongeschiktheid, zoals die vastgelegd zijn in artikel 100 van de gecoördineerde wetten van 14 juli 1994 op verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

5. Het deskundig verslag, opgesteld op vraag van de eerste rechter, is omstandig gemotiveerd.

Het steunt op een uitvoerig onderzoek van de verzekerde en van de voorgelegde medisch verslagen.

...

6. Het door A. voorgelegde verslag van haar behandelend psychiater, waarin deze het deskundig verslag bespreekt, is niet van aard om de bevindingen van de deskundige in vraag te stellen.

In de eerste plaats moet vastgesteld worden dat de behandelende arts zelf uitdrukkelijk erkent dat het verslag van zijn collega “deskundig, gedetailleerd en wetenschappelijk onderbouwd is op-gesteld”. De behandelende arts geeft ook aan dat hij aanvaardt dat “*strictu sensu*, volgens de letter van de wet patiënt inderdaad niet voldoet aan de voorwaarden voor artikel 100 zoals collega vermeldt.” Hij is echter van oordeel dat in de geest van de wetgeving zijn cliënte toch wel arbeidsongeschikt is.

Bij de analyse van de argumentatie dient echter vastgesteld te worden dat de behandelend arts essentieel steunt, in de eerste plaats op het feit dat bij zijn patiente simulatie of exageratie volledig is uitgesloten en dat zij vanaf februari 1974 tot 2004 bijna ononderbroken tewerkgesteld is geweest, en ten tweede op het feit dat zijn cliënte, gelet op het niveau van haar functie in haar banksysteem, niet meer zou kunnen ingeschakeld worden in haar gespecialiseerde arbeidsfunctie.

Uit het geciteerde artikel 100 van de gecoördineerde wetten op de verzekering geneeskundige verzorging en invaliditeit blijkt echter duidelijk dat tijdens de periode van invaliditeit de staat van arbeidsongeschiktheid niet moet beoordeeld worden in functie van het vroegere uitgevoerde beroep maar wel in functie van het geheel van de beroepen waarop de verzekerde, ingevolge zijn opleiding en beroepsverleden in aanmerking zou kunnen komen. Anderzijds kan de vaststelling dat A. voordat zij ziek werd in 2014, steeds zeer regelmatig gewerkt heeft zonder ziektebrevet, in rechte geen element zijn om haar verder arbeidsongeschikt te erkennen, indien op medisch vlak aan de voorwaarden daarvoor niet voldaan.

Het verslag van de arbeidsgeneesheer van de werkgever, dat overigens bekend was aan de deskundige, brengt geen elementen aan om het verslag van de deskundige in twijfel te trekken.

...

## V. Cour du travail de Bruxelles, 6 novembre 2014

### Article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Mentions dans les attestations médicales

*L'attestation médicale fournie par l'assuré, qui mentionne que l'incapacité de travail de l'intéressé est de plus de 66% au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, mais qui, sur le fond, constate seulement que l'intéressé n'est plus en mesure d'effectuer le travail qu'il exerçait précédemment, ne suffit pas pour réfuter la décision d'exclure l'assuré de l'assurance indemnités. Les attestations médicales faisant état d'une impossibilité de travailler dans le chef de l'assuré, sans pour autant vérifier cette impossibilité pour l'ensemble des professions que l'intéressé est encore en mesure d'exercer, ne suffisent pas davantage pour réfuter la décision d'exclusion du Conseil médical de l'invalidité.*

R.G. 2014/AB/149

...

#### De erkenning van arbeidsongeschiktheid

4. Overeenkomstig artikel 100, § 1, alinea 1 van het Koninklijk besluit van 14 juli 1994 houdende coördinatie van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt als arbeidsongeschikt erkend 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 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 werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Overeenkomstig alinea 2 van dezelfde bepaling wordt de vermindering van het vermogen tot verdienen tijdens de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor een genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

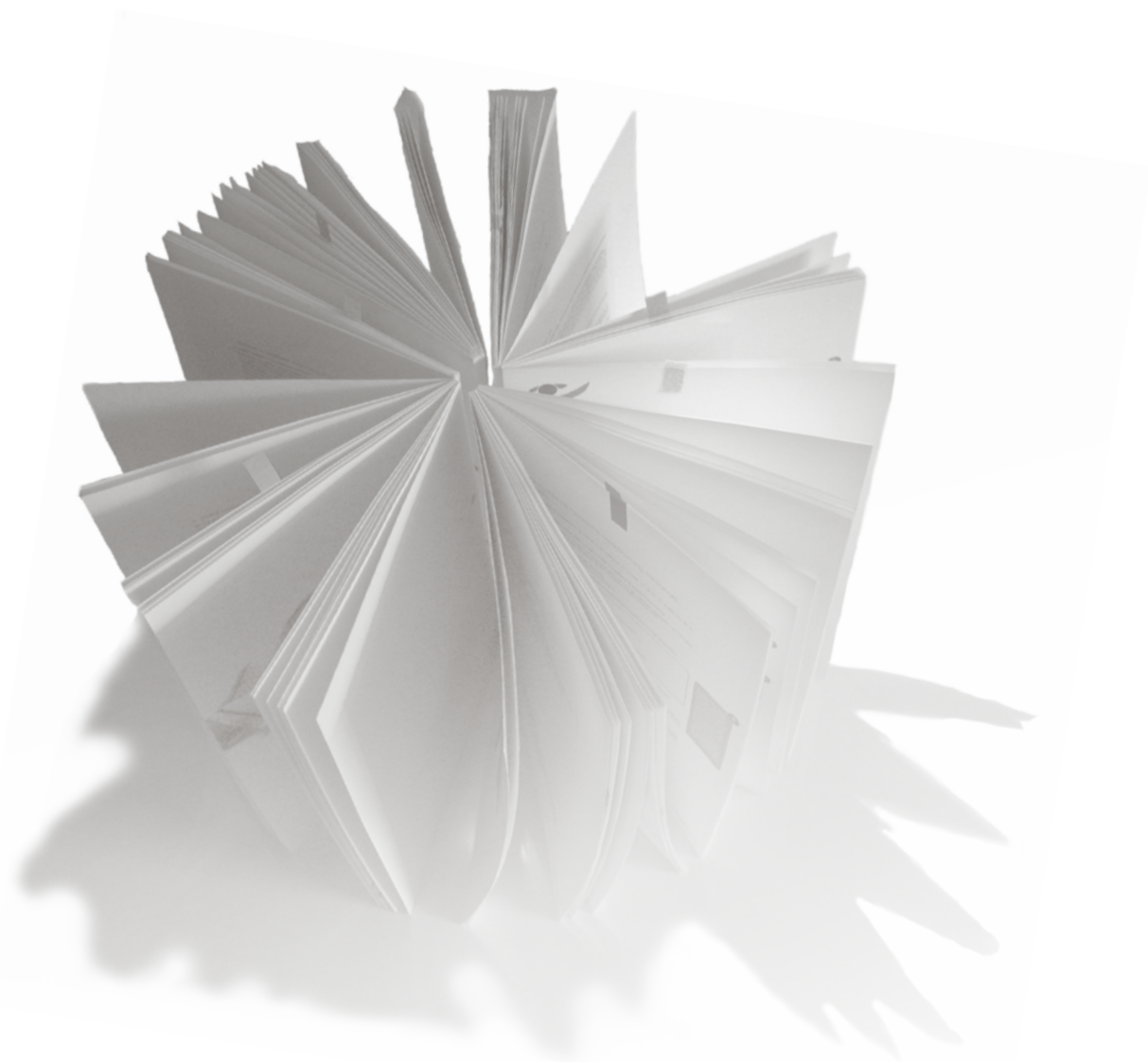
5. De eerste rechter stelde vast dat de door de heer O. aangevoerde attesten geen arbeidsongeschiktheid vaststelden in de zin van het vermelde artikel 100, § 1, alinea 1 van de gecoördineerde wetten van 14 juli 1994. Hij stelde de zaak in voortzetting ten einde de heer O. toe te laten vooralsnog een attest neer te leggen waarin zijn arbeidsongeschiktheid ten aanzien van lichte beroepen zou geëvalueerd worden. Een dergelijk attest werd echter niet neergelegd. De raadsman van de heer O. bevestigde dat hij een dergelijk attest niet kon voorleggen.
6. Ook de voor het hof voorgelegde attesten stellen geen arbeidsongeschiktheid vast in de zin van artikel 100 § 1, alinea 1 van de gecoördineerde wetten. In het recentste attest van dokter wordt weliswaar gesteld dat meer dan 66 % arbeidsongeschikt is in de zin van de wetgeving op de ziekteverzekering, maar inhoudelijk wordt in het attest enkel vastgesteld dat de heer Ouakil niet meer in staat is het werk uit te voeren, dat hij voorheen uitvoerde. De verschillende attesten van de huisarts stellen verder enkel dat er een onmogelijkheid tot werken was zonder dat deze onmogelijkheid op enige wijze getoetst wordt aan het geheel van de beroepen waarvoor de in aanmerking kwam.



7. Verder kan ook niet aan de vaststelling voorbijgegaan worden dat de medische klachten, waarop O. zich steunt om een erkenning in de ziekteverzekering te bekommen, teruggaan op een arbeidsongeval dat hij gehad heeft in 2007, op een ogenblik dat hij werkte voor een ambassade. O. heeft op dat ogenblik geen aangifte gedaan, van de arbeidsongeschiktheid en heeft zijn werk bij de ambassade voortgezet. Het is slechts nadat hij einde 2010 ontslagen werd door zijn werkgever dat hij een erkenning van zijn ziekte heeft aangevraagd. O. heeft dus met de letsels, waarop hij zich thans steunt, meer dan drie jaar kunnen verder werken. Hij erkende ook tijdens zijn ondervraging door de Geneeskundige Raad voor de Invaliditeit dat zijn aangifte essentieel verband hield met zijn inkomensverlies.

...

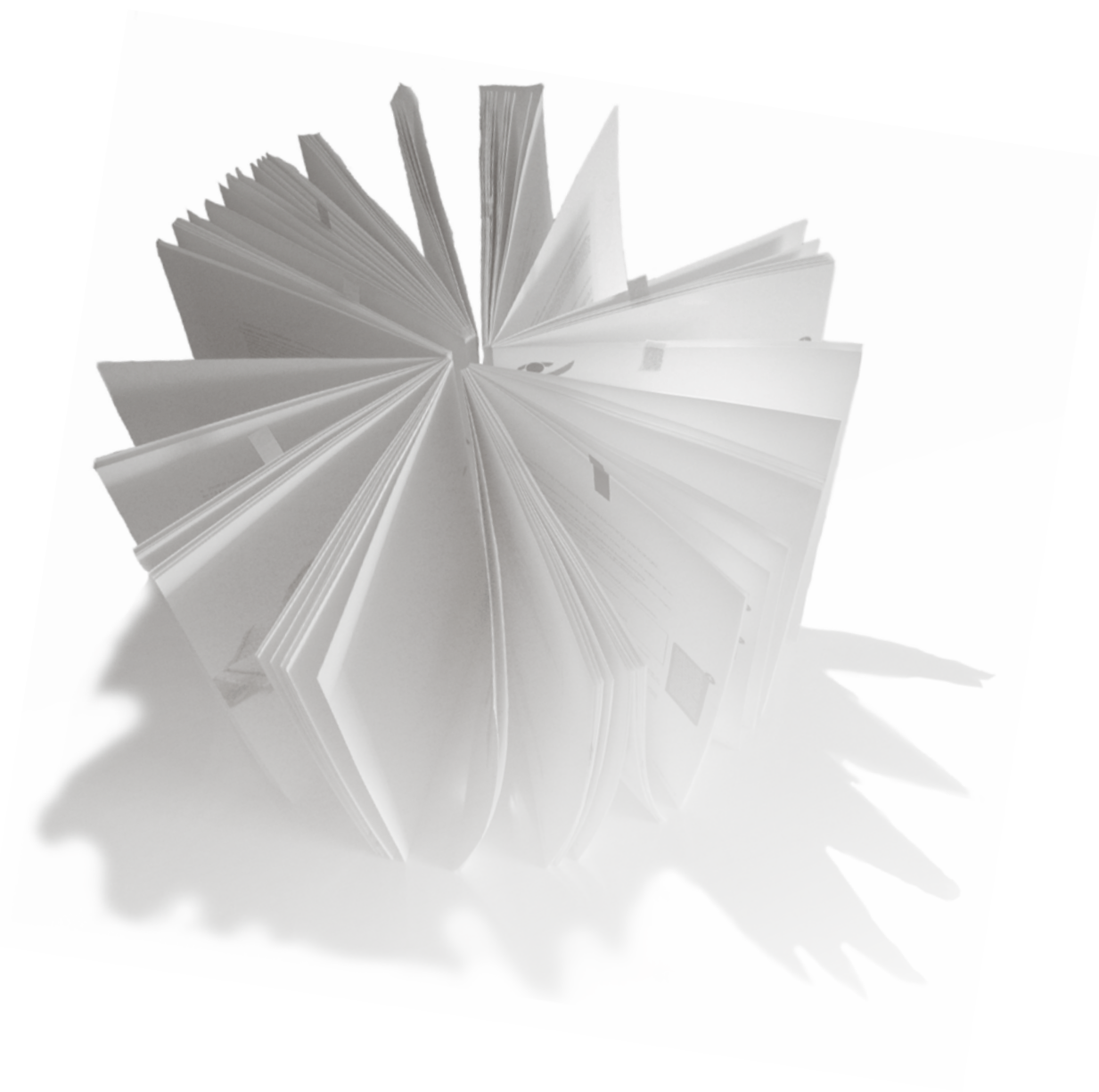
4<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



Étant donné que ce B.I. 2014/3-4 couvre la période de juin 2014 jusqu' à novembre 2014, et que durant cette période il y avait peu de travaux parlementaires, la rubrique des Questions et Réponses Parlementaires dans la matière soins de santé et indemnités ne sera pas publiée.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Cotisations à payer par certains titulaires

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2014, soit 100,22 (base 2013 = 100).

Ci-dessous, vous pouvez prendre connaissance de ces montants; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

### Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

#### a. Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus : 1,68 EUR
- 18 à 21 ans : 1,27 EUR
- 14 à 18 ans : 0,84 EUR.

#### b. Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus : 42,00 EUR
- 18 à 21 ans : 31,75 EUR
- 14 à 18 ans : 21,00 EUR.

### Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 58,41 EUR.

### Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (titulaires visés à l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup> de la loi coordonnée)

Par trimestre :

Normal : 688,99 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134,  
3<sup>o</sup> alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 344,49 EUR

Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention  
majorée : 58,41 EUR

Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence : 0,00 EUR

Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>  
ou 3<sup>o</sup> de la loi coordonnée : 0,00 EUR.

## Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

Titulaire de moins de 65 ans : 88,23 EUR

Titulaire de plus de 65 ans : 25,23 EUR.

## Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 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.

Par trimestre : 39,74 EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2015

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100



Circulaire O.A. n° 2014/445-270/62, 273/62, 274/64, 276/114, 2790/62, 2791/62, 2792/61 et 83/441 du 18 novembre 2014.

## II. Dates de paiement des indemnités d'invalidité des travailleurs salariés ainsi que des indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité des travailleurs indépendants - Année 2015

En vertu de l'article 20, § 2 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 et de l'article 34 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants, les indemnités d'invalidité des deux secteurs et les indemnités d'incapacité primaire des travailleurs indépendants sont payables au plus tôt l'antépénultième jour ouvrable du mois pour le mois en cours. Cependant, au mois de décembre il est d'usage d'avancer la date de paiement des indemnités avec l'accord du Comité de gestion du Service des Indemnités.

Conformément à ces dispositions, le calendrier de la mise en paiement des indemnités précitées pour l'année 2015 a été fixé comme suit :

28 janvier 2015	29 juillet 2015
25 février 2015	27 août 2015
27 mars 2015	28 septembre 2015
28 avril 2015	28 octobre 2015
27 mai 2015	26 novembre 2015
26 juin 2015	21 décembre 2015

La date du 21 décembre 2015 a été décidée par le Comité de gestion du Service des Indemnités lors de sa séance du 17 septembre 2014.



Circulaire O.A. n° 2014/454-499/67 du 27 novembre 2014.

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

#### 1. Eléments de base

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, 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° 2013/345 - 424/43<sup>1</sup> par 1,0125, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et celle au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (53,9895 EUR : 53,3230 EUR = 1,0125).

Le résultat de cette multiplication donne

57,8737 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus

43,3921 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et

28,9368 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

#### 2. Date d'application

1<sup>er</sup> janvier 2015

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2013/345 - 424/43 du 24 octobre 2013.



Circulaire O.A. n° 2014/455-424/44 du 27 novembre 2014.

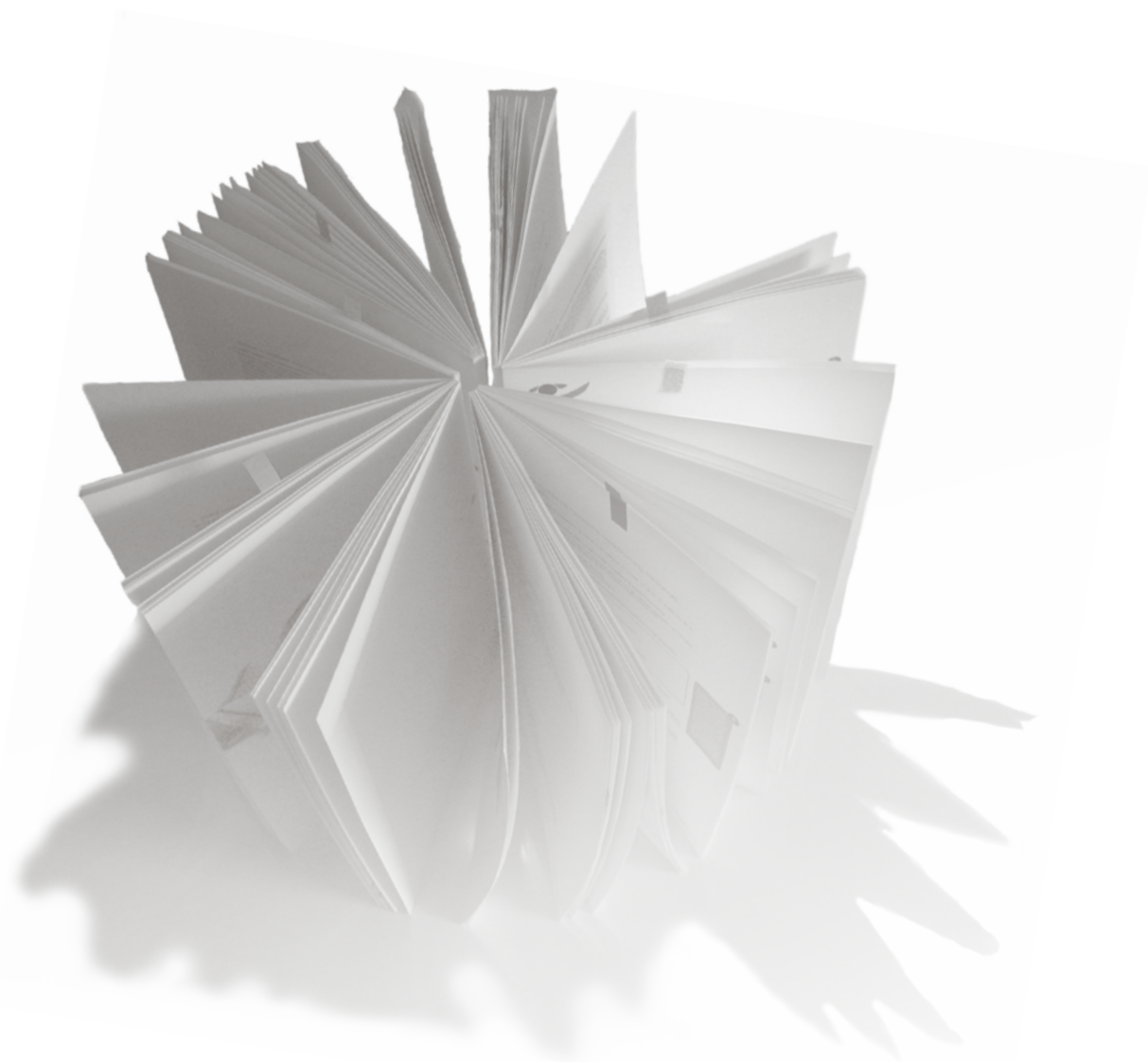
1. Publié dans le B.I. n° 2013/3.





# 6<sup>e</sup> Partie

## Statistiques



# I. Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres 2014

Tableau I : 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	
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	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>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
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>
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>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 - suite (en milliers d'EUR)

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
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
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. Personnel diplomatique	0	0	0	0	0
47. Mesures d'économies task force	0	0	0	0	0
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0	0	0	0	0
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0	0	0
50. 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 II : 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	930.408	1.259.253	
b) Imagerie médicale	281.702	581.964	856.725	1.161.446	
c) Consultations, visites et avis	523.660	1.014.034	1.492.545	1.971.301	
d) Prestations spéciales	308.588	629.042	923.746	1.248.002	
e) Chirurgie	282.989	588.528	865.848	1.171.714	
f) Gynécologie	22.401	45.755	68.263	92.175	
g) Surveillance	101.673	209.990	309.423	414.273	
h) Forfait accréditation médecins	6	8.497	12.291	17.188	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	19	2.339	4.459	8.700	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	19.886	33.644	46.740	59.857	
m) Fonds d'impulsion	7.057	14.640	19.110	22.632	
n) Soutien de la pratique médecine générale	473	593	641	20.948	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	240	240	240	240	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	538	626	694	1.393	
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	0	0	0	4.775	
<b>Total médecins</b>	<b>1.854.762</b>	<b>3.764.984</b>	<b>5.531.133</b>	<b>7.453.897</b>	<b>7.544.861</b>
2. a) Honoraires dentaires	211.948	419.956	613.738	824.244	826.934
b) Forfait accréditation	29	34	14.928	14.996	14.523
<b>Total dentistes</b>	<b>211.977</b>	<b>419.990</b>	<b>628.666</b>	<b>839.240</b>	<b>841.457</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.060.095	2.160.451	3.180.912	4.260.657	4.248.545
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	298.775	619.416	946.392	1.266.829	1.282.530
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.916	12.485	24.292	24.334	22.307
6. Soins par kinésithérapeutes	169.316	331.231	489.492	652.477	657.250
7. Soins par bandagistes	65.271	131.966	200.316	274.691	290.265
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	164.573	335.461	488.586	662.940	700.552
10. Soins par opticiens	7.163	14.061	20.531	27.211	32.687
11. Soins par audiciens	12.766	25.540	39.865	53.343	57.624
12. Accouchements par accoucheuses	4.288	8.420	12.797	17.193	17.638
13. Prix de la journée d'entretien	1.319.992	2.640.460	3.963.354	5.320.679	5.510.542
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.265	122.036	182.498	247.606	260.151
Transport	0	0	0	0	235
<b>Total</b>	<b>1.378.257</b>	<b>2.762.496</b>	<b>4.145.852</b>	<b>5.568.285</b>	<b>5.770.928</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.694	4.386	6.377	8.332	8.098
15. Dialyse					
a) Médecins	38.652	77.024	115.267	154.910	157.208
b) Forfait dialyse rénale	36.614	73.390	109.697	148.677	156.119
c) À domicile, dans un centre	28.359	55.131	82.934	112.087	120.947
d) Dialyse de nuit	0	0			0
<b>Total dialyse</b>	<b>103.625</b>	<b>205.545</b>	<b>307.898</b>	<b>415.674</b>	<b>434.274</b>

Tableau II : 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	993.009	1.338.072	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	233.360	470.657	712.288	957.047	
c) Centres de soins de jour	5.346	10.703	16.228	22.341	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.702	159.897	234.842	310.367	
e) Prime syndicale	2.578	4.096	4.096	4.393	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	3.163	3.163	3.713	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	
<b>Total</b>	<b>650.289</b>	<b>1.305.005</b>	<b>1.963.626</b>	<b>2.635.933</b>	<b>2.633.895</b>
17. Fin de carrière	43.748	70.734	97.667	124.602	130.216
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	24.960	49.593	74.352	98.384	107.357
b) Initiatives d'habitation protégée	11.361	21.817	32.692	43.722	44.123
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	768	1.488	2.171	2.818	3.548
<b>Total</b>	<b>37.089</b>	<b>72.898</b>	<b>109.215</b>	<b>144.924</b>	<b>155.028</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	134.091	278.394	419.639	567.949	620.727
20. Fond Spécial	313	811	1.118	1.402	14.166
21. Logopédie	21.854	43.694	60.745	82.054	83.691
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.312	15.746	23.750	31.562	32.209
24. Régularisations + Refacturation	-30.248	-52.546	-68.907	-81.355	-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.243</b>	<b>150.106</b>	<b>214.554</b>	<b>331.080</b>	<b>372.949</b>
26. Patients chroniques	22.249	40.986	67.620	95.735	98.806
27. Soins palliatifs	3.850	8.034	11.553	12.549	13.387
28. Soins palliatifs (patient)	3.878	7.624	11.252	15.091	20.589
29. Matériel corporel humain	1.881	3.655	5.178	7.016	7.325
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	174	345	542	747	847
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	120	224	331	433	329
b) COMA	99	210	321	470	555
c) Projets thérapeutiques	113	213	348	458	4.828
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>332</b>	<b>647</b>	<b>1.000</b>	<b>1.361</b>	<b>5.712</b>
32. Internés	11.243	11.243	24.132	37.831	34.522
33. Sevrage tabac	233	466	670	911	1.233
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0	0	0
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	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	24.290	52.646	84.403	113.177	115.607
39. SM/SLA/Huntington	2.003	4.138	6.528	8.593	9.056
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	6.029
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	12.310
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.071
45. Accord social	1.316	27.712	28.430	35.608	27.137
46. Personnel diplomatique	0	0	0	0	0
47. Mesures d'économies task force	0	0	0	0	0
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0	0	0	0	0
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0	0	0
50. Divers	2.735	5.254	7.375	15.328	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>0</b>	<b>0</b>	<b>436.325</b>
<b>Total général</b>	<b>6.398.353</b>	<b>12.847.024</b>	<b>19.096.199</b>	<b>25.710.201</b>	<b>26.676.586</b>



Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR)

Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	297.367	612.792	908.582		
b) Imagerie médicale	286.128	584.419	866.166		
c) Consultations, visites et avis	539.921	1.023.312	1.524.117		
d) Prestations spéciales	309.989	632.145	943.942		
e) Chirurgie	290.778	596.207	881.138		
f) Gynécologie	21.481	44.437	67.448		
g) Surveillance	101.483	206.906	308.841		
h) Forfait accréditation médecins	0	4.446	6.126		
i) Forfait dossier médical	0	0	0		
j) Forfait télématique	1.860	3.631	3.882		
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	2.561		
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	21.733	40.934	54.261		
m) Fonds d'impulsion	4.076	10.569	16.026		
n) Soutien de la pratique médecine générale	390	661	739		
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	395		
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	771	788	841		
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	0	105	156		
<b>Total médecins</b>	<b>1.875.977</b>	<b>3.761.352</b>	<b>5.585.221</b>		<b>7.803.184</b>
2. a) Honoraires dentaires	216.973	425.626	625.245		851.917
b) Forfait accréditation	22	27	15.386		15.477
<b>Total dentistes</b>	<b>216.995</b>	<b>425.653</b>	<b>640.631</b>		<b>867.394</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.034.804	2.090.304	3.133.845		4.386.470
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	324.397	657.003	1.012.949		1.345.090
5. Frais spécifiques services soins à domicile	11.598	11.598	23.681		26.443
6. Soins par kinésithérapeutes	178.279	347.595	514.615		680.383
7. Soins par bandagistes	66.866	135.860	206.392		300.424
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	161.492	324.209	467.061		724.709
10. Soins par opticiens	7.490	14.390	20.992		34.592
11. Soins par audiciens	14.177	28.720	43.329		55.375
12. Accouchements par accoucheuses	4.559	9.445	14.221		18.003
13. Prix de la journée d'entretien	1.353.353	2.720.135	4.092.044		5.654.873
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	54.774	105.865	156.294		208.443
Transport	0	0	0		235
<b>Total</b>	<b>1.408.127</b>	<b>2.826.000</b>	<b>4.248.338</b>		<b>5.863.551</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.404	4.013	6.607		8.164
15. Dialyse					
a) Médecins	36.661	76.146	116.774		164.452
b) Forfait dialyse rénale	35.186	71.251	109.120		153.447
c) À domicile, dans un centre	26.257	51.696	82.016		118.241
d) Dialyse de nuit	0	0			0
<b>Total dialyse</b>	<b>98.104</b>	<b>199.093</b>	<b>307.910</b>		<b>436.140</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	361.283	706.169	1.050.740		
b) Maisons de repos pour personnes âgées	264.569	510.185	756.931		
c) Centres de soins de jour	6.009	12.241	18.245		
d) Harmonisation salariale personnel MRS	85.943	171.470	249.486		
e) Prime syndicale	2.484	2.484	2.484		
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.986	5.985	7.919		
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0		
<b>Total</b>	<b>723.274</b>	<b>1.408.534</b>	<b>2.085.805</b>		<b>2.755.896</b>
17. Fin de carrière	48.578	78.729	108.796		139.796
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	26.149	51.414	77.214		104.788
b) Initiatives d'habitation protégée	10.944	21.685	32.602		44.404
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	715	1.499	2.295		3.549
<b>Total</b>	<b>37.808</b>	<b>74.598</b>	<b>112.111</b>		<b>152.741</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	133.948	281.052	424.504		615.856
20. Fond Spécial	543	932	1.442		15.666
21. Logopédie	23.308	46.814	65.530		87.101
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0		0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.478	16.330	24.524		32.770
24. Régularisations + Refacturation	-57.948	-85.017	-100.311		-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	116.592	164.516	225.845		378.015
b) MAF fiscal	0	0	0		0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>116.592</b>	<b>164.516</b>	<b>225.845</b>		<b>378.015</b>
26. Patients chroniques	23.283	43.193	70.640		102.179
27. Soins palliatifs	4.060	8.132	11.825		13.037
28. Soins palliatifs (patient)	4.144	7.961	11.894		22.197
29. Matériel corporel humain	1.919	3.524	5.418		7.770
30. Équipes multidisciplinaires voitures	197	375	554		823
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	119	243	345		422
b) COMA	116	245	382		464
c) Projets thérapeutiques	109	131	307		4.895
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>344</b>	<b>619</b>	<b>1.034</b>		<b>5.781</b>
32. Internés	7.935	14.756	22.846		39.769
33. Sevrage tabac	240	474	693		1.217
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0		0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0	0	0		0
36. Fonds assuétudes	1.945	1.979	2.704		3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0		0
38. Maisons médicales	30.904	60.657	95.714		128.585
39. SM/SLA/Huntington	1.818	4.154	6.316		9.363
40. Patients chroniques extra	0	12	12		9.075
41. Trajets de soins	0	0	0		0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0		0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0		12.310
44. Maladies rares	436	436	777		6.325
45. Accord social	2.014	2.014	21.236		27.362
46. Personnel diplomatique	0	0	0		-11.000
47. Mesures d'économies task force	0	0	0		-12.000
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0	0	0		10.131
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0		2.950
50. Divers	1.211	5.031	6.447		30.325
- Diminution financement alternatif					777.491
- Diminution financement alternatif conclave mars 2013					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					40.787
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>818.278</b>
<b>Total général</b>	<b>6.520.300</b>	<b>12.975.040</b>	<b>19.432.148</b>		<b>27.861.560</b>

Tableau IV : 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	-1,7	0,5
b) Imagerie médicale	-7,0	-5,1	-3,6	-0,9
c) Consultations, visites et avis	4,6	5,4	5,8	5,3
d) Prestations spéciales	-4,2	-2,8	-2,8	-1,3
e) Chirurgie	-2,5	1,9	3,5	5,1
f) Gynécologie	-5,1	-3,6	-3,2	-2,4
g) Surveillance	0,9	4,4	5,0	5,7
h) Forfait accréditation médecins	-99,9	-23,8	-20,6	4,4
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-13,6	-62,5	-33,8	27,9
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-100,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	15,4	18,4	13,6	8,8
m) Fonds d'impulsion	395,6	808,2	631,3	405,6
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,5	-6,9	-6,4	22,6
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
<b>Total médecins</b>	<b>-1,7</b>	<b>0,5</b>	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,9	4,4	4,8	4,3
b) Forfait accréditation	93,3	30,8	7,4	6,5
<b>Total dentistes</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,9</b>	<b>4,3</b>
3. Prestations pharmaceutiques	-6,7	-4,2	-3,5	-2,5
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	3,6	4,9	6,5	6,3
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,4	3,4	6,7	6,8
6. Soins par kinésithérapeutes	2,2	3,5	4,3	4,4
7. Soins par bandagistes	4,4	1,7	2,5	3,2
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,0	5,5	5,2	5,7
10. Soins par opticiens	8,5	10,8	12,4	13,6
11. Soins par audiciens	13,2	10,6	12,5	5,5
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	5,1	6,0	6,9
13. Prix de la journée d'entretien	3,8	2,9	2,7	2,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-0,8	1,8	2,8	4,3
Transport				
<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	470,8	71,3	146,6	16,3
15. Dialyse				
a) Médecins	1,4	1,2	1,0	1,6
b) Forfait dialyse rénale	3,4	3,3	2,7	4,2
c) À domicile, dans un centre	6,1	2,3	1,8	3,0
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>3,3</b>	<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>2,9</b>

Tableau IV : 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
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	4,0	5,9	6,1	7,0
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,0	6,5	6,5	6,5
c) Centres de soins de jour	15,6	16,2	16,5	17,8
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,8	2,6	2,3	2,5
e) Prime syndicale	8,0	63,6	63,6	75,5
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	-60,3
g) Centres de jour palliatifs			-100,0	-100,0
<b>Total</b>	<b>3,5</b>	<b>5,8</b>	<b>5,9</b>	<b>6,1</b>
17. Fin de carrière	16,4	15,1	14,6	14,2
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,7	7,9	6,3	5,2
b) Initiatives d'habitation protégée	7,9	5,1	4,8	4,4
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,6	4,9	4,4	3,8
<b>Total</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>5,8</b>	<b>4,9</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,2	4,7	5,6	6,4
20. Fond Spécial	-69,9	-66,8	-64,2	-66,1
21. Logopédie	7,0	5,9	6,0	5,7
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,3	4,8	7,1	6,2
24. Régularisations + Refacturation	-10,6	-10,9	-6,0	-4,7
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,1	1,1	0,2	0,9
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,9</b>
26. Patients chroniques	7,7	7,9	4,9	5,7
27. Soins palliatifs	-1,9	-1,8	2,8	2,2
28. Soins palliatifs (patient)	7,0	9,2	7,7	7,4
29. Matériel corporel humain	16,6	15,6	5,6	5,0
30. Équipes multidisciplinaires voitures	1,8	1,8	7,5	6,7
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	17,7
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	-3,3
c) Projets thérapeutiques	7,6	6,0	46,8	35,9
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-4,3</b>	<b>-1,1</b>	<b>9,2</b>	<b>14,3</b>

Tableau IV : 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
32. Internés	181,0	-36,1	36,3	29,6
33. Sevrage tabac	-0,4	1,5	3,9	6,1
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,3	16,4	20,5	18,8
39. SM/SLA/Huntington	21,1	11,7	14,9	12,8
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	3.354,4	309,9
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	77,7	162,3	174,8	370,9
<b>Total général</b>	<b>0,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	<b>2,9</b>

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en %				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-2,7	-3,5	-2,3	
b) Imagerie médicale	1,6	0,4	1,1	
c) Consultations, visites et avis	3,1	0,9	2,1	
d) Prestations spéciales	0,5	0,5	2,2	
e) Chirurgie	2,8	1,3	1,8	
f) Gynécologie	-4,1	-2,9	-1,2	
g) Surveillance	-0,2	-1,5	-0,2	
h) Forfait accréditation médecins	-100,0	-47,7	-50,2	
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	9.689,5	55,2	-12,9	
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	9,3	21,7	16,1	
m) Fonds d'impulsion	-42,2	-27,8	-16,1	
n) Soutien de la pratique médecine générale	-17,5	11,5	15,3	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	-100,0	-100,0	64,6	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	43,3	25,9	21,2	
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
<b>Total médecins</b>	<b>1,1</b>	<b>-0,1</b>	<b>1,0</b>	
2. a) Honoraires dentaires	2,4	1,4	1,9	
b) Forfait accréditation	-24,1	-20,6	3,1	
<b>Total dentistes</b>	<b>2,4</b>	<b>1,3</b>	<b>1,9</b>	
3. Prestations pharmaceutiques	-2,4	-3,2	-1,5	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	8,6	6,1	7,0	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,2	-7,1	-2,5	
6. Soins par kinésithérapeutes	5,3	4,9	5,1	
7. Soins par bandagistes	2,4	3,0	3,0	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	-1,9	-3,4	-4,4	
10. Soins par opticiens	4,6	2,3	2,2	
11. Soins par audiciens	11,1	12,5	8,7	
12. Accouchements par accoucheuses	6,3	12,2	11,1	
13. Prix de la journée d'entretien	2,5	3,0	3,2	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-6,0	-13,3	-14,4	
Transport				
<b>Total</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,5</b>	

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en % - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	-10,8	-8,5	3,6	
15. Dialyse				
a) Médecins	-5,2	-1,1	1,3	
b) Forfait dialyse rénale	-3,9	-2,9	-0,5	
c) À domicile, dans un centre	-7,4	-6,2	-1,1	
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>-5,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>0,0</b>	
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	11,1	7,6	5,8	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	13,4	8,4	6,3	
c) Centres de soins de jour	12,4	14,4	12,4	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,7	7,2	6,2	
e) Prime syndicale	-3,6	-39,4	-39,4	
f) Renouvellements de soins (art. 56)		89,2	150,4	
g) Centres de jour palliatifs				
<b>Total</b>	<b>11,2</b>	<b>7,9</b>	<b>6,2</b>	
17. Fin de carrière	11,0	11,3	11,4	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	4,8	3,7	3,8	
b) Initiatives d'habitation protégée	-3,7	-0,6	-0,3	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	-6,9	0,7	5,7	
<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	<b>2,7</b>	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	-0,1	1,0	1,2	
20. Fond Spécial	73,5	14,9	29,0	
21. Logopédie	6,7	7,1	7,9	
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2,0	3,7	3,3	
24. Régularisations + Refacturation	91,6	61,8	45,6	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	4,8	9,6	5,3	
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>4,8</b>	<b>9,6</b>	<b>5,3</b>	
26. Patients chroniques	4,6	5,4	4,5	
27. Soins palliatifs	5,5	1,2	2,4	



Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en % - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
28. Soins palliatifs (patient)	6,9	4,4	5,7	
29. Matériel corporel humain	2,0	-3,6	4,6	
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	13,2	8,7	2,2	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-0,8	8,5	4,2	
b) COMA	17,2	16,7	19,0	
c) Projets thérapeutiques	-3,5	-38,5	-11,8	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>3,6</b>	<b>-4,3</b>	<b>3,4</b>	
32. Internés	-29,4	31,2	-5,3	
33. Sevrage tabac	3,0	1,7	3,4	
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	-35,2	-34,0	-9,9	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	27,2	15,2	13,4	
39. SM/SLA/Huntington	-9,2	0,4	-3,2	
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social	53,0	-92,7	-25,3	
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	-55,7	-4,2	-12,6	
<b>Total général</b>	<b>1,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,8</b>	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
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				
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
<b>Total médecins</b>	<b>24,0</b>	<b>48,2</b>	<b>71,6</b>	
2. a) Honoraires dentaires	25,5	50,0	73,4	
b) Forfait accréditation	0,1	0,2	99,4	
<b>Total dentistes</b>	<b>25,0</b>	<b>49,1</b>	<b>73,9</b>	
3. Prestations pharmaceutiques	23,6	47,7	71,4	
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,1	48,8	75,3	
5. Frais spécifiques services soins à domicile	43,9	43,9	89,6	
6. Soins par kinésithérapeutes	26,2	51,1	75,6	
7. Soins par bandagistes	22,3	45,2	68,7	
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	22,3	44,7	64,4	
10. Soins par opticiens	21,7	41,6	60,7	
11. Soins par audiciens	25,6	51,9	78,2	
12. Accouchements par accoucheuses	25,3	52,5	79,0	
13. Prix de la journée d'entretien	23,9	48,1	72,4	
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	26,3	50,8	75,0	
Transport	0,0	0,0	0,0	
<b>Total</b>	<b>24,0</b>	<b>48,2</b>	<b>72,5</b>	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014 - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,4	49,2	80,9	
15. Dialyse				
a) Médecins	22,3	46,3	71,0	
b) Forfait dialyse rénale	22,9	46,4	71,1	
c) À domicile, dans un centre	22,2	43,7	69,4	
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>22,5</b>	<b>45,6</b>	<b>70,6</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>26,2</b>	<b>51,1</b>	<b>75,7</b>	
17. Fin de carrière	34,7	56,3	77,8	
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	25,0	49,1	73,7	
b) Initiatives d'habitation protégée	24,6	48,8	73,4	
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	20,1	42,2	64,7	
<b>Total</b>	<b>24,8</b>	<b>48,8</b>	<b>73,4</b>	
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,7	45,6	68,9	
20. Fond Spécial	3,5	5,9	9,2	
21. Logopédie	26,8	53,7	75,2	
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,9	49,8	74,8	
24. Régularisations + Refacturation	61,9	90,8	107,1	
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	30,8	43,5	59,7	
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>30,8</b>	<b>43,5</b>	<b>59,7</b>	
26. Patients chroniques	22,8	42,3	69,1	
27. Soins palliatifs	31,1	62,4	90,7	
28. Soins palliatifs (patient)	18,7	35,9	53,6	
29. Matériel corporel humain	24,7	45,4	69,7	

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014 - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
30. Équipes multidisciplinaires voitures	23,9	45,6	67,3	
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	28,2	57,6	81,8	
b) COMA	25,0	52,8	82,3	
c) Projets thérapeutiques	2,2	2,7	6,3	
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>6,0</b>	<b>10,7</b>	<b>17,9</b>	
32. Internés	20,0	37,1	57,4	
33. Sevrage tabac	19,7	38,9	56,9	
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	64,8	66,0	90,1	
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	24,0	47,2	74,4	
39. SM/SLA/Huntington	19,4	44,4	67,5	
40. Patients chroniques extra	0,0	0,1	0,1	
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0	0,0	0,0	
44. Maladies rares	6,9	6,9	12,3	
45. Accord social	7,4	7,4	77,6	
46. Personnel diplomatique	0,0	0,0	0,0	
47. Mesures d'économies task force	0,0	0,0	0,0	
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0,0	0,0	0,0	
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0,0	0,0	0,0	
50. Divers	4,0	16,6	21,3	
<b>Total général</b>	<b>23,4</b>	<b>46,6</b>	<b>69,7</b>	

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

Libellé	Décembre 2013 (1)	Mars 2014 (2)	Juin 2014 (3)	Septembre 2014 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	0,49	1,01	-0,23	-0,01
b) Imagerie médicale	-0,87	1,35	2,08	2,71
c) Consultations, visites et avis	5,34	4,93	2,99	2,52
d) Prestations spéciales	-1,31	-0,12	0,36	2,45
e) Chirurgie	5,06	6,46	4,74	3,68
f) Gynécologie	-2,43	-2,15	-2,08	-0,89
g) Surveillance	5,73	5,45	2,62	1,74
h) Forfait accréditation médecins	4,45	72,72	-4,84	-16,91
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	27,90	55,04	244,31	79,43
k) Contrôle de qualité biologie clinique	-100,00	-100,00	-100,00	-26,32
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	8,83	7,02	11,48	11,20
m) Fonds d'impulsion	405,63	94,39	6,04	-6,79
n) Soutien de la pratique médecine générale	22,55	21,78	23,27	23,44
o) Tests ADN effectués à l'étranger		-100,00	-100,00	64,58
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale		202,23	148,40	121,90
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
<b>Total médecins</b>	<b>2,59</b>	<b>3,33</b>	<b>2,27</b>	<b>2,38</b>
2. a) Honoraires dentaires	4,27	3,86	2,66	2,09
b) Forfait accréditation	6,54	6,38	6,43	2,27
<b>Total dentistes</b>	<b>4,31</b>	<b>3,91</b>	<b>2,73</b>	<b>2,09</b>
3. Prestations pharmaceutiques	-2,48	-1,35	-1,98	-0,91
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	6,28	7,49	6,86	6,72
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,84	6,73	1,14	-2,37
6. Soins par kinésithérapeutes	4,42	5,24	5,17	5,08
7. Soins par bandagistes	5,16	5,77	7,63	6,86
8. Soins par orthopédistes	1,71	0,43	0,81	1,06
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	5,69	4,40	1,06	-1,51
10. Soins par opticiens	13,63	12,35	8,80	5,55
11. Soins par audiciens	5,48	5,19	6,61	3,29
12. Accouchements par accoucheuses	6,87	6,47	10,45	10,77
13. Prix de la journée d'entretien	2,70	2,39	2,75	3,12
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	4,26	3,01	-3,41	-8,65
Transport				
<b>Total</b>	<b>2,77</b>	<b>2,41</b>	<b>2,48</b>	<b>2,61</b>

(1) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)

(2) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)

(3) Juin 2014 = (6 premiers mois 2014 + 6 derniers mois 2013) / (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012)

(4) Septembre 2014 = (9 premiers mois 2014 + 3 derniers mois 2013) / (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012)

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

Libellé	Décembre 2013 (1)	Mars 2014 (2)	Juin 2014 (3)	Septembre 2014 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	16,30	-14,32	-11,47	-21,84
15. Dialyse				
a) Médecins	1,62	-0,02	0,46	1,88
b) Forfait dialyse rénale	4,15	2,30	0,99	1,68
c) À domicile, dans un centre	2,97	-0,46	-1,31	0,78
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>2,88</b>	<b>0,68</b>	<b>0,17</b>	<b>1,51</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	6,96	8,75	7,79	6,67
b) Maisons de repos pour personnes âgées	6,48	8,62	7,45	6,30
c) Centres de soins de jour	17,82	16,87	16,75	14,57
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,45	2,97	4,88	5,44
e) Prime syndicale	75,51	59,64	-32,10	-32,10
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-60,33	12,57	-20,15	3,48
g) Centres de jour palliatifs	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
<b>Total</b>	<b>6,11</b>	<b>8,11</b>	<b>7,22</b>	<b>6,37</b>
17. Fin de carrière	14,23	12,30	12,04	11,70
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	5,19	4,71	3,11	3,35
b) Initiatives d'habitation protégée	4,43	1,43	1,56	0,62
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	3,79	-1,07	1,62	4,85
<b>Total</b>	<b>4,93</b>	<b>3,59</b>	<b>2,62</b>	<b>2,56</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	6,38	5,05	4,46	3,00
20. Fond Spécial	-66,05	-52,03	-38,96	-18,70
21. Logopédie	5,66	5,58	6,32	7,10
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	6,20	5,28	5,63	3,32
24. Régularisations + Refacturation	-4,67	33,39	44,19	39,38
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,94	2,53	4,82	4,27
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>0,94</b>	<b>2,53</b>	<b>4,82</b>	<b>4,27</b>
(1) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)				
(2) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)				
(3) Juin 2014 = (6 premiers mois 2014 + 6 derniers mois 2013) / (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012)				
(4) Septembre 2014 = (9 premiers mois 2014 + 3 derniers mois 2013) / (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012)				

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

<b>Libellé</b>	<b>Décembre 2013 (1)</b>	<b>Mars 2014 (2)</b>	<b>Juin 2014 (3)</b>	<b>Septembre 2014 (4)</b>
26. Patients chroniques	5,75	5,05	4,71	5,39
27. Soins palliatifs	2,24	4,59	4,29	1,86
28. Soins palliatifs (patient)	7,42	7,38	5,01	5,90
29. Matériel corporel humain	4,95	1,45	-4,08	4,28
30. Equipes multidisciplinaires voitures	6,71	9,53	10,06	2,85
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	17,66	13,68	12,72	12,88
b) COMA	-3,29	7,98	16,36	23,20
c) Projets thérapeutiques	35,91	31,59	7,74	-6,92
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>14,27</b>	<b>16,75</b>	<b>12,58</b>	<b>9,41</b>
32. Internés	29,56	-5,27	81,01	2,56
33. Sevrage tabac	6,05	6,99	6,12	5,66
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,00	-100,00		
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	-35,17	-34,03	-9,87
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	18,84	22,86	18,04	13,60
39. SM/SLA/Huntington	12,78	5,52	6,89	-1,00
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social	309,85	262,91	-72,73	-21,71
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	370,91	210,13	132,17	81,22
<b>Total général</b>	<b>2,90</b>	<b>3,25</b>	<b>2,45</b>	<b>2,49</b>

(1) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)

(2) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)

(3) Juin 2014 = (6 premiers mois 2014 + 6 derniers mois 2013) / (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012)

(4) Septembre 2014 = (9 premiers mois 2014 + 3 derniers mois 2013) / (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012)

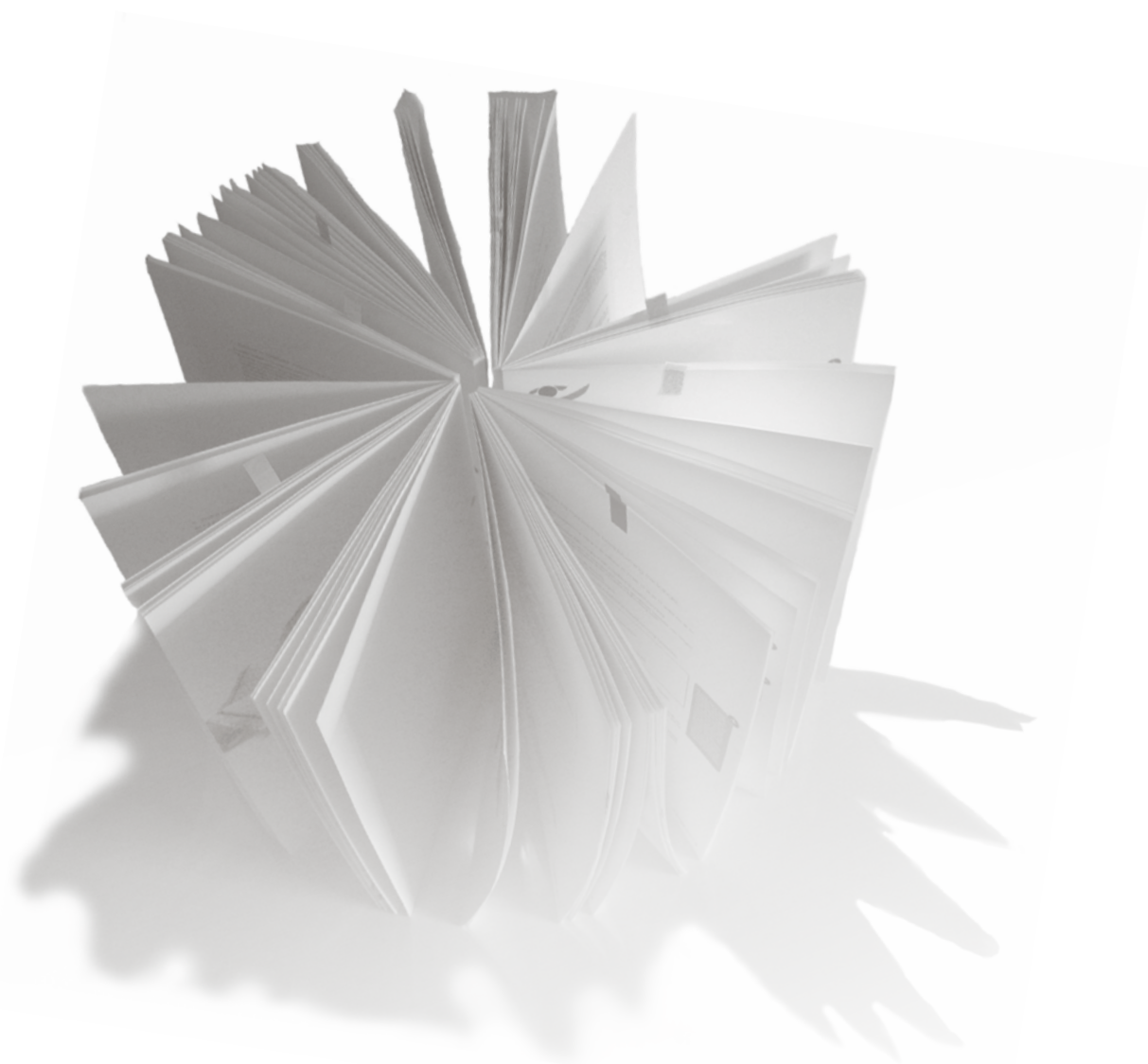
## II. Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Médecins										
- Médecins de médecine générale	18.217	18.028	17.934	17.909	17.986	18.027	18.070	18.214	18.352	18.573
- Médecins spécialistes	20.372	20.801	21.459	22.020	22.406	22.768	23.170	23.500	23.734	24.092
Pharmaciens	11.882	12.109	12.305	12.602	12.892	13.201	13.546	13.880	14.321	14.777
Dentistes	8.655	8.714	8.643	8.668	8.681	8.822	8.880	8.996	9.148	9.374
Accoucheuses	5.299	5.466	5.504	5.592	5.640	5.897	6.203	6.518	6.873	7.242
Infirmières	64.190	65.946	62.701	64.744	67.373	68.160	70.828	73.750	77.044	81.240
Kinésithérapeutes	24.935	25.406	25.683	26.123	26.514	27.059	27.672	28.423	29.386	30.862
Logopèdes	4.252	4.148	4.465	4.856	5.225	5.671	6.140	6.692	7.136	7.648
Orthoptistes	89	94	93	100	104	107	109	109	112	125
Orthopédistes	434	454	475	482	504	517	553	576	585	602
Bandagistes	7.533	7.786	7.918	8.089	8.278	8.416	8.511	8.683	8.877	9.060
Bandagistes (implants)	888	906	920	930	961	1.008	1.020	1.022	1.054	1.078
Opticiens	3.326	3.255	3.263	3.320	3.374	3.457	3.530	3.563	3.616	3.672
Audiciens	1.085	1.107	1.137	1.177	692	773	847	951	1.137	1.229
Pharmaciens-biologistes	593	598	595	603	609	616	623	628	640	653





# Sommaire de l'année 2014



# Sommaire général - Année 2014

## 1<sup>re</sup> Partie - Études<sup>1</sup>

Les nouvelles réformes de la réglementation relative au Conseil d'État, par Y. EL BOUTAIBE	4
Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2011-2013), par I. MEYERS et P.-A. BRIFFEUIL	170
Les pouvoirs et devoirs des inspecteurs sociaux dans le cadre du Code pénal social, par S. SCHUTZ	332

## 2<sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation

Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	
• 4 <sup>e</sup> trimestre 2013	22
• 1 <sup>er</sup> trimestre 2014	186
• 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres 2014	356

## 3<sup>e</sup> Partie - Jurisprudence

### Cour constitutionnelle

Cour constitutionnelle, 27 février 2014 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 56 <sup>ter</sup> - Montant de référence	40
--	----

Cour constitutionnelle, 17 juillet 2014 Cour constitutionnelle - Loi coordonnée sur les hôpitaux - Suppléments - Médecins - Hospitalisation	198
---	-----

Analyse de l'arrêt par Ph. VRAY	210
---------------------------------	-----

### Conseil d'État

Conseil d'État, 7 janvier 2014 Procédure en Cassation contre une décision de la Chambre de recours instituée auprès du SECM	51
---	----

### Cour de cassation

Cour de cassation, 13 janvier 2014 Articles 94, 95, 96 <sup>bis</sup> , de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux (en sa version applicable avant sa coordination par A.R. du 10.07.2008)	211
---	-----

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

Cour de cassation, 16 juin 2014 Assurance-indemnités - Conditions de reconnaissance de l'état d'incapacité des travailleurs indépendants - Détermination des périodes d'incapacité de travail - Autorités compétentes Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 7, 9, 10, 19, 20, 59 et 62	213
<b>Cour du travail</b>	
Cour du travail de Liège, 26 novembre 2013 Absence de capacité de gain initiale - Activités occupationnelles à durées limitées et bénévoles à caractère non productif - Reconnaissance erronée - Absence de faute	217
Cour du travail de Mons, 15 janvier 2014 Code judiciaire, articles 1048, 792, 704, § 2 et 580, 2° - Recevabilité de la requête d'appel	56
Cour du travail de Bruxelles, 26 février 2014 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, 5° - Récupération de l'indu - Intention frauduleuse	60
Cour du travail de Mons, 27 février 2014 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 25 <sup>sexies</sup> - Notion de prescription des prestations de santé	64
Cour du travail de Liège, division Liège, 9 mai 2014 Code judiciaire, article 1017, alinéa 4 - Compensation des dépens	220
Cour du travail de Liège, division Liège, 23 juin 2014 Code judiciaire, article 772 - Fait nouveau - Réouverture des débats	223
Cour du travail de Bruxelles, 26 juin 2014 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Contestation du rapport d'expertise	404
Cour du travail de Liège, division Liège, 12 septembre 2014 Arrêté royal du 14 novembre 2003, article 1 <sup>er</sup> , alinéa 1 <sup>er</sup> , 2° - Expertise - État de frais et honoraires	401
Cour du travail de Liège, division Namur, 21 octobre 2014 Code judiciaire - Article 991 - Arrêté royal du 14 novembre 2003	398
Cour du travail de Bruxelles, 6 novembre 2014 Article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Mentions dans les attestations médicales	407
Cour du travail de Gand, division Gand, 7 novembre 2014 Articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 - Motivation des décisions administratives	403

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

Service de garde pour les médecins généralistes Réorganisation de la garde - Numéro national 1733	70
Consommation de médicaments Personnes âgées - Maisons de repos - Monitoring - Rôle des infirmiers	230
SFC/EM Traitement - Fin des conventions des centres de référence - Nouvelle convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaires	234
Cancer Statistiques - Incidence	237
Médicaments Marché belge - (In)disponibilité	241
Médicaments Psychotropes - Surconsommation - Actions de lutte	243

## 5<sup>e</sup> Partie - Directives de l'INAMI

Règlementation de l'intervention majorée de l'assurance	74 et 295
L'exécution d'une peine de travail par un(e) titulaire reconnu(e) en incapacité de travail	105
Réinsertion socioprofessionnelle dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs salariés (art. 109 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)	114
Intervention majorée : nature des revenus pris en compte	248
Cotisation personnelle des titulaires inscrits dans le Registre national des personnes physiques	281
Renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées. Application du règlement du 17 mars 1999 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social ou du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social - Procédure administrative	284
Déclaration tardive de l'incapacité de travail - Article 9 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 58 <i>ter</i> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants	292

## 6<sup>e</sup> Partie - Données de base

Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007) - Montants immunisés du revenu cadastral	134
Personnes à charge - Plafond trimestriel de revenus	134
Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2014 - Calcul du complément de cotisation	136
Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après un an d'incapacité de travail	298
Cotisation à payer par certains titulaires	412
Dates de paiement des indemnités d'invalidité des travailleurs salariés ainsi que des indemnités d'incapacité primaire et d'invalidité des travailleurs indépendants - Année 2015	414
Réévaluation du salaire journalier moyen pour les travailleurs salariés qui prétendent au bénéfice de la qualité de travailleur régulier (art. 224, § 3)	415

## 7<sup>e</sup> Partie - Statistiques

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé	
• Année 2013	140
• 1 <sup>er</sup> trimestre 2014	302
• 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres 2014	418
Évolution du nombre de dispensateurs de soins au 31 décembre	439

## 8<sup>e</sup> Partie - Prix des publications

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 et 2015	162 et 324
---	------------

#### Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts  
M. Luc Maroy  
M. Paul-André Briffeuil  
Mme Isabelle Daumerie  
M. Jan Demey  
Mme Nancy De Marneffe  
Mme Linda Maesen  
Mme Caroline Lekane  
Mme Caroline Marthus  
M. Youssef Elboutaibe  
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

Éditeur responsable : J. De Cock, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation et graphic design : Services d'appui administratif et Cellule communication de l'INAMI