



SCA
Rapport d'activités

Rétro 2010-2011

Avant-propos

Nous avons le plaisir de vous présenter la première édition du rapport d'activités du Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Il vient compléter les publications que nous réalisons concernant nos activités de contrôle et nos actions de lutte contre la fraude sociale.

Dans ce premier rapport, nous proposons une synthèse des activités que nous avons entreprises au cours des exercices 2010 et 2011. Nous présentons également une partie des résultats obtenus.

Coup d'œil dans le rétro 2010-2011, deux années importantes pour notre Service :

- nous avons pu amplifier notre action dans le domaine de la lutte contre la fraude sociale notamment par l'intégration du corps d'inspection des contrôleurs sociaux¹ et le développement des opérations de datamatching
- nous avons continué à diversifier et systématiser notre approche des contrôles en poursuivant notre travail d'audit, de feedback et de conseil aux mutualités
- nous avons amélioré la gestion et le contrôle de l'accessibilité des assurés sociaux à l'Assurance soins de santé-indemnités en optimisant les flux de données et en développant des analyses statistiques.

Ces quelques points d'attention s'inscrivent dans le processus plus large de modernisation initié il y a quelques années que nous développons depuis pour améliorer notre action.

Ces progrès, nous les accomplissons grâce à l'implication de notre personnel. Saluons également la collaboration toujours positive avec les organismes assureurs et les synergies développées avec nos partenaires.

C'est la convergence de ces impulsions qui nous permet désormais d'atteindre de meilleurs résultats et ainsi de participer à la pérennité de notre système de sécurité sociale.

Bonne lecture!



Patricia Heidbreder
Fonctionnaire dirigeant FF

¹ Le Service contrôle social auparavant attaché au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI.

Sommaire

Avant-propos	3
--------------	---

1 ^{re} partie - Carte d'identité	7
---	---

I. Missions	8
II. Stratégie	9
1. Information & contrôle	9
2. Responsabilisation & régulation	9
III. Structure & organisation	10
1. Structure	10
2. Organisation	11
a. Direction générale	11
b. Soutien opérationnel	11
c. Directions opérationnelles	12
3. Personnel	13
IV. Concertation	14

2 ^e partie - Rétro 2010-2011	15
---	----

I. Information & contrôle	16
1. Contrôles thématiques	16
a. Régime des indépendants : application uniforme et correcte de l'assurance indemnités	17
b. Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.	18
c. Assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale	20
d. Le droit à l'intervention majorée de l'assurance maladie-invalidité	21
e. L'indemnisation des chômeurs en incapacité de travail primaire	22
2. Actions de lutte contre la fraude sociale	23
a. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS	23
b. Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale	25
c. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée	27
3. Les contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers	30
a. Contrôle à la demande : enquêtes	30
b. Contrôle d'initiative	31
c. Contrôle de suivi	31
4. Contrôle et gestion des données d'accessibilité à l'assurance et archivage des données	32
a. Contrôles systématiques des mesures d'accessibilité financière à l'assurance	33
b. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires	36
c. Gestion et contrôle de l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative	38
d. Études et analyses des données d'assurabilité	39
e. Décisions en matière d'assurabilité : cas particuliers	40
f. Cartes SIS perdues	41

II. Responsabilisation et régulation	43
1. Responsabilisation financière des O.A.	43
a. Informations communiquées à l'OCM - Critères d'évaluation actuels	43
b. Proposition de modernisation	45
c. Systèmes de gestion des plaintes des O.A.	46
2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant	47
a. Sanctions administratives	48
b. Décisions d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans	52
c. Décisions de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés	53
d. Suspension de prescription pour cause de force majeure	54
3. Contentieux	55
a. Contentieux des sanctions aux assurés	55
b. Contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure.	58
c. Contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration	60
3^e partie - Infos pratiques	63
I. Carnet d'adresse	64
1. Le siège social de l'INAMI	64
2. Les bureaux du SCA	64
3. Données de contact	65
II. Publications	65
III. Pictogrammes et abréviations	67
1. Pictogrammes	67
2. Abréviations	67
IV. Index des tableaux	68



1^{re} partie
Carte d'identité



I. Missions

Le Service du contrôle administratif (SCA) constitue l'un des cinq Services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

L'INAMI est une institution publique de sécurité sociale sous la tutelle du ministre des Affaires sociales qui gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités (SSI).

 Plus d'informations sur les missions de l'INAMI sur le site : www.inami.be, rubrique L'INAMI.

Dans ce cadre, le SCA :

- veille à l'application correcte et uniforme de la réglementation relative à l'assurance soins de santé-indemnités (assurance SSI)
- veille à l'utilisation optimale des ressources financières de l'assurance SSI
- lutte contre la fraude sociale
- assure l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI
- garantit une égalité de traitement entre chaque assuré social.

Les missions du SCA s'orientent vers :


- les sept organismes assureurs (O.A.), et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent
- les assurés sociaux.



Les 7 organismes

assureurs sont :

- ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- UNMN : Union nationale des mutualités neutres
- UNMS : Union nationale des mutualités socialistes
- UNML : Union nationale des mutualités libérales
- UNMLibres : Union nationale des mutualités libres
- CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
- SNCB Holding : Caisse de la Société nationale des chemins de fer belges.

 Vous trouvez une liste des mutualités sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

II. Stratégie

Pour mettre en œuvre ses missions, le SCA développe une stratégie qui repose sur 2 piliers :

- l'information et le contrôle
- la responsabilisation et la régulation.

1. Information & contrôle

Le SCA :

- informe et conseille les O.A. quant à l'application de la réglementation relative à l'assurance SSI
- contrôle la qualité des prestations des O.A.
- contrôle l'application uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI
- lutte contre la fraude sociale
- contrôle le cumul illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail, de congés de maternité, de congé de paternité et d'adoption avec l'exercice d'une activité professionnelle frauduleuse ou non
- contrôle la conformité des documents sociaux délivrés par les employeurs
- gère et contrôle les données qui permettent l'ouverture et le maintien du droit aux soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail des assurés sociaux
- gère et contrôle les données qui permettent de réduire l'intervention personnelle dans les frais de soins de santé pour certaines catégories d'assurés sociaux
- réalise des projets de circulaires et répond aux questions parlementaires
- conçoit des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de sa compétence.

2. Responsabilisation & régulation

Le SCA :

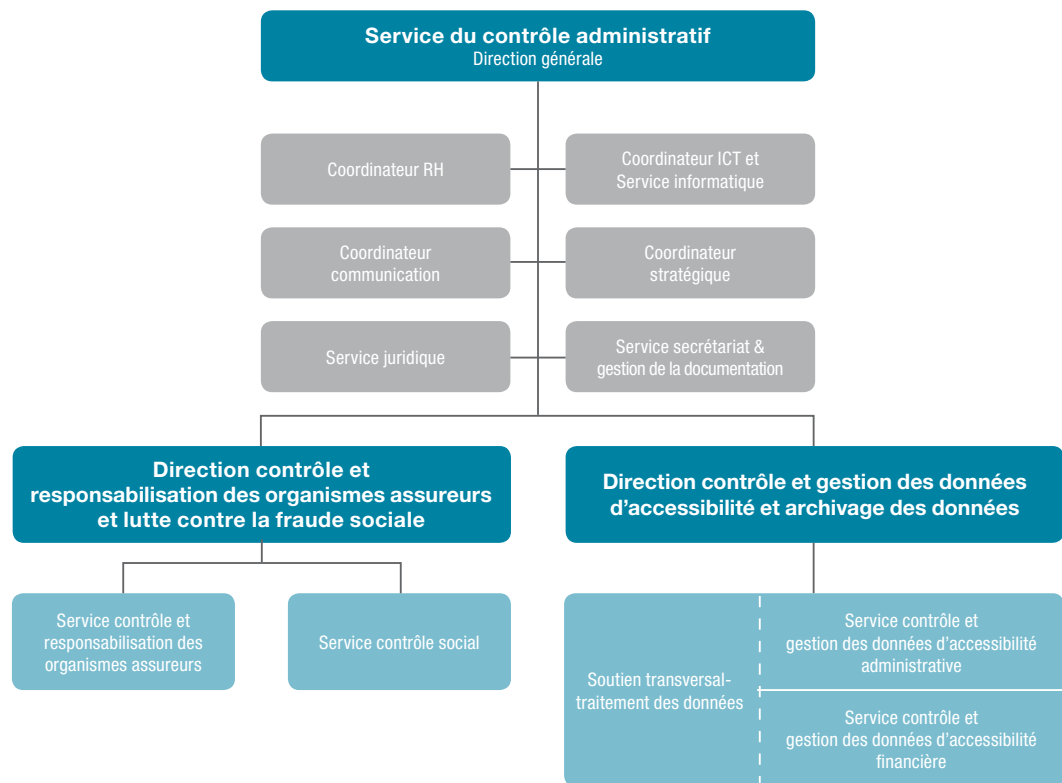
- communique à l'Office de contrôle des mutualités (OCM) les données d'évaluation des performances de gestion des O.A. qui permettent de déterminer la partie variable de leurs frais d'administration
- constate les infractions aux dispositions de la réglementation
- constate et détermine les prestations indues et supplémentaires des assurés sociaux
- prend des décisions administratives sur base des dossiers des assurés sociaux
- traite les litiges relatifs aux activités de contrôle
- sanctionne le non-respect de la réglementation
- traite les sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux.

III. Structure & organisation

1. Structure

Le SCA est composé :

- d'une direction générale
- d'un coordinateur informatique (ICT), d'un coordinateur ressources humaines (RH), d'un coordinateur communication et d'un coordinateur stratégique
- de deux services de soutien
- de deux directions opérationnelles.



2. Organisation

a. Direction générale

Le fonctionnaire dirigeant :

- définit la stratégie du Service
- gère et coordonne les activités du Service
- prend des décisions administratives qui relèvent de sa compétence discrétionnaire.

b. Soutien opérationnel

Pour accomplir ses tâches, le fonctionnaire dirigeant reçoit le soutien :

- du coordinateur ICT et du Service informatique
- du coordinateur RH
- du coordinateur communication
- du coordinateur stratégique
- du Service secrétariat et gestion de la documentation
- du Service juridique.

SUPPORT INFORMATIQUE

Le coordinateur informatique :

- suit et développe des projets qui nécessitent des applications informatiques
- procède à la maintenance des applications et du matériel informatique
- développe les applications informatiques du Service
- collabore aux projets informatiques avec le Service ICT centralisé de l'INAMI.

SUPPORT R.H.

Le coordinateur RH :

- soutient le fonctionnaire dirigeant en ce qui concerne les changements organisationnels et le développement organisationnel
- construit et garantit une politique RH cohérente pour l'ensemble de l'INAMI en collaborant avec le Service RH centralisé de l'INAMI
- identifie les besoins en personnel et procède aux sélections
- encadre et accompagne les collaborateurs en matière de formation, résolution de conflits, développement de carrière.

SUPPORT COMMUNICATION

Le coordinateur communication :

- soutient le fonctionnaire dirigeant dans le développement d'un plan de communication interne et externe
- développe et implémente des projets de communication interne et externe
- assure l'utilisation d'un style de communication uniforme
- accompagne les collaborateurs dans leurs démarches de communication
- collabore aux projets de communication avec le Service communication centralisé de l'INAMI.

SUPPORT STRATÉGIQUE

Le coordinateur stratégique :

- soutient le fonctionnaire dirigeant pour définir les objectifs stratégiques
- initie des projets transversaux de développement organisationnel
- développe et organise des outils de gestion organisationnelle
- représente le SCA dans des groupes de travail.

SUPPORT SECRÉTARIAT ET GESTION DE LA DOCUMENTATION

Le Service secrétariat et gestion de la documentation est composé d'une équipe de soutien administratif qui :

- traite le courrier entrant et se charge de l'envoi de la correspondance
- gère les notes et P.V. des différents organes de gestion
- réceptionne, distribue et tient à jour la documentation administrative.

SUPPORT JURIDIQUE

Le Service juridique est composé de juristes et d'une équipe de soutien administratif qui :

- traitent les dossiers de sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux
- prennent des décisions administratives sur des dossiers pour lesquels les assurés sociaux invoquent la suspension de la prescription pour cause de force majeure dans le cadre de leur demande d'indemnités d'incapacité de travail ou de soins de santé
- traitent les litiges relatifs aux activités de contrôle
- conçoivent des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de la compétence du SCA
- réalisent des projets de circulaires et répondent aux questions parlementaires.

c. Directions opérationnelles

CONTRÔLE ET RESPONSABILISATION DES O.A. ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

La Direction contrôle et responsabilisation des O.A. et lutte contre la fraude sociale :

- veille à l'application uniforme par les organismes assureurs de la réglementation soins de santé-indemnités et à l'utilisation optimale des ressources financières qui y sont liées
- lutte contre la fraude sociale.

Pour accomplir ses tâches, la Direction est composée de deux services :

- le Service contrôle et responsabilisation des O.A.
- le Service contrôle social.

LE SERVICE CONTRÔLE ET RESPONSABILISATION DES O.A.

Le Service contrôle et responsabilisation des O.A. est composé d'une équipe de support administratif et d'inspecteurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles au sein des O.A. et des mutualités
- informent, conseillent et contrôlent les O.A. quant à l'application des dispositions réglementaires de l'assurance SSI
- détectent les cumuls interdits entre des indemnités d'incapacité de travail et un travail déclaré, un travail non déclaré ou une indemnité de rupture de contrat.

LE SERVICE CONTRÔLE SOCIAL

Intégré au SCA depuis juillet 2010, le Service contrôle social est composé d'une équipe de support administratif et de contrôleurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles pour détecter et constater le cumul d'indemnités avec du travail en noir.

CONTRÔLE, GESTION DES DONNÉES D'ACCESSIBILITÉ ET ARCHIVAGE DES DONNÉES

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données :

- contrôle et gère les pièces et les données sur base desquelles l'accès aux prestations de l'assurance SSI est octroyé, maintenu ou retiré aux assurés sociaux
- contrôle et gère les données qui permettent l'accès aux mesures spécifiques de réduction de l'intervention individuelle de certaines catégories d'assurés sociaux
- développe et supervise les flux de données qui permettent aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits
- détermine les pièces justificatives que les O.A. doivent utiliser pour octroyer les droits.

Pour accomplir ses tâches, la Direction est composée de trois Services :

- le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative
- le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité financière
- le Service soutien transversal-traitement des données.

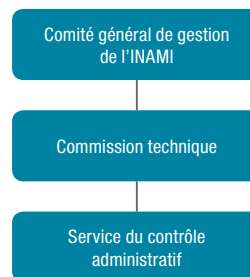
3. Personnel

Tableau 1 - Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative			
Membre du personnel par fonction	Nombre total	Administration centrale	Externes (centres régionaux et mutualités)
Attaché inspecteur social	40		40
Expert technique - Contrôleur social	25		25
Expert technique	2		2
Collaborateur administratif	13	13	
Assistant administratif	46	46	
Expert administratif	5	5	
Attaché	10	10	
Attaché juriste	4	4	
Conseiller	2	2	
Conseiller Inspecteur Social	2	2	
Expert ICT	1	1	
Gestionnaires de dossiers techniques	1	1	
Expert financier	1	1	
Fonctionnaire dirigeant	1	1	
Total	153	86	67

IV. Concertation

1. Commission technique

La Commission technique du SCA est un organe institué en 2010 pour favoriser la concertation entre les O.A. et le SCA. Elle est composée de représentants de chaque O.A. et est présidée par le fonctionnaire dirigeant du Service. Les propositions qui sont soumises pour avis aux membres de la Commission technique sont ensuite répercutées pour décision au Comité général de gestion de l'INAMI.



La Commission technique :

- veille à ce que la réglementation relative au contrôle administratif soit claire et efficace
- formule des avis et éventuellement des propositions de modification de la législation
- émet des avis et des propositions concernant les rapports de contrôle réalisés par le SCA
- formule des avis sur la gestion des flux de données, des pièces justificatives et sur le contrôle systématique de l'accessibilité financière et administrative à l'assurance, l'archivage et la conservation des documents
- propose au Comité général de gestion, les règles administratives et statistiques que doivent observer les O.A. pour permettre au SCA d'exercer sa mission.

@ Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI.




2^e partie
Rétro 2010-2011

I. Information & contrôle

Ce chapitre décrit les activités et les résultats obtenus dans le cadre :

- des contrôles thématiques
- des actions de lutte contre la fraude sociale
- des contrôles d'initiative, à la demande et de suivi
- du contrôle et de la gestion des données d'accessibilité à l'assurance et de l'archivage des données.

1. Contrôles thématiques

 Les contrôles thématiques sont des contrôles centralisés portant sur un segment spécifique de l'assurance SSI. Les inspecteurs sociaux du SCA réalisent ces contrôles auprès des O.A. et des mutualités qu'ils chapeautent.

En application du contrat d'administration entre l'INAMI et l'État belge, plusieurs opérations de contrôle sont réalisées chaque année dans les domaines :

- des soins de santé
- des indemnités.

L'objectif des contrôles thématiques est d'analyser les procédures de contrôle internes mises en place par les mutualités et d'évaluer, en regard de celles-ci, la bonne application de la législation. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

Chaque contrôle thématique implique les étapes suivantes :

- réaliser une analyse de risques
- définir des objectifs précis
- élaborer une méthodologie de contrôle
- constituer des échantillons
- réaliser un contrôle exploratoire
- rassembler une documentation, élaborer un questionnaire et des rapports types.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

Les constatations donnent lieu à :

- des récupérations
- des paiements supplémentaires
- des sanctions
- ou des obligations de régularisation.

A l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport de synthèse est rédigé. Il présente :

- les objectifs du contrôle
- la méthodologie suivie
- les résultats chiffrés et commentés
- ainsi que des recommandations adressées aux O.A..

Ce rapport est diffusé aux différents acteurs de l'assurance: organes de gestion de l'INAMI, O.A., ministre de tutelle, OCM, partenaires sociaux, etc. Enfin, il est présenté pour débat et avis à la Commission technique du SCA et soumis pour approbation au Comité général de gestion de l'INAMI.

Ainsi, pour les années 2010-2011 le SCA a porté son attention sur cinq thématiques de contrôle :

- l'application uniforme et correcte de l'assurance indemnités dans le cadre du régime des indépendants
- les montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.
- les assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale
- le droit à l'intervention majorée de l'assurance maladie-invalidité
- l'indemnisation des chômeurs en incapacité de travail primaire.

a. Régime des indépendants : application uniforme et correcte de l'assurance indemnités

PRINCIPE

Ce contrôle thématique réalisé en 2010 avait pour objectif de vérifier l'octroi correct et uniforme d'indemnités d'incapacité de travail aux assurés travailleurs indépendants.

MÉTHODE

Sur base d'une analyse de risques, quatre thèmes ont fait l'objet du contrôle :

- **“Assimilation-maladie”** : un travailleur indépendant qui devient invalide et qui met fin à l'activité de son entreprise a droit à une indemnité plus élevée. Ce volet du contrôle thématique s'est focalisé sur les deux aspects de la problématique : d'une part, les travailleurs indépendants qui ont indûment perçu des indemnités majorées (avec assimilation) alors qu'ils n'ont pas mis fin à leur entreprise et, d'autre part, les travailleurs indépendants qui ont, à tort, perçu des indemnités non majorée (sans assimilation) alors que la cessation de leur entreprise leur donnait droit à cette majoration.
- **“Cumul des indemnités avec la réparation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle”** : un travailleur indépendant qui bénéficie de la réparation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle doit voir ses indemnités d'incapacité de travail réduites en fonction de la réparation. L'application de cette disposition a été contrôlée.
- **“Assurabilité”** : ce volet du contrôle thématique a vérifié que les travailleurs indépendants remplissent les conditions d'octroi des indemnités au début de l'incapacité de travail.
- **“Activité autorisée”** : durant une incapacité de travail, un indépendant peut exercer une activité moyennant autorisation préalable. Le contrôle a vérifié si la réglementation en matière de durée de l'activité autorisée et de diminution des indemnités d'incapacité de travail avait été correctement appliquée.

Pour les trois premiers thèmes, les dépenses en indemnités d'invalidité ont été confrontées à des flux électroniques en vue de détecter les cas potentiellement erronés, qui ont tous été contrôlés :

- les bons de cotisation indiquent si le travailleur indépendant avait droit aux indemnités au début de son incapacité de travail et s'il a mis fin à l'activité de son entreprise
- les déclarations multifonctionnelles à l'emploi (DMFA) ont permis de sélectionner les invalides qui bénéficient d'une indemnité non réduite et d'une réparation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Vu l'absence de données électroniques pour le thème "activité autorisée", un échantillon aléatoire a été constitué sur base des autorisations de reprise d'activité.

RÉSULTATS

Des 1.368 cas sélectionnés et contrôlés par le SCA, 844 ont été considérés comme erronés soit un pourcentage d'erreurs qui s'élève à 62% des cas examinés.

L'impact financier total des 844 cas erronés s'élève à :

- 650.082 EUR de prestations payées indûment aux titulaires indépendants
- 946 610 EUR de prestations supplémentaires à payer aux titulaires indépendants.

Le tableau reprend un aperçu de la répartition des cas erronés par thème ainsi que le pourcentage des cas erronés proportionnellement au nombre de cas contrôlés et proportionnellement au nombre total d'invalides mentionnés aux documents de dépense en invalidité pris en considération pour le datamatching.

Tableau 2 - Nombre de cas erronés par thème					
	Assimilation	Cumul rente accident du travail / maladie professionnelle	Assurabilité	Activité autorisée	Total
Total	635	146	11	52	844
% cas erronés	84%	95%	34%	12%	62%
(en rapport avec les cas contrôlés)	3,6%	49,2%	0,3%	-	-



Plus d'informations ?
Consultez le rapport complet ou le résumé "Régime des indépendants: Application uniforme et correcte de l'assurance indemnités", publication: décembre 2010.

Une série d'erreurs structurelles dans les procédures des O.A. et des difficultés d'interprétation de la réglementation sont ressorties de l'analyse des résultats du contrôle thématique. Des recommandations à cet égard ont été formulées dans le rapport de synthèse.

b. Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.

PRINCIPE

Ce contrôle thématique est effectué chaque année en vertu de l'article 195 de la loi relative à l'assurance SSI et l'arrêté royal (A.R.) du 7 octobre 1993 fixant le pourcentage dont les frais d'administration sont majorés en cas de récupération de sommes payées.

Ces textes prévoient que les O.A. bénéficient d'une majoration de la partie variable de leurs frais d'administration en fonction des montants indus qu'ils ont effectivement récupérés auprès des bénéficiaires (article 164 L.C.) et en fonction des montants payés à titre subrogatoire dans le cas d'accidents de droit commun avec tiers responsable, d'accident de travail et de maladie professionnelle (article 136 §2 L.C.). Ces montants sont mentionnés annuellement sur des listes. Celles-ci sont contrôlées car elles ont un impact important sur les frais d'administration des O.A. Les résultats de ce contrôle sont transmis à l'OCM dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A..

Le SCA, dans ce contrôle thématique récurrent, examine les listes des montants indus récupérés par les O.A..

MÉTHODE

Le SCA vérifie les listes reprenant les montants récupérés par les O.A. Les inspecteurs sociaux examinent si ces montants y sont repris à bon droit. Un montant versé indûment et effectivement remboursé peut uniquement être mentionné sur les listes si les conditions suivantes sont réunies :

- il ne peut s'agir de remboursements spontanés
- le montant payé indûment ne peut résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- la récupération ne peut pas résulter d'un constat du SCA ou de l'OCM.

Un échantillon de 5% des montants repris sur les listes est contrôlé pour chaque O.A.. Les montants supérieurs à 10.000 EUR sont contrôlés systématiquement.


RÉSULTATS

Les résultats des contrôles effectués en 2010 et 2011 sont repris dans les tableaux suivants.

Tableau 3 - Montants perçus et récupérés en 2010 - Nombre total de cas, nombre de cas exacts, complètement ou partiellement refusés et montants								
	Nombre Total de cas	Total EUR	Cas exacts	%	Nombre de cas complètement / partiellement refusés	%	Montants refusés (EUR)	% montants refusés
Echantillon	3.855	1.838.115	3.571	92,63%	284	7,37%	176.104,90	9,58%
> 10 000 EUR	33	452.689	20	60,61%	13	39,39%	174.160,60	38,47%

Tableau 4 - Montants perçus et récupérés en 2011 - Nombre total de cas, nombre de cas exacts, complètement ou partiellement refusés et montants								
	Nombre Total de cas	Total EUR	Cas exacts	%	Nombre de cas complètement / partiellement refusés	%	Montants refusés (EUR)	% montants refusés
Echantillon	4.120	1.925.244	3.850	93,45%	270	6,55%	141.169,98	7,33%
> 10 000 EUR	59	839.798	45	76,27%	14	23,73%	203.170,34	24,19%

En 2010, le pourcentage élevé, de refus pour les cas d'une valeur supérieure à 10.000 EUR a motivé le choix de poursuivre à l'avenir l'examen exhaustif de ces cas. En 2011, les pourcentages en cas erronés et en montants refusés ont baissé mais ils restent importants et largement supérieurs aux pourcentages des cas pris de manière aléatoire.

 Plus d'informations ? Consultez les versions 2010 et 2011 du rapport "Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.", publications : juillet 2011 et avril 2012.

c. Assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale

PRINCIPE

Ce contrôle thématique réalisé en 2010 consistait à vérifier la manière dont les mutualités traitent les dossiers d'assujettissements fictifs et d'assujettissements erronés à la sécurité sociale des travailleurs salariés, ces derniers ayant, grâce à ces assujettissements, obtenus des droits en assurance maladie-invalidité (indemnités d'incapacité de travail et prestations de santé).

MÉTHODE

Pour le traitement de ces deux types de dossiers, le SCA a mis en place deux procédures de feedbacks exigeant la collaboration des Unions nationales et des mutualités. Ainsi, les mutualités sont appelées à examiner les cas individuels qui leur sont envoyés par le SCA et à lui transmettre les conclusions de cet examen.

Pour les dossiers d'assujettissements fictifs, le contrôle a porté sur les cas considérés comme "exacts" par les mutualités c'est-à-dire les cas pour lesquels l'annulation de l'assujettissement fictif n'engendre pas d'indu.

Concernant les dossiers d'assujettissements erronés, il a été décidé de contrôler deux types de dossiers :

- les cas pour lesquels les mutualités n'ont pas transmis de feedback malgré l'envoi d'un rappel
- les cas pour lesquels les mutualités ont répondu que l'assujettissement erroné n'avait pas d'incidence sur le droit aux soins de santé et aux indemnités de l'assuré social.

RÉSULTATS

Au total, au sein des différentes mutualités, les inspecteurs sociaux ont examiné 529 dossiers dans le secteur des soins de santé et 44 dans le secteur des indemnités :

	Cas examinés	Cas exacts	Cas erronés
Soins de santé	246	231	15
Indemnités	18	15	3

	Cas examinés	Cas exacts	Cas erronés	Cas en suspens
Soins de santé	283	250	17	16
Indemnités	26	20	1	5

Le rapport de synthèse rappelle les dispositions légales applicables et reprend les objectifs du contrôle, la méthodologie, la sélection des dossiers, les résultats du contrôle exprimés par union nationale et par mutualité. Les différentes erreurs commises par les mutualités ont été identifiées et analysées et ont donné lieu à des recommandations énumérées dans le rapport.

En conclusion ce contrôle a démontré une bonne gestion globale de cette matière par les mutualités.



Assujettissements fictifs : ces dossiers concernent les cas où l'assuré est considéré comme étant de mauvaise foi. Assujettissements erronés : ces dossiers, au contraire, visent les cas où l'assuré est considéré comme étant de bonne foi.



Plus d'informations ? Consultez le rapport complet ou le résumé "Assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale - Régime des travailleurs salariés", publication : juillet 2011.

d. Le droit à l'intervention majorée de l'assurance maladie-invalidité

PRINCIPE

Ce contrôle thématique réalisé en 2011 portait sur le droit à l'intervention majorée (IM) de l'assurance en application de l'article 37, § 1 et 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et aux conditions fixées par l'A.R. du 1^{er} avril 1997. Un contrôle du même type avait été organisé en 2006. En 2011, l'objectif principal était de vérifier si les recommandations faites aux mutualités avaient été respectées compte tenu des modifications législatives intervenues.

MÉTHODE

Les 4 thèmes suivants ont été retenus :

- l'ouverture du droit à l'IM par les mutualités
- le contrôle systématique des revenus par les mutualités (contrôle systématique sur base des informations communiquées par le SPF Finances) avec, en parallèle, le contrôle de la gestion des flux de données de l'IM au niveau des Unions nationales de mutualités
- le traitement des modifications qui interviennent dans la composition de ménage (modification dans la situation mutualiste d'un membre du ménage ou modification dans le ménage telle que communiquée par le Registre national)
- le traitement des cas où l'assuré social a perdu la qualité ayant permis l'octroi du droit.

Les dossiers à contrôler ont été sélectionnés à l'aide de flux de données des revenus des ménages bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) pour les années 2008 et 2009. Un certain nombre de paramètres ont été utilisés pour sélectionner les ménages dont les revenus dépassaient le plafond des revenus autorisé pour bénéficier du droit.

RÉSULTATS

Ce contrôle a révélé 344 cas erronés sur 2263 examinés soit un taux d'erreurs de 15%. Les erreurs sont ventilées comme suit :

- pour le premier thème, on dénombre 12% d'erreurs dont 4 sur 5 sont dues à une erreur de la mutualité, le reste étant de la responsabilité de l'assuré social
- pour le second thème, près de 10% d'erreurs des mutualités sont comptabilisées. Il s'agit principalement des cas non contrôlés par les mutualités ou d'erreurs de calcul dans les revenus
- les contrôles réalisés dans le cadre du troisième thème font apparaître un taux d'erreurs très faible (2,25%) mais il faut noter qu'il n'y a pas eu de modification de ménage dans la plupart des cas examinés
- pour ce qui concerne le quatrième thème, très peu d'erreurs ont été constatées.

Le contrôle réalisé en 2011 a permis de constater qu'un nombre relativement élevé d'erreurs se reproduisent sur les points suivants :

- la comparaison entre les données de la déclaration sur l'honneur et les données en possession de la mutualité et entre les données figurant sur l'avertissement-extrait de rôle fiscal d'une précédente année de revenus
- la prise en compte des revenus bruts au lieu des revenus nets
- la prise en compte d'une modification dans la situation mutualiste du ménage
- pour certaines unions nationales (O.A., 200, 400 et 500) un traitement encore trop imparfait des flux 1 (liste des BIM) et flux 2 (flux des revenus du SPF Finances – transmis par les O.A. aux mutualités).

Le rapport final contient à nouveau de nombreuses recommandations aux mutualités.

 Plus d'informations ?
Consultez le rapport complet ou le résumé "Le droit à l'intervention majorée de l'assurance", publication : Mai 2012.

e. L'indemnisation des chômeurs en incapacité de travail primaire

PRINCIPE

Le dernier contrôle thématique de l'année 2011 a porté sur la gestion par les mutualités des dossiers d'indemnisation des chômeurs en incapacité de travail primaire.

MÉTHODE

Dans le cadre de ce contrôle thématique, quatre types de chômeurs ont été ciblés pour lesquels les risques d'erreurs dans le paiement d'indemnités apparaissaient plus importants :

- les chômeurs bénéficiant d'allocations d'attente
- les chômeurs bénéficiant d'un maintien des droits avec allocation de garantie de revenu ayant accepté un travail à temps partiel pour échapper au chômage
- les travailleurs à temps partiel volontaire indemnisés comme tels par le chômage
- les autres chômeurs complets contrôlés.

Etant donné l'absence de documents de dépenses détaillés et nominatifs pour l'incapacité primaire, des listes de chômeurs en incapacité primaire ont dû être établies par les mutualités afin de permettre une sélection aléatoire des dossiers à contrôler.

L'objectif poursuivi pour ce contrôle thématique était double. Il s'agissait, d'une part, de procéder à une analyse de la qualité du traitement des informations transmises par les caisses de paiement des allocations de chômage aux mutualités lors de l'ouverture d'un dossier d'incapacité de travail et, d'autre part, de contrôler l'indemnisation de l'incapacité primaire par les mutualités relativement aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

RÉSULTATS

Ce contrôle a mis en exergue un taux élevé de cas erronés, à savoir 30% de l'ensemble de l'échantillon (1.156 cas examinés). Cela représente des constatations d'indus d'un montant de 87.678 EUR et des constatations de suppléments pour un montant de 71.019 EUR.

Les taux d'erreurs les plus élevés concernent la catégorie des titulaires ayant accepté un emploi à temps partiel pour échapper au chômage - 42% d'erreurs - et la catégorie des travailleurs à temps partiel volontaire indemnisés comme tels par le chômage - 35% d'erreurs -.


Parmi les causes les plus fréquentes d'erreurs, relevons notamment :

- l'exploitation incorrecte du flux d'information envoyé par les caisses de paiement des allocations de chômage (flux L500) par les mutualités et les offices régionaux et l'utilisation parallèle de feuilles de renseignements contenant des informations discordantes
- la méconnaissance de certaines modifications de la législation sur l'assurance chômage qui ont un impact sur l'assurance SSI
- la non-prise en compte de modifications intervenant hors indexation dans le montant des allocations de chômage barémiques journalières
- la non-prise en compte d'un changement de période de chômage
- des erreurs de calcul de la rémunération journalière perdue dans les dossiers concernant des travailleurs à temps partiel bénéficiant d'une allocation de garantie de revenu et pour les chômeurs anciennement travailleurs à temps partiel volontaire
- des erreurs plus générales et non spécifiques aux titulaires chômeurs.



Plus d'informations ?
La publication du rapport est prévue dans le courant de l'année 2012.

2. Actions de lutte contre la fraude sociale

 Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA consistent à détecter le non-respect de la réglementation et à appliquer les sanctions administratives vis-à-vis des assurés sociaux. Le cas échéant, les inspecteurs et les contrôleurs constatent les cas qui imposent des récupérations, des paiements supplémentaires, des sanctions ou des régularisations de dossiers.

Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA concernent :

- les cumuls non autorisés d'indemnités d'incapacité de travail avec des revenus déclarés ou non à l'Office national de sécurité sociale (ONSS)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les fraudes relatives à la carte d'identification sociale (carte SIS - système d'identification sociale -).

En juillet 2010, l'intégration au SCA des contrôleurs sociaux, chargés de détecter le travail non autorisé et non déclaré, a permis d'accroître les collaborations avec les inspecteurs sociaux et d'optimiser les processus de détection de la fraude sociale.

Ainsi, pour les années 2010-2011, le SCA a porté son attention sur trois domaines d'enquêtes :

- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS
- les assujettissements frauduleux à la sécurité sociale
- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée (activités de travail au noir).

a. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS

PRINCIPE

Un assuré, reconnu en incapacité de travail, peut bénéficier d'indemnités - pour autant qu'il ait cessé toute activité professionnelle.

Durant son incapacité de travail il ne peut reprendre une activité professionnelle à temps partiel qu'avec l'autorisation du médecin-conseil de sa mutualité. Cependant Il arrive que des assurés reprennent une activité professionnelle sans cette autorisation et bénéficient dès lors d'un cumul interdit (cumul d'indemnités d'incapacité de travail et de rémunérations professionnelles).

D'autre part il peut aussi arriver que l'assuré, en incapacité de travail, bénéficie, de la part de son employeur d'une indemnité de rupture de contrat suite à son licenciement qu'il n'a pas déclarés à sa mutualité. Ce cumul est également interdit.

Les O.A. sont chargés de détecter ces cumuls non autorisés en analysant les déclarations DMFA qui sont transmises aux O.A. par l'ONSS. Les cas ainsi détectés doivent être régularisés.

En 2008 et 2009, les contrôles effectués par le SCA ont toutefois permis de constater que ces procédures internes aux O.A. étaient susceptibles d'améliorations. En 2010 et 2011, le SCA a donc réitéré son travail de recherche des cumuls d'indemnités d'incapacité de travail avec des indemnités de rupture de contrat et des activités non autorisées déclarées à l'ONSS.



Nous noterons qu'une modification est intervenue dans la procédure concernant la reprise de travail à temps partiel d'un assuré en incapacité de travail. En effet, la loi-programme du 4 juillet 2011 a supprimé l'obligation d'obtenir préalablement l'autorisation du médecin-conseil lors d'une reprise partielle d'activité (art. 100 §2 Loi coordonnée). La nouvelle loi-programme du 29 mars 2012 a habilité le Roi à prendre les dispositions nécessaires dans le domaine. Une modification de l'article 230 de l'A.R. du 3 juillet 1996 est à la signature du Roi. Si l'autorisation préalable du médecin-conseil n'est plus requise, l'assuré doit toutefois faire, préalablement à cette reprise partielle d'activité, la déclaration de cette reprise. Le projet d'article 230 précise également les règles applicables en cas de tardiveté dans l'accomplissement de cette formalité.

MÉTHODE


Afin de détecter les cas de cumul d'indemnités d'invalidité avec des activités non autorisées ou des indemnités de rupture de contrat de travail, le SCA a croisé les données contenues dans les dépenses d'invalidité (documents PI0 et PI41) et les déclarations DMFA.

Pour les activités non autorisées, le SCA a donné priorité aux cas supposant un cumul de plus de deux semaines. Ces cas ont fait l'objet d'une enquête par les inspecteurs sociaux dans les O.A. Le SCA a informé les O.A. des autres cas.

RÉSULTATS

En 2010, les inspecteurs sociaux ont examiné 641 cas :

- 228 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat
- 299 cas de cumul avec une activité non-autorisée par le médecin-conseil
- 114 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.

 On parle de cas exacts lorsque l'O.A. a détecté le cumul et l'a régularisé de manière correcte. Par opposition, on parle de cas erronés lorsque l'O.A. n'a pas détecté le cumul et ne l'a pas régularisé.

Les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 - Cumuls interdits en 2010 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total						
	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	228	181	79,39%	47	20,61%	138.374,52
Cumuls avec une activité non-autorisée	299	185	61,87%	114	38,13%	1.748.267,62

En 2011, les inspecteurs sociaux ont examiné 669 cas :

- 300 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat
- 209 cas de cumul avec une activité non autorisée par le médecin-conseil
- 160 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.

Tableau 8 - Cumuls interdits en 2011 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total						
	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	300	267	89%	33	11%	110.662,53
Cumuls avec une activité non-autorisée	209	149	71,30%	60	28,70%	416.056,50

Pour les cas erronés, 101 sanctions administratives ont été établies à l'encontre des assurés sociaux, ce qui correspond à une exclusion du droit aux indemnités durant 5 752 jours.

Au fil des différentes opérations de contrôle, on constate une amélioration des procédures de détection et de contrôle interne des O.A. qui se traduit par une diminution des prestations indues constatées.

Tableau 9 - Cumuls interdits en 2008, 2009, 2010 et 2011 - Cas examinés, cas erronés et indu total				
	Total cas examinés	Nombre de cas erronés	%	Indu total (EUR)
Activité non-autorisée				
2008	537	391	72,81%	8.627.077,84
2009	430	170	39,53%	2.730.081,76
2010	299	114	38,13%	1.748.267,62
2011	209	60	28,70%	416.956,60
Indemnité pour rupture de contrat de travail				
2008	230	81	35,22%	144.510,03
2009	465	74	15,91%	167.125,40
2010	228	47	20,61%	138.374,52
2011	300	33	11%	110.662,53

Ce tableau comparatif fait apparaître :

- une diminution marquée d'année en année dans le nombre de cas de cumul interdit (non détectés ou mal gérés) entre des indemnités d'incapacité de travail et une activité non autorisée par le médecin-conseil ainsi qu'un pourcentage de cas erronés en constante diminution, tout en estimant qu'un taux de 28% d'erreur n'est pas encore satisfaisant
- une diminution d'année en année du taux d'erreur en matière d'indemnité de rupture de contrat ; cette évolution est elle aussi favorable.

Nonobstant cette amélioration, les procédures de détection mises en place par les mutualités devront encore être améliorées à l'avenir.

b. Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale

PRINCIPE

Seules les personnes qui ont la qualité de titulaire et qui sont assujetties à la sécurité sociale peuvent bénéficier du droit aux prestations de soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail.

MÉTHODE

Depuis 2008, le SCA traite, en collaboration avec les autorités judiciaires, un vaste dossier de fraude à la sécurité sociale. Il s'agit d'un important réseau d'entreprises fictives qui utilisent différents procédés pour mettre les utilisateurs de ce réseau en possession de faux documents. De cette manière, ces utilisateurs peuvent prétendre frauduleusement à des indemnités et à des interventions de la sécurité sociale.

L'ONSS a démontré que les entreprises concernées n'ont pas développé d'activités au cours des périodes contestées et qu'aucun contrat de travail n'existait entre ces entreprises et les personnes qui étaient déclarées à l'ONSS pour le compte de ces entreprises. L'ONSS a par conséquent décidé d'annuler l'assujettissement de ces travailleurs. Au 31 décembre 2010, l'ONSS avait communiqué sa décision pour 146 entreprises.

Etant donné l'étendue de la fraude sociale, une collaboration entre le SCA, les O.A. et les mutualités a été créée. Le SCA envoie aux O.A. la liste des personnes qui ont utilisé des faux documents ainsi que toutes les données nécessaires pour établir les constatations. Sur base de ces données, les mutualités examinent chaque dossier aussi bien dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé et donnent un feedback au SCA sur la façon dont elles ont traité ces données. Au 31 décembre 2010, les mutualités ont reçu 1 949 dossiers.



Plus d'informations ?
Consultez notre rapport "Actions de lutte contre la fraude sociale - Rapport d'activités 2010, publication juillet 2011.

RÉSULTATS

En 2010 et 2011, les O.A. et le SCA ont identifié un certain nombre de cas d'assujettissements frauduleux à la sécurité sociale tant dans le secteur des soins de santé que dans le secteur des indemnités.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2010 par secteur.

Tableau 10 - Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - Nombre de constatations O.A.-SCA et indu total par secteur constatés en 2010				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (EUR)	Nombre de constatations	Indu total (EUR)
O.A.	170	564.141,99	86	915.068,72
SCA	16	11.094,09	13	87.154,40
Total	186	575.236,08	99	1.002.223,12

En 2010, les O.A. et le SCA ont donc constaté un indu total de 1.577.459,20 EUR.

Dans le secteur des indemnités :

- 46 sanctions administratives ont été prononcées ce qui correspond à un total de 6 623 jours d'exclusion du droit aux indemnités.

Dans le secteur des soins de santé :

- Avant le 12 juin 2010² : 38 sanctions ont été prononcées, ce qui correspond à un total de 146 mois d'exclusion du droit à l'intervention pour les soins de santé
- A partir du 12 juin 2010³ : 19 sanctions ont été prononcées, ce qui correspond à une sanction administrative totale de 5 625,00 EUR.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2011 par secteur.

Tableau 11 - Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - Nombre de constatations O.A.-SCA et indu total par secteur constatés en 2011				
	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (EUR)	Nombre de constatations	Indu total (EUR)
O.A.	83	323.613,03	26	507.981,53
SCA	92	305.066,89	22	295.787,57
Total	175	628.679,92	48	803.769,10

En 2011, les O.A. et le SCA ont constaté un indu total de 1.432.449,02 EUR.

Dans le secteur des indemnités :

- 36 sanctions administratives ont été prononcées ce qui correspond à un total de 5.378 jours d'exclusion du droit aux indemnités.

² En application de l'AR du 10 janvier 1969 en vigueur jusqu'au 11 juin 2010.

³ Conformément à la loi du 19 mai 2010, entrée en vigueur le 12 juin 2010 qui vient remplacer l'AR du 10 janvier 1969 en vigueur jusqu'au 11 juin 2010.

Dans le secteur des soins de santé :

- 75 sanctions administratives (amendes) ont été prononcées, portant sur un montant total de 20.375 EUR.

Les contrôles de ces dossiers se poursuivront dans le futur. En effet, ces assujettissements fictifs frauduleux évoluent en continu.

c. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée

PRINCIPE

Au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, est reconnu incapable de travailler, le travailleur qui a cessé toute activité. Durant la période de reconnaissance d'incapacité de travail, il ne peut reprendre une activité à temps partiel sans l'autorisation du médecin-conseil. Et lorsqu'il reprend une activité à temps plein, il doit en avvertir la mutualité.

Le SCA détecte et constate les cumuls illégaux d'indemnités d'incapacité de travail avec l'exercice d'une activité non autorisée non déclarée à l'ONSS (travail au noir). Pour ce faire, les contrôleurs sociaux du SCA réalisent des enquêtes dans tout le pays.

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des dénonciations
- des demandes d'enquête des auditorats du travail
- des procès-verbaux (P.V.) d'autres services d'inspection
- des demandes d'enquêtes d'autres services de l'INAMI
- des demandes d'enquêtes des organismes assureurs.

Les contrôleurs sociaux du SCA vérifient si la demande est recevable et donc si la personne perçoit bien des indemnités d'incapacité de travail et ne dispose pas d'une autorisation de travail. Si l'intéressé ne bénéficie pas ou plus d'indemnités d'incapacité de travail, le SCA n'est pas compétent pour effectuer une enquête. Le dossier est alors transmis au service compétent (l'Office national de l'emploi - ONEM - , le service d'inspection sociale du SPF emploi, travail et concertation sociale...) ou classé sans suite en cas de manque d'informations.

Ensuite, les contrôleurs sociaux vérifient si l'activité est déclarée (DIMONA et DMFA). Si c'est le cas, le dossier est transmis aux inspecteurs sociaux. Sinon, les contrôleurs sociaux⁴ effectuent un travail d'enquête de terrain pour détecter et constater les activités de travail au noir. Ils disposent d'un pouvoir d'appréciation qui leur est attribué selon les dispositions du Code pénal social.

Ils ont la possibilité :

- de procéder à des contrôles sur les lieux de travail
- de procéder à des auditions
- de convoquer les intéressés
- d'accorder un délai éventuel pour se mettre en règle
- de donner un avertissement pour l'infraction constatée
- de dresser un P.V. de constat d'infractions.

4 Les contrôleurs sociaux qui relevaient précédemment du SECM ont été intégrés au SCA à partir de juillet 2010.

Plus d'informations ?
Consultez notre rapport "Actions de lutte contre la fraude sociale - Rapport d'activités 2010, publication juillet 2011.

Les P.V. de constat d'infractions sont transmis aux O.A. afin que :

- le Service indemnités procède à la récupération des indus
- le médecin-conseil convoque l'assuré pour un examen médical pour vérifier l'état de santé actuel.

Les inspecteurs sociaux, pour leur part, réalisent des contrôles auprès des O.A. pour s'assurer qu'ils effectuent la procédure de récupération.

En outre, sur base du P.V. établi, le fonctionnaire dirigeant du SCA applique une sanction et peut exclure l'assuré du droit aux indemnités pour un nombre déterminé de jours d'indemnisation.

Dans le cadre de leur mission de lutte contre la fraude sociale, les contrôleurs sociaux travaillent en collaboration avec d'autres corps d'inspection dans le cadre des cellules d'arrondissement.

Celles-ci regroupent différents acteurs :

- les auditeurs du travail et leur administration
- les services d'inspection sociale: ONEM, Inspection sociale, Inspection des lois sociales, ONSS, Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)...
- les autres services d'inspection: Inspection économique, Inspection des Finances, Service des affaires étrangères...
- les services de police locale et fédérale
- les services communaux.

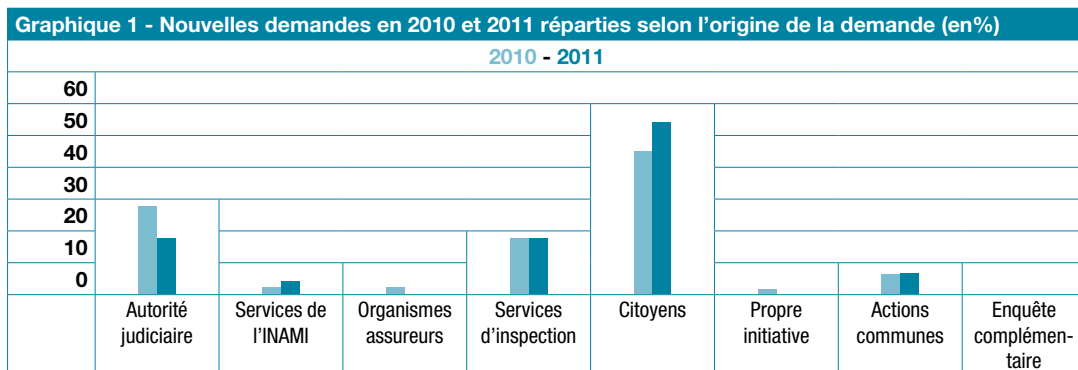
Le service d'informations et de recherche sociales (SIRS) est chargé de coordonner les différents corps d'inspection concernés par la lutte contre la fraude sociale, notamment à travers les cellules d'arrondissement afin :

- de préparer des actions communes
- d'évaluer des actions terminées
- d'échanger des données
- de discuter des textes de loi pertinents et de leurs interprétations.

RÉSULTATS

En 2010, le service a reçu 493 nouvelles demandes, dont 125 "non recevables" (25%) et en 2011, 1381 demandes, dont 308 "non recevables" (22%). Les nouvelles demandes sont subdivisées en différentes catégories selon l'origine de la demande :

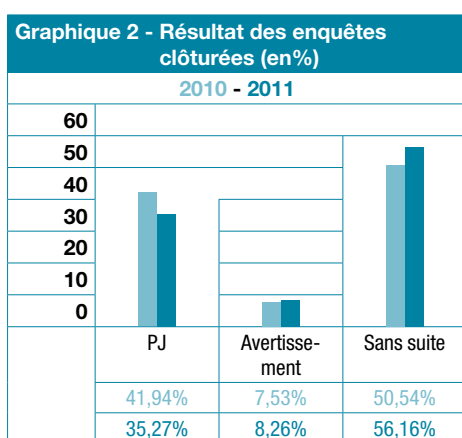
Tableau 12 - Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2010 et 2011 (en%)		
Origine des demandes (en%)	2010	
	juillet à décembre	
	2010	2011
Requête de l'autorité judiciaire, essentiellement l'auditorat du travail	26,98	17,16
Requête d'un Service de l'INAMI	2,03	3,84
Demande des Organismes Assureurs	2,03	1,09
Rapports d'un autre Service d'inspection sociale	17,04	17,31
Plaintes et déclarations de citoyens	44,42	53,66
Propre initiative	1,22	0,36
Constatations d'autres services dans le cadre d'actions communes de contrôle	6,09	6,52
Enquête complémentaire pour un dossier d'un autre contrôleur/inspecteur social INAMI	0,20	0,07



Au terme de l'enquête, les contrôleurs sociaux rédigent un rapport d'enquête. En cas d'infraction constatée, ils dressent un P.V. de constat d'infractions ou un avertissement.

Tableau 13 - Nombre d'enquêtes clôturées en 2010 et 2011 réparties selon le résultat de l'enquête

Dossiers clôturés	Pro Justitia	Avertissement	Sans suite	Total
2010 (juillet à décembre)	117	21	141	279
2011	254	59	401	714



Les enquêtes qui ont abouti à une constatation d'infraction représentent 49% des dossiers clôturés en 2010 et 44% en 2011 dont :

- 85% ont mené à un P.V. en 2010 et 81% en 2011
- 15% ont mené à un avertissement en 2010 et 19% en 2011.

Les suites données aux dossiers pour lesquels un P.V. de constat d'infraction est rédigé sont prises en charge :

- par les mutualités qui calculent les indemnités perçues indûment. Les inspecteurs sociaux du SCA vérifient le calcul et la procédure de récupération
- par le Service juridique du SCA en vue de l'application d'une sanction administrative par le fonctionnaire dirigeant.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations et du montant total des indemnités versées indument en 2010 et 2011.

Tableau 14 - Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de constatations et montant total des indus en 2010 et 2011		
Année	Nombre de constatations	Montant total des indus
2010	219	2.190.022,60 EUR
2011	252	1.859.199,50 EUR

Le tableau suivant détaille le nombre de sanctions administratives prononcées à l'encontre du bénéficiaire et le nombre total de jours d'exclusion du droit aux indemnités en 2010 et 2011.

Tableau 15 - Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2010 et 2011		
Année	Nombre de sanctions administratives	Nombre total de jours d'exclusion
2010	162	7.374
2011	266	9.540



Plus d'informations ?
Consultez notre
rapport "Actions de
lutte contre la fraude
sociale - Rapport
d'activités 2010,
publication juillet
2011.

3. Les contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers

Outre les contrôles thématiques systématiques et les actions de lutte contre la fraude sociale, le SCA effectue également :

- des contrôles à la demande
- des contrôles d'initiative
- des contrôles de suivi.

a. Contrôle à la demande : enquêtes

PRINCIPE

Le SCA est fortement sollicité pour réaliser des enquêtes sur des dossiers particuliers ; ces demandes portent sur les différents aspects de l'assurance maladie-invalidité et émanent des assurés sociaux, des Auditeurs du travail, de syndicats, d'avocats, de cabinets ministériels mais aussi d'autres institutions de sécurité sociale (ONEM ; ONSS) ou encore d'autres services publics fédéraux (par exemple le SPF Finances).

Les autres services de l'INAMI sollicitent également le SCA afin de réaliser des enquêtes au sein des mutualités pour étayer un dossier, répondre à une mutualité ou encore constater des infractions et/ou constater des montants indus.

MÉTHODE

Les demandes d'enquête sont réceptionnées par le SCA et sont examinées. La plupart nécessitent une enquête en mutualité et sont envoyées aux inspecteurs qui procèdent à l'examen des dossiers et établissent un rapport d'analyse. Ces rapports permettent de répondre au demandeur et le cas échéant, de dresser une constatation qui est notifiée à la mutualité. Certaines demandes ne nécessitent pas de visite d'inspection, la réponse pouvant être donnée sans analyser le dossier en mutuelle.

Les Inspecteurs sociaux du SCA consacrent une part importante de leur temps à la réalisation de ces enquêtes qui nécessitent un traitement rapide, notamment, celles qui concernent les assurés sociaux et ce, pour répondre aux obligations contenues dans la charte de l'assuré social.

La plupart de ces enquêtes donnent lieu à des constatations (d'indus, de suppléments ou de nécessité de régularisation) qui sont notifiées aux organismes assureurs; d'autres n'y donnent pas lieu, une lettre ou une note étant cependant envoyées au correspondant.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre de contrôles à la demande réalisés en 2010 et 2011. Les enquêtes sont ventilées selon qu'elles aient abouti ou non à une constatation.

Tableau 16 - Enquêtes réalisées en 2010 et 2011 - Nombre avec constatations ou sans constatation et nombre total			
Année	Enquêtes ayant donné lieu à 1 constatation	Enquêtes n'ayant pas donné lieu à 1 constatation	Total
2010	861	1.097	1.958
2011	988	1.203	2.191

b. Contrôle d'initiative

Le SCA réalise des contrôles d'initiative. Les inspecteurs sociaux choisissent un thème de contrôle sur base de données émanant du service (exemple: fichier de dépenses en indemnités) ou sur la base des données présentes en mutualité. Ils effectuent un contrôle d'application des textes légaux et des circulaires. Les thèmes sont variés: contrôle de l'indemnité d'incapacité de travail, contrôle de l'assurabilité, en indemnités et en soins de santé, contrôle du droit BIM, du droit OMNIO, du Maximum à facturer (MAF), contrôle des cotisations personnelles ... En raison des autres tâches d'inspection, les contrôles d'initiative occupent un temps restreint dans les activités de contrôle du Service.

c. Contrôle de suivi

PRINCIPE

Le SCA assure le suivi de tous les dossiers, sans exception, qui font l'objet d'une constatation adressée à une mutualité. Il importe en effet de vérifier la suite donnée par cette dernière aux décisions notifiées, que ce soit l'obligation de récupérer un montant indu auprès d'un assuré social ou celle de lui verser un montant supplémentaire, ou que ce soit encore l'obligation de régulariser un dossier: pièce manquante, cotisation insuffisante, information à obtenir...

MÉTHODE


La notification issue de la première visite de contrôle de l'inspecteur social est revue au siège de la mutualité 9 mois après son envoi. Une notification de révision est envoyée sur base du rapport établi par l'inspecteur. Ensuite, si le dossier n'est pas terminé (indu non entièrement remboursé, affaire devant les juridictions, supplément non encore payé, dossier toujours incomplet, droit non enlevé ...), une nouvelle visite de contrôle est réalisée au moins 2 ans après l'envoi de la première notification en vue de tenir compte du délai de prescription; une troisième notification sera envoyée à l'O.A.. Si le dossier n'est toujours pas clôturé après ce troisième contrôle, il est revu, selon un timing fixé par le Service suivant l'état du dossier, aussi longtemps qu'il n'est pas terminé.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre de cas révisés en 2010 et 2011.

Année	Nombre de cas
2010	4.817
2011	4.645

4. Contrôle et gestion des données d'accessibilité à l'assurance et archivage des données

 Les activités de contrôle et de gestion des données d'accessibilité à l'assurance SSI et d'archivage des données du SCA consistent à veiller à l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI par la gestion et le contrôle de ces données.

Dans ce cadre, les activités du SCA consistent à :

- effectuer des contrôles systématiques sur les mesures d'accessibilité financière à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - le MAF
 - l'IM (ce compris pour le statut Omnio).
- élaborer des preuves d'assurabilité provisoires pour ce qui concerne :
 - les bons de cotisation
 - les attestations de pension.
- gérer et contrôler l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - les mutations individuelles
 - le feedback concernant les assujettissements erronés à la sécurité sociale.
- réaliser des études et analyses sur les données d'assurabilité en produisant :
 - des informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance
 - des chiffres trimestriels concernant le MAF.
- prendre des décisions en matière d'assurabilité pour certains cas particuliers
- contrôler la délivrance, le remplacement et le renouvellement des cartes SIS.

a. Contrôles systématiques des mesures d'accessibilité financière à l'assurance

Contrôle systématique du maximum à facturer

PRINCIPE

Le MAF est une mesure qui vise à limiter les frais médicaux annuels à charge des ménages. Lorsque, au cours d'une année civile, les dépenses en soins de santé d'un ménage atteignent un montant plafonné, le ménage se voit rembourser l'intégralité des prestations qui suivent (le ticket modérateur habituellement à charge du ménage lui est remboursé).

Le montant plafonné varie en fonction de la situation sociale des ménages et en fonction de leur revenu.

Il existe deux catégories de MAF :

- la plupart des ménages bénéficient du MAF revenus. Dans le cadre de cette mesure, le plafond annuel des frais médicaux dépend du revenu net perçu par un ménage trois ans avant l'année pour laquelle le droit au MAF est examiné. Toutes les personnes habitant à la même adresse constituent un ménage dans le cadre du MAF revenus.
- le MAF social est accordé à tous les ménages bénéficiant de l'IM. Pour eux, le plafond s'élève toujours à 450 EUR par an. Le bénéficiaire de l'IM, son compagnon ou sa compagne et leurs personnes à charge sont considérés comme un ménage entrant en ligne de compte pour le MAF social.

Des mesures de protection supplémentaires sont prévues pour tous les enfants âgés de moins de 19 ans et pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées. Pour des informations complètes sur le MAF et en particulier sur les mesures spécifiques pour les moins de 19 ans, vous pouvez consulter le site web de l'INAMI



Plus d'informations sur le MAF sur le site : www.inami.be, rubrique Accueil >Citoyen> Frais médicaux> Maximum à facturer (MAF)

MÉTHODE

Pour le MAF revenus, le SCA détermine les catégories de revenus des ménages sur base :

- des informations concernant les ménages transmises par les O.A.
- des informations concernant les revenus des ménages transmises par le SPF Finances.

Sur base des informations relatives aux revenus, les ménages sont classés dans une catégorie de revenu. A chaque catégorie correspond un montant plafonné: au plus le revenu est important, au plus le plafond est élevé. Il existe 5 catégories de revenu dans le cadre du MAF. Dans le cadre de l'échange de données entre le SCA et l'INAMI, ces catégories sont identifiées par une lettre (de B à F).

Tous les ménages sont contrôlés au niveau de leur composition. Le contrôle consiste en une comparaison entre les données relatives aux ménages transmises par les O.A. et celles reprises dans le Registre national. Lorsque la composition de ménage est correcte, les données fiscales des membres du ménage sont demandées auprès du SPF Finances.

Une année MAF se clôture deux ans après l'année civile concernée étant donné que les attestations de soins peuvent être introduites jusqu'à deux ans après la date de prestation. Exemple: les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2007 ont été clôturés au 31 décembre 2009 et ceux pour l'année MAF 2008 n'ont été au 31 décembre 2010.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous présente :

- le nombre de fichiers transmis par les O.A.
- le nombre de ménages dont les dépenses en soins de santé (le ticket modérateur) ont atteint le montant plafonné de 450 EUR
- le nombre et le pourcentage d'erreurs relevées dans les compositions de ménage.

Tableau 18 - Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné et d'erreurs dans la composition du ménage en 2010 et 2011				
Année	Nombre de fichiers	Ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR	Erreurs dans la composition de ménage	Pourcentage d'erreurs dans la composition de ménage
2010	386	1.186.598	2.574	0,21%
2011	406	1.350.500	4.377	0,32%

Le nombre de ménages comptabilisés dans le tableau 18 correspond aux ménages repris dans le Registre national qui dépassent le plafond de dépenses de 450 EUR. Pour ces ménages, les catégories de revenu pour l'année MAF sont déterminés. Tous ces ménages ne bénéficient pas nécessairement de remboursements effectifs. C'est le cas uniquement lorsqu'ils atteignent effectivement le montant plafonné qui correspond à leur catégorie de revenus.

Contrôle systématique de l'intervention majorée (y compris statut omnio)

PRINCIPE

Les assurés qui bénéficient de l'IM paient, pour chaque prestation de santé, des montants moins élevés que ceux habituellement prévus par l'assurance soins de santé.

Le droit à l'IM est accordé à trois catégories d'assurés :

- **les assurés qui bénéficient d'avantages sociaux** bénéficient automatiquement du droit à l'IM. Il s'agit des :
 - personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration du Centre public d'action sociale (CPAS)
 - personnes qui ont droit à une aide sociale octroyée par le CPAS
 - personnes bénéficiant d'une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une majoration de rente
 - personnes bénéficiant d'une allocation aux personnes handicapées du SPF Sécurité sociale
 - enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées (reconnaissance d'au moins 66%).

L'IM dont bénéficie un titulaire est également accordée aux personnes à sa charge, à son compagnon de vie et aux personnes à charge de ce dernier.

- **les assurés qui justifient une qualité particulière** peuvent ouvrir le droit à l'IM si elles répondent à certaines conditions de revenus. Les intéressés doivent remplir une déclaration sur l'honneur et la transmettre à leur mutualité. Il s'agit de :
 - veuf/veuve, invalide, pensionné(e) ou orphelin(e) (VIPO)
 - personne reconnue handicapée (ne bénéficiant pas d'une allocation pour personnes handicapées)
 - chômeur/chômeuse complet(ète) de longue durée
 - résident(e) âgé(e) d'au moins 65 ans

- membre d'une communauté religieuse
- ancien fonctionnaire colonial
- fonctionnaire en disponibilité
- famille monoparentale
- bénéficiaire d'une allocation du Fonds mazout.

L'IM dont bénéficie un titulaire est également accordée à son époux ou à son compagnon de vie ainsi qu'aux personnes qu'ils ont chacun à charge.

- **les assurés qui bénéficient du statut OMNIO** identifiés comme ménages à faible revenu se voient accorder le droit à l'IM. Cette mesure de protection étend le droit à l'IM aux assurés issus de ménages à faible revenu mais qui ne possèdent pas une qualité particulière (cf. catégorie précédente). Les ménages qui entrent en ligne de compte comprennent toutes les personnes qui habitent officiellement à la même adresse au 1^{er} janvier de l'année de la demande du statut OMNIO.

Les assurés qui justifient une qualité particulière et les assurés sociaux qui bénéficient du statut OMNIO doivent remplir une déclaration sur l'honneur concernant leurs revenus bruts imposables. Ces revenus doivent être inférieurs à un certain montant qui varie en fonction de la taille du ménage (montant X pour la première personne auquel s'ajoute un montant supplémentaire Y par membre du ménage supplémentaire).

MÉTHODE

Les trois catégories d'assurés précitées sont traitées différemment :

- pour les assurés qui bénéficient d'avantages sociaux, les données sur les ménages sont communiquées au SCA qui ne procède pas au contrôle des données financières
- pour les assurés qui justifient une qualité particulière, les données sur les ménages sont communiquées au Service via un flux de données. Les revenus de ces ménages sont demandés au SPF Finances et leur droit à l'IM est ainsi contrôlé
- pour les assurés qui bénéficient du statut OMNIO, les données sur les ménages sont communiquées via un flux de données distinct. Les revenus de ces ménages sont demandés au SPF Finances et leur droit à l'IM est ainsi contrôlé.

Le contrôle est effectué sur base des revenus de l'année x-2. Il donne lieu à une prolongation ou à la fermeture du droit à l'IM ou au statut OMNIO. Un fichier contenant toutes les personnes qui, au 1^{er} janvier de l'année concernée, bénéficient de l'IM est envoyé annuellement par les O.A. au SCA. Un fichier séparé contenant tous les titulaires du statut Omnio de l'année précédente est également transmis. Tous les titulaires sont alors intégrés dans le répertoire de la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS).

Pour les bénéficiaires de l'IM et du statut OMNIO, les données de revenus sont demandées au SPF Finances. Ces données sont ensuite transmises aux O.A. qui contrôlent leurs droits en calculant les revenus du ménage. Le résultat de ce calcul peut aboutir au franchissement du plafond BIM ou à une prolongation du droit d'une année.

Ce calcul est parfois nécessaire lorsque l'O.A. ou la mutualité doit vérifier si les revenus des enfants peuvent être exonérés, les enfants bénéficiant encore d'allocations familiales, ou si une déduction du revenu cadastral est possible pour l'habitation propre.

L'O.A. envoie ensuite un feedback des contrôles des revenus au SCA. Dans ces fichiers apparaissent les ménages pour lesquels il a été mis fin au droit à l'IM ou qui ont entre-temps changé de mutualité.

Avant de demander les données fiscales pour les ménages OMNIO et de les transmettre aux O.A., la composition des ménages est contrôlée. Comme pour le MAF, le contrôle consiste en une comparaison entre la composition de ménage reprise dans les fichiers des O.A. avec celle du Registre national. Pour toutes les compositions de ménage qui sont exactes, les données fiscales des membres de la famille sont demandées au SPF Finances. Ces données sont additionnées pour le ménage. Les revenus individuels et ceux de l'ensemble du ménage sont alors transmis aux O.A.

RÉSULTATS

D'après le fichier annuel, 1.348.750 personnes bénéficiaient de l'IM au 1^{er} janvier 2010. Au 1^{er} janvier 2011, le fichier annuel en dénombre 1.437.199. Dans le tableau suivant, le nombre de bénéficiaires est repris par O.A..

O.A.	Total 2010	Total 2011
100	531.193	549.172
200	57.437	62.481
300	486.960	535.957
400	77.196	80.455
500	167.282	177.315
600	18.749	22.084
900	9.933	9.735
Total	1.348.750	1.437.199

Le tableau suivant présente le nombre de ménages contrôlés ainsi que le nombre et le pourcentage de ménages OMNIO dont la composition de ménage est incorrecte. Ces nombres diffèrent par rapport au tableau précédent qui détaille le nombre de bénéficiaires tandis que celui-ci présente le nombre de ménages qui bénéficient de l'IM, plusieurs bénéficiaires pouvant faire partie d'un même ménage.

Année	Nombre de ménages	Nombre d'erreurs dans la composition du ménage	Pourcentage d'erreurs dans la composition du ménage
2010	84.068	536	0,64
2011	97.307	806	0,83

Remarque: le nombre de ménages enregistrés n'est pas égal au nombre de bénéficiaires, plusieurs bénéficiaires pouvant faire partie d'un même ménage OMNIO.

b. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires

Bons de cotisation

PRINCIPE

L'obligation de cotisation doit en principe être remplie pour prétendre à l'assurance SSI. Pour attester le paiement de cotisations suffisantes, une attestation électronique de cotisations est établie par l'ONSS. Avant le 1^{er} décembre de chaque année, les O.A. vérifient si les droits de leurs affiliés peuvent être prolongés. Lorsque l'assurabilité d'un travailleur présente des manquements, un bon de cotisation (électronique) faisant défaut, étant erroné ou incomplet, les O.A. font appel au SCA pour contrôler ces manquements.

MÉTHODE

Si un bon de cotisation électronique fait défaut, la direction a pour compétence de rédiger une attestation d'assurabilité provisoire sur la base des pièces communiquées par l'O.A. (une fiche de paie par exemple) et de la lui transmettre.

Il n'y a pas de délais fixes pour l'envoi des demandes et des réponses dans ce processus. On enregistre à peu près un envoi par semaine. Les O.A. examinant au plus tard le 1^{er} décembre si l'assurabilité de leurs affiliés peut être prolongée, le nombre de demandes augmente fortement de janvier à mars.

La procédure de traitement des demandes diffère d'une demande à l'autre. Un certain nombre de banques de données de la BCSS sont utilisées: les flux électroniques relatifs aux bons de cotisation électroniques des assurés (flux A908), les flux électroniques qui reprennent les bons de cotisation des assurés qui ont été transmis sur papier (flux A911), le Registre national et le répertoire des employeurs. Pour les demandes de duplicatas, il est également pris contact avec Sigedis, la banque de données des carrières. Les demandes de duplicatas concernent des dossiers pour lesquels l'O.A. a du mal à identifier le travailleur. Cela arrive parfois lorsqu'il y a une erreur dans le Numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS) utilisé par l'O.A..

Pour les demandes relatives à des bons incomplets, manquants ou ceux pour lesquels le travailleur ne peut être identifié, l'O.A. fournit des preuves supplémentaires au SCA pour prendre une décision fondée sur ces éléments.

RÉSULTATS

5.000 demandes ont été examinées dans le courant de l'année 2010. Dans à peu près 20% des cas, un examen supplémentaire auprès de l'ONSS ou de l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) s'imposait.

Type de demande	Nombre de demandes en 2010	Nombre de demandes en 2011
Demandes de duplicatas	2667	3143
Problèmes de qualité	108	99
Bon incomplet	65	129
Absence de bon	1531	1245
Problèmes d'identification	80	70

Attestations de pension

PRINCIPE

L'attestation de pension atteste la qualité de titulaire pensionné au sens de l'assurance soins de santé, qualité qui constitue en soi la condition d'octroi du droit aux interventions de l'assurance soins de santé. Cette attestation doit en principe être fournie par l'instance chargée du paiement des pensions. En cas de perte ou de problèmes d'échange électronique de ces attestations, l'O.A. ou l'assuré social peut demander un duplicata de l'attestation de pension au SCA.

MÉTHODE

Le SCA reçoit les demandes par lettre, par courriel ou exceptionnellement au terme d'un entretien personnel avec l'assuré. Les duplicatas sont uniquement délivrés aux assurés sociaux pensionnés qui résident en Belgique. La plupart des demandes émanent des O.A..

RÉSULTATS

Un grand nombre de demandes ne sont pas justifiées. Un duplicata n'est délivré que dans environ 35% des cas. Dans les autres cas, une attestation de pension électronique originale fait défaut ou n'a pas été envoyée (dans ce cas, le problème se situe généralement au niveau de l'institution de paiement de pensions). Un duplicata ne peut par conséquent pas être délivré.

Tableau 22 - Aperçu du nombre d'attestations de pension envoyées en 2010 et 2011

Année	Nombre d'attestations envoyées
2010	133
2011	385

c. Gestion et contrôle de l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative

Gestion et contrôle des mutations individuelles

PRINCIPE

Une mutation individuelle signifie qu'un assuré qui a la qualité de titulaire change d'O.A. : il s'affilie à un autre O.A. que celui auquel il était affilié. Une mutation a lieu le premier jour de chaque trimestre (aux 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre). Dans ce cas, le nouvel O.A. est tenu de transmettre la demande de mutation à l'ancien O.A..

Pour chaque demande, refus ou autorisation de mutation, le SCA reçoit une copie.

MÉTHODE

Le SCA reçoit une copie papier des demandes de mutation (formulaire 551), des refus de mutation (formulaire 552) et des demandes de mutation acceptées (formulaire 554).

Des discussions ont été entamées avec les O.A. dans le but d'aboutir à un flux électronique relatif aux mutations. Ce flux permettrait une meilleure exploitation des données et une simplification administrative pour les O.A. et le SCA.

RÉSULTATS

Le nombre de demandes de mutation (formulaire 551) envoyées au Service en 2010 s'élève à 80.000. Un comptage manuel des attestations n'a pas été effectué en 2011. Nous ne disposons donc pas de chiffres pour 2011.

Feedback concernant les assujettissements erronés à la Sécurité sociale

PRINCIPE

La qualité de travailleur salarié titulaire constitue une des principales qualités prévue par l'assurance SSI.

Il arrive qu'un travailleur salarié soit assujetti à tort (erronément) à la Sécurité sociale en qualité de travailleur salarié (son activité devant par exemple être considérée comme une activité exercée en qualité de travailleur indépendant). Il faut alors régulariser cette qualité.

MÉTHODE

Le SCA gère l'échange de données relatives aux assujettissements erronés non frauduleux. L'ONSS informe le Service d'un assujettissement erroné en qualité de travailleur salarié. Le SCA examine à quelle période se situe l'assujettissement erroné et à quelle mutualité l'intéressé était affilié dans la période concernée.

Pour connaître l'historique d'affiliation, les données d'affiliation sont demandées au Collège intermutualiste national (CIN) pour toute la période d'assujettissement erroné. L'O.A. est ensuite informé de l'assujettissement erroné du titulaire concerné en qualité de travailleur salarié.

Ensuite, le SCA est informé par l'O.A. de la manière dont la situation d'assurabilité a été régularisée.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre d'avis d'assujettissements erronés d'assurés sociaux envoyés par l'ONSS au SCA.

Année	Nombre d'avis réceptionnés
2010	969
2011	486

d. Études et analyses des données d'assurabilité

Informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance

PRINCIPE


Le fichier des effectifs des O.A. constitue la seule banque de données à l'INAMI qui donne une image globale de la population des assurés sociaux en Belgique. Ce fichier constitue donc une importante source de données permettant de déterminer et d'améliorer l'accessibilité administrative et financière de l'assurance SSI.

MÉTHODE

Chaque O.A. envoie au SCA, deux fois par an, un fichier anonymisé des effectifs. Ce fichier comprend tous les bénéficiaires de l'assurance SSI en Belgique qui sont affiliés à l'O.A. en question au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

RÉSULTATS

Les analyses des données dans les fichiers des effectifs sont disponibles dans le rapport annuel 2010 et 2011 de l'INAMI et disponibles sur le site web de l'INAMI.

 Plus d'infos sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des effectifs

Par ailleurs, des analyses sont effectuées à la demande d'autres services de l'INAMI ou des citoyens.

En 2010, 41 questions émanant des affiliés et portant sur les chiffres relatifs aux données d'assurabilité ont obtenu réponse. La plupart des questions portent sur le nombre de bénéficiaires par régime, le nombre de bénéficiaires de l'IM et/ou du statut OMNIO, parfois même par commune, province ou arrondissement.


En 2011, 38 questions ont été traitées.

Chiffres trimestriels concernant le Maximum à facturer

PRINCIPE

Dans le cadre du MAF, ce sont les mutualités qui, sur base du revenu qui leur a été communiqué par le SCA, remboursent intégralement les prestations aux membres du ménage. Le SCA n'a connaissance ni des ménages qui atteignent les montants plafonnés ni des montants qu'ils se voient rembourser.

Outre le MAF revenus, il existe aussi un MAF social. Les ménages bénéficiaires de ce MAF social n'apparaissent pas dans l'échange de données entre les O.A. et le SCA. Par conséquent, pour donner une idée du nombre de personnes, du nombre de ménages et des dépenses du MAF, les O.A. transmettent trimestriellement des chiffres au Service.

 Les principes du MAF figurent dans le chapitre relatif à l'échange de données MAF.

PROCÉDURE

Tous les trois mois, les O.A. envoient des données chiffrées concernant le nombre de bénéficiaires du MAF et le montant total des remboursements par catégorie et par année de référence. Les chiffres ne concernent pas uniquement le MAF revenus mais aussi le MAF social, le MAF pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et le MAF pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées. Ces statistiques ont été établies pour pouvoir suivre les résultats et l'incidence des mesures MAF Facturation à 100% et MAF Malades chroniques. Ces données sont conservées et totalisées annuellement par le SCA.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente les chiffres au 31 décembre 2010 pour l'année MAF 2010. Ces chiffres sont des chiffres agrégés pour l'ensemble des O.A. pour les années MAF 2010 et 2011 au 1^{er} janvier 2012. Pour l'année MAF 2010, les données sont également communiquées au 1^{er} janvier 2011, ce qui permet de comparer les deux années MAF.

Tableau 24 - Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2010 au 1 ^{er} janvier 2011 et 2012, et pour l'année MAF 2011 au 1 ^{er} janvier 2012.			
Bénéficiaires du MAF	MAF 2010		MAF 2011
	Au 1.1.2011	Au 1.1.2012	Au 1.1.2012
MAF social	150.180	283.977	201.763
MAF revenus (450 EUR)	81.721	207.176	124.466
MAF revenus (650 EUR)	183.019	339.603	240.424
MAF revenus (1.000 EUR)	58.933	139.346	92.896
MAF revenus (1.400 EUR)	17.582	47.570	30.396
MAF revenus (1.800 EUR)	23.179	71.860	46.499
Allocations familiales majorées	338	588	507
Enfants âgés de moins de 19 ans	4.240	8.615	6.711
Total	519.192	1.098.735	743.662

Les nombres sont ventilés par catégorie : MAF revenus et autres types de MAF tels que le MAF social, la mesure pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées et le MAF pour les enfants âgés de moins de 19 ans.

e. Décisions en matière d'assurabilité : cas particuliers

PRINCIPE

Dans des cas très particuliers concernant l'accès à l'assurabilité, le Service prend des décisions dans des dossiers ou prépare une décision qui sera prise par un autre service de l'INAMI. Il s'agit de cas exceptionnels. La plupart des décisions dans un dossier d'assurabilité sont prises par la mutualité ou l'O.A..

Les décisions prises par le Service ou les décisions préparées pour un autre service de l'INAMI dans le cadre d'un dossier concret sont les suivantes :

- demande d'inscription avec effet rétroactif
- demande d'immunisation des périodes de séjour à l'étranger
- demande de dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé
- demande de renonciation à la récupération de prestations de santé.

Le Service dresse en outre la liste des modalités de preuve pour certaines qualités ainsi que la liste des pièces justificatives pour les types de cotisation spécifiques de l'assurabilité. Quelques exemples :

- demande de reconnaissance de la preuve de séjour en Belgique et de cohabitation avec le titulaire, pour certains enfants inscrits comme personnes à charge
- demande de reconnaissance des moyens de preuve de l'inscription comme personne inscrite au Registre national ("résidents"), pour les personnes qui ne sont pas encore inscrites au Registre national (en attendant leur inscription)
- prévoir des modalités de preuve de l'inscription de certaines catégories d'étrangers comme personnes inscrites au Registre national ("résidents")
- prévoir des modalités de preuve pour les étrangers mineurs non accompagnés
- actualisation de la valeur minimale dans le cadre de l'obligation de cotisation
- élaboration d'attestations de cotisation spécifiques pour les chômeurs qui suivent une formation professionnelle et qui sont victime d'un accident de travail
- agrément d'établissements d'enseignement relevant de l'enseignement supérieur
- attestations pour les militaires bénéficiant de l'IM.

MÉTHODE

La décision finale dans les dossiers d'accessibilité administrative appartient au fonctionnaire dirigeant du SCA ou au fonctionnaire délégué. Le SCA reçoit les demandes et prépare une décision.

Ce sont les O.A. qui peuvent introduire une demande pour les assurés sociaux concernés.

La procédure et la décision finale pour les demandes de renonciation à la récupération de prestations de santé sont différentes de celles pour les demandes susmentionnées. C'est le SCA qui reçoit les demandes des O.A. et qui prépare la décision. Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI prend la décision finale, après avis du groupe de travail "Assurabilité".

Ces modalités de preuve sont contenues dans plusieurs circulaires qui sont régulièrement mises à jour, si nécessaire.

RÉSULTATS

Tableau 25 - Aperçu du nombre de demandes adressées au Service, ventilées par type de demande		
Type de demande	2010	2011
Inscription rétroactive	15	42
Reconnaissance des moyens de preuve "résident"	5	4
Immunsation des périodes de séjour à l'étranger	80	132
Dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé	1	3
Renonciation à la récupération de prestations de santé	30	8

f. Cartes SIS perdues

PRINCIPE

La carte d'identité sociale (carte SIS) contient des informations relatives au statut de l'assuré, c'est-à-dire son accès administratif et financier à l'assurance. Ces informations concernent entre autres la qualité de l'assuré social, son droit, s'il bénéficie ou non de l'IM de l'assurance.

La carte SIS est un instrument d'identification unique pour le secteur de la sécurité sociale. Elle est gérée par la BCSS. C'est la BCSS qui gère la réglementation relative à la forme et aux données que la carte SIS contient, les lecteurs de cartes, le fichier qui répertorie toutes les cartes.

Par contre, ce sont les O.A. qui sont chargés de fournir les cartes SIS aux assurés. Elles sont principalement utilisées dans le cadre de l'assurance SSI, surtout dans le cadre de l'assurance soins de santé.

MÉTHODE

Le SCA contrôle la délivrance, le remplacement et le renouvellement des cartes SIS.


Dans le cadre de cette mission, le SCA informe les O.A. ainsi que la BCSS des pertes de cartes SIS qui lui sont signalées.

RÉSULTATS

Le nombre de cartes SIS perdues s'élevait à 125 en 2010 et à 250 en 2011.

II. Responsabilisation et régulation

1. Responsabilisation financière des O.A.

 Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM. Sur base de ces données, l'OCM évalue les prestations de gestion des O.A. et, lorsque des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée aux O.A. (la partie variable des frais d'administration) en fonction de l'ampleur de ces manquements.

Ainsi, pour les années 2010-2011, le SCA a porté son attention sur:

- les informations à communiquer à l'OCM dans le cadre des critères d'évaluation actuels
- la formulation de propositions de modernisation et d'amélioration des critères d'évaluation actuels.
- l'analyse des systèmes de gestion des plaintes des O.A.

a. Informations communiquées à l'OCM - Critères d'évaluation actuels

PRINCIPE

En application de l'A.R. du 28 août 2002, modifié par l'A.R. du 21 décembre 2006, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

Ces données sont utilisées par l'OCM pour évaluer les prestations de gestion des O.A.. Si des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits de la partie variable des frais d'administration octroyés aux O.A. et ce, proportionnellement à l'ampleur des manquements.

L'AR du 28 août 2002 mentionne dix critères dont six (les critères 1 à 5 et le critère 9) pour lesquels l'INAMI fournit des informations permettant d'évaluer les performances de gestion des O.A..

Critère 1:

- la communication dans les délais des données nécessaires pour atteindre les objectifs mentionnés dans le Contrat d'administration et la qualité des données
- l'exécution, dans les délais et de manière correcte, des tâches et missions visées dans le Contrat d'administration.

Critère 2:

- les délais dans lesquels sont traités les dossiers auxquels s'applique la réglementation relative au MAF et la rigueur dans la gestion de ces dossiers
- la rapidité de satisfaction aux autres obligations en matière de remboursement.

Critère 3:

- la transmission, dans les délais prévus et dûment établis, des documents administratifs, comptables, financiers et statistiques légalement prévus
- la transmission, dans les délais, des données correctes et complètes nécessaires aux experts qui sont chargés d'élaborer les paramètres qui serviront à établir la clé de répartition normative dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A..

Critère 4:

- la qualité de la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique, notamment la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires.

Critère 5:

- l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne porte sur:
 - le respect des modalités particulières de remboursement des prestations
 - la récupération des paiements subrogatoires ou indus
 - la qualité des contrôles de validité institués en vue du remboursement et du décompte corrects des prestations et la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité de ces prestations
 - la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité du Résumé clinique minimum
 - la présence d'une faute, erreur ou négligence, lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail pour les demandes de renonciation à la récupération de l'indu introduites auprès du Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI.

Critère 9:

- la bonne exécution des tâches dévolues aux médecins-conseil
- la transmission dans les délais et la bonne qualité des données nécessaires à l'exécution des missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

MÉTHODE

Le SCA est chargé de recueillir l'ensemble des données prévues par les 6 critères précités et ce auprès de chaque Service de l'INAMI. Le SCA les communique ensuite à l'OCM.

Outre la coordination de ces données, le SCA élabore lui-même une partie des données prévues pour les critères un, deux, trois et cinq.

Critère 1:

Pour ce qui concerne l'objectif de développement du rôle d'audit et de conseil des services d'inspection de l'INAMI auprès des mutualités et des organes de gestion, les résultats de tous les contrôles thématiques réalisés par le SCA sont pris en considération.

Critère 2:

Le SCA fournit des données relatives aux délais dans lesquels les dossiers du MAF sont traités (données exprimées en nombre de jours de retard), à l'exactitude dans le cadre de la gestion des dossiers (données exprimées en nombre d'enregistrements rejetés) et à la fourniture des statistiques MAF trimestrielles.

Critère 3:

documents administratifs, comptables, financiers et statistiques prévus par la loi. Dans ce cadre, le SCA transmet des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les documents administratifs (fichiers de données) relatifs à l'IM, aux effectifs et à l'article 195 sont transmis par les O.A.. Le SCA transmet également des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les documents financiers et comptables sont transmis par les O.A. (documents T20 et article 336)..

Critère 5:

- En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la récupération en cas de paiement subrogatoire ou de paiement indu, le SCA s'occupe:
 - des résultats du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués au O.A. effectué par les inspecteurs sociaux du SCA dans le cadre de l'article 195 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
 - du contrôle de la récupération des paiements entraînant une augmentation des frais d'administration attribués à l'O.A.

- du contrôle des listes nominatives telles qu'elles sont introduites par l'O.A. en ce qui concerne les récupérations dans le cadre des articles 136, § 2, et 164 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
- En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la présence d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail, et lorsque le Comité de gestion du Service des indemnités renonce à la récupération des montants indus, le SCA fournit des données relatives aux cas et montants pour lesquels il a été renoncé à une récupération en raison de la constatation par le SCA d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A..

RÉSULTATS

En 2010, le SCA a fourni les données suivantes :

- le rapport du contrôle thématique relatif au régime des indépendants
- le rapport du contrôle thématique relatif aux assujettissements erronés et fictifs au régime
- les fichiers concernant le MAF et les effectifs
- les documents financiers T20 et article 336
- les fichiers concernant la transmission des données relatives à l'IM et la transmission des données article 195
- le rapport du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A.
- le rapport relatif au data-matching fraude sociale concernant les indicateurs de fonctionnement des O.A. et des mutualités dans le cadre du contrôle des cumuls interdits
- les cas et montants pour lesquels il a été renoncé à la récupération alors que le SCA a constaté une faute, erreur ou négligence.

En 2011, le SCA a fourni les données suivantes :

- le rapport du contrôle thématique BIM
- le rapport du contrôle thématique assurance chômage et assurance maladie invalidité
- les fichiers concernant le MAF et les effectifs
- les documents financiers T20 et article 336
- les fichiers concernant la transmission des données relatives à l'IM et la transmission des données article 195
- le rapport du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A.
- le rapport relatif au data-matching fraude sociale concernant les indicateurs de fonctionnement des O.A. et des mutualités dans le cadre du contrôle des cumuls interdits
- les cas et montants pour lesquels il a été renoncé à la récupération alors que le SCA a constaté une faute, erreur ou négligence.

En 2010 et 2011, un rapport de synthèse reprenant l'ensemble des données d'évaluation fournies par l'INAMI a été réalisé et transmis à l'OCM afin de déterminer la partie variable des frais d'administration octroyés aux O.A..

Un rapport spécifique reprenant les données établies par le SCA a également été envoyé aux O.A..

b. Proposition de modernisation

PRINCIPE

En exécution de l'article 44 du Contrat d'administration 2010-2012 conclu entre l'État belge et l'INAMI, l'INAMI s'est engagé à formuler des propositions de modernisation des critères d'évaluation relatifs à la responsabilisation financière des O.A. par rapport à leurs frais d'administration.

Plus d'informations ? Consultez nos rapports 2010 et 2011 "Responsabilisation financière des organismes assureurs - Données communiquées à l'OCM pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2011, publications mars 2011 et mars 2012.

L'ensemble des critères actuels reflète partiellement le fonctionnement des O.A.. Il existe également, pour certains critères, des imprécisions ou une marge d'interprétation. Certains critères sont devenus moins pertinents. Le système actuel implique par ailleurs une charge de travail considérable pour un impact parfois trop restreint.

Une réflexion a été menée afin de prévoir des critères précis, objectifs et contrôlables englobant une majeure partie du mode de fonctionnement des O.A..

MÉTHODE

En concertation avec l'OCM, les O.A. et chaque Service de l'INAMI, le SCA a formulé des propositions concrètes en vue de l'adaptation et de l'amélioration des critères actuels.

L'idée de départ était d'apporter une réponse à la question suivante : qu'est-ce qu'une mutualité qui fonctionne bien ?

Pour répondre à cette question, les processus cruciaux suivants ont été identifiés, processus qui reflètent le fonctionnement des O.A. à un niveau global :

- obligation d'information aux assurés sociaux
- octroi correct, uniforme et dans les délais de droits en matière de soins de santé et d'indemnités
- exécution des paiements correcte, uniforme et dans les délais
- détection et suivi scrupuleux des récupérations
- organisation des mécanismes de contrôle nécessaires aux différents niveaux
- collaboration avec l'INAMI et collaboration à l'exécution de la politique du Ministre des Affaires sociales
- gestion comptable.

RÉSULTATS

Le SCA, en collaboration avec les différents Services de l'INAMI, les O.A. et l'OCM a élaboré un rapport en décembre 2011 proposant une nouvelle méthode d'évaluation de la performance de gestion des O.A.. Le rapport ainsi qu'une proposition d'initiative législative ont été transmis pour étude au Ministre des Affaires sociales.

c. Systèmes de gestion des plaintes des O.A.

PRINCIPE

Dans le cadre de l'évaluation des performances de gestion des O.A., le SCA a procédé en 2010 à l'analyse des systèmes de gestion des plaintes⁵ des O.A.. L'objectif consistait à dresser un état des lieux des mécanismes de gestion des plaintes existant au sein des O.A. pour développer une réflexion autour de nouvelles règles en la matière.

MÉTHODE

Pour atteindre cet objectif, un questionnaire a été établi relatif à :

- l'organisation lors de la réception des plaintes : l'union a-t-elle développé un système de gestion des plaintes ? L'intéressé a-t-il été informé de la possibilité d'introduire une plainte ? Les plaintes sont-elles centralisées ? Les plaintes sont-elles enregistrées ?
- au traitement des plaintes : Un accusé de réception est-il envoyé ? Qui traite la plainte dans son contenu et dans quel délai ?

5 Prévus dans le cadre du contrat d'administration de l'article 44 conclu entre l'Etat et l'INAMI.

- à l'enregistrement et le reporting des plaintes : Un rapport d'analyse du système de plaintes est-il établi ? Quels indicateurs et données sont repris dans le rapport d'analyse ? A qui le rapport est-il destiné ?
- au suivi des plaintes : Des recommandations structurelles sont-elles formulées sur base du rapport d'analyse ? Quel en est l'impact ?

A l'aide de ce questionnaire, des entretiens avec les personnes de contact des O.A. ont eu lieu. Un rapport a été établi et soumis à la validation de la personne interviewée pour d'éventuels compléments et corrections.

RÉSULTATS

L'enquête établit qu'un système de gestion des plaintes formalisé existe dans la plupart des unions nationales. Lorsque la gestion des plaintes est formalisée, la réception, le traitement et le suivi des plaintes passent par un circuit spécifique. La plupart du temps, un rapport d'analyse annuel est rédigé afin d'identifier les causes des plaintes et de formuler des recommandations pour améliorer les pratiques qui les engendrent.

Lorsque la gestion des plaintes n'est pas formalisée, les plaintes sont traitées selon leur contenu par le service compétent au sein des mutualités ou des unions nationales. Dans ce cas, le suivi et le rapport sont rarement systématisés.


Les plaintes introduites en première ligne (dans les mutualités) sont la plupart du temps gérées au niveau des mutualités. A cet égard, certaines unions nationales rédigent un canevas général destiné aux mutualités afin de leur faciliter le traitement des plaintes de première ligne. Néanmoins, certaines plaintes introduites en première ligne sont traitées au niveau des unions nationales, notamment lorsque les mutualités ne s'estiment pas compétentes ou lorsque les plaintes sont directement rédigées à l'attention des unions nationales.

Les plaintes introduites directement auprès des unions nationales sont en principe centralisées auprès d'un service spécifique (service juridique, service technique, expert), voire auprès d'un ombudsman qui, selon le contenu de la plainte, se chargera du traitement de celle-ci ou la communiquera à la mutualité concernée.

Le rapport récapitulatif constitue une première étape pour atteindre le but final, à savoir l'harmonisation et la consolidation des systèmes de plaintes entre les O.A. et l'INAMI..

2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant

Dans une série de matières qui relèvent des missions du SCA, le fonctionnaire dirigeant a le pouvoir de prendre des décisions en disposant d'une latitude d'appréciation dans le respect de la légalité. Il s'agit de la compétence "discrétionnaire" du fonctionnaire dirigeant.

 Plus d'informations ? Consultez notre rapport "Les systèmes de gestion des plaintes des organismes assureurs - Rapport d'analyse 2010, publication novembre 2010.

Le fonctionnaire dirigeant statue dans les domaines suivants :

- les sanctions et amendes administratives applicables aux assurés sociaux, O.A., dispensateurs de soins
- l'examen des autres moyens de preuves que ceux déterminés par la Loi, pour attester de la cohabitation, en ce qui concerne les personnes à charge, ou pour attester de la résidence en Belgique, en ce qui concerne les "résidents"
- les demandes d'inscription à un O.A., avec effet rétroactif.
- la récupération d'un indu en indemnités d'incapacité de travail au-delà de 7 ans
- les dispenses de prise en charge en frais d'administration des montants indus non récupérés par les O.A.
- les cas de force majeure qui peuvent suspendre le délai de prescription du paiement des prestations prévues par l'assurance SSI.

Les décisions prises dans ce cadre sont des décisions administratives dûment motivées et susceptibles de recours devant les juridictions du travail. La plupart de ces domaines prennent une place importante dans les activités du SCA. Certains domaines particuliers font l'objet d'un commentaire ci-après.

a. Sanctions administratives

Dans le cadre de la réglementation de l'assurance maladie-invalidité, le fonctionnaire dirigeant prend des décisions administratives en cas d'infractions à la réglementation. Il prononce des sanctions administratives à charge :

- des assurés sociaux
- des O.A.
- des dispensateurs de soins.

Sanctions à charge des assurés sociaux

PRINCIPE

La fraude sociale commise par les assurés sociaux varie en intensité et en formes: assujettissement fictif à la sécurité sociale, travail au noir, travail déclaré mais non autorisé par le médecin-conseil, fraude au domicile, fausses attestations de soins donnés, etc.

Ces infractions peuvent aboutir à l'établissement d'un P.V. de constat, à une récupération de prestations payées indûment et à une sanction administrative prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Le but de la récupération d'indu est de compenser le préjudice subi par l'assurance maladie-invalidité. Quant à la sanction ou la sanction avec sursis, elle a pour objectif de dissuader l'assuré à commettre à nouveau l'infraction.

Avant le 12 juin 2010, les sanctions administratives à charge des assurés du régime général étaient infligées sur base de l'A.R. du 10 janvier 1969⁶ et consistaient uniquement en une exclusion temporaire du droit aux indemnités pendant un certain nombre de jours et/ou une exclusion temporaire du droit aux remboursements des prestations de santé.

Un travail de réflexion mené par les juristes du SCA en collaboration avec des professeurs d'université spécialisés en la matière a conduit à la mise au point, en 2009 et 2010, de nouveaux textes en matière de réforme des sanctions et des instances du SCA. La création de la Commission technique du SCA en est un exemple.

6 A.R. du 10 janvier 1969 portant des sanctions administratives applicables aux bénéficiaires de l'assurance SSI.

L'A.R. de 1969 a été abrogé et remplacé par l'article 13 de la loi du 19 mai 2010⁷. Deux nouveaux articles ont été introduits dans la loi relative à l'assurance SSI coordonnée le 14 juillet 1994 : les articles 168quinquies et 168sexies.

Désormais, deux types de sanctions différentes sont prévues :

- une amende en soins de santé
- le maintien de la suspension temporaire de l'indemnisation dans le secteur des indemnités.

Les travailleurs indépendants sont quant à eux toujours sanctionnés sur base de l'A.R. du 20 juillet 1971 lequel prévoit un régime spécifique consistant uniquement en exclusion temporaire des indemnités.

Enfin, après l'entrée en vigueur des nouveaux textes, a été publié le Code pénal social⁸ qui procède à un inventaire et à une codification de toutes les infractions pénales en droit pénal social et les classe par niveau de gravité (de 1 à 4).

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction établi par un inspecteur social du SCA, un contrôleur social du SCA ou un médecin-inspecteur du SECM reprend les éléments constitutifs des infractions et est transmis au Service juridique du SCA.

Une copie du P.V. de constat établi est envoyée par le Service juridique à l'assuré par lettre recommandée. Pour les dossiers des contrôleurs sociaux, une copie du P.V. de constat est également envoyée à la mutualité, en vue de l'examen médical par le médecin-conseil et pour débiter la récupération des prestations indues.

Avant de prononcer une sanction administrative, le Service juridique écrit également à l'Auditeur du travail pour savoir si des poursuites pénales⁹ sont envisagées. En cas de poursuites pénales, le fonctionnaire dirigeant ne peut pas prononcer de sanction administrative, dans le respect du principe du "non bis in idem".

Le plus souvent, l'Auditeur du travail classe sans suite et le fonctionnaire dirigeant du SCA peut alors prononcer une sanction administrative après avoir invité l'assuré à faire valoir ses moyens de défense.

La décision de sanction administrative comporte les motifs de fait et de droit et comprend quatre parties :

- l'infraction
- la base légale
- la décision
- la voie de recours.

La durée de l'exclusion en indemnités est calculée par le Service juridique du SCA en fonction de certains critères. Avant le 12 juin 2010, seuls des minimas et maximas étaient prévus, sans échelon intermédiaire. Désormais, des critères de calcul de sanction du travail non autorisé sont précisés dans des niveaux intermédiaires et ce, en fonction de la durée de l'infraction (nombre de jours travaillés).

⁷ Loi du 19 mai 2010 portant des dispositions diverses en matière de santé publique, M.B., 2 juin 2010, deuxième édition.

⁸ Loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social, MB.1^{er} juillet 2010, en vigueur au 1^{er} juillet 2011.

⁹ Suite à l'évolution de la jurisprudence, des garanties procédurales ont été prévues afin de se conformer aux exigences du droit pénal via l'article 168sexies.

Le nombre d'infractions a été réduit de 12 à 5. Une amende payable à l'INAMI a été insérée dans la loi en ce qui concerne le faux en soins de santé.

De plus, certaines adaptations ont été faites en matière de circonstances atténuantes, aggravantes (travail au noir), de récidive, d'uniformisation de délais de prescription (3 ans).

Illustration ci-dessous :

Tableau 26 - Sanctions et amendes prévues par la loi de l'assurance SSI		
	Faux document ou fausse déclaration	Exclusion / amende
Art. 168quinquies §1	Soins de santé	Amende de 50 à 500 EUR
Art. 168quinquies §2, 1 ^o	Indemnités	Exclusion de 1 à 200 jours d'indemnités
Travail non autorisé - article 168quinquies §2, 2 ^o et 3 ^o		
	Jours de travail non autorisés	Jours d'exclusion
Art. 168 quinquies § 3		
1 ^o	De 1 à 30 jours	De 1 à 36 jours
2 ^o	De 31 à 140 jours	De 37 à 102 jours
3 ^o	De 141 à 185 jours	De 103 à 144 jours
4 ^o	186 jours et plus	De 145 à 180 jours

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2010 et 2011 dans le secteur des soins de santé et dans le secteur des indemnités.

Tableau 27 - Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2010 et 2011 par secteur		
Année	Nombre de sanctions en soins de santé	Nombre de sanctions en indemnités
2010	57	309
2011	75	347

Sanctions à charge des O.A.

PRINCIPE

Les O.A. collaborent à la gestion de l'assurance SSI. Ils sont également tenus de respecter certaines obligations en matière de gestion des dossiers d'assurance obligatoire de leurs affiliés. En cas de manquements, ils peuvent se voir infliger des amendes administratives par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Auparavant, ces sanctions étaient prévues par l'article 318 de l'A.R. du 3 juillet 1996 et étaient au nombre de 20. La loi du 19 mai 2010 les a également réformées et intégrées dans l'article 166 de la loi sur l'assurance SSI.

La réforme des sanctions aux O.A. a porté sur quatre lignes de force :

- l'accentuation d'une approche préventive par rapport à une conception purement répressive
- la nécessité de sanctionner des manquements structurels et répétitifs qui ont été constatés par les inspecteurs
- l'accroissement du montant des amendes lorsque certaines conditions d'application sont réunies
- la suppression de sanctions devenues obsolètes.

L'objectif de cette approche est de parvenir à une "application correcte et uniforme de la réglementation" par tous les O.A. garantissant ainsi une égalité de traitement entre les assurés quelle que soit leur affiliation mutualiste et à favoriser une "bonne gestion" des mutualités.

Les sanctions aux O.A. sont désormais au nombre de neuf et dans deux cas de problèmes d'organisation ou de gestion de dossiers, l'amende administrative a été augmentée à 1.250 EUR tandis qu'un avertissement et un délai de régularisation sont prévus.

Les sept autres sanctions administratives concernent des infractions constatées dans un dossier particulier. Elles visent l'absence d'interruption de prescription pour la récupération des paiements indus, l'absence d'inscription au compte spécial d'un indu constaté soit par l'O.A. lui-même, soit par le SCA.

Sont également visés le paiement par faute de l'O.A. mais aussi l'absence de régularisation en cas d'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée, l'absence de preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration.

Enfin, est sanctionnée l'inscription à tort sur les listes des montants effectivement récupérés d'un montant qui ne pouvait y figurer. La sanction immédiate aux O.A. est maintenue dans le cas d'infractions graves, qui portent atteinte aux fondements du régime de l'assurance SSI.

MÉTHODE

Le rapport de l'inspecteur social du SCA constate les manquements visés à l'article 166,§1 de la loi du 14 juillet 1994. Il est notifié à l'O.A. qui dispose de 2 mois pour faire valoir des moyens de défense.

Si l'O.A. envoie des moyens de défense, le service répond aux moyens de défense transmis. Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce l'amende si l'infraction est avérée. Des circonstances atténuantes sont prévues. Ces amendes sont payables par les O.A. à l'INAMI et sont elles aussi passibles de recours, mais dans le mois de leur prononcé, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

RÉSULTATS

En 2010 et 2011, 874 sanctions aux O.A. ont été prononcées.

Sanctions à charge des dispensateurs de soins

PRINCIPE

Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce également des sanctions administratives à charge des dispensateurs de soins dans certains cas, notamment pour non respect des honoraires. Ils sont sanctionnés par l'article 168 alinéa 3 de la loi relative à l'assurance SSI coordonnée le 14 juillet 1994. L'infraction est passible d'une amende administrative égale à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 125 EUR. L'A.R. du 17 septembre 2005 portant exécution de l'article 168, troisième et quatrième alinéa, décrit la procédure qui doit être respectée pour que des amendes administratives puissent être prononcées. L'article 168 alinéa 4 traite quant à lui du dépassement des honoraires par un dispensateur de soins conventionné.

En cas de retard dans la remise d'une attestation de soins par un dispensateur de soins, une amende peut aussi être prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA, un A.R. en fixant les modalités d'exécution. Le dispensateur de soins qui ne remet pas l'attestation de soins donnés au plus tard dans un délai fixé par le Roi est passible d'une amende administrative de 25 EUR par mois de retard sans que le montant de l'amende ne puisse excéder 250 EUR par document.

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction est établi et une copie du P.V. constatant l'infraction est transmise au contrevenant par lettre recommandée. Par la même notification, le contrevenant est prié de faire valoir ses moyens de défense au fonctionnaire dirigeant du SCA.

Le fonctionnaire dirigeant applique l'amende administrative et la décision est communiquée au contrevenant par lettre recommandée l'enjoignant de procéder au paiement de l'amende dans un délai de trois mois à partir de la date de la communication de la décision.

RÉSULTATS

En 2010, aucune sanction n'a été prononcée à charge de dispensateurs de soins.

En 2011, une amende de 5 150 EUR, une amende de 3 025 EUR et 2 avertissements ont été prononcés à charge de dispensateurs de soins pour délivrance tardive d'attestation de soins.

b. Décisions d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans

PRINCIPE

Le SCA et les mutualités elles-mêmes sont amenés couramment à détecter des montants indus, notamment en matière d'indemnités d'incapacité de travail à charge des assurés sociaux.

En application de l'article 326 §1 de l'A.R. du 3 juillet 1996, ces indus doivent être récupérés par les mutualités endéans un délai de 2 ans à dater de leur constatation. Les mutualités et les assurés sociaux peuvent cependant conclure une convention prévoyant un remboursement sur un plus long terme. Toutefois, en matière d'indus en indemnités d'incapacité de travail, lorsque le délai prévu dépasse 7 ans, l'accord du fonctionnaire-dirigeant du SCA est requis.

MÉTHODE

En accord avec l'assuré social, la mutualité envoie au SCA une demande de prolongation du délai de remboursement. Cette demande est accompagnée d'un dossier social reprenant les éléments d'information sur:

- l'indu
- sur la situation financière de la famille de l'assuré
- la reconnaissance de dette
- et la proposition du niveau du remboursement.

Le dossier est examiné au sein du service; un contrôle sur les ressources de l'assuré est notamment effectué par la consultation des bases de données (DMFA, documents de dépenses en indemnités ...). La proposition du délai est aussi analysée dans le but de ne pas étendre le délai de remboursement sur un trop grand nombre d'années, en tenant compte aussi de l'âge de l'assuré.

Le fonctionnaire-dirigeant prend sa décision sur base du dossier ainsi constitué. La décision peut être:

- positive
- positive avec une durée limitée dans le temps. Dans ce cas, une révision est programmée 2 ans plus tard avec un réexamen de la situation financière de l'intéressé.
- négative. Dans ce cas l'O.A. est invité à obtenir de l'assuré un nouvel accord avec des termes différents.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend, pour les années 2010 et 2011, le nombre de cas d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans.

Tableau 28 - Nombre de cas d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans traités en 2010 et 2011	
Année	Nombre de cas traités
2010	149
2011	98

c. Décisions de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés

PRINCIPE

S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes (article 327 de la loi SSI):

- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- si l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 300 EUR
- si la demande est introduite en dehors des délais.

MÉTHODE

Les dossiers pour lesquels une demande de dispense est introduite par l'O.A. sont examinés en mutualité. Les inspecteurs sociaux analysent les éléments du dossier par rapport au respect des 4 conditions d'application de l'article 327. Sur base de ce rapport, le fonctionnaire dirigeant prononce une décision négative ou positive. Suivant les cas, l'O.A. devra ou non prendre à charge de ses frais d'administration le montant indu non récupéré.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de demandes et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés au cours des années 2010 et 2011.

Année	Nombre de demande	Nombre de décisions positives
2010	289	191
2011	233	152

d. Suspension de prescription pour cause de force majeure

PRINCIPE

Selon les dispositions légales, le délai de prescription pour le remboursement de prestations en soins de santé et le paiement d'indemnités est de deux ans à partir de¹⁰ :

- la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis pour ce qui concerne les soins de santé
- de la fin du mois au cours duquel le paiement a été effectué pour ce qui concerne les indemnités.

Une exception est prévue¹¹ en cas de force majeure, c'est-à-dire : une situation indépendante de la volonté de celui qui en fait la demande.

Il faut qu'ait existé et persisté un événement qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité.

MÉTHODE

Une demande est introduite par l'assuré, un dispensateur de soins ou par l'O.A.. La décision est notifiée par lettre recommandée à l'assuré social et une copie de la décision est envoyée à l'O.A..

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous reprend le nombre de décisions d'accord de suspension de prescription pour force majeure et le nombre de décisions négatives prises par le fonctionnaire dirigeant, en 2010 et en 2011.

¹⁰ Article 174 de la loi du 14 juillet 1994.

¹¹ Prévues par l'article 328 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance SSI, coordonnée le 14 juillet 1994.

Tableau 30 - Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2010 et 2011

Année	Nombre de décisions positives	Nombre de décisions négatives	Nombre total
2010	449	81	530
2011	699	63	762

3. Contentieux

Tant les décisions du fonctionnaire dirigeant du SCA que les notifications adressées par le Service aux O.A. sont susceptibles de recours devant les juridictions du travail.

Trois types de contentieux retiennent plus particulièrement l'attention :

- le contentieux des sanctions aux assurés
- le contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure
- le contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration.

a. Contentieux des sanctions aux assurés

PRINCIPE

Le SCA prépare le point de vue qui sera coulé sous forme de conclusions par l'un des avocats de l'Institut. La thèse comporte :

- un point sur la recevabilité : le délai de recours a-t-il été respecté ? est-ce la compétence du Tribunal...
- les arguments de fait et de droit fondant la décision
- le dossier administratif contenant : la décision administrative litigieuse, le P.V. de constat, les P.V. d'audition éventuels, les autres documents de preuve et un inventaire des pièces.

MÉTHODE

Le SCA se base sur la jurisprudence pour étayer le point de vue et les décisions qui soutiennent le point de vue sont annexées et répertoriées.

S'ensuit un échange de conclusions avec le conseil de l'assuré, un avis de l'Auditeur du travail et à l'issue de la procédure judiciaire, un jugement qui pourra lui aussi faire l'objet d'un appel devant la Cour du travail, d'où découlera un arrêt.

Contre un jugement qui a été signifié, l'INAMI dispose d'un mois pour interjeter appel devant la Cour du travail, voire introduire un recours en cassation contre un arrêt de la Cour du travail.

Les jugements non-contestés et les arrêts constituent ainsi une jurisprudence qui évolue au cours des années et permet de tracer des lignes conductrices.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de décisions de sanctions à charge des assurés qui ont fait l'objet de nouveaux litiges devant les tribunaux du travail au cours des années 2010 et 2011.



Il convient de noter que les constatations des rapports d'inspection adressés aux O.A. devant les juridictions du travail sont minimes et ne font pas l'objet d'un commentaire dans ce rapport.

Tableau 31 - Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2010 et 2011	
Année	Nombre de litiges
2010	33
2011	43

JURISPRUDENCE

En 2010

Tout d'abord, en matière de P.V., il a été décidé que le délai de 14 jours pour la notification du P.V. à l'assuré prend cours le jour où les enquêteurs sont à même de connaître avec certitude tous les éléments constitutifs de l'infraction¹². Signalons que ce principe est explicitement repris par le Code pénal social.

Ensuite, en matière de sanctions à charge des assurés, certains arrêts intéressants ont été rendus en matière de travail au noir :

- A propos d'un assuré social ayant exercé une activité non autorisée dans le domaine de l'horeca pendant au moins 5 jours avec constat de visu et auditions de témoins à l'appui, la Cour du travail d'Anvers¹³, a confirmé la sanction de 72 jours d'exclusion prise sur base des articles 1er et 2, 4^e et 6^e de l'A.R. du 10 janvier 1969 parce que sur sa feuille de renseignements, il a déclaré qu'il n'exerçait plus d'activités pendant son incapacité et qu'il s'y était engagé à avertir immédiatement sa mutualité de tout changement pouvant se produire au cours de son incapacité. La Cour d'Anvers a estimé qu'en ne déclarant pas l'activité, l'assuré a établi une fausse déclaration et que la sanction est en proportion avec les infractions constatées.
- Suite à un appel de notre Institut contre un jugement qui réduisait la sanction du fonctionnaire dirigeant à 30 indemnités au lieu de 60, la Cour du travail a rétabli la sanction initiale. S'agissant d'une infirmière salariée qui avait repris une activité d'infirmière indépendante non déclarée, l'arrêt de la Cour du travail de Mons du 25 mars 2010 a estimé que l'intention frauduleuse était patente parce qu'en tant qu'infirmière elle connaissait parfaitement la réglementation de l'assurance SSI et qu'elle a usé de manœuvres pour dissimuler son activité et les revenus qu'elle en retirait, en laissant sa collègue attester les prestations qu'elle effectuait et en acceptant de ne percevoir que 50% de l'ensemble des forfaits accordés pour celles-ci. Les juges ont estimé que le caractère intentionnel de la fraude, la durée de la période infractionnelle et l'importance de l'indu qui en est résulté auraient justifié une sanction particulièrement sévère et qu'en réduisant la sanction au tiers du maximum (60 au lieu de 180 indemnités journalières), l'INAMI a pris en considération dans une juste mesure des difficultés personnelles, de santé et financières invoquées par l'assurée au titre de circonstances atténuantes. La Cour a estimé que vu la fraude, il n'y a pas lieu d'accorder le sursis. Par cet arrêt, la Cour a là aussi confirmé la proportionnalité de la sanction prise par le fonctionnaire dirigeant.
- L'arrêt de la Cour du travail de Mons du 14 mai 2010 a estimé que la gestion quotidienne, même purement administrative, d'une pharmacie par un assuré -travailleur indépendant- est une activité professionnelle au sens de l'article 19 de l'A.R. du 20 juillet 1971. La sanction maximale de 75 jours d'exclusion prise sur base de l'article 67-2^e de l'A.R. du 20 juillet 1971, est justifiée vu la longueur, l'importance de l'activité et la dissimulation malicieuse, par abstention ou attitude passive, mais clairement volontaire. Il s'agit en outre de manœuvres frauduleuses permettant

¹² Arrêt de la Cour du travail d'Anvers (section Hasselt), 18 mars 2010.

¹³ Arrêt de la Cour du travail d'Anvers, 4^e éch, 23 février 2010.

de retenir un délai de prescription de la récupération de 5 ans en vertu de l'article 174 de la loi relative à l'assurance SSI.

- La Cour du travail de Mons, le 14 octobre 2010, estime non fondé l'appel d'un assuré qui prétendait n'avoir donné un coup de main que de manière épisodique dans la friterie de sa compagne au motif que tenant compte de la longueur de la période infractionnelle (environ 18 mois), de l'importance de l'infraction (travail 5 jours/semaine midis et soirs), la hauteur de la sanction (84 indemnités journalières, c'est-à-dire un peu au-dessus de la moitié de la sanction maximale (180 jours) se justifie.
- La Cour du travail d'Anvers, le 1^{er} octobre 2010, a confirmé la sanction pour une assurée qui tenait une maison de rencontre (statut d'indépendante) pendant son incapacité de travail et qui invoquait dans ses moyens de défense, de "sérieux problèmes psychiatriques". La Cour du travail estima que la "force majeure" doit être interprétée de manière stricte dans le sens où elle ne peut découler que d'un événement imprévisible et indépendant de la volonté humaine. La contrainte ne peut être considérée comme invincible que dans certaines circonstances déterminées. L'assurée qui travaille sans autorisation ne peut invoquer la contrainte invincible que si elle a agi comme toute personne prudente et raisonnable placée dans les mêmes circonstances.
- Depuis la publication des nouveaux textes relatifs aux sanctions à charge des assurés, un jugement du Tribunal du travail de Bruxelles du 22 octobre 2010 a rappelé que l'article 15 alinéa 2 de la loi du 19 mai 2010, relatif aux dispositions transitoires ne peut viser que l'hypothèse où le fonctionnaire dirigeant prend sa décision de sanction après le 12 juin 2010, date d'entrée en vigueur de la loi du 19 mai 2010. Il a également été jugé que la sanction prise par le fonctionnaire dirigeant du SCA est en proportion par rapport aux infractions constatées et ne dépasse pas les plafonds prévus par la nouvelle réglementation¹⁴.

En 2011

- Il a ainsi été jugé¹⁵ que du simple fait que l'assuré ait été acquitté pénalement des faits de fausse déclaration l'on ne peut pas conclure que l'assuré n'aurait pas exercé d'activités non autorisées. Le juge civil n'était pas non plus lié par l'autorité de chose jugée et avait plein pouvoir de juridiction.
- Il a été rappelé¹⁶ que la sécurité sociale est un système de grande valeur qui procure un revenu aux personnes qui en ont besoin. L'abus de ce système porte préjudice au système de solidarité. Le juge reconnaît en outre que l'appréciation de la sanction par le fonctionnaire dirigeant tient compte de la situation psychique de l'assuré et de sa situation financière difficile. Lorsque l'assuré social, sur sa feuille de renseignements relative à la période d'incapacité de travail dans le but de recevoir des indemnités, à la question expresse "Exercez-vous encore une activité pendant votre incapacité de travail a répondu "Non", s'engageant en outre à informer immédiatement son O.A. de toute situation qui pourrait avoir une influence sur son droit aux indemnités, en particulier, la perception d'un revenu et que simultanément, il a été constaté qu'il exerçait une activité continue comme artiste de spectacle, organisée de manière structurée, utilisant un website et lui procurant des revenus, tant par le sponsoring que par la vente de tickets, il ne peut pas soutenir qu'il est de bonne foi alors que la mauvaise foi est démontrée à suffisance de droit dans son chef¹⁷.

¹⁴ Jugement du Tribunal du travail de Bruxelles du 22 octobre 2010 et arrêt de la Cour du travail d'Anvers du 13 décembre 2010.

¹⁵ La Cour du travail d'Anvers, 13 janvier 2011, 4^{ème} chambre, A.R. nr. 2006/AH/338.

¹⁶ Jugement du Tribunal du travail Anvers du 29 avril 2011.

¹⁷ La cour du travail d'Anvers, section Hasselt, 3 mars 2011, 4^{ème} ch, R.G. 2009/AR/317.

- La jurisprudence a rappelé¹⁸ que les manquements à trois obligations distinctes sont punissables indépendamment les uns des autres.
- Le 17 novembre 2011, le Tribunal du travail de Hasselt a rappelé que le recours introduit par l'assuré social contre la décision de sanction en dehors des 3 mois, comme précisé dans la décision est irrecevable. En ne déclarant pas préalablement son activité de conseiller communal et les jetons de présence en découlant, l'assurée ne respectait pas les conditions pour bénéficier des indemnités¹⁹.
- En matière d'assujettissements fictifs à la sécurité sociale jugement du Tribunal du travail, plusieurs jugements du Tribunal du travail de Bruxelles²⁰ (dont un du 1^{er} décembre 2011) et un de Mons²¹ ont confirmé que le fait de soutenir qu'on a travaillé sans pouvoir en apporter la preuve et donc de s'assujettir frauduleusement à la sécurité sociale met en péril l'équilibre du système de sécurité sociale développé au fil des décennies, pour que des mécanismes de solidarité soient réellement efficaces. L'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale, les mécanismes de fraude aux documents sociaux reposent sur l'apport d'une clientèle guidée par le lucre qui accepte de faire supporter le coût par d'autres. En abusant de ce système, l'assuré risque de priver de ces avantages ceux qui en ont le plus et réellement besoin. Ces éléments justifient qu'une sanction extrêmement sévère (la plus sévère possible) lui soit infligée.
- Un jugement souligne qu'il n'est pas certain qu'une peine d'amende administrative ne soit pas supérieure à la peine de déchéance d'un droit et que l'article 168quinquies (nouvelle loi) ne peut trouver à s'appliquer puisque l'article 15 de la loi du 19 mai 2010 prévoit explicitement que cette disposition s'appliquera qu'aux infractions commises après son entrée en vigueur, c'est-à-dire le 12 juin 2010.
- En matière de fraude au domicile, il a été jugé que la sanction du fonctionnaire dirigeant était proportionnée à la gravité et à la longueur de l'infraction²²

b. Contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure.

PRINCIPE

En cas de refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure, un assuré social dispose de trois mois pour introduire un recours devant le Tribunal du travail tandis que les dispensateurs de soins disposent d'un mois.

MÉTHODE

Dans le contexte des recours introduits, la défense de la décision contestée est préparée par un juriste du SCA.

Le point de vue sert de base aux conclusions de l'avocat de l'INAMI. S'ensuit un échange de conclusions, avis d'auditeur du travail et jugement, voire arrêt en cas d'appel. Pour établir le point de vue, la jurisprudence des tribunaux et des cours du travail est utilisée. Il faut qu'ait existé un événement qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité.

18 Tribunal du travail de Liège, 23 février 2011- CT Liège 9/06/2011.

19 TT 14 décembre 2011.

20 TT Bruxelles 11/02/2011 --TT Bruxelles 01/12/2011-02/12/2011.

21 TT Mons 08/06/2011.

22 TT Tongres 21 décembre 2011.

Aussi, ne constitue pas un événement de force majeure, la négligence commise par un assuré qui a égaré ses attestations derrière une armoire. Par contre, le fait de ne plus être capable de gérer ses biens peut être considéré comme un cas de force majeure.

Au fil des années, de plus en plus de demandes sont introduites au nom d'assurés via l'O.A. mais aussi par des maisons médicales et des hôpitaux.

Dans le secteur des indemnités, par exemple, l'octroi d'un droit par une décision avec effet rétroactif c'est-à-dire prise par un organisme en dehors du délai de deux ans sans que le caractère tardif n'incombe à la personne qui en fait la demande, est considéré comme un événement de force majeure.

La situation de force majeure doit normalement avoir existé pendant toute la durée du délai de deux ans. En effet, l'assuré qui a laissé, sans raison, s'écouler une année sans agir ne peut pas se plaindre de l'expiration du délai de prescription. Par contre, le fait de ne plus être capable de gérer ses biens peut être considéré comme un cas de force majeure.

RÉSULTATS

Le tableau suivant contient le nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription pour cause de force majeure qui ont fait l'objet d'un litige devant les tribunaux du travail en 2010 et 2011.

Tableau 32 - Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2010 et 2011	
Année	Nombre de contentieux
2010	5
2011	4

JURISPRUDENCE

En 2010

En 2010, il n'y a pas de jurisprudence significative à relever.

En 2011

- Le Tribunal du travail de Termonde a, le 3 mars 2011, confirmé la thèse de l'INAMI en rappelant que l'introduction hors délai des attestations de soins donnés par une assurée sociale très âgée qui demeure en maison de repos n'est pas une situation de force majeure s'il n'est pas établi que ses capacités intellectuelles sont affectées. En effet, dans ce cas, l'assurée peut toujours faire appel au personnel de l'établissement ou même à sa famille. En outre, l'assurée sociale a pu introduire la majorité de ses attestations de soins donnés à temps.
- La Cour du travail d'Anvers²³ juge que la force majeure peut être accordée lorsque l'assuré s'est comporté comme toute personne diligente et prévoyante aurait agi si elle avait été placée dans la même situation. A cause de sa mutualité, l'assuré a été mis dans des circonstances compliquées qui ont joué davantage qu'une simple faute d'information de la mutualité. L'erreur administrative de la mutualité a constitué pour l'assuré social un empêchement invincible qui ne lui était pas imputable et qui ne pouvait être prévu ni évité.

23 1^{er} décembre 2011, 4^{ème} ch, A.R. nr. 2006/AH/261.

c. Contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration

PRINCIPE

S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux²⁴ dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

L'article 326, § 1^{er} de l'A.R. du 3 juillet 1996 fixe le point de départ du délai de récupération. Ce délai de récupération de deux ans commence à courir à la date de la constatation de l'indu, lorsque celui-ci a été constaté par l'O.A..

Cependant, si le SCA notifie, a posteriori, le même indu à l'O.A., le point de départ du délai de deux ans sera la date de la notification et si l'O.A. obtient par la suite un titre exécutoire, le point de départ du délai sera la date de la décision judiciaire définitive.

L'article 326, § 2, permet de suspendre le délai de récupération afin de ne pas pénaliser les O.A. pendant une période durant laquelle ils ne savent pas contre qui poursuivre la récupération (par exemple suite à un décès), ou ne peuvent poursuivre la récupération car ils sont par exemple en attente d'un exequatur ou parce qu'ils doivent attendre le règlement d'une faillite ou d'un règlement collectif de dettes.

Cet article permet également de suspendre le délai de récupération lorsque le débiteur effectue des remboursements en exécution et conformément aux termes d'un jugement ou dans le respect d'une convention établie avec l'O.A..

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'être dispensés de prendre les montants indus à charge de leurs frais d'administration. L'article 327 de la loi SSI prévoit cependant qu'une dispense ne peut pas être accordée dans les situations suivantes :

- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A
- si l'O.A. n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 300 EUR
- si la demande est introduite en dehors des délais.

MÉTHODE

En vertu de l'article 167 de la loi du 14 juillet 1994, les O.A. ont 1 mois pour contester devant le Tribunal du travail la décision de refus de dispense prise par le fonctionnaire dirigeant du SCA.

S'ensuit un échange de conclusions avec le conseil de l'assuré, un avis de l'Auditeur du travail et à l'issue de la procédure judiciaire, un jugement qui pourra lui aussi faire l'objet d'un appel devant la Cour du travail, d'où découlera un arrêt.

Contre un jugement qui a été signifié, l'INAMI dispose d'un mois pour interjeter appel devant la Cour du travail, voire introduire un recours en cassation contre un arrêt de la Cour du travail.

Les jugements non-contestés et les arrêts constituent ainsi une jurisprudence qui évolue au cours des années et permet de tracer des lignes conductrices.

RÉSULTATS

Le tableau suivant comporte le nombre de décisions de refus de dispense d'inscription à charge des frais d'administration qui ont été contestées par les O.A. devant le Tribunal du travail de Bruxelles en 2010 et 2011.

24 Cf. supra : contrôles thématiques

Tableau 33 - Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration en 2010 et 2011

Année	Nombre de contentieux
2010	17
2011	4

JURISPRUDENCE

En 2010:

- La Cour du travail de Bruxelles a rappelé certains principes favorables au point de vue du Service en rappelant l'importance de respecter le prescrit des articles 326 et 327 de l'A.R. du 3 juillet 1996.
- En matière de calcul du délai, un arrêt du 31 mars 2010 a confirmé que le délai de deux ans pour la récupération d'indu (article 326 §1 de l'A.R. du 3 juillet 1996) a bien pris cours le jour du prononcé de la décision judiciaire définitive. Si l'O.A. n'a pas récupéré le paiement indu endéans le délai de deux ans à partir du prononcé de la décision judiciaire définitive, il doit le prendre à charge de ses frais d'administration.
- En matière de causes de suspension du délai, la Cour de Bruxelles a rappelé qu'elles sont de stricte application. Elle a fait siens les motifs de l'arrêt de la Cour de cassation du 7 janvier 2008 selon lesquels le délai de trois mois visé à l'article 327, § 2, alinéa 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996, endéans lequel doit être introduite la demande de dispense est un délai énoncé à peine de déchéance. Si le paiement indu litigieux a été effectué pour une période postérieure au décès de l'assuré. Par exemple, lors du paiement d'indemnité d'incapacité de travail du 25 au 31 mai d'une année x alors que l'assuré est décédé le 24 mai de l'année x. Dans ce cas, le paiement indu litigieux ne concerne pas un paiement indu effectué à l'assuré, mais bien un paiement indu effectué, soit à un héritier ayant reçu le paiement à titre personnel, soit à un tiers qui a reçu le paiement sans titre. L'article 326§3 de l'AR du 3 juillet 1996 suspend le délai, dans lequel l'O.A. doit poursuivre le recouvrement, à partir du décès du débiteur jusqu'à la date de la déclaration de succession ou la désignation du curateur à succession vacante. Cette disposition (suspension) vise le paiement indu effectué à l'assuré avant son décès.
- La Cour de travail de Bruxelles, 7^{ème} chambre a décidé le 7 octobre 2010 que l'O.A. doit exercer les moyens adéquats pour récupérer les prestations payées indûment. Les paiements effectués par la mutualité pour une période postérieure au décès de l'assuré ne tombent pas dans la succession, puisque la succession s'ouvre au moment du décès. Dans ce cas, il faut vérifier qui en fait dispose du solde bancaire de la personne décédée, après son décès. Cette information peut être obtenue auprès de la banque et en cas de refus de celle-ci, en cas de besoin, une plainte pénale peut être introduite. Si la mutualité prétend que les frais liés à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer, elle doit le démontrer. Une demande à la banque afin d'obtenir de plus amples informations ou le dépôt d'une plainte pénale ou la désignation d'un curateur à succession vacante via le procureur du Roi, n'entraînent pas de coût supplémentaire.

En 2011

- La Cour du travail de Bruxelles a jugé le 20 octobre qu'il n'y a pas de caractère aléatoire si l'O.A. n'établit pas que la voie d'exécution forcée qu'elle n'a pas utilisée aurait été sans influence sur la récupération de sa créance.
- De même, le 1^{er} décembre 2011, la Cour du travail de Bruxelles a jugé que l'O.A. ne peut se voir dispenser de l'obligation de prise à charge des frais d'administration que s'il n'a commis aucune faute et qu'il a fait le nécessaire pour récupérer l'indu. L'O.A. doit démontrer qu'il remplit ces conditions. S'il invoque l'absence d'influence sur la récupération d'indu, il en a également la charge de la preuve.



3^e partie
Infos pratiques

I. Carnet d'adresse

1. Le siège social de l'INAMI

i Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

@ Site web : www.inami.be

2. Les bureaux du SCA

i Les bureaux du Service du contrôle administratif se situent Avenue de Tervueren 249, à 1150 Bruxelles



3. Données de contact



Vous avez des questions sur notre rapport ? Contactez-nous :

- Secrétariat général : T 02 739 74 38 F 02 739 74 09 - Email : secr.dac-sca@inami.fgov.be
- Coordinateur communication : T 02 739 70 39 - Email : olivier.labarre@inami.fgov.be



Vous souhaitez des exemplaires supplémentaires du rapport ? Vous souhaitez consulter nos autres publications ?



Envoyez-nous un e-mail à l'adresse : secr.dac-sca@inami.fgov.be, en mentionnant le titre du rapport, le format souhaité ainsi que vos coordonnées. Les rapports sont disponibles en version électronique ou en version imprimée.

II. Publications

En 2010

Programme de lutte contre la fraude sociale :

- Indicateurs de fonctionnement des organismes assureurs et des mutualités dans le cadre du contrôle des cumuls interdits.
- Assujettissements fictifs à la sécurité sociale - Analyse de la procédure de traitement des dossiers par les mutualités.
- Actions de lutte contre la fraude sociale - Rapport d'activités 2010.

Contrôles thématiques :

- Régime des indépendants - Application uniforme et correcte de l'assurance indemnités.
- Assujettissements fictifs et erronés à la sécurité sociale - Régime des travailleurs salariés.
- Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A..

Responsabilisation financière des O.A. :

- Les systèmes de gestion des plaintes des organismes assureurs - Rapport d'analyse 2010.
- Responsabilisation financière des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration - Données communiquées à l'OCM pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010.

Effectifs des O.A. :

- Statistiques des assurés sociaux.



En 2011

Programme de lutte contre la fraude sociale :

- Contrôle des cumuls interdits - Indicateurs de fonctionnement des O.A. et des mutualités.

Contrôles thématiques :

- Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A..
- Le droit à l'intervention majorée de l'assurance.





Responsabilisation financière des O.A. :

- Responsabilisation financière des organismes assureurs - Proposition de modernisation.
- Responsabilisation financière des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration - Données communiquées à l'OCM pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2011.



III. Pictogrammes et abréviations

1. Pictogrammes

-  indique un lien ou une référence internet, une adresse e-mail
-  indique une information pratique complémentaire
-  indique une définition
-  indique une note supplémentaire/complémentaire par rapport à l'article qu'elle accompagne.

2. Abréviations

A.R.	Arrêté royal
Assurance SSI	Assurance soins de santé et indemnités
BCSS	Banque carrefour de la sécurité sociale
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
CIN	Collège intermutualiste national
CPAS	Centre public d'action sociale
DMFA	Déclaration multifonctionnelle / Multifunctionele aangifte
EUR	Euro
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
ICT	Information and communication technology
IM	Intervention majorée
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INASTI	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
MAF	Maximum à facturer
NISS	Numéro d'identification de la sécurité sociale
O.A.	Organisme assureur
O.A. 100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
O.A. 200	Union nationale des mutualités neutres
O.A. 300	Union nationale des mutualités socialistes
O.A. 400	Union nationale des mutualités libérales
O.A. 500	Union nationale des mutualités libres
O.A. 600	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
O.A. 900	Caisse des soins de santé de la SNCB holding
OCM	Office de contrôle des mutualités
ONEM	Office national de l'emploi
ONP	Office national des pensions
ONSS	Office national de sécurité sociale
ONSSAPL	Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales
P.V.	Procès-verbal
RH	Ressources humaines
SCA	Service du contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôles médicaux
Sigedis	Sociale individuele gegevens - données individuelles sociales
SIRS	Service d'informations et de recherche sociales
SIS (carte)	Système d'identification sociale
SSI	Soins de santé indemnités
SPF	Service public fédéral
VIPO	Veuf, invalide, pensionné et orphelin

IV. Index des tableaux

Tableau 1 : Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative..	13
Tableau 2 : Nombre de cas erronés par thème.....	18
Tableau 3 : Montants perçus et récupérés en 2010 - Nombre total de cas, nombre de cas exacts, complètement ou partiellement refusés et montants.....	19
Tableau 4 : Montants perçus et récupérés en 2011 - Nombre total de cas, nombre de cas exacts, complètement ou partiellement refusés et montants.....	19
Tableau 5 : Assujettissements fictifs - Nombre de cas examinés, corrects ou erronés.....	20
Tableau 6 : Assujettissements erronés - Nombre de cas examinés, corrects, erronés ou en suspens.....	20
Tableau 7 : Cumuls interdits en 2010 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	24
Tableau 8 : Cumuls interdits en 2011 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	24
Tableau 9 : Cumuls interdits en 2008, 2009, 2010 et 2011 - Cas examinés, cas erronés et indu total	25
Tableau 10 : Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - Nombre de constatations O.A.-SCA et indu total par secteur constatés en 2010.....	26
Tableau 11 : Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - Nombre de constatations O.A.-SCA et indu total par secteur constatés en 2011	26
Tableau 12 : Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2010 et 2011 (en %).....	28
Tableau 13 : Nombre d'enquêtes clôturées en 2010 et 2011 réparties selon le résultat de l'enquête..	29
Tableau 14 : Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de constatations et montant total des indus en 2010 et 2011	30
Tableau 15 : Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2010 et 2011	30
Tableau 16 : Enquêtes réalisées en 2010 et 2011 - Nombre avec constatations ou sans constatation et nombre total	31
Tableau 17 : Nombre de révisions en 2010-2011 - Nombre de cas révisés.....	32
Tableau 18 : Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné et d'erreurs dans la composition du ménage en 2010 et 2011	34
Tableau 19 : Nombre de bénéficiaires de l'IM repris dans les fichiers annuels des O.A. au 1.1.2010 et 1.1.2011	36
Tableau 20 : Nombre de ménages OMNIO enregistrés dans les fichiers de contrôle en 2010 et 2011	36
Tableau 21 : Nombre de demandes relatives aux bons de cotisations en 2010 et 2011, par type/cause.....	37
Tableau 22 : Aperçu du nombre d'attestations de pension envoyées en 2010 et 2011	38
Tableau 23 : Aperçu du nombre d'avis d'assujettissements erronés réceptionnés en 2010 et 2011 ...	39
Tableau 24 : Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2010 au 1 ^{er} janvier 2011 et 2012, et pour l'année MAF 2011 au 1 ^{er} janvier 2012.	40
Tableau 25 : Aperçu du nombre de demandes adressées au Service, ventilées par type de demande	41
Tableau 26 : Sanctions et amendes prévues par la loi de l'assurance SSI.....	50
Tableau 27 : Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2010 et 2011 par secteur ...	50
Tableau 28 : Nombre de cas d'octroi d'un délai de remboursement des indus indemnités au-delà de 7 ans traités en 2010 et 2011.....	53
Tableau 29 : Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2010 et 2011	54
Tableau 30 : Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2010 et 2011	55
Tableau 31 : Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2010 et 2011	56

Tableau 32: Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2010 et 2011	59
Tableau 33: Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration en 2010 et 2011	61

Ce rapport d'activités a été réalisé grâce à la précieuse collaboration de:

Christophe Ciprietti, Isabelle Daumerie, Jacques Delbecque, Stijn De Blieck, Jan Demey, Brigitte Ducarmois, Hannelore D'haene, Jean-Luc Geron, Isabelle Kersten, Nicki Kitsopoulos, Olivier Labarre, Vincent Loubris, Perrine Maisetti, Dirk Marcelis, Muriel Marcq, Katrien Persoons, Jean-Pierre Pinet, Bernard Rauw, Michael Stiernon, Louis Van Damme, Peter Van Haelter, Karlien Van Hellemont, Margot Van Wouwe, Tom Verdonck.

Editeur responsable: J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Design et réalisation graphique: Ab initio Graphic Design, Bruxelles, www.abinitio.be

Photo: Verypics

Dépôt légal: D/2012/0401/13

