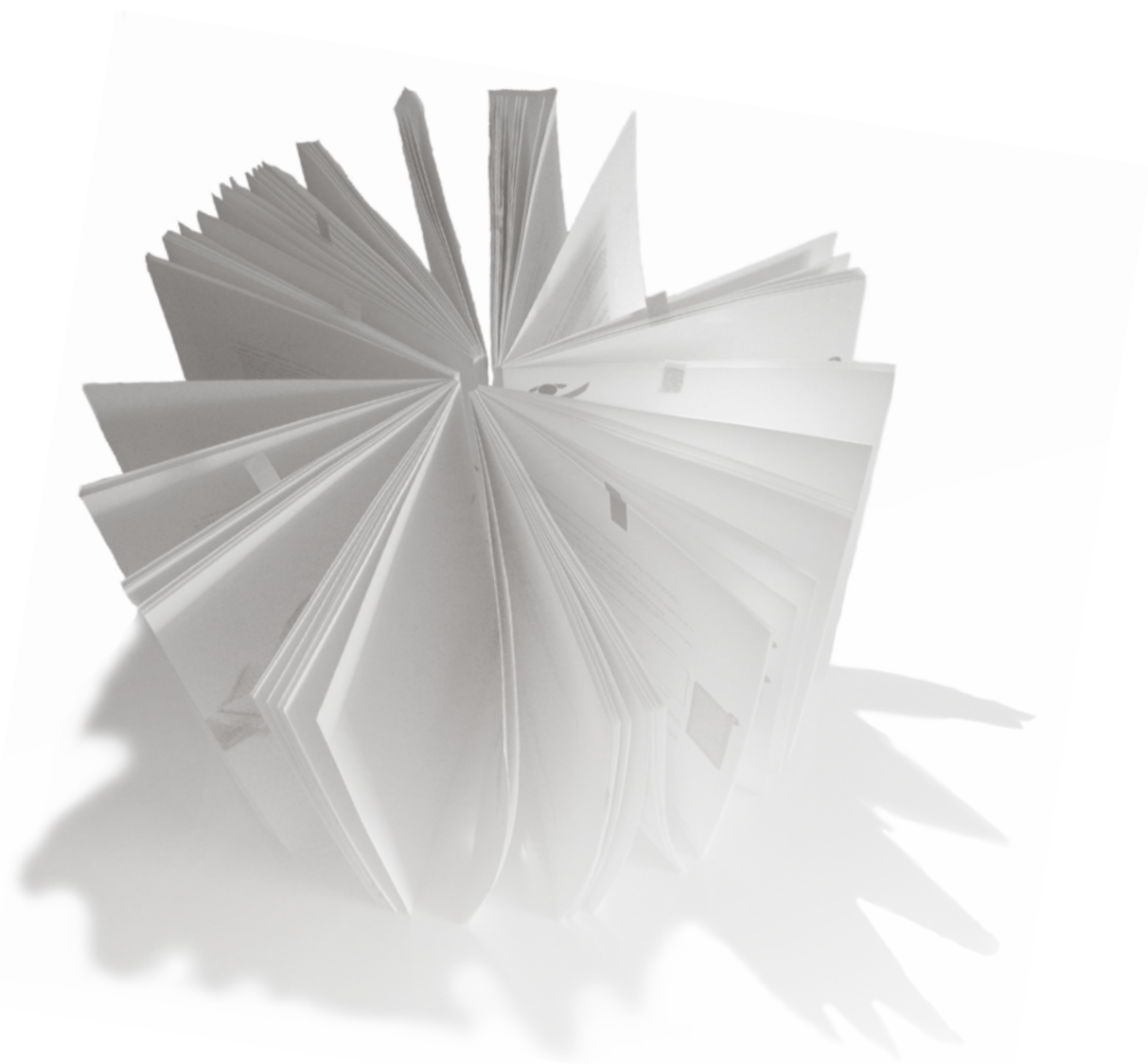


1^{re} Partie

Études



Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2014-2015)

Cette chronique a pour but de présenter la jurisprudence du Conseil d'État, chambre francophone (6^e ch.) et chambre néerlandophone (7^e ch.), relative aux litiges opposant les dispensateurs de soins au Service d'évaluation et de contrôle médicaux.¹

Par Inge MEYERS , Attaché et Paul-André BRIFFEUIL, Conseiller
Service d'évaluation et de contrôle médicaux
Direction juridique

1. Conseil d'État (7^e ch.), U.Z., arrêt n° 225.972 du 7 janvier 2014²

Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation - Le remboursement n'est pas une sanction - Droit de propriété - Poser une question préjudicielle - Prescription de l'action en remboursement - Article 149 de la Constitution - Recevabilité du moyen

Le juge de cassation administrative est uniquement compétent pour vérifier la régularité de la décision du juge du fond qui lui est soumise et il ne peut intervenir lui-même dans le jugement des affaires. Le juge de cassation n'est pas compétent pour vérifier les éléments de fait de l'affaire.

Au § 2 de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 23 juin 2003, il est précisé qu'il s'agit d'un "bénéficiaire subissant une hémodialyse chronique" et d'une "intervention pour cette hémodialyse chronique".

Il en résulte que le législateur a souhaité limiter le champ d'application de l'intervention aux hémodialyses chroniques, à l'exclusion des hémodialyses aiguës. La Chambre de recours a par conséquent justement conclu, sur la base des dispositions du chapitre 1 de cet arrêté royal, que le législateur "avait prévu à partir du 1^{er} juillet 2003 une intervention pour les hémodialyses chroniques et non pour les hémodialyses aiguës".

Une règle de droit pouvant étayer un pourvoi en cassation ne peut être déduite de décisions éventuellement différentes dans d'autres affaires traitées par le même juge de fond.

Le remboursement pouvant être imposé par la Chambre de recours n'est pas une sanction mais une mesure de réparation. Les garanties juridiques qui valent pour les poursuites pénales au sens des articles 6 de la Convention européenne des droits de l'homme et 14 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) ne sont donc pas applicables pour la Chambre de recours.

La récupération ne peut être assimilée à une privation de propriété telle que visée à l'article 16 de la Constitution.

1. Les chroniques précédentes ont été publiées aux B.I.-INAMI 2011/2, 2012/1 et 2014/2.
2. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 08.04.2013.

L'article 1^{er} du Premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme n'empêche pas l'autorité publique de récupérer ce qu'elle a indûment payé.

Lorsqu'une question préjudicielle n'a aucun lien avec la décision contestée, il n'y a aucune raison de donner suite à la requête visant à poser cette question préjudicielle à la Cour constitutionnelle.

Conformément à l'article 112, § 1^{er}, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses, modifié par la loi du 27 décembre 2006, les infractions à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités commises avant le 15 mai 2007 sont soumises, en ce qui concerne la prescription, l'amende administrative et le remboursement, aux dispositions des articles 73 et 141, §§ 2, 3, 5, 6 et 7, alinéas 1^{er} à 5, de la loi AMI tels qu'ils étaient applicables jusqu'à cette date.

En vertu de l'article 141, § 7, alinéa premier, de cette loi, tel qu'en vigueur jusqu'au 15 mai 2007, les amendes administratives doivent être prononcées par le Comité dans un délai de trois ans à compter du jour où l'infraction a été constatée. Cette disposition légale concerne uniquement l'amende administrative et non le remboursement de la valeur des prestations.

L'article 141, § 5, dernier alinéa, de la loi AMI, tel qu'il était en vigueur jusqu'au 15 mai 2007, stipulait il est vrai que le dispensateur de soins devait également rembourser la valeur des prestations dans les cas visés aux points a) et b), où le Comité pouvait prononcer des amendes administratives mais il ne peut cependant en être déduit que le remboursement de la valeur des prestations doit être prononcé dans le même délai que l'amende administrative.

L'obligation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution de motiver son jugement est une condition de forme à portée limitée.

Un moyen qui ne démontre pas comment la décision contestée en a été influencée ne peut aboutir à la cassation.

(rejet)

2. Conseil d'État (7^e ch.), D.J., arrêt n° 226.567 du 27 février 2014³

Recevabilité du moyen - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation

Un moyen qui ne vise pas la décision contestée ne peut être pris en considération.

Pour qu'un moyen soit déclaré fondé, il ne suffit pas de l'opposer. Le requérant doit expliquer clairement et de manière suffisamment détaillée quelle argumentation n'a précisément pas été examinée. Un moyen qui n'est pas suffisamment précis et détaillé ne peut aboutir à la cassation.

Le Conseil d'État ne peut, en tant que juge de cassation administrative, apprécier les faits de l'affaire.

(rejet)

3. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.06.2013.

3. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 226.568 du 27 février 2014⁴

Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation - Le remboursement n'est pas une sanction - Motivation obligatoire

Comme juge de cassation administrative, il n'incombe pas au Conseil d'État d'examiner à son tour si les infractions alléguées sont prouvées. Il peut uniquement vérifier si le juge du fond en a décidé régulièrement.

Le juge de cassation ne peut non plus vérifier s'il existe un lien raisonnable entre les faits constatés et la décision de la Chambre de recours. Cette dernière en décide souverainement.

Conformément aux dispositions légales applicables en la matière, la Chambre de recours ne dispose pas de pouvoir d'appréciation en l'espèce mais elle est tenue de condamner le dispensateur de soins au remboursement de la valeur des prestations s'il a porté en compte des prestations non effectuées à l'assurance soins de santé ou si les prestations portées en compte ne sont pas conformes à la loi coordonnée AMI ou à ses arrêtés d'exécution.

Ce remboursement n'est pas une sanction mais une mesure de réparation. Les articles 6.2 et 6.3 de la Convention européenne des droits de l'homme ne sont pas applicables à une telle mesure.

Une mention éventuellement erronée du nombre d'assurés chez qui la prestation "gingivectomie" a été portée en compte est une erreur matérielle qui n'a pas eu d'impact sur la décision contestée et qui ne peut aboutir à la cassation.

Une décision juridictionnelle est motivée, en ce qui concerne les griefs justifiant l'appel, lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à rejeter ces griefs.

La constatation des éléments de fait ressortit de la compétence exclusive du juge administratif et le moyen qui conteste l'appréciation des faits par le juge administratif est irrecevable.

(rejet)

4. Conseil d'État (6^e ch.), A. W., arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014⁵

Prestations non effectuées - Prestations non conformes - Extrapolation - Obligation de motivation - Article 149 de la Constitution

L'article 149 de la Constitution impose une obligation de forme, indépendante de la pertinence des motifs, et requiert l'indication des motifs sur lesquels la juridiction s'est fondée pour rendre sa décision, sans qu'elle doive répondre point par point à tous les arguments invoqués par les parties.

4. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.06.2013.

5. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 28.08.2012.

Toutefois, il y a lieu de considérer que si une partie invoque spécialement un argument de nature à justifier la validité de sa thèse, la juridiction doit faire apparaître, dans les motifs de sa décision, la raison pour laquelle elle n'en tient pas compte.

La référence de la Chambre de recours à une décision antérieure de cette juridiction qui aurait déjà validé la pratique de l'extrapolation n'est pas suffisante en soi pour justifier une telle pratique de la part du SECM, surtout que ladite décision avait motivé en fait pourquoi elle justifiait le recours à l'extrapolation.

En l'absence d'un texte fondant le recours du SECM à la méthode de l'extrapolation, le Conseil d'État doit vérifier que la Chambre de recours a bien tenu compte des arguments du dispensateur de soins sur la mise en œuvre de cette méthode par le SECM.

Dans la mesure où la décision de la Chambre de recours reprend des passages des conclusions du SECM antérieures aux conclusions additionnelles du dispensateur de soins, cette décision ne montre pas en quoi elle a pris en considération les derniers éléments soulevés par le dispensateur de soins. Cette décision n'est pas motivée conformément aux dispositions de l'article 149 de la Constitution.

De même, si la décision de la Chambre de recours motive le rejet de la demande du dispensateur de soins relative à la désignation d'un expert dentiste, elle ne motive pas le rejet de la demande relative à la désignation d'un expert statisticien.

(cassation et renvoi)

5. Conseil d'État (7^e ch.), S. et D., arrêt n° 227.584 du 28 mai 2014⁶

Principes de bonne administration - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation - Le remboursement n'est pas une sanction

Les principes de bonne administration sont applicables à l'autorité mais ne sont pas applicables aux décisions des juridictions administratives. Une violation de ces principes ne peut donc dès lors être utilement alléguée contre une décision juridictionnelle.

Le délai raisonnable est évalué sur la base des éléments de fait de l'affaire. Comme juge de cassation administrative, il n'incombe pas au Conseil d'État de vérifier si le délai raisonnable a été dépassé. Cela nécessiterait une appréciation des faits qui n'est pas du ressort du juge de cassation. Celui-ci peut uniquement vérifier si le juge du fond a pu légitimement déduire des éléments de fait qu'il constate de manière intangible, que la condition du délai raisonnable n'a pas été violée.

Ce remboursement n'est pas une sanction mais une mesure de réparation.

(rejet)

6. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 09.09.2013.

6. Conseil d'État (7^e ch.), J., arrêt n° 228.245 du 2 septembre 2014⁷

Obligation de motivation - Article 149 de la Constitution - Preuve - Principe de sécurité juridique - Principe de légalité - Nomenclature - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation - Recevabilité du moyen - Article 142 loi AMI

L'obligation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution de motiver son jugement est une condition de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du règlement de procédure de la Chambre de première instance et des Chambres de recours près du Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'a pas d'autre contenu.

Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à prendre cette décision et à rejeter ou à accepter les exceptions et les voies de recours. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés tels des motifs contradictoires constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

Une infraction ne peut être réfutée par de simples allégations non avérées.

Pour apprécier les principes de sécurité juridique et de légalité, il ne faut pas perdre de vue que la nomenclature s'adresse aux personnes qui agissent professionnellement et disposent ou peuvent disposer de bonnes informations vis-à-vis du caractère licite de l'attestation de leurs prestations à l'assurance maladie. Un médecin spécialisé doit être raisonnablement censé savoir ce qu'il faut entendre ici par "technique similaire".

La Chambre de recours peut, dans son jugement, se baser sur le profil déviant du dispensateur de soins sans élargir ou modifier de ce fait l'action du Service.

Le Conseil d'État en tant que juge de cassation n'est pas compétent pour prendre connaissance du fond de l'affaire.

Un moyen n'est pas recevable lorsqu'il n'est pas démontré que la violation alléguée a influencé la teneur de la décision prise.

L'article 142, § 1^{er}, alinéa premier, 2^o, de la loi AMI impose le "remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé". Son libellé est donc largement formulé. Il n'est pas requis que les prestations doivent avoir été effectuées ou portées en compte par le dispensateur de soins concerné.

(rejet)

7. [Recours contre la décision de la Chambre de recours du 22.10.2013.](#)

7. Conseil d'État (7^e ch.), V.L., arrêt n° 229.353 du 27 novembre 2014⁸

Composition de la Chambre de recours - Article 145 de la loi AMI - Recevabilité du moyen

En application de l'article 145, § 1^{er}, de la loi AMI, chaque Chambre de recours est composée d'un magistrat et de quatre membres : deux membres présentés par les organismes assureurs et deux membres présentés par le groupe professionnel auquel le dispensateur de soins concerné appartient.

Cette règle relative à la composition de cette juridiction n'est pas absolue. L'article 145, § 10, de la loi AMI inséré par la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (II) prévoit une exception. Suite à l'empêchement d'un membre effectif et si un membre suppléant est invité pour le remplacer, le siège est valablement composé en vertu de cette disposition légale par un président, un des membres présentés par les organismes assureurs et un des membres présentés par le groupe professionnel du dispensateur de soins concerné.

Cette disposition a pour but ((Doc. Parl., Chambre, 2012-2013, Doc 53, n° 2600/001, 15) d'éviter des remises d'audience lorsqu'un des membres de la chambre concernée fait défaut, sans préavis, le jour de l'audience.

En ce qui concerne la procédure pénale, la Cour de cassation a jugé que le moyen concernant l'attribution d'une affaire à une chambre du tribunal correctionnel avec un seul juge ou à une chambre du même tribunal avec trois juges n'a aucun lien avec la compétence (et donc avec l'ordre public), même s'il s'agit d'une affaire en appel contre un jugement du tribunal de police. Il faut en l'occurrence suivre ce point de vue.

Un nouveau moyen ne peut être opposé au juge de cassation dès lors qu'il ne touche pas l'ordre public.

(réouverture des débats, le membre de l'auditorat que doit désigner l'auditeur général est chargé de poursuivre l'instruction de l'affaire)

8. Conseil d'État (7^e ch.), V.L., arrêt n° 230.409 du 5 mars 2015⁹

Le requérant n'a pas introduit de demande de poursuite de la procédure en vue de son audition.

(désistement d'instance)

8. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.02.2014. Idem : Conseil d'État (7^e ch.) V, arrêt n° 229.354, 27.11.2014.

9. Idem : Conseil d'État (7^e ch.), V, n° 230.408 du 05.03.2015

9. Conseil d'État (7^e ch.), C., arrêt n° 229.522 du 11 décembre 2014¹⁰

Recevabilité du moyen - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation

L'illégalité alléguée d'arrêtés royaux qui ne constituent pas la base légale de la procédure contre le requérant ne peut influencer la décision de la Chambre de recours. Pareil moyen ne peut aboutir à la cassation.

L'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État coordonnées le 12 janvier 1973 stipule que le Conseil d'État, comme juge de cassation, ne connaît pas du fond des affaires. Il en résulte que la constatation des éléments de fait ressortit de la compétence exclusive du juge administratif et le moyen qui conteste l'appréciation des faits par le juge administratif est irrecevable.

La Chambre de recours, comme juge de dernière instance, décide de manière intangible du fond de l'affaire. Sa décision ne peut être remise en cause par le Conseil d'État comme juge de cassation. Même s'il est prouvé que la Chambre de recours a failli à son devoir de recherche légitime des faits, la décision contestée ne peut être cassée par le Conseil d'État.

Un moyen imprécis n'est pas recevable. Un moyen non dirigé contre la décision contestée ne peut aboutir à la cassation.

(rejet)

10. Conseil d'État (6^e ch.), D. M. L., arrêt n° 230.182 du 12 février 2015 et arrêt n° 230.314 du 25 février 2015¹¹

Délai raisonnable - Moyen nouveau irrecevable - Indépendance et impartialité - Autorité de la chose jugée au pénal (art. 23 du C.J.) - *Electa una via* - Exception *obscuri libelli*

La requérante reproche à la décision attaquée de n'avoir pas été rendue dans un délai raisonnable.

Ce moyen, ne pouvant pas être formulé pour la première fois devant le Conseil d'État statuant en cassation, doit être déclaré irrecevable.

La requérante ne peut être suivie lorsqu'elle soutient, pour tenter d'établir le défaut d'indépendance et d'impartialité de la Chambre de recours, que les membres de celle-ci sont des collègues du médecin-inspecteur qui a établi le procès-verbal.

Elle ne peut davantage invoquer un défaut d'indépendance et d'impartialité en raison de l'absence de désignation d'un expert alors qu'elle n'a jamais sollicité une telle désignation.

10. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 28.01.2014 ; idem Conseil d'État (7^e ch.), M., n° 229.523 du 11.12.2014.

11. Recours contre les décisions de la Chambre de recours du 13.03.2014.

Enfin, il n'appartient pas au Conseil d'État de se prononcer sur le choix du législateur de ne pas confier le contentieux dont relève la présente cause à une juridiction de l'ordre judiciaire.

La requérante considère que l'autorité de la chose jugée par l'arrêt de la Cour d'appel de Liège l'acquittant de diverses préventions, s'opposait à ce que la Chambre de recours la condamnât pour ce même grief.

L'article 23 du Code judiciaire est libellé comme suit:

“ L'autorité de la chose jugée n'a lieu qu'à l'égard de ce qui a fait l'objet de la décision. Il faut que la chose demandée soit la même; que la demande soit fondée sur la même cause; que la demande soit entre les mêmes parties, et formée par elles et contre elles en la même qualité”.

Le SECM n'était pas partie à la cause jugée par la Cour d'appel de Liège, il ne saurait être question de lui opposer l'autorité de chose jugée qui s'attache à l'arrêt prononcé par cette Cour.

L'autorité de la chose jugée s'attachant à cet arrêt qui acquitte la requérante de diverses préventions, l'une d'entre elles pouvant englober le premier grief, ne s'opposait pas à ce que la Chambre de recours la condamnât pour ce même grief.

La requérante soulève la violation du principe *“Electa una via non datur recursus”* au motif que le SECM aurait choisi la voie judiciaire et non la voie administrative en communiquant un rapport aux autorités judiciaires dans le cadre des procédures pénales diligentées contre elle.

Sans qu'il soit nécessaire de se prononcer sur les exceptions d'irrecevabilité opposées au moyen, il suffit de constater que le SECM n'a aucunement entamé de poursuites contre la requérante devant les juridictions pénales.

La simple communication d'un rapport aux autorités judiciaires ne peut être analysée comme une prise de position sur les modalités de défense de ses droits.

Le moyen qui repose sur l'affirmation selon laquelle le SECM avait décidé de poursuivre la requérante devant les juridictions pénales manque donc en fait.

La requérante invoque une violation de l'article 174 de la loi ASSI coordonnée qui prévoit que *“l'action en paiement de prestations de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités”.*

Tel que formulé dans le recours en cassation, le moyen révèle une confusion telle qu'il doit se voir opposer l'exception *obscuri libelli* et, en conséquence, être déclaré irrecevable.

(rejet)

11. Conseil d'État (6^e ch.), J. V., arrêts n° 230.328 et n° 230.329 du 25 février 2015¹²

Composition de la Chambre de recours (art. 145, §1^{er} de la loi ASSI coordonnée) - Président - Avocat général près la Cour du travail - Indépendance et impartialité - Prestation de serment - Procédure en récusation - Caractère contradictoire - Amende pour recours manifestement dilatoire ou abusif (art. 780*bis* du C.J.)

L'article 145, § 1^{er}, de la loi ASSI coordonnée autorise expressément la nomination d'un magistrat du Ministère public en qualité de Président de la Chambre de recours instituée auprès du SECM.

Le requérant ne peut pas être suivi lorsqu'il soutient qu'il existerait un risque de manque d'indépendance ou d'impartialité dans le chef du Président de la Chambre de recours du fait de sa qualité d'avocat général près d'une Cour du travail.

Si la fonction principale de ce Président l'amène à poursuivre, devant les juridictions judiciaires, les personnes suspectées d'avoir commis des infractions à la législation sociale, la procédure se nouant entre le SECM et le requérant a un objet différent: le requérant est poursuivi par un organe distinct de l'auditorat général et devant des juridictions administratives.

Rien ne permet en outre de prétendre qu'un magistrat du Ministère public ne pourrait pas, parallèlement à sa fonction principale, exercer une fonction juridictionnelle dans des conditions compatibles avec l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Pour le surplus, il n'y a aucun élément concret de nature à faire penser que ce Président ne serait pas en mesure d'exercer sa fonction auprès de la Chambre de recours avec indépendance, impartialité et sérénité.

Quant à l'obligation de prestation de serment, l'article 145, § 9, alinéa 2, de la loi ASSI coordonnée prévoit que seuls les membres des Chambres de recours visés au § 1^{er}, alinéa 3, 2^o et 3^o, prêtent entre les mains du "Président de la Chambre de recours" le serment prévu à l'article 2 du décret du 20 juillet 1831. Le Président, lui-même, n'est donc pas visé par cette disposition.

La critique formulée par le requérant à cet égard est donc dénuée de tout fondement.

Ni la loi ASSI coordonnée ni l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant le règlement de procédure des Chambres de première instance et des Chambres de recours, ne prévoient de règles spécifiques pour le traitement des procédures en récusation.

Dans ce silence, et ayant l'obligation de trancher un incident de procédure paralysant le cours de l'instruction de l'affaire pendante devant la Chambre de première instance, le Président de la Chambre de recours a régulièrement pu fixer, par une ordonnance, les règles de procédure à suivre pour instruire cette procédure spécifique.

Si les articles 833 à 838 du Code judiciaire ne prévoient pas le dépôt de conclusions par la partie qui n'a pas demandé la récusation d'un juge, la Cour de cassation a toutefois considéré que le caractère contradictoire de la procédure en récusation doit permettre à cette partie de faire part de ses observations (Cass., 28.10.2005, R.G. C.04.0264.F).

12. Requête en récusation du Président et des membres de la Chambre de recours.

L'ordonnance prise par le Président a, à juste titre, permis au SECM de déposer des conclusions sur la procédure de récusation portée devant la Chambre de recours.

Cette ordonnance ne devait, par ailleurs, pas prévoir la faculté de répliquer par écrit à ces conclusions dès lors que les arguments du requérant pouvaient être soulevés lors de l'audience.

L'ordonnance précitée ne peut dès lors être analysée comme témoignant d'un manque d'impartialité dans le chef du Président de la Chambre de recours.

La demande de récusation du Président n'est donc pas fondée.

L'INAMI demande, sur le fondement de l'article 780*bis* du Code judiciaire, la condamnation du requérant à une amende de 700 EUR pour recours manifestement dilatoire ou abusif.

L'INAMI justifie le montant de l'amende par référence à celui de l'indemnité de procédure de base prévue pour la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État.

Pour le Conseil d'État, il y a lieu, pour statuer sur la demande susvisée, de se fonder sur l'article 37 des lois coordonnées sur le Conseil d'État, du 12 janvier 1973, et non sur le Code judiciaire.

Cet article 37 ne permet pas à l'une des parties à la cause de demander la condamnation à une amende du chef de recours manifestement abusif. Cette prérogative appartient à l'auditeur chargé de l'instruction de l'affaire. En l'espèce, celui-ci a conclu dans son rapport qu'il ne saurait être question de considérer que l'introduction des requêtes en récusation constituait une procédure manifestement abusive.

Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit à la demande formulée par l'INAMI.

(requêtes en récusation rejetées)

12. Conseil d'État (6^e ch.), N.P., arrêts n° 230.403 et n° 230.404 du 4 mars 2015¹³

Administrateur provisoire non mis à la cause - Vice de procédure

En substance, l'administrateur provisoire reproche à la Chambre de recours d'avoir directement notifié au dispensateur de soins et à sa société les griefs formulés à leur encontre et les actes de procédure les concernant, alors que ce dispensateur de soins avait fait l'objet d'une mise sous administration provisoire par une ordonnance du juge de paix et dont la mention avait été publiée au *Moniteur belge*.

Censée connaître la mise sous administration provisoire dont faisait l'objet le dispensateur de soins et, par ailleurs, le rapport qu'il entretient avec sa société, la Chambre de recours a méconnu les articles 488*bis*-F § 3, alinéa 1^{er}, et 488-K du Code civil en notifiant directement à ces deux personnes les griefs et actes de procédure les concernant, de sorte que la procédure qui a abouti à l'adoption de la décision attaquée est entachée d'illégalité.

(cassation et renvoi)

13. Recours contre les décisions de la Chambre de recours prononcées le 05.06.2014.

13. Conseil d'État (7^e ch.), F., arrêt n° 231.059 du 30 avril 2015¹⁴

Devoir de motivation - Article 149 de la Constitution - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État - Juge de cassation - Délais de conclusion - Arrêté royal du 9 mai 2008 - Principe de sécurité juridique - Composition de la Chambre de recours - Article 145 loi AMI - Question préjudicielle

L'obligation de motivation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution est une condition de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du règlement de procédure du 9 mai 2008 n'a pas d'autre contenu. Un jugement est motivé lorsque le juge expose clairement et sans équivoque les motifs qui, fussent-ils incorrects ou illégitimes, l'ont conduit à prendre cette décision et à rejeter ou à accepter les exceptions et les voies de recours. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés tels des motifs contradictoires constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

L'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État coordonnées le 12 janvier 1973 stipule que le Conseil d'État, comme juge de cassation, ne connaît pas du fond des affaires. Il en résulte que la constatation des éléments de fait ressortit de la compétence exclusive du juge administratif et le moyen qui conteste l'appréciation des faits par le juge administratif est irrecevable.

La Chambre de recours n'est pas tenue de mentionner quelle disposition de la nomenclature est applicable mais elle peut se limiter à communiquer pourquoi une prestation ne peut être portée en compte sous un certain code de la nomenclature.

Les délais contraignants pour conclure fixés dans l'arrêté royal du 9 mai 2008, n'interdisent pas à la Chambre de recours de prévoir un échange supplémentaire de conclusions, d'autant plus lorsque cela doit permettre de garantir pleinement le droit de défense d'une des parties.

Pour apprécier les principes de sécurité juridique, il ne faut pas perdre de vue que la nomenclature s'adresse aux personnes qui agissent professionnellement et disposent ou peuvent disposer de bonnes informations vis-à-vis du caractère licite de l'attestation de leurs prestations à l'assurance maladie. Un professionnel spécialisé peut difficilement alléguer que, dans son domaine professionnel, il ne peut pas clairement comprendre ce qu'il faut entendre par certains termes. Même si la nomenclature n'était pas suffisamment précise sur ce point, il ne pouvait pas l'appliquer à sa propre guise. Ce n'est pas, comme le prétend le requérant, parce que d'autres spécialistes auraient appliqué la nomenclature *contra legem*, ni parce qu'un avis a été demandé à ce sujet en cours de procédure, qu'elle serait imprécise ou arbitraire.

14. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.03.2014.

Il n'est pas du ressort du juge de cassation de connaître du fond des affaires.

Dans le cadre de l'obligation de motivation, la Chambre de recours n'est pas tenue d'étayer son point de vue sur la base de la littérature médicale.

En application de l'article 145, § 1^{er}, de la loi AMI, chaque Chambre de recours est composée d'un magistrat et de quatre membres : deux membres présentés par les organismes assureurs et deux membres présentés par le groupe professionnel auquel le dispensateur de soins concerné appartient.

Cette règle relative à la composition de cette juridiction n'est pas absolue. L'article 145, § 10, de la loi AMI inséré par la loi du 19 mars 2013 portant dispositions diverses en matière de santé (II) prévoit une exception. Suite à l'empêchement d'un membre effectif et si un membre suppléant est invité pour le remplacer, le siège est valablement constitué en vertu de cette disposition légale par un président, un des membres présentés par les organismes assureurs et un des membres présentés par le groupe professionnel du dispensateur de soins concerné.

Cette disposition a pour but (Doc. Parl., Chambre, 2012-2013, Doc 53, n° 2600/001, 15) (supprimer virgule) d'éviter des remises d'audience lorsqu'un des membres de la chambre concernée fait défaut, sans préavis, le jour de l'audience.

Le moyen concernant la composition de la Chambre de recours n'a aucun lien avec la compétence et ne touche donc pas l'ordre public. Un nouveau moyen ne peut être opposé au juge de cassation dès lors qu'il ne touche pas l'ordre public.

La question préjudicielle suggérée ne doit pas être posée si elle ne concerne pas la décision juridictionnelle contestée.

(rejet)

14. Conseil d'État (6^e ch.), G.D., arrêt n° 232.367 du 29 septembre 2015¹⁵

Droits de la défense - Décision prise par défaut - Opposition - Articles 2, 1047 et suivants du Code judiciaire

Ayant fait défaut devant la Chambre de recours, la requérante affirme qu'elle ne disposerait pas de la possibilité de faire opposition, l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de procédure des Chambres de première instance et de recours n'organisant pas une telle procédure.

Si aucune disposition de la loi ASSI coordonnée le 14 juillet 1994, ou de l'arrêté royal précité ne règle la question des décisions rendues par défaut, il y a toutefois lieu de considérer, par application de l'article 2 du Code judiciaire, que les règles relatives à l'opposition, édictées par les articles 1047 et suivants dudit code, sont applicables à la requérante, qui ne peut donc prétendre être privée du droit de faire réexaminer une cause jugée par défaut.

Le moyen repose ainsi sur un postulat inexact et la circonstance que la requérante ait, ou non, fait preuve de négligence au cours de la procédure menée devant la Chambre de recours est, en conséquence, indifférente.

15. Recours contre la décision de la Chambre de recours prononcée le 03.12.2014.

Par ailleurs, à supposer - comme l'a soutenu la requérante en termes de plaidoiries - que la notification de la décision attaquée ne soit pas conforme au prescrit de l'article 792 du Code judiciaire, un tel vice est sans incidence sur la validité de la décision attaquée.

(rejet)

15. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 232.564 du 15 octobre 2015¹⁶

Intérêts - Article 156 loi AMI - Article 1153 du Code civil

L'article 156, § 1^{er}, de la loi AMI ne porte pas sur les droits du dispensateur de soins vis-à-vis de l'administration et ne peut donc en l'espèce être appliqué utilement.

L'article 1382 du Code civil porte sur les cas où une erreur a été commise. Le juge du fond pouvait estimer que l'exécution d'une décision exécutable en vertu de la loi, ne constitue pas une faute.

En vertu de l'article 1235 du Code civil, ce qui a été payé sans être dû, est sujet à récupération. Conformément à l'article 1378 du Code civil, s'il y a eu mauvaise foi de la part de celui qui a reçu, il est tenu de restituer, tant le capital que les intérêts ou les fruits, à partir du jour du paiement. Cette mauvaise foi n'est *en l'occurrence* pas alléguée.

Le requérant a, dans ses conclusions de synthèse du 14 avril 2010, réclamé expressément devant la Chambre de première instance le "*remboursement de la somme de 27.928,30 EUR, majorée des intérêts au taux légal en matière fiscale de 7 %*". Dans ses dernières conclusions devant la Chambre de recours, déposées le 29 octobre 2014, il a réitéré cette exigence, en ajoutant cette fois-ci la date de paiement comme date de prise de cours des intérêts. Par conséquent, le requérant a pu prétendre au paiement des intérêts à partir de cette date, conformément à l'article 1153 du Code civil. Déclarer que les intérêts sont dus à partir de la date du prononcé de la Chambre de recours est une violation de l'article 1153 du Code civil.

(annulation et renvoi)

16. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 27.01.2015.

2^e Partie

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



3^e trimestre 2015

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Accords sociaux

Le montant prévu dans les accords sociaux qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 1^{er} mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 mars 2010, 17 mars 2010, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 2012, et qui ont trait aux secteurs des soins infirmiers à domicile, aux maisons médicales et à la Croix-Rouge, s'élève à 88.389.028 EUR pour 2015.¹

Ce montant est réparti comme suit :

- 86.335.288 EUR pour le Fonds des établissements et services de santé (Fonds Maribel social - Comité paritaire n° 330)
- 2.053.740 EUR pour le Fonds Maribel social de l'ONSSAPL

dont

- 77.480.885 EUR à charge du budget des frais d'administration
- 10.908.143 EUR à charge du budget des soins de santé.

Pour le paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé et qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne les mesures de parrainage dans les hôpitaux et le congé supplémentaire pour les membres du personnel d'au moins 50 ans qui ne bénéficient pas des mesures de fin de carrière, un montant de 18.218.390 EUR est réservé à partir de 2015.²

Le montant est à charge des frais d'administration de l'INAMI et est réparti comme suit :

- 11.317.484 EUR seront versés au Fonds Maribel social 330, pour le secteur privé
- 6.900.906 EUR seront versés au Fonds Maribel social du Secteur public, pour le secteur public.

1. A.R. du 10.08.2015 fixant pour l'année calendrier 2015 les montants des interventions pour les mesures prévues dans les accords sociaux qui ont trait au secteur des soins de santé et qui ont été conclus par le gouvernement fédéral les 01.03.2000, 28.11.2000, 26.04.2005, 18.07.2005, 04.02.2011, 25.02.2011 et 24.10.2012 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs et des mesures prévues dans le plan d'attractivité de la profession de praticien de l'art infirmier prévu dans les accords du 04.03.2010 et du 17.03.2010, pour autant qu'elles concernent des travailleurs occupés dans le secteur des soins à domicile, dans les maisons médicales et par la Croix-Rouge, M.B. du 08.09.2015, p. 56825.

2. A.R. du 23.08.2015 fixant le montant destiné au paiement des indemnités prévues dans l'accord social qui a trait au secteur des soins de santé, qui a été conclu par le gouvernement fédéral en 2005 avec les organisations concernées représentatives des employeurs et des travailleurs, pour autant qu'il concerne le parrainage et la mesure de congé supplémentaire à partir de l'année civile 2015, M.B. du 08.09.2015, p. 56760.

2. Moyens financiers pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques

Le budget global des moyens financiers s'élève à 4.030,194 millions d'EUR pour l'année 2015.³

3. Financement alternatif

En 2015, un montant de 1.950.448 EUR est prélevé du produit de la taxe sur la valeur ajoutée et est affecté à l'INAMI au profit du budget des frais d'administration.⁴

4. Objectif budgétaire

L'objectif budgétaire pour 2015 est fixé à 23.851.797 milliers d'EUR.⁵ Ce montant inclut l'exécution de la nouvelle politique en matière de santé mentale pour enfants et adolescents. Pour l'année 2016, l'objectif budgétaire sera augmenté, après norme de croissance et inflation, de 14.456 milliers d'EUR supplémentaires. À partir de 2016, ce montant supplémentaire sera toutefois compensé sur les dépenses administratives de l'INAMI.

5. Frais d'administration des organismes assureurs

En 2015, le montant des frais d'administration s'élève à 1.070.012.000 EUR pour les 5 unions nationales réunies et à 18.277.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de la SNCB.⁶

6. Institut scientifique de Santé publique

a. Conventions de biologie clinique

Le Comité de l'assurance peut conclure une convention avec l'Institut scientifique de Santé publique pour des analyses de biologie clinique non prévues dans la nomenclature.⁷ Cette dernière possibilité a été ajoutée dans le cadre du diagnostic et du suivi de maladies rares.

3. A.R. du 18.09.2015 fixant le budget global en 2015 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 24.09.2015, p. 59855.

4. A.R. du 10.08.2015 fixant le montant pour l'année 2015 pour le financement alternatif de l'assurance obligatoire soins de santé en exécution de l'art. 67bis de la loi du 02.01.2001, M.B. du 25.08.2015, p. 54626.

5. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 2.

6. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 3.

7. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 7.

b. Génétique humaine

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit, à partir de 2015, un budget global de moyens financiers pour les prestations de génétique humaine.⁸

Ainsi, il est possible de réserver une partie du budget des moyens financiers pour le contrôle par l'Institut scientifique de Santé publique de la qualité des laboratoires de génétique humaine.

c. Honoraires de disponibilité

Les pharmaciens et les licenciés en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique ont des responsabilités semblables à celles des médecins spécialistes en biologie clinique. Des honoraires de disponibilité peuvent par conséquent également leur être octroyés.⁹

7. Offices de tarification

La loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé crée une base légale pour les offices de tarification.¹⁰

Il ne s'agit pas des offices de tarification agrées pour les pharmaciens mais des instances qui servent d'intermédiaires pour la facturation aux mutualités des prestations effectuées par d'autres dispensateurs de soins que les pharmaciens.

Non seulement les règles en matière d'affiliation et de sous-traitance, mais aussi les critères d'agrément de ces offices de tarification (qualifications du responsable, seuil d'activité minimal, garanties financières, modalités de remboursement, obligations du conseiller en sécurité) devront être fixés par arrêté royal.

8. Simplification administrative

a. Adhésion en ligne aux accords

Désormais, les médecins et les praticiens de l'art dentaire peuvent uniquement adhérer à un accord, ou refuser d'y adhérer, par voie électronique.¹¹

8. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 8.

9. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 9.

10. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 14.

11. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 10.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Tiers payant et transparence financière

LA LOI SSI

À partir du 1^{er} juillet 2015, le législateur prévoit un certain nombre de dispositions concernant la transparence financière des soins de santé.¹² Les modifications concernent :

- **Les acomptes**

Tous les dispensateurs de soins peuvent, dans les limites fixées par leurs commissions de conventions ou d'accords, percevoir des acomptes. Les limites dans lesquelles ils peuvent les percevoir sont fixées au moment où un accord ou une convention est conclu(e) ou à tout autre moment fixé par une disposition à part.

- **L'obligation de délivrer un document justificatif**

Le dispensateur de soins a l'obligation de délivrer un document justificatif au bénéficiaire :

- en cas de facturation électronique
- en cas de cumul de prestations remboursables et non remboursables, avec application ou non du régime du tiers payant.

- **Les mentions obligatoires sur ce document justificatif**

Le document justificatif doit faire une distinction entre les prestations remboursables et non remboursables.

Si une attestation de soins donnés doit être délivrée au bénéficiaire, le document justificatif devra mentionner le montant total à payer par le bénéficiaire ainsi que les suppléments éventuels.

Si une attestation de soins donnés mentionnant toutes les prestations remboursables n'est pas délivrée au bénéficiaire, les montants qui seront payés par le bénéficiaire en vertu des tarifs d'une part, et comme suppléments d'autre part, et le cas échéant, l'intervention directement facturée à l'organisme assureur dans le cadre du régime du tiers payant, devront être mentionnés.

- **Les mentions autres que celles imposées par la loi**

Les commissions de conventions et d'accords peuvent décider d'autres mentions à faire figurer sur le document justificatif ainsi que du modèle à utiliser par les dispensateurs de soins.

12. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 22-23.

Le Comité de l'assurance a la compétence pour définir (sur avis ou proposition des commissions de conventions ou d'accords), par voie de règlement, par catégorie de dispensateurs de soins :

- un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être utilisé
- le moment où le document justificatif est délivré au bénéficiaire s'il n'est pas délivré au moment de la prestation
- les modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif
- les modalités de délivrance du document justificatif au bénéficiaire.

L'ARRÊTÉ D'EXÉCUTION

L'ancien arrêté royal de 1986 est dépassé et ne répond pas non plus aux exigences actuelles en matière de facturation électronique.¹³

Voici les principales modifications à partir du 1^{er} octobre 2015 :

- Le médecin généraliste est tenu d'appliquer le tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée
- Pour les prestations de l'art dentaire, il n'est plus possible d'invoquer la situation de détresse financière (occasionnelle) pour pouvoir appliquer le tiers payant
- Le bénéficiaire reçoit un document justificatif si la facturation se fait par voie électronique ou si des prestations remboursables ont été effectuées en même temps que des prestations non remboursables
- Tous les dispensateurs de soins sont tenus de remettre un reçu dans le cadre de la transparence financière.

FACTURATION ÉLECTRONIQUE¹⁴

La facturation électronique par le dispensateur de soins qui applique le régime du tiers payant constitue la règle.

Étant donné que la facturation électronique aux organismes assureurs dans le cadre de MyCarenet n'est actuellement pas encore disponible pour toutes les catégories de dispensateurs de soins, la date à laquelle elle le sera, sera fixée par arrêté royal.

Le dispensateur de soins bénéficiera d'une période de transition de 2 ans à compter de cette date pour passer au système de facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant.

Au terme de cette période de transition, ou dès qu'il applique la facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant, le dispensateur de soins est obligé de facturer par voie électronique s'il applique le régime du tiers payant.

Les commissions de conventions ou d'accords peuvent donner aux modalités techniques et pratiques un contenu différent en fonction de la catégorie de dispensateur de soins. Le Comité de gestion approuve ces contenus.

13. A.R. du 18.09.2015 portant exécution de l'art. 53, § 1^{er}, de la loi SSI, concernant le régime du tiers payant, M.B. du 23.09.2015, p. 59521.

14. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 20-21.

b. Insuffisance rénale chronique

À partir du 1^{er} octobre 2015, les critères d'octroi du forfait mensuel de 30 EUR pour l'alimentation spéciale en cas d'insuffisance rénale chronique chez les enfants changent.¹⁵ La définition des patients a été réécrite en des termes plus généraux pour qu'elle ne s'applique pas uniquement aux enfants dialysés ou souffrant de tubulopathie. Ceci permet d'atteindre plus spécifiquement des enfants confrontés à un problème nutritionnel pour lesquels une aide au suivi d'un régime alimentaire peut être utile.

c. Travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale ont droit, en cas de faillite, à des soins de santé durant 4 trimestres maximum. Le "jugement déclaratif de faillite" sert de point de référence pour le début de cette période de 4 trimestres. Une modification à la réglementation parle en outre d'une assurance faillite en cas de cessation forcée (suite à une catastrophe naturelle par exemple). "La cessation de l'activité indépendante" est désormais utilisée comme point de référence dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (SSI).¹⁶

d. Étrangers mineurs non accompagnés

La loi SSI est modifiée en ce qui concerne la tutelle des étrangers mineurs non accompagnés. Les ressortissants d'un pays membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse peuvent également faire valoir la qualité d'assurés en tant qu'étrangers mineurs non accompagnés.¹⁷

e. Maximum à facturer (MAF)

Depuis 2014, le MAF social est applicable aux enfants handicapés.¹⁸ La condition selon laquelle il fallait d'abord effectuer une enquête sur le revenu pour que ces enfants puissent bénéficier du MAF, a été supprimée. Les enfants handicapés, tout comme les orphelins et les étrangers mineurs non accompagnés, sont jugés se trouver dans une situation digne d'intérêt et bénéficient par conséquent automatiquement de l'intervention majorée.

2. Dispensateurs de soins

a. Praticiens de l'art dentaire

ATTESTATIONS STAGIAIRES

Depuis le 1^{er} août 2014, les dentistes stagiaires sont tenus d'attester eux-mêmes les soins qu'ils ont dispensés. Dans un premier temps, ils les attestaient sur les attestations de soins donnés de leur maître de stage. Ils mentionnaient leurs nom et numéro INAMI suivis ou précédés de la mention "Pour le compte de... (nom du maître de stage)".

15. A.R. du 08.09.2015 modifiant l'A.R. du 04.05.2009 portant exécution de l'art. 37, § 16bis al. 1^{er}, 3^o, et al. 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les enfants qui souffrent d'insuffisance rénale chronique, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58646.

16. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 6.

17. Idem.

18. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 15-16.

Depuis le 1^{er} octobre 2015, cette mention ne doit plus obligatoirement figurer sur l'attestation.¹⁹ Toutes les autres modalités d'attestation demeurent inchangées.

ACOMPTE

Le 1^{er} juillet 2015, la Commission nationale dento-mutualiste a fixé les règles relatives aux acomptes que les praticiens de l'art dentaire peuvent demander.²⁰

Ceux-ci peuvent demander plusieurs acomptes au cours d'un traitement. Un traitement est un ensemble de prestations liées, réparties ou non sur plusieurs séances, qui concernent une problématique dentaire d'un patient donné. Vous pouvez demander le premier acompte lors de la première séance.

Le montant de l'acompte tient compte de l'évolution du traitement et des coûts du matériel qui s'y rapporte. Un acompte ne peut jamais dépasser 50 % du montant total dû pour le traitement des 6 prochains mois.

b. Praticiens de l'art infirmier

À partir du 1^{er} juillet 2015, les dispositions relatives aux attestations des praticiens de l'art infirmier à domicile changent.²¹ Ces praticiens sont également concernés par les nouvelles exigences en matière de transparence financière.

Les modalités relatives au document justificatif que le praticien de l'art infirmier doit remettre au bénéficiaire sont en cours d'élaboration. Dans ce contexte, il est tenu compte de 2 cas particuliers :

- si la facturation se fait au moyen d'un transfert électronique de données via MyCarenet
- si, outre les prestations qui donnent lieu à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, des prestations sont attestées qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire.

Au demeurant, les mentions devant figurer sur le document justificatif, le mode et le moment de délivrance dudit document et les modalités pour le regroupement des prestations similaires ont été fixés à partir du 1^{er} octobre 2015.

À partir du 1^{er} juillet 2015, les attestations de soins donnés ne devront en outre plus être envoyées sur papier à l'organisme assureur en cas de facturation via MyCarenet. Un état récapitulatif et les prescriptions liées aux prestations facturées, à l'exception des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires, étaient envoyés en même temps que lesdites attestations.

19. Règlement du 13.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 06.08.2015, p. 49480.

20. Avis relatif aux limites aux acomptes pour les prestations de santé en matière des soins dentaires, M.B. du 24.08.2015, p. 54592.

21. Règlement du 27.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, en exécution de l'art. 53, § 1/2 de cette même loi, M.B. du 24.08.2015, p. 54509.

3. Prestations

a. Médecins

DONNEURS D'ORGANES VIVANTS

La loi SSI jette les bases pour la suppression du ticket modérateur pour les prestations effectuées au bénéfice du donneur vivant.²² Un arrêté royal doit encore développer la réglementation du don d'organes en vue d'une intervention dans les consultations préopératoires, les examens de laboratoire et les prestations techniques, à côté de l'opération même et du suivi postopératoire.

b. Kinésithérapeutes

Depuis le 1^{er} novembre 2015, le kinésithérapeute décide lui-même s'il y a lieu ou non d'effectuer la prestation au domicile du bénéficiaire.²³ Cette mesure constituait une des priorités dans l'Accord national kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Toujours depuis cette date, l'assurance soins de santé intervient dans les soins de kinésithérapie prescrits par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonctionnement temporo-mandibulaire²⁴.

c. Opticiens

La prescription médicale pour les verres de lunettes change à partir du 1^{er} septembre 2015 et 2 nouvelles prescriptions sont introduites.²⁵ Il s'agit de prescriptions médicales spécifiques pour chaque type de dispositif de correction :

- les lentilles de contact
- les prothèses oculaires.

Les 3 prescriptions médicales sont le résultat d'une concertation entre les membres de la Commission de conventions opticiens-organismes assureurs et les représentants des ophtalmologues belges.

d. Orthopédistes

Depuis le 1^{er} octobre 2014, la nomenclature des prothèses myoélectriques a profondément été modifiée.²⁶

Les principales modifications au texte original concernent :²⁷

- l'ajout du liner sur-mesure high-tech et du liner sur-mesure
- d'après une règle de non-cumul, le dispositif enfileur ne peut pas être cumulé avec la prestation d'un liner préfab

22. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 19.

23. A.R. du 03.09.2015 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 23.09.2015, p. 59520.

24. idem.

25. Règlement du 13.07.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 22.07.2015, p. 46866.

26. Voir B.I.-INAMI 2014/3-4, p. 380, A.R. du 21.07.2014 modifiant l'art. 29 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 04.08.2014, p. 56849.

27. A.R. du 17.07.2015 modifiant l'art. 29 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé, M.B. du 30.07.2015 (Éd. 2), p. 48651.

- le délai de renouvellement pour les bénéficiaires à partir de leur 18^e anniversaire a été modifié pour qu'il soit clair que la prothèse de base inclut également le fût
- le terme "prescripteurs" sera adapté pour que le groupe des centres qui peuvent prescrire soit élargi à tous les centres qui ont une convention (type 7.71) avec l'INAMI
- la motivation du renouvellement du fût sera adaptée pour qu'il soit clair qu'il s'agit d'un renouvellement anticipé
- au point "Motivation pour un liner sur-mesure", le mot "premier" est ajouté pour signifier qu'une motivation n'est plus nécessaire pour le renouvellement d'un liner sur-mesure.

e. Implants et dispositifs médicaux invasifs

FORMULAIRES

Une nouvelle prestation ayant été introduite dans la nomenclature, les formulaires devront également être adaptés en conséquence à partir du 1^{er} août 2015.²⁸ Il s'agit de l'attestation du matériel de consommation utilisé lors d'une dialyse de détoxification dans le cadre d'une pathologie du foie.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

• Orthopédie et traumatologie

Une règle interprétative précise ce qu'il faut entendre par "vis-clou canulé verrouillable".²⁹ Une facturation correcte sous ce numéro de nomenclature est ainsi assurée.

f. Établissements et services de soins

À partir du 1^{er} septembre 2015, les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont réduits à 67 % en cas de réadmission d'un patient dans les 10 jours au sein du même hôpital.³⁰ Autrefois, ces honoraires étaient réduits à 82 %.

g. Prestations pharmaceutiques

PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

Les exigences minimales pour la prescription de médicaments destinée à être utilisée dans d'autres États membres de l'UE changent à partir du 1^{er} octobre 2015.³¹ La prescription de médicaments belge ne change pas. Les modifications contribuent à la simplification de la mobilité des patients dans les pays de l'UE.

28. Règlement du 22.06.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 11.08.2015, p. 51032.

29. Règle interprétative du 27.07.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 14.09.2015.

30. Loi du 17.07.2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, M.B. du 17.08.2015, art. 17 et 18.

31. A.R. du 30.08.2015 modifiant l'A.R. du 08.06.1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58645.

NUTRITION MÉDICALE

Les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans les coûts de la nutrition parentérale des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés changent à partir du 1^{er} octobre 2015.³² Deux adaptations importantes sont apportées aux indications :

- les affections gastriques sont ajoutées à l'indication actuelle concernant les affections intestinales
- la mucoviscidose y est également ajoutée.

Les affections sont à chaque fois spécifiées et un rapport circonstancié est une condition *sine qua non* pour pouvoir bénéficier d'une intervention.

La réglementation a en outre été modifiée pour être alignée sur celle de la nutrition entérale par sonde.

Enfin, les formulaires de demande d'intervention seront modifiés pour qu'ils correspondent aux nouvelles dispositions.

III. Indemnités

1. Comité de gestion

Le Comité de gestion du Service des indemnités est compétent pour conclure des conventions dans le cadre d'études et de projets pilotes dans le domaine de l'incapacité de travail, de l'évaluation médicale et de la réadaptation professionnelle.³³

Le développement des connaissances en matière d'incapacité de travail, d'évaluation médicale et de réadaptation professionnelle est en effet un instrument de gestion efficace pour soutenir ce Comité de gestion dans ses choix stratégiques qui concernent l'incapacité de travail.

2. Fraude sociale

Si le titulaire reconnu en incapacité de travail a effectué une activité non autorisée, il doit rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période au cours desquels il a effectué l'activité non autorisée. Aujourd'hui, la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités stipule que, si une activité non autorisée a été exercée un dimanche, l'indemnité journalière payée pour le premier jour indemnisable qui précède durant lequel le titulaire n'a exercé aucun travail doit être récupérée (le dimanche n'est en effet pas un jour indemnisable).³⁴

32. A.R. du 23.08.2015 modifiant l'A.R. du 20.07.2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, M.B. du 15.09.2015, p. 57918.

33. Loi du 20.07.2015 portant des dispositions diverses en matière sociale, M.B. du 21.08.2015 (Éd. 2), art. 56.

34. Loi du 20.07.2015 portant des dispositions diverses en matière sociale, M.B. du 21.08.2015 (Éd. 2), art. 58.

3. Indemnités pour les détenus

La loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités inclut le principe selon lequel, à partir du 1^{er} juillet 2015, le paiement des indemnités d'incapacité de travail peut être suspendu pendant une période de détention ou d'incarcération.³⁵ Il y a encore lieu de préciser par arrêté royal sous quelles conditions a lieu la suspension et de quelle façon les organismes assureurs recevront les données nécessaires pour pouvoir appliquer cette mesure de suspension.

4. Fin de la reconnaissance de l'incapacité de travail

L'octroi des indemnités d'incapacité de travail est suspendu lorsque le titulaire ne respecte pas les obligations de contrôle. La suspension est maintenue tant que le titulaire ne se présente pas spontanément ou n'invoque pas de justification valable pour son absence. Pendant la suspension du paiement des indemnités, le titulaire reste toutefois reconnu incapable de travailler, sans contrôle médical.

Afin d'éviter que la reconnaissance de l'incapacité de travail reste maintenue pendant une longue période sans contrôle médical, le médecin-conseil ou le Conseil médical de l'invalidité peuvent mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail si :

- l'assuré ne se présente pas (ou refuse de se soumettre) à l'examen médical auquel il a été convoqué et ce, sans justification valable
- et si cette absence (ou ce refus) se prolonge sans justification valable pendant un délai de 60 jours civils à partir de la date de l'examen prévu.

Il est important que le titulaire reçoive les informations nécessaires sur le risque (fin de la reconnaissance de l'incapacité de travail) s'il ne se présente pas à l'examen médical sans justification valable et s'il ne prend pas contact. Le titulaire en est informé et les formulaires "reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil" et "fin d'incapacité de travail" sont adaptés.³⁶

5. Congé de maternité converti

La loi du 13 avril 2011 prévoyait pour le coparent, d'une part, le droit à un congé de naissance et, d'autre part, le droit à un congé de maternité converti à la suite du décès ou de l'hospitalisation de la mère lorsque la filiation de l'enfant du côté du père n'est pas établie.³⁷ Alors que le congé de naissance était déjà possible pour le coparent depuis le 10 mai 2011, le congé de maternité converti n'a été possible qu'à partir du 28 juillet 2014.

35. Loi-programme du 10.08.2015, M.B. du 18.08.2015 (Éd. 2), art. 21-22.

36. Règlement du 09.07.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5^e, de la loi SSI, M.B. du 22.07.2015, p. 46857.

37. B.I.-INAMI 2011/3, p. 320 - Loi du 13.04.2011 modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité, M.B. du 10.05.2011, p. 27182.

Le règlement des indemnités du 16 avril 1997 devait être modifié : ³⁸

- les dispositions portant sur la façon dont le salaire perdu doit être déterminé pour le calcul de l'indemnité octroyée par l'organisme assureur à partir du quatrième jour du congé de paternité ou de naissance et lors du congé de maternité converti devaient être formellement adaptées
- les formalités qui doivent être remplies pour obtenir une indemnité pour le congé de naissance ou le congé de maternité converti ont également été modifiées. Si la filiation (du côté du père) n'est pas établie, l'intéressé doit en effet fournir une 'déclaration sur l'honneur' particulière à l'organisme assureur.

6. Montants des indemnités

a. Travailleurs salariés - Revalorisation des indemnités

En raison de la liaison prévue au bien-être des indemnités pour les titulaires dont la durée de l'incapacité de travail atteint 15 ans au plus tard le 31 août 2015 d'une certaine année civile, les titulaires qui, en 2009, étaient en incapacité de travail depuis 16 ans ou plus sont défavorisés. Ils recevraient une indemnité d'invalidité inférieure à ceux qui sont reconnus en incapacité de travail depuis moins longtemps. Pour traiter tous les invalides de longue durée de la même façon, la suspension de cette revalorisation des indemnités d'invalidité est prolongée pour tous les invalides jusqu'en 2017 inclus.³⁹

b. Travailleurs indépendants ⁴⁰

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL PRIMAIRE ET L'INDEMNITÉ POUR LES INVALIDES QUI N'ONT PAS MIS FIN À LEUR ENTREPRISE

Suite à l'augmentation de la pension minimum pour les travailleurs indépendants, les montants forfaitaires y associés pour les titulaires avec charge de famille et les titulaires isolés en incapacité de travail primaire et en invalidité sans cessation de l'entreprise sont augmentés de 2 % à partir du 1^{er} septembre 2015. À la même date, le forfait pour les titulaires cohabitants en incapacité de travail primaire et en invalidité sans cessation de l'entreprise est également augmenté de 2 %. Le montant de base s'élève à 25,6138 EUR.

INVALIDES QUI ONT MIS FIN À LEUR ENTREPRISE

Suite à l'augmentation des indemnités minimums pour les travailleurs réguliers dans le régime des travailleurs salariés, les montants y associés pour les invalides indépendants qui ont cessé leur entreprise sont également augmenté de 2 % à partir du 1^{er} septembre 2015.

38. Règlement du 17.12.2014 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5^e, de la loi SSI, M.B. du 27.07.2015, p. 47719.

39. A.R. du 30.08.2015 modifiant l'A.R. du 12.02.2009 modifiant l'A.R. 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 18.09.2015 (Éd. 2), p. 58642.

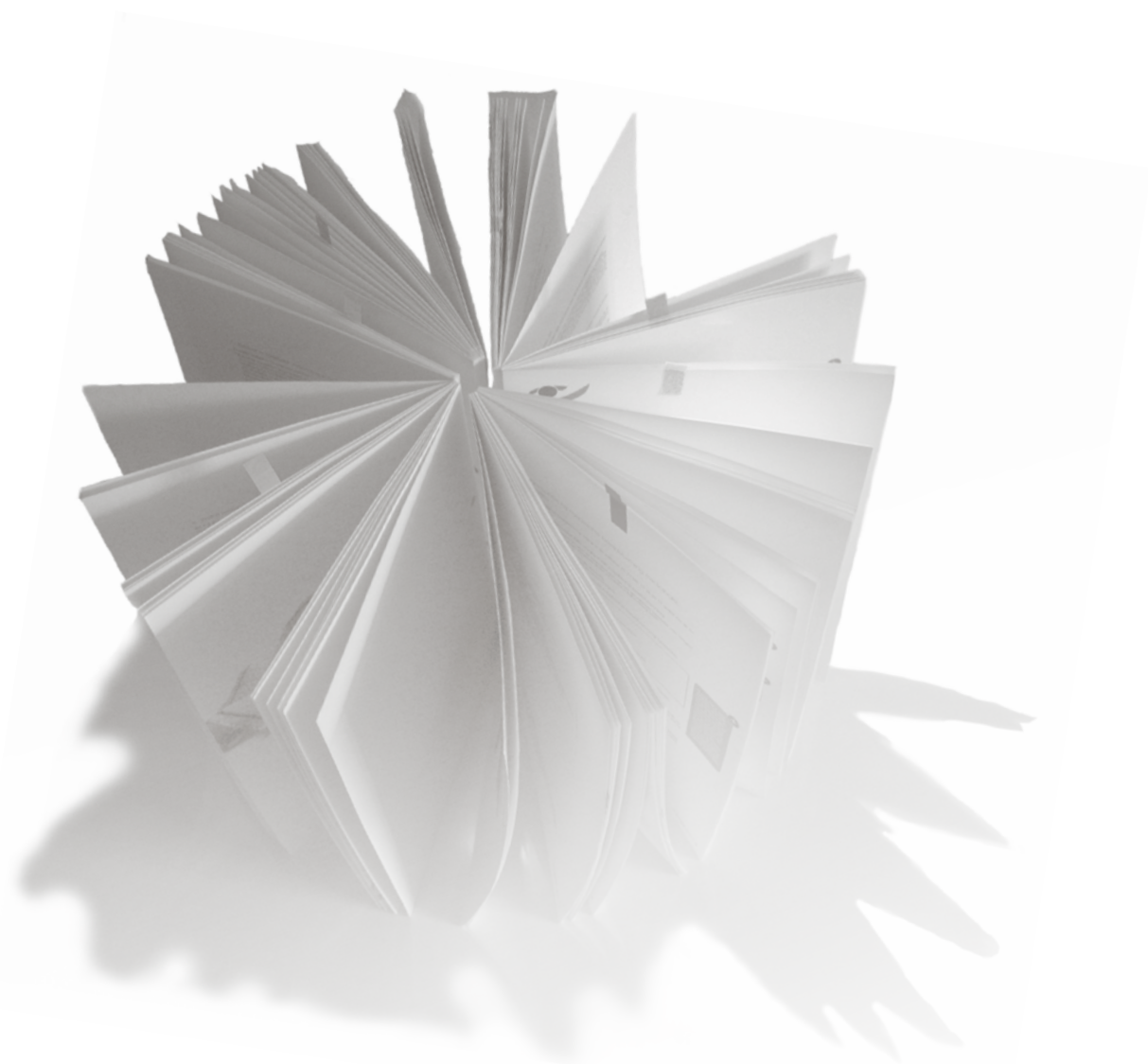
40. A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 7 de l'A.R. du 20.12.2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56456; A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 94 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56457 et A.R. du 10.08.2015 modifiant l'art. 9 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, M.B. du 04.09.2015 (Éd. 2), p. 56457.

REVALORISATION DE L'INDEMNITÉ DE MATERNITÉ ET DE L'ALLOCATION D'ADOPTION

Le montant de l'indemnité de maternité est augmenté de 2 % à partir du 1^{er} septembre 2015. Parallèlement, l'indemnité pour le congé d'adoption est également augmentée d'un même montant. Le montant de base s'élève à 340,52 EUR.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour de justice de l'Union européenne, 1^{er} octobre 2015

Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données

La directive prévoit que le responsable du traitement des données à caractère personnel doit informer les personnes concernées de sa propre identité, des finalités du traitement ainsi que de toute information supplémentaire nécessaire pour assurer un traitement loyal des données. Parmi ces informations supplémentaires, figurent les catégories des données concernées ainsi que l'existence d'un droit d'accès et de rectification. En conséquence, le droit de l'Union s'oppose à la transmission et au traitement de données personnelles entre deux administrations publiques d'un État membre sans que les personnes concernées n'en aient été informées au préalable.

La directive exige que toute limitation éventuelle à l'obligation d'information soit prise au moyen de mesures législatives ce qui est le cas de l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui prévoit la transmission par l'Administration fiscale d'informations relatives aux revenus. Dès lors, l'obligation d'information peut recevoir une exception en Belgique.

Arrêt n° C-201/14

...

Arrêt

1. La demande de décision préjudicielle porte sur l'interprétation de l'article 124 TFUE ainsi que des articles 10, 11 et 13 de la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (JO L 281, p. 31).
2. Cette demande a été présentée dans le cadre d'un litige opposant Mme Bara e.a. au Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (président de la Caisse nationale de sécurité sociale), à la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (Caisse nationale de sécurité sociale, ci-après la "CNAS") et à l'Agentia Nationala de Administrare Fiscala (Agence nationale d'administration fiscale, ci-après l'"ANAF") à propos du traitement de certaines données.

Le cadre juridique

LE DROIT DE L'UNION

3. Aux termes de l'article 2 de la directive 95/46, intitulé "Définitions" :

"Aux fins de la présente directive, on entend par :

- a) "données à caractère personnel" : toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable (personne concernée); est réputée identifiable une personne qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments spécifiques, propres à son identité physique, physiologique, psychique, économique, culturelle ou sociale ;

- b) “traitement de données à caractère personnel” (traitement) : toute opération ou ensemble d’opérations effectuées ou non à l’aide de procédés automatisés et appliquées à des données à caractère personnel, telles que la collecte, l’enregistrement, l’organisation, la conservation, l’adaptation ou la modification, l’extraction, la consultation, l’utilisation, la communication par transmission, diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l’interconnexion, ainsi que le verrouillage, l’effacement ou la destruction ;
- c) “fichier de données à caractère personnel” (fichier) : tout ensemble structuré de données à caractère personnel accessibles selon des critères déterminés, que cet ensemble soit centralisé, décentralisé ou réparti de manière fonctionnelle ou géographique ;
- d) “responsable du traitement” : la personne physique ou morale, l’autorité publique, le service ou tout autre organisme qui, seul ou conjointement avec d’autres, détermine les finalités et les moyens du traitement de données à caractère personnel; lorsque les finalités et les moyens du traitement sont déterminés par des dispositions législatives ou réglementaires nationales ou communautaires, le responsable du traitement ou les critères spécifiques pour le désigner peuvent être fixés par le droit national ou communautaire ;

[...]

4. L’article 3 de cette directive, intitulé “Champ d’application”, est libellé comme suit :

“1. La présente directive s’applique au traitement de données à caractère personnel, automatisé en tout ou en partie, ainsi qu’au traitement non automatisé de données à caractère personnel contenues ou appelées à figurer dans un fichier.

2. La présente directive ne s’applique pas au traitement de données à caractère personnel :

- mis en oeuvre pour l’exercice d’activités qui ne relèvent pas du champ d’application du droit communautaire, telles que celles prévues aux titres V et VI du traité sur l’Union européenne, et, en tout état de cause, aux traitements ayant pour objet la sécurité publique, la défense, la sûreté de l’État (y compris le bien-être économique de l’État lorsque ces traitements sont liés à des questions de sûreté de l’État) et les activités de l’État relatives à des domaines du droit pénal
- effectué par une personne physique pour l’exercice d’activités exclusivement personnelles ou domestiques.”

5. L’article 6 de ladite directive, qui concerne les principes relatifs à la qualité des données, dispose :

“1. Les États membres prévoient que les données à caractère personnel doivent être :

- a) traitées loyalement et licitement ;
- b) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités. Un traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques n’est pas réputé incompatible pour autant que les États membres prévoient des garanties appropriées ;
- c) adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement ;
- d) exactes et, si nécessaire, mises à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes, au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement, soient effacées ou rectifiées ;

e) conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont collectées ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement. Les États membres prévoient des garanties appropriées pour les données à caractère personnel qui sont conservées au-delà de la période précitée, à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

2. Il incombe au responsable du traitement d'assurer le respect du paragraphe 1."

6. L'article 7 de la même directive, qui porte sur les principes relatifs à la légitimation des traitements de données, énonce :

"Les États membres prévoient que le traitement de données à caractère personnel ne peut être effectué que si :

a. la personne concernée a indubitablement donné son consentement,

ou

b. il est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci,

ou

c. il est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis,

ou

d. il est nécessaire à la sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée,

ou

e. il est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique, dont est investi le responsable du traitement ou le tiers auquel les données sont communiquées,

ou

f. il est nécessaire à la réalisation de l'intérêt légitime poursuivi par le responsable du traitement ou par le ou les tiers auxquels les données sont communiquées, à condition que ne prévalent pas l'intérêt ou les droits et libertés fondamentaux de la personne concernée, qui appellent une protection au titre de l'article 1^{er} paragraphe 1."

7. L'article 10 de la directive 95/46, intitulé "Informations en cas de collecte de données auprès de la personne concernée", énonce :

"Les États membres prévoient que le responsable du traitement ou son représentant doit fournir à la personne auprès de laquelle il collecte des données la concernant au moins les informations énumérées ci-dessous, sauf si la personne en est déjà informée :

a) l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;

b) les finalités du traitement auquel les données sont destinées ;

c) toute information supplémentaire telle que :

- les destinataires ou les catégories de destinataires des données
- le fait de savoir si la réponse aux questions est obligatoire ou facultative ainsi que les conséquences éventuelles d'un défaut de réponse
- l'existence d'un droit d'accès aux données la concernant et de rectification de ces données

dans la mesure où, compte tenu des circonstances particulières dans lesquelles les données sont collectées, ces informations supplémentaires sont nécessaires pour assurer à l'égard de la personne concernée un traitement loyal des données."

8. L'article 11 de cette directive, intitulé "Informations lorsque les données n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée", est libellé comme suit :

"1. Lorsque les données n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, les États membres prévoient que le responsable du traitement ou son représentant doit, dès l'enregistrement des données ou, si une communication de données à un tiers est envisagée, au plus tard lors de la première communication de données, fournir à la personne concernée au moins les informations énumérées ci-dessous, sauf si la personne en est déjà informée :

- a) l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;
- b) les finalités du traitement ;
- c) toute information supplémentaire telle que :

- les catégories de données concernées
- les destinataires ou les catégories de destinataires des données
- l'existence d'un droit d'accès aux données la concernant et de rectification de ces données

dans la mesure où, compte tenu des circonstances particulières dans lesquelles les données sont collectées, ces informations supplémentaires sont nécessaires pour assurer à l'égard de la personne concernée un traitement loyal des données.

2. Le paragraphe 1 ne s'applique pas lorsque, en particulier pour un traitement à finalité statistique ou de recherche historique ou scientifique, l'information de la personne concernée se révèle impossible ou implique des efforts disproportionnés ou si la législation prévoit expressément l'enregistrement ou la communication des données. Dans ces cas, les États membres prévoient des garanties appropriées."

9. Aux termes de l'article 13 de ladite directive, intitulé "Exceptions et limitations" :

"1. Les États membres peuvent prendre des mesures législatives visant à limiter la portée des obligations et des droits prévus à l'article 6, paragraphe 1, à l'article 10, à l'article 11, paragraphe 1^{er} et aux articles 12 et 21, lorsqu'une telle limitation constitue une mesure nécessaire pour sauvegarder :

- a) la sûreté de l'État ;
- b) la défense ;
- c) la sécurité publique ;
- d) la prévention, la recherche, la détection et la poursuite d'infractions pénales ou de manquements à la déontologie dans le cas des professions réglementées ;
- e) un intérêt économique ou financier important d'un État membre ou de l'Union européenne, y compris dans les domaines monétaire, budgétaire et fiscal ;
- f) une mission de contrôle, d'inspection ou de réglementation relevant, même à titre occasionnel, de l'exercice de l'autorité publique, dans les cas visés aux points c), d) et e) ;
- g) la protection de la personne concernée ou des droits et libertés d'autrui.

2. Sous réserve de garanties légales appropriées, excluant notamment que les données puissent être utilisées aux fins de mesures ou de décisions se rapportant à des personnes précises, les États membres peuvent, dans le cas où il n'existe manifestement aucun risque d'atteinte à la vie privée de la personne concernée, limiter par une mesure législative les droits prévus à l'article 12 lorsque les données sont traitées exclusivement aux fins de la recherche scientifique ou sont stockées sous la forme de données à caractère personnel pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la seule finalité d'établissement de statistiques."

Le droit roumain

La loi n° 95/2006

10. Il ressort de la décision de renvoi que l'article 215 de la loi n° 95/2006 concernant la réforme dans le domaine de la santé (Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sanatatii), du 14 avril 2006 (*Monitorul Oficial al României*, partie I, n° 372, du 28.04.2006), prévoit :

- “(1) L'obligation de verser la contribution d'assurance maladie appartient à la personne physique ou morale qui emploie des personnes sur la base d'un contrat individuel de travail ou d'un statut spécial prévu par la loi, ainsi qu'aux personnes physiques, selon le cas.
- (2) Les personnes morales ou physiques auprès desquelles les assurés exercent leurs activités sont tenues de déposer mensuellement auprès des caisses d'assurance librement choisies par les assurés des déclarations nominatives relatives aux obligations qui leur incombent vis-à-vis du fonds et la preuve du paiement des contributions.

[...]”

11. L'article 315 de cette loi énonce :

“Les données nécessaires à l'établissement de la qualité d'assuré sont transmises gratuitement aux caisses d'assurance maladie par les autorités, les institutions publiques et d'autres institutions, sur la base d'un protocole.”

L'arrêté du président de la CNAS n° 617/2007

12. L'article 35 de l'arrêté du président de la CNAS n° 617/2007, du 13 août 2007, portant approbation des règles méthodologiques concernant l'établissement des documents justificatifs pour acquérir la qualité d'assuré ou d'assuré non contributeur et l'application des mesures d'exécution forcée en vue de la perception des sommes dues au fonds national unique de sécurité sociale (*Monitorul Oficial al României*, partie I, n° 649, du 24.09.2007), énonce :

“[...] pour les obligations de paiement à l'égard du fonds qui incombent aux personnes physiques qui souscrivent un contrat d'assurance, autres que celles pour lesquelles la perception des revenus est effectuée par l'ANAF, le titre de créance consiste, selon le cas, dans la déclaration [...], dans l'avis d'imposition émis par l'organe compétent de la CAS [caisse d'assurance maladie], ou dans les décisions de justice relatives à des dettes vis-à-vis du fonds. L'avis d'imposition peut être émis par l'organe compétent de la CAS également sur la base des informations reçues de l'ANAF sur la base d'un protocole.”

Le protocole de 2007

13. Aux termes de l'article 4 du protocole n° P 5282/26.10.2007/95896/30.10.2007 conclu entre la CNAS et l'ANAF (ci-après le “protocole de 2007”) :

“Après l'entrée en vigueur du présent protocole, l'[ANAF], par l'intermédiaire de ses unités spécialisées subordonnées, transmettra, sous forme électronique, la base de données initiale concernant :

- a. les revenus des personnes qui font partie des catégories prévues à l'article 1, paragraphe 1, du présent protocole et, trimestriellement, l'actualisation de cette base de données, à la [CNAS], sous une forme compatible avec le traitement automatique, conformément à l'annexe n° 1 du présent protocole [...]

[...]

Le litige au principal et les questions préjudicielles

14. Les requérants au principal tirent des revenus d'activités indépendantes. L'ANAF a transmis à la CNAS les données relatives à leurs revenus déclarés. Sur la base de ces données, la CNAS a exigé le paiement d'arriérés de contributions au régime d'assurance maladie.
15. Les requérants au principal ont saisi la cour d'appel de Cluj d'un recours dans le cadre duquel ils contestent la légalité du transfert des données fiscales relatives à leurs revenus au regard de la directive 95/46. Ils font valoir que ces données à caractère personnel ont été, sur la base d'un simple protocole interne, transmises et utilisées à des fins autres que celles pour lesquelles elles avaient été initialement communiquées à l'ANAF, sans leur consentement exprès et sans leur information préalable.
16. Il ressort de la décision de renvoi que les entités publiques sont habilitées, en vertu de la loi n° 95/2006, à transmettre des données à caractère personnel aux caisses d'assurance maladie afin de permettre à ces dernières d'établir la qualité d'assuré des personnes concernées. Ces données concernent l'identification des personnes (nom, prénom, numéro d'identification personnel, adresse) mais ne comprennent pas celles relatives aux revenus perçus.
17. La juridiction de renvoi cherche à déterminer si le traitement des données par la CNAS nécessitait l'information préalable des personnes concernées quant à l'identité du responsable du traitement et au but dans lequel ces données ont été transmises. Cette juridiction est également appelée à se prononcer sur le point de savoir si la transmission des données sur la base du protocole de 2007 est contraire aux dispositions de la directive 95/46 qui exigent que toute restriction aux droits des personnes concernées soit prévue par la loi et assortie de garanties, notamment lorsque les données sont utilisées contre ces personnes.
18. Dans ces conditions, la cour d'appel de Cluj a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes :
 - “1) L'autorité fiscale nationale, en tant que représentante du ministère compétent d'un État membre, est-elle une institution financière au sens de l'article 124 TFUE ?
 - 2) Le transfert de la base de données relative aux revenus perçus par les ressortissants d'un État membre, de l'autorité fiscale nationale vers une autre institution dudit État membre, peut-il être réglementé par un acte assimilé aux actes administratifs, à savoir par un protocole conclu entre l'autorité fiscale nationale et une autre institution de l'État, sans que cela constitue un accès préférentiel, tel que défini à l'article 124 TFUE ?
 - 3) Le transfert de la base de données en vue de faire supporter à des citoyens d'un État membre des obligations de paiement à titre de contributions sociales, à l'égard de l'institution de l'État membre au bénéfice de laquelle ledit transfert est effectué, relève-t-il de la notion de considération d'ordre prudentiel au sens de l'article 124 TFUE ?
 - 4) Les données personnelles peuvent-elles être traitées par une autorité qui n'était pas destinataire des dites données, dans des conditions où cette opération cause rétroactivement des préjudices patrimoniaux ?”

Sur les questions préjudicielles

Sur la recevabilité

Sur la recevabilité des première à troisième questions

19. Selon une jurisprudence constante, la Cour peut refuser de statuer sur une question préjudicielle posée par une juridiction nationale lorsqu'il apparaît de manière manifeste que l'interprétation du droit de l'Union sollicitée n'a aucun rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal, lorsque le problème est de nature hypothétique ou encore lorsque la Cour ne dispose pas des éléments de fait et de droit nécessaires pour répondre de façon utile aux questions qui lui sont posées (voir arrêt *PreussenElektra*, C-379/98, EU:C:2001:160, point 39 et jurisprudence citée).
20. Toutes les observations soumises à la Cour tendent à considérer que les première à troisième questions préjudicielles relatives à l'interprétation de l'article 124 TFUE sont irrecevables au motif qu'elles sont sans rapport avec l'objet du litige au principal.
21. À cet égard, il y a lieu de l'appeler que l'article 124 TFUE relève de la troisième partie, titre VIII, du traité TFUE relatif à la politique économique et monétaire. Cet article interdit toute mesure, ne reposant pas sur des considérations d'ordre prudentiel, qui établit un accès privilégié des institutions, des organes ou des organismes de l'Union, des administrations centrales, des autorités régionales ou locales, des autres autorités publiques ou d'autres organismes ou entreprises publics des États membres aux institutions financières.
22. Cette interdiction trouve son origine dans l'article 104 A du traité CE (devenu art. 102 CE) qui a été inséré dans le traité CE par le traité de Maastricht. Elle fait partie des dispositions du traité FUE relatives à la politique économique qui visent à inciter les États membres à respecter une politique budgétaire saine en évitant qu'un financement monétaire des déficits publics ou un accès privilégié des autorités publiques aux marchés financiers ne conduise à un endettement excessif ou à des déficits excessifs des États membres (voir, en ce sens, arrêt *Gauweiler e.a.*, C-62/14, EU:C:2015:400, point 100).
23. Il est donc manifeste que l'interprétation de l'article 124 TFUE sollicitée n'a aucun rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal qui concerne la protection des données à caractère personnel.
24. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu de répondre aux première à troisième questions.

Sur la recevabilité de la quatrième question

25. La CNAS et le gouvernement roumain soutiennent que la quatrième question est irrecevable. Ce gouvernement fait valoir qu'il n'existe aucun lien entre le préjudice invoqué par les requérants au principal et l'annulation des actes administratifs attaqués dans le cadre de la procédure au principal.
26. Il convient de rappeler, à cet égard, que, selon une jurisprudence constante de la Cour, les questions relatives à l'interprétation du droit de l'Union posées par le juge national dans le cadre réglementaire et factuel qu'il définit sous sa responsabilité, et dont il n'appartient pas à la Cour de vérifier l'exactitude, bénéficient d'une présomption de pertinence. Le refus de la Cour de statuer sur une demande de décision préjudicielle formée par une juridiction nationale n'est possible que s'il apparaît de manière manifeste que l'interprétation sollicitée du droit de l'Union n'a aucun rapport avec la réalité ou l'objet du litige au principal, lorsque le problème est de nature hypothétique ou encore lorsque la Cour ne dispose pas des éléments de fait et de droit nécessaires pour répondre de façon utile aux questions qui lui sont posées (arrêt *Fish Legal et Shirley*, C-279/12, EU:C:2013:853, point 30 et jurisprudence citée).

27. Il convient de relever que l'affaire au principal porte sur la légalité du traitement des données fiscales collectées par l'ANAF. La juridiction de renvoi s'interroge sur l'interprétation des dispositions de la directive 95/46, dans le cadre du contrôle de la légalité du transfert de ces données à la CNAS et de leur traitement subséquent. La quatrième question préjudicielle est donc pertinente et suffisamment précise pour permettre à la Cour d'y répondre de façon utile. Dès lors, la demande de décision préjudicielle doit être considérée comme recevable en ce qui concerne la quatrième question.

Sur le fond

28. Par sa quatrième question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les articles 10, 11 et 13 de la directive 95/46 doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à des mesures nationales, telles que celles en cause au principal, qui permettent à une administration publique d'un État membre de transmettre des données personnelles à une autre administration publique et leur traitement subséquent, sans que les personnes concernées n'aient été informées de cette transmission et de ce traitement.

29. À cet égard, il y a lieu de constater, sur la base des indications fournies par la juridiction de renvoi, que les données fiscales transférées à la CNAS par l'ANAF constituent des données à caractère personnel au sens de l'article 2, sous a), de ladite directive, puisqu'il s'agit d'"informations concernant une personne physique identifiée ou identifiable" (arrêt *Satakunnan Markkinapörssi et Satamedia*, C-73/07, EU:C:2008:727, point 35). Tant leur transmission par l'ANAF, organisme chargé de la gestion de la base de données qui les rassemble, que leur traitement subséquent par la CNAS présentent dès lors le caractère d'un "traitement de données à caractère personnel" au sens de l'article 2, sous b), de la même directive (voir en ce sens, notamment, arrêts *Österreichischer Rundfunk e.a.*, C-465/00, C-138/01 et C-139/01, EU:C:2003:294, point 64, ainsi que *Huber*, C-524/06, EU:C:2008:724, point 43).

30. Conformément aux dispositions du chapitre II de la directive 95/46, intitulé "Conditions générales de licéité des traitements de données à caractère personnel", sous réserve des dérogations admises au titre de l'article 13 de cette directive, tout traitement de données à caractère personnel doit, d'une part, être conforme aux principes relatifs à la qualité des données énoncés à l'article 6 de ladite directive et, d'autre part, répondre à l'un des principes relatifs à la légitimation de traitements de données énumérés à l'article 7 de cette même directive (arrêts *Österreichischer Rundfunk e.a.*, C-465/00, C-138/01 et C-139/01, EU:C:2003:294, point 65; *Huber*, C-524/06, EU:C:2008:724, point 48, ainsi que *ASNEF et FECEMD*, C-468/10 et C-469/10, EU:C:2011:777, point 26).

31. En outre, le responsable du traitement des données ou son représentant est soumis à une obligation d'information dont les modalités, énoncées aux articles 10 et 11 de la directive 95/46, varient selon que ces données sont, ou ne sont pas, collectées auprès de la personne concernée, et ce sous réserve des dérogations admises au titre de l'article 13 de cette directive.

32. S'agissant, en premier lieu, de l'article 10 de ladite directive, celui-ci prévoit que le responsable du traitement doit fournir à la personne auprès de laquelle il collecte des données la concernant les informations énumérées à cet article, sous a) à c), sauf si cette personne en est déjà informée. Ces informations concernent l'identité du responsable du traitement de ces données, les finalités de ce traitement ainsi que toute information supplémentaire nécessaire pour assurer un traitement loyal des données. Parmi les informations supplémentaires nécessaires pour assurer un traitement loyal des données, l'article 10, sous c), de la même directive mentionne expressément "les destinataires ou les catégories de destinataires des données" ainsi que "l'existence d'un droit d'accès aux données [...] concernant [ladite personne] et de rectification de ces données".

33. Ainsi que l'a relevé l'avocat général au point 74 de ses conclusions, cette exigence d'information des personnes concernées par le traitement de leurs données personnelles est d'autant plus importante qu'elle est une condition nécessaire à l'exercice par ces personnes de leur droit d'accès et de rectification des données traitées, défini à l'article 12 de la directive 95/46 et de leur droit d'opposition au traitement desdites données, visé à l'article 14 de cette directive.
34. Il s'ensuit que l'exigence de traitement loyal des données personnelles prévue à l'article 6 de la directive 95/46 oblige une administration publique à informer les personnes concernées de la transmission de ces données à une autre administration publique en vue de leur traitement par cette dernière en sa qualité de destinataire desdites données.
35. Il ressort des explications de la juridiction de renvoi que les requérants au principal n'ont pas été informés par l'ANAF de la transmission à la CNAS des données personnelles les concernant.
36. Le gouvernement roumain fait cependant valoir que l'ANAF est tenue, notamment en vertu de l'article 315 de la loi n° 95/2006, de transmettre aux caisses régionales d'assurance maladie les informations nécessaires à la détermination par la CNAS de la qualité d'assuré des personnes tirant des revenus d'activités indépendantes.
37. Certes, l'article 315 de la loi n° 95/2006 prévoit expressément que "les données nécessaires à l'établissement de la qualité d'assuré sont transmises gratuitement aux caisses d'assurance maladie par les autorités, les institutions publiques et d'autres institutions, sur la base d'un protocole". Toutefois, il ressort des explications fournies par la juridiction de renvoi que les données nécessaires à l'établissement de la qualité d'assuré, au sens de ladite disposition, n'incluent pas celles relatives aux revenus, la loi reconnaissant également la qualité d'assuré aux personnes sans revenus imposables.
38. Dans de telles conditions, l'article 315 de la loi n° 95/2006 ne saurait constituer, au sens de l'article 10 de la directive 95/46, une information préalable permettant de dispenser le responsable du traitement de son obligation d'informer les personnes auprès desquelles il collecte les données relatives à leurs revenus des destinataires de ces données. Dès lors, il ne saurait être considéré que la transmission en cause a été effectuée dans le respect des dispositions de l'article 10 de la directive 95/46.
39. Il convient d'examiner si cette absence d'information des personnes concernées est susceptible de relever de l'article 13 de ladite directive. Il ressort en effet du paragraphe 1, sous e) et f), de cet article 13 que les États membres peuvent limiter la portée des obligations et des droits prévus à l'article 10 de la même directive lorsqu'une telle limitation constitue une mesure nécessaire pour sauvegarder "un intérêt économique ou financier important d'un État membre [...] y compris dans les domaines monétaire, budgétaire et fiscal" ainsi qu' "une mission de contrôle, d'inspection ou de réglementation relevant, même à titre occasionnel, de l'exercice de l'autorité publique, dans les cas visés aux points c), d) et e)". Toutefois, ledit article 13 exige expressément que de telles limitations soient prises au moyen de mesures législatives.
40. Or, outre la circonstance, relevée par la juridiction de renvoi, selon laquelle les données relatives aux revenus ne font pas partie des données personnelles nécessaires à l'établissement de la qualité d'assuré, il y a lieu de souligner que l'article 315 de la loi n° 95/2006 ne fait qu'envisager, en son principe, la transmission de ces dernières données personnelles détenues par des autorités, des institutions publiques et d'autres institutions. Il ressort également de la décision de renvoi que la définition des informations transmissibles ainsi que les modalités de mise en oeuvre de la transmission de ces informations ont été élaborées au moyen non pas d'une mesure législative, mais du protocole de 2007 conclu entre l'ANAF et la CNAS, lequel n'aurait pas fait l'objet d'une publication officielle.

41. Dans de telles circonstances, il ne saurait être considéré que les conditions posées à l'article 13 de la directive 95/46 pour qu'un État membre puisse déroger aux droits et aux obligations qui découlent de l'article 10 de cette directive sont réunies.
42. S'agissant, en second lieu, de l'article 11 de ladite directive, celui-ci prévoit, à son paragraphe 1^{er}, que le responsable du traitement de données qui n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée doit fournir à cette dernière les informations énumérées sous a) à c). Ces informations concernent l'identité du responsable du traitement, les finalités du traitement ainsi que toutes les informations supplémentaires nécessaires pour assurer un traitement loyal des données. Parmi ces informations supplémentaires, l'article 11, paragraphe 1, sous c), de la même directive mentionne expressément "les catégories de données concernées" ainsi que "l'existence d'un droit d'accès aux données la concernant et de rectification de ces données".
43. Il s'ensuit que, conformément à l'article 11, paragraphe 1, sous b) et c), de la directive 95/46, dans les circonstances de l'affaire au principal, le traitement par la CNAS des données transmises par l'ANAF impliquait que les personnes concernées par ces données fussent informées des finalités de ce traitement ainsi que des catégories de données concernées.
44. Or, il ressort des explications données par la juridiction de renvoi que la CNAS n'a pas fourni aux requérants au principal les informations énumérées à l'article 11, paragraphe 1, sous a) à c), de ladite directive.
45. Il convient d'ajouter que, conformément à l'article 11, paragraphe 2, de la directive 95/46, les dispositions de l'article 11, paragraphe 1, de cette directive ne s'appliquent pas lorsque, notamment, l'enregistrement ou la communication des données sont prévus par la loi, les États membres devant alors prévoir des garanties appropriées. Pour les motifs énoncés aux points 40 et 41 du présent arrêt, les dispositions de la loi n° 95/2006 invoquées par le gouvernement roumain et le protocole de 2007 ne sont susceptibles de relever ni du régime dérogatoire issu de l'article 11, paragraphe 2, ni de celui découlant de l'article 13 de ladite directive.
46. Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il y a lieu de répondre à la question posée que les articles 10, 11 et 13 de la directive 95/46 doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à des mesures nationales, telles que celles en cause au principal, qui permettent à une administration publique d'un État membre de transmettre des données personnelles à une autre administration publique et leur traitement subséquent, sans que les personnes concernées n'aient été informées de cette transmission ou de ce traitement.

Sur les dépens

47. La procédure revêtant, à l'égard des parties au principal, le caractère d'un incident soulevé devant la juridiction de renvoi, il appartient à celle-ci de statuer sur les dépens. Les frais exposés pour soumettre des observations à la Cour, autres que ceux desdites parties, ne peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Par ces motifs, la Cour (troisième chambre) dit pour droit :

Les articles 10, 11 et 13 de la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, doivent être interprétés en ce sens qu'ils s'opposent à des mesures nationales, telles que celles en cause au principal, qui permettent à une administration publique d'un État membre de transmettre des données personnelles à une autre administration publique et leur traitement subséquent, sans que les personnes concernées n'aient été informées de cette transmission ou de ce traitement.

II. Conseil d'État, section jurisprudence administrative, 29 octobre 2015

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 56, § 2, 1^o
Loi coordonnée du 12 janvier 1973 - Article 14, § 1^{er}, 1^o

Conformément à l'article 14, § 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, le Conseil statue sur les recours en annulation pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir, formés contre les actes et règlements des autorités administratives distinctes. Cette compétence du Conseil d'État est résiduaire, en ce sens que le Conseil d'État n'est compétent que dans la mesure où le législateur n'a pas attribué aux tribunaux ordinaires le règlement des litiges portant sur des actes juridiques administratifs. Le Conseil d'État considère les conventions comme des actes juridiques administratifs relevant de la compétence du Conseil d'État, et non pas du Tribunal du travail.

Le Conseil d'État rejette l'intérêt des requérants au motif que la désapprobation des dispositions contestées en vertu d'une appréciation propre des requérants ne peut être retenue comme la justification de l'intérêt requis.

Arrêt n° 232.746

...

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 2 mei 2014, strekt tot de nietigverklaring van de beslissing van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV) van 17 maart 2014 tot het sluiten van een "overeenkomst (art. 56, § 2) tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het consortium dat bestaat uit de vzw LEIF (Levens Einde Informatie Forum) en het forum EOL (End-of-Life) voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelf gekozen levenseinde".

...

III. Feiten

3.1. De verzoekers zijn artsen, betrokken bij of met bijzondere belangstelling voor palliatieve zorgen.

3.2. De artikelen 3 en 4 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie bepalen de voorwaarden waaronder een arts die euthanasie toepast op een patiënt geen misdrijf pleegt wanneer het gaat om een meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek, of die niet meer bij bewustzijn is en waarvan deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

3.3. Eén van de voorwaarden houdt in dat de euthanasiearts een andere arts moet raadplegen. De volgende raadplegingen worden hierbij onderscheiden:

- de raadpleging bedoeld in artikel 3, § 2, 3^o, heeft betrekking op de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening: “de geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden”
- de raadpleging bedoeld in artikel 3, § 3, 1^o, heeft betrekking op, enerzijds, “het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden” en, anderzijds, op “het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek” tot euthanasie. Deze raadpleging kadert binnen de hypothese waarin de euthanasiearts zelf van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden. De geraadpleegde arts moet ofwel een psychiater zijn ofwel een specialist in de aandoening in kwestie en komt slechts tussen als tweede geraadpleegde arts
- de raadpleging bedoeld in artikel 4, § 2, 1^o, heeft betrekking op de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt die niet meer bij bewustzijn is.

3.4. Het Koninklijk besluit van 7 maart 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde (hierna : K.B. van 07.03.2013) heeft als doelstelling om de voormelde adviezen te professionaliseren. Daartoe wordt voorzien in modaliteiten die toelaten artsen te selecteren die gelet op hun professionele ervaring en opleiding kunnen worden aangeduid om dergelijk advies te verlenen.

Dit besluit voorziet ook in een inrichtende macht die de behandelende artsen ondersteunt bij het verkrijgen van het advies. Deze inrichtende macht bewerkstelligt het contact tussen behandelende en geraadpleegde arts.

Het stelt eveneens een vergoedingssysteem in onder de vorm van honoraria ten voordele van de geraadpleegde artsen die de voormelde adviezen verlenen wanneer zowel deze artsen als hun adviezen voldoen aan de standaarden die door respectievelijk de inrichtende macht en het comité bij de inrichtende macht worden nagegaan.

3.5. Op 25 september 2013 dient een consortium van twee VZW's (LEIF en ADMD met haar forum EOL) zijn kandidatuur in als inrichtende macht zoals bepaald en beschreven in het Koninklijk besluit van 7 maart 2013.

3.6. Met een nota van 11 februari 2014 wordt aan de leden van het Verzekeringscomité het rechtskader toegelicht en worden het ontwerp van overeenkomst, het individueel contract en de ingediende aanvraag overgemaakt.

3.7. Op 17 maart 2014 verklaart het Verzekeringscomité de kandidatuur ontvankelijk en wordt de overeenkomst gesloten. De beslissing tot het sluiten van de overeenkomst is de bestreden beslissing.

...

V. Ontvankelijkheid

Beoordeling

7. Ingevolge artikel 14, § 1, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State doet de Raad uitspraak over de beroepen tot nietigverklaring wegens overtreding van hetzij substantiële, hetzij op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, overschrijding of afwending van macht, ingesteld tegen de akten en reglementen van de onderscheiden administratieve overheden.

Deze bevoegdheid van de Raad van State is residuair, in de mate dat de Raad van State slechts bevoegd is voor zover de wetgever de beslechting van de geschillen over administratieve rechtshandelingen niet heeft toegewezen aan de gewone rechtbanken.

De artikelen 580 en 581 van het Gerechtelijk Wetboek bepalen dat de arbeidsrechtbank bevoegd is om kennis te nemen van geschillen betreffende de rechten en verplichtingen van werkgevers, werknemers en zelfstandigen die voortvloeien uit de wetten betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een gelijkaardige bepaling vormt artikel 167 van de ZIV-wet, dat bepaalt:

“Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van artikel 52, § 3, behoren de betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte verzekering voor Geneeskundige verzorging en uitkeringen tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank”.

Met “de rechten” wordt onder meer bedoeld het recht op geneeskundige verstrekkingen, op uitkeringen, op begrafeniskosten, op invaliditeitspensioenen, ... Met “de plichten” wordt onder meer bedoeld, de aansluiting bij een ziekenfonds, de betaling van een persoonlijke bijdrage, het opsturen van geneeskundige getuigschriften, ...

Voorliggend geschil betreft de beslissing van het Verzekeringscomité tot het sluiten van een overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en het consortium dat bestaat uit de VZW Leif en het forum EOL voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde in uitvoering van artikel 2 van het Koninklijk besluit van 7 maart 2013. Overeenkomstig dit artikel 2 kan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, hierna het Verzekeringscomité genoemd, een overeenkomst afsluiten na toepassing van de procedure bedoeld in artikel 8. In deze overeenkomst worden de nadere regels bepaald waaronder, in toepassing van artikel 56, § 2, 1^o, van de ZIV-wet, kan worden voorzien in een financiële tussenkomst ten behoeve van die inrichtende macht, teneinde de door de behandelende artsen aangevraagde adviezen bedoeld door dit besluit te vergoeden. Dit betreft geen geschil omtrent het toekennen van de tegemoetkoming zoals voorzien in artikel 56, § 2, 1^o, van de ZIV-wet. Dit geschil heeft daarentegen wel betrekking op de eenzijdige administratieve rechtshandeling waarbij het Verzekeringscomité, na onderzoek van de kandidaturen, beslist met welke kandidaat zij de overeenkomst wenst af te sluiten.

De exceptie is niet gegrond.

Belang

...

In een eerste onderdeel zet de verwerende partij uiteen dat de in het bestreden besluit opgenomen verplichting om respect te betonen voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt enkel rust op de inrichtende macht en niet op de adviserende arts. Deze verplichting brengt niet met zich mee dat de arts met dewelke de organisatie een individuele overeenkomst afsluit een welbepaalde levensbeschouwelijke opvatting verplicht zou moeten aanhangen: de arts wordt volgens haar niet gedwongen het gedachtegoed van de VZW Leif te onderschrijven.

Bovendien houdt absoluut respect voor de levensopvatting van de patiënt niet in dat de eigen opvatting beperkt wordt. De vordering steunt volgens haar aldus op een verkeerd postulaat. De verwerende partij meent dat de verzoekers geen onderscheid maken tussen de opdracht van de euthanasiearts en deze van de geraadpleegde artsen. De verzoekers zouden zich ook vergissen over het voorwerp zelf van “het Koninklijk besluit van 7 maart 2013”, dat volgens haar enkel beoogt de modaliteiten vast te leggen volgens dewelke een welbepaalde medische prestatie vergoed kan worden door de sociale zekerheid, zonder dat de verplichting wordt opgelegd om een welbepaalde levensbeschouwelijke opvatting aan te hangen.

In een tweede onderdeel zet de verwerende partij uiteen dat de verplichting om absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt te betonen enkel berust bij de inrichtende macht en niet bij de individuele artsen die opgenomen zullen worden op de lijsten, zodat de verzoekers niet van een persoonlijk belang doen blijken. “Het besluit” heeft geen enkele invloed op het recht van de arts om een euthanasie niet toe te passen en/of een gewetensclausule te doen gelden. Het betreft enkel de vergoedingsmodaliteiten van verstrekkingen, en dan nog van de geraadpleegde arts.

Het “absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” brengt volgens de verwerende partij geenzins met zich mee dat het verzoek van de patiënt tot euthanasie steeds door een arts moet worden ingewilligd, maar integendeel dat het verzoek wel degelijk door de patiënt kan worden geuit. Het brengt met zich mee dat de inrichtende macht open moet staan voor elke patiënt, welke zijn beslissing rond zijn levenseinde ook is of zal zijn, en gaat daarmee niet verder dan het verplicht respect van de arts voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt voortvloeiend uit de artikelen 5 en 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

In een derde onderdeel betoogt de verwerende partij dat de stelling over de beweerde dominantie van de LEIF-filosofie onjuist is en dat de vordering duidelijk steunt op een verkeerd postulaat. De verzoekers verantwoordelijk volgens haar niet waarom alle artsen die voor hun patiënten euthanasie overwegen noodzakelijk leden zouden moeten zijn van de “LEIF-groep”.

9. Met betrekking tot hun belang zetten verzoekers in de inleidende akte in essentie het volgende uiteen:

“2. Het jarenlang aanslepend debat in het parlement over het ontwerp van wet dat heeft geleid tot de Euthanasiewet van 28 mei 2002 heeft bevestigd dat er in de maatschappij heel sterk uiteenlopend wordt gedacht over niet enkel de opportuniteit van een wetgevend optreden ter zake, maar ook over de modaliteiten waaronder euthanasie kan worden toegelaten.

Euthanasie is niet als een “(absoluut) recht van de patiënt” in de wet ingeschreven, maar enkel als een recht van de patiënt om euthanasie te vragen. Die vraag kan, doch moet niet, door een arts strafeloos worden ingewilligd als de wettelijke voorwaarden zijn vervuld en de wettelijk voorgeschreven procedure is gevolgd. De arts heeft evenwel geen louter passieve rol om “akte te nemen” van de wil van de patiënt. Toch bestaat bij velen de wens om een “recht op euthanasie” bekrachtigd te zien waarbij de vrijheid van elk individu om zelf een keuze te maken, zonder inmenging van derden, op de voorgrond treedt. Daartegenover staan dan weer velen die voor de palliatieve begeleiding meer aandacht vragen, omdat euthanasieaanvragen van patiënten heel vaak een achterliggende vraag verbergen.

Sommige artsen, die zich inlaten met euthanasie, eerder tot de eerste groep behoren, hebben zich verenigd in de organisatie LEIF (“Levens Einde Informatie Forum”), een forum dat in 2003 onder impuls van de vereniging “Recht op Waardig Sterven” werd opgericht en nadien onder de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk verder gestalte kreeg. LEIF omschrijft zichzelf als ‘een open initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat. Aan Franstalige kant is er de “Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité” (ADMD) en het “Forum EOL”, (End- of Life Doctors), dat in 2003 met hulp van ADMD werd opgericht. Deze groep artsen zou overigens als dusdanig gesubsidieerd zijn door de federale overheid.

Artsen, die zich meer richten op de palliatieve begeleiding, hebben zich in zogenaamde “palliatieve netwerken” georganiseerd. Over heel Vlaanderen waren er anno 2000 15 palliatieve netwerken actief. De door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde Federatie Palliatieve Zorg VZW overkoepelt de netwerken en biedt hen ondersteuning, vooral op het gebied van de meer gespecialiseerde vorming. Tevens is de Federatie de gesprekspartner van de overheid met betrekking tot de verdere uitbouw van de netwerken.

3. Na de invoering van de Euthanasiewet in 2002 zijn er vragen gekomen naar een tussenkomst van de ziekteverzekering voor de door deze wet ingestelde en verplichte adviesverlening.

In het Nationaal Akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen 2008 bijvoorbeeld staat onder punt 4 “Andere projecten” te lezen bij nr. 8 : “Medisch advies bij palliatieve patiënten : 180.000 EUR (opgenomen in begroting)”. Het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België stelt dat dit het resultaat is van haar inspanningen om de LEIF-artsen te vergoeden voor hun advies.

4. Het Koninklijk besluit van 7 maart 2013 (...) beoogt op het verzoek om een vergoeding in te gaan. Het beoogt daarbij ook het advies van de geraadpleegde arts (de “andere” en “tweede” arts in de hiervoor geciteerde bepalingen) te “professionaliseren” door slechts te voorzien in een vergoeding voor het advies als voor dat advies is voldaan aan een reeks in dat besluit geformuleerde voorwaarden.

Daarbij voorziet dit besluit in :

- het oprichten van een ondersteunende eenheid, de zogenaamde “inrichtende macht” (voor het contact tussen de euthanaserende arts en de geraadpleegde arts en als schakel in de uitbetaling van de vergoeding)
- de oprichting bij deze inrichtende macht van een comité van 12 artsen, die artsen selecteren die voor een dergelijk advies kunnen worden aangesteld, gelet op “hun professionele ervaring en opleiding”
- een vergoedingssysteem in de vorm van honoraria ten voordele van de geraadpleegde arts, wanneer zowel deze arts als zijn advies voldoen aan de standaarden die door de inrichtende macht en het comité bij de inrichtende macht worden gecontroleerd.

5. Volgens de verzoekende partijen is er in principe niets mis met een vergoedingsmogelijkheid - integendeel - maar wel met de toekenningsvoorwaarden. Die zijn discriminerend, en dwingen, zo al niet rechtens, dan toch in werkelijkheid, tot het aanhangen van de opvatting dat een arts bij het adviseren over het vervuld zijn van de voormelde voorwaarden voor euthanasie, een “absoluut respect voor de individuele wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” moet betonen. Of, met andere woorden, dat hij het gedachtegoed van LEIF onderschrijft (...).

6. Dat de betrokken regeling dit tot gevolg heeft, wordt overigens onderkend door sommige LEIF-artsen. Zo schrijft de heer Marc VAN HOEY, voorzitter van Recht op Waardig Sterven VZW en LEIF-arts:

“Volgens de huidige euthanasiewet en procedures moet men “extra” artsenadviezen hebben, de zogenaamde tweede en derde arts.

Precies om aan een lacune te voldoen, heeft RWS het LEIF initiatief opgestart. Met succes telt ons land enkele honderden “leifartsen” die een specifieke opleiding kregen. Maar stellen dat enkel deze artsen een mogelijke betaling zouden krijgen, ofwel rechtstreeks ofwel via LEIF is voor mij een foutief signaal.

Immers de wetgeving spreekt alleen over onafhankelijkheid en het geven van adviezen. Het kan absoluut niet zijn dat artsen die al 20 jaar of meer hun patiënten begeleiden van de wieg tot de dood en zonder twijfel vaak veel ervaring hebben bij palliatieve situaties en levenseindebeslissingen dan voor het optreden als adviserend arts geen vergoeding zouden krijgen. Equipe artsen van de palliatieve federatie, artsen die erg met de materie bezig zijn en zoveel meer “anonieme artsen” treden heel frequent op als consulterend arts. Zou men hen dan géén betaling geven, voor een minstens even goed geleverd advies en begeleiding? Dat kan toch geenszins de bedoeling zijn?

7. Dat dit Koninklijk besluit onafwendbaar zou leiden naar een “Inrichtende macht” waarvan de uitoefening zou worden toevertrouwd aan een LEIF-organisatie, stond in de sterren geschreven en was dan ook perfect voorspelbaar. De bestreden beslissing is er de uitdrukking van”.

10. In de memorie van wederantwoord stellen de verzoekers als antwoord op de door de verwerende partij opgeworpen exceptie meer concreet het volgende:

“De verwerende partij stelt in haar memorie :

- dat de verzoekers hun belang beperkt zouden hebben beschreven in het verzoekschrift, en zij door die beperkte belangbeschrijving gebonden zijn
- dat de verzoekers slechts een hypothetisch belang doen gelden, vertrekkend van een “verkeerd postulaat”, terwijl het belang niet rechtstreeks, geoorloofd en persoonlijk zou zijn.

Dit verweer mist volledig doel.

Het is vooreerst feitelijk onjuist dat de verzoekende partijen hun belang zouden hebben omschreven in hun verzoekschrift en dan nog op een beperkende wijze. Het verzoekschrift vermeldt de hoedanigheid van de verzoekende partijen en hun bijzondere betrokkenheid bij de euthanasieproblematiek. Het verzoekschrift bevat verder bezwaren tegen de bestreden regeling. Nergens wordt hun belang (restrictief) beschreven. Alleen al daarom faalt dit (deel van het) verweer.

Het verweer mist ook om andere redenen doel.

Bijna 10 pagina’s van de memorie van antwoord worden besteed aan het onderbouwen van de bewering dat de verzoekende partijen geen belang zouden hebben bij hun beroep, omdat de filosofische vrijheid van de arts niet zou zijn aangetast, en omdat het belang van de verzoekende partijen geen rechtstreeks, geoorloofd en persoonlijk belang zou zijn. Bovendien zou het onjuist zijn dat de “LEIF-filosofie” dominantie zou verwerven door de bestreden beslissing.

De verwerende partij tracht dit te onderbouwen door de draagwijdte van de bepalingen van het Koninklijk besluit op grond waarvan de bestreden beslissing is genomen en waartegen kritiek wordt uitgebracht, toe te lichten, omdat de verzoekende partijen daaraan een foutieve draagwijdte zouden geven en het effect ervan foutief zouden inschatten.

Dat zij daarbij onafwendbaar er toe komt de gegrondheid van de aangevoerde middelen te bekritisieren in het raam van de betwisting van het belang, toont op zich al aan dat zij dit debat ten onrechte wil voeren als een aspect van de ontvankelijkheid.

Een dergelijke benadering is juridisch onzuiver. Wanneer een verzoeker bij de Raad van State middelen aanvoert waarin hij stelt dat de bestreden voorschriften de wet schenden te zijnen nadele, heeft hij er belang bij dat die middelen worden onderzocht en gegrond bevonden door de Raad van State, vermits die vernietiging dat nadeel zal wegnemen of daar minstens zal toe bijdragen, en dit verdwijnen uit de rechtsorde het onmogelijk zal maken om volledig rechtsherstel te kunnen verlenen.

Daarmee staat zijn belang vast. Als na onderzoek van de middelen blijkt dat zij niet gegrond zijn, werkt die vaststelling evenwel niet door en “terug” naar de ontvankelijkheid. Want dit zou leiden tot een intern contradictorisch oordeel dat het belangvereiste bij een beroep tot nietigverklaring enerzijds noopt tot onderzoek van (de gegrondheid van de) middelen om de ontvankelijkheid te beoordelen, terwijl anderzijds de onontvankelijkheid van het beroep precies mee moet brengen dat de gegrondheid van de middelen niet dient te worden onderzocht en ook niet kan worden onderzocht.

In het civiele recht is een dergelijke vorm van onderzoek van de toelaatbaarheidsvereisten al lang verleden tijd : het beantwoorden van de vraag of iemand belang en hoedanigheid heeft om een door hem ingeroepen subjectief recht door de rechter te laten beschermen, kan er niet toe leiden dat bij het onderzoek van de toelaatbaarheid het bestaan van dat recht in hoofde van de eiser kan worden onderzocht. Wie beweert erfgenaam te zijn, heeft belang bij en hoedanigheid om op te komen voor de bescherming van dat ingeroepen recht, ook al zou ten gronde blijken dat hij geen erfgenaam is of zijn hoedanigheid van erfgenaam niet de aanspraken wettigt die hij daaraan verbindt.

De procespartij die beweert houder te zijn van een subjectief recht heeft, ook al wordt het bestaan of de omvang ervan betwist, belang en hoedanigheid om een vordering in rechte in te stellen, en het onderzoek naar het bestaan of de draagwijdte van het aangeroerde subjectief recht betreft niet de ontvankelijkheid maar de gegrondheid van de vordering. Dat is wat het Hof van Cassatie al meermaals in herinnering heeft gebracht voor het procesrechtelijk belang bij de burgerlijke rechter (zie bijv. recent nog Cass. 26.02.2004, AC 2004, 334, nr 106 en 28.09.2007, AC 2007, 1728, nr 441). Het feit dat het belangvereiste bij de Raad van State (meestal) een meer materieelrechtelijke invulling krijgt, en specifiek verbonden wordt met de vernietiging van de bestreden akte, verantwoordt evenwel niet om anders te oordelen ten aanzien van een verzoeker die bij de Raad van State aanvoert – via één of meer middelen - dat een bij de Raad van State aanvechtbare norm de wet schendt in zijn nadeel. Om een belang te hebben hoeft hij enkel aan te tonen dat een vernietiging dat beweerd nadeel wegneemt of er minstens toe bijdraagt dat nadeel weg te nemen, waarbij die vernietiging nodig is om het herstel mogelijk te maken. Dit is te dezen het geval.

Het hele betoog van de verwerende partij in verband met het belang mist dus doel.

Bovendien - zoals bij de bespreking van het middel en zijn onderdelen zal worden aangetoond - is het betoog ook ongegrond. Sommige elementen van het verweer inzake de onontvankelijkheid worden door de verwerende partij niet meer ter sprake gebracht bij de bespreking van de middelonderdelen. Andere elementen worden bij die bespreking enkel met een terugverwijzing naar de uitwerking ervan als onderbouw van de ontvankelijkheidsexceptie aangevoerd. Het past dan ook om nu al op enkele van die verweerelementen te repliceren.

Op pagina 17 en volgende voert de verwerende partij aan dat het vereiste van “absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” enkel geldt voor de Inrichtende Macht, en niet voor de artsen die als “tweede” of “andere arts” optreden. Voor deze laatsten worden geen criteria in het besluit bepaald.

Maar precies met dat verweer legt de verwerende partij één van de vele gebreken van de regeling bloot : alle macht bij de selectie van de arts die als “tweede” of “andere” arts zal optreden ligt bij de Inrichtende Macht. Want de Inrichtende Macht - die ten gevolge van de regeling uitgewerkt in het Koninklijk besluit haast onafwendbaar door LEIF-artsen zou worden bevolkt, zoals in het tweede middelonderdeel wordt aangevoerd (en zoals nu ook in de feiten is bewezen) - wijst zes (van de twaalf) leden aan van het Comité, bedoeld in artikel 4. De zes andere leden worden aangewezen door de representatieve artsorganisaties (3 leden) en de koepelorganisaties van de federaties voor palliatieve zorg (1 lid per “gewestelijke” koepel). De Inrichtende Macht verwerft dan ook zeer gemakkelijk een meerderheid in dit Comité, wat niet het geval is voor organisaties die maar 1 lid in het Comité hebben.

Dit Comité onderzoekt de aanvragen tot inschrijving. Er zijn inderdaad géén criteria op basis waarvan het Comité de aanvraag van een arts tot inschrijving kan beoordelen (en dus desgewenst kan weigeren). Dat maakt de rechten van artsen die er een andere levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde op nahouden dan de organisatie(s) die de taak van Inrichtende Macht toevertrouwd krijgt (krijgen), (en nu ook daadwerkelijk heeft toegewezen gekregen, nl de “LEIF-EOL-artsen”) des te onzekerder en dus bedreigd.

Het is ook de Inrichtende Macht die “het contact tussen de behandelende arts een geraadpleegde arts” bewerkstelligt (art. 6 van het besluit).

Vermits niet betwist wordt dat er “verschillende levensbeschouwelijke opvattingen inzake menswaardig levenseinde” bestaan (art. 4 van het K.B. gaat er expliciet van uit) is het onmiskenbaar zo dat deorganisatie met één bepaalde levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde, die Inrichtende Macht geworden is door de bestreden beslissing, meteen ook helemaal alléén kan bepalen welke arts met welke levensbeschouwing zal worden ingeschakeld als er een vraag om advies inkomt die niet één welbepaalde arts bij name aanwijst (al gesteld dat dit zou toegelaten worden).

Op pagina 18 en volgende toont de verwerende partij eens te meer aan dat zij zelfs niet lijkt te beseffen wat er met het Koninklijk Besluit is geregeld en wat de gevolgen er van zijn. De verzoekende partijen voeren helemaal niet aan dat zij door het gewraakte stelsel verplicht zouden worden om zelf euthanasie uit te voeren “met absoluut respect voor de individuele wil van de ongeneeslijk zieke patiënt”. Zij voeren wel aan dat de inhoud van het advies dat de “tweede” of “andere” arts zal geven mee bepaald wordt door diens “levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde”. Vermits de Inrichtende Macht een “absoluut respect” voor die wil in haar vaandel moet dragen (zie art. 1, 4^o) – wat de verwerende partij expliciet bevestigt in haar memorie - hoeft het weinig betoog dat die eis van “absoluut respect” zal doorwerken naar de ter adviesverlening voorgestelde arts.

De verwerende partij tracht de gestrengheid van die eis van “absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” af te zwakken door de bewering dat dit in hoofde van de betrokken arts moet begrepen worden als “open staan voor elke patiënt, welke zijn beslissing rond zijn levenseinde ook is of zal zijn”(…).

De verwerende partij meent uit de deontologische plichten beschreven in de artikelen 5 en 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt een argument voor haar stelling te kunnen afleiden. Dat begrijpen de verzoekende partijen niet. Behalve het feit dat men zich afvraagt waarom de regelgever dit dan niet met diezelfde woorden tot uitdrukking heeft gebracht moet nog bedacht worden wat volgt. Als het respect, opgelegd door het rechtskader voor het bestreden besluit, namelijk het Koninklijk besluit van 7 maart 2013, aan (naar haar beweren enkel) de Inrichtende Macht, samenvalt met deze deontologische plicht voor elke arts, dan rijst de vraag waarom die plicht tot respect herhaald is in dit Koninklijk besluit, en dan nog in andere bewoordingen. De eis van “absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” vertolkt wel degelijk een andere gedachte dan de deontologische regel in de Patiëntenrechtenwet. Meer nog, hij bevat een keuze van een levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde.

En om zo een keuze te maken is de auteur van het besluit niet bevoegd, en daarvoor geeft de ingeroepen rechtsgrond zeker geen wettige steun. Derhalve is ook de bestreden beslissing aangetast door de onwettigheid van het Koninklijk Besluit waarvan het een toepassing is”.

11. In hun laatste memorie stellen de verzoekers kort samengevat dat de beoordeling in het arrest van de Raad van State nr. 229.461 van 4 december 2014 “bevreemdend” is, “zowel voor de wijze waarop het arrest is tot stand gekomen als voor de inhoud van wat is beslist”. Zij betogen dat de beoordeling die in dat arrest is gemaakt van het belang van de verzoekers niet kan doorwerken naar de huidige zaak.

Aangezien met de thans bestreden beslissing de inrichtende macht en haar Comité worden ingesteld, is de aard van de dreiging met een onwettig aangewezen en discriminatoir aangestelde inrichtende macht volgens hen nog veel concreter geworden en verschillen de feitelijke omstandigheden dus van deze die in arrest nr. 229.461 van 4 december 2014 door de Raad werden beoordeeld.

...

Beoordeling

12. Uit artikel 19 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, volgt dat een verzoekende partij een zeker en actueel belang moet bezitten bij zijn annulatieberoep. Van het vereiste belang doen slechts blijken de personen wier situatie door de bestreden norm rechtstreeks en ongunstig zou worden geraakt. Het vereiste belang mag niet opgaan in het belang dat iedere burger heeft bij de handhaving van de wet. Het feit dat de verzoekers de bestreden bepalingen afkeuren op grond van een eigen appreciatie, kan niet worden aangehouden ter verantwoording van het vereiste belang.

Het behoren tot de beroepsgroep waarop de reglementering waarvan de bestreden beslissing “de concretisering” is betrekking heeft, volstaat op zichzelf niet om de nietigverklaring van die reglementering op ontvankelijke wijze te kunnen vorderen.

In zoverre de kritiek van de verzoekers gericht is tegen arrest nr. 229.461 van 4 december 2014 van de Raad van State, is zij niet ontvankelijk. Arresten van de Raad van State hebben gezag van gewijsde. Het is dan ook juridisch onmogelijk dat een procespartij, in het kader van een daaropvolgende en met het geschil verband houdende procedure, kritiek formuleert op een eerder gewezen arrest in een zaak waarin zij partij was, en waarin zij, zoals te dezen, haar standpunt omtrent het belang heeft kunnen ontwikkelen en uitgebreid heeft toegelicht. Middelen van nietigheid kunnen immers niet worden aangewend tegen rechterlijke beslissingen (art. 20 van het Ger. W.).

Voor het overige trachten de verzoekers hun belang in essentie te schragen op dezelfde wijze als in hun annulatieberoep tegen het Koninklijk besluit van 7 maart 2013, waarvan zij de bestreden beslissing de concretisering noemen.

Zij koppelen hun belang aan het feit dat zij uitgesloten zijn van de overeenkomst waartoe de bestreden beslissing heeft geleid. Deze uitsluiting houdt verband met het feit dat de verzoekers “het gedachtegoed van LEIF” niet wensen te onderschrijven.

Die voorwaarde volgt uit artikel 1, 4^o, van het koninklijk besluit van 7 maart 2013, waarin de inrichtende macht voor de toepassing van dat besluit wordt omschreven als de:

“organisatie die haar activiteiten ontplooit over het gehele grondgebied van het Rijk, en wordt gevormd door één of meerdere verenigingen zonder winstoogmerk die partij is bij de overeenkomst bedoeld in dit besluit, dewelke in het kader van hun maatschappelijk doel ijveren voor een menswaardig levenseinde met absoluut respect voor de individuele wil van de ongeneeslijk zieke patiënt, en daarbij zonder verbeterheid medische beslissingen rond een menswaardig levenseinde in beschouwing nemen”.

Het annulatieberoep van de verzoekers tegen dit besluit werd bij arrest nr. 229.461 van 4 december 2014 van de Raad van State onontvankelijk verklaard wegens gebrek aan belang. De verzoekers beweren wel maar tonen niet aan dat de “eis van absoluut respect voor de wil van de ongeneeslijk zieke patiënt” een andere gedachte vertolkt “dan de deontologische regel in de Patiëntenrechtenwet”, waarvan in arrest nr. 229.461 van 4 december 2014 van de Raad van State wordt gesteld dat het gaat om de wettelijk opgelegde plicht tot eerbiediging van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Het belang van de verzoekers wordt niet aangetoond en de exceptie van gebrek aan belang is gegrond.

Het beroep is niet ontvankelijk.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

...

III. Conseil d'État, section jurisprudence administrative, 4 décembre 2014

Loi coordonnée du 12 janvier 1973 - Article 19

Le fait qu'il y ait un intérêt certain et actuel à introduire un recours en annulation au sens de l'article 19 des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, implique que la partie requérante soit une personne dont la situation est susceptible d'être affectée directement et défavorablement par la norme attaquée. L'intérêt requis ne peut pas se confondre avec l'intérêt qu'a tout citoyen au respect de la légalité. La circonstance qu'un requérant désapprouve un décret en vertu d'une appréciation propre ne peut être retenue comme la justification de l'intérêt requis. L'appartenance au groupe professionnel auquel se rapporte la réglementation, dont la décision contestée constitue la concrétisation, ne suffit pas en soi à réclamer l'annulation de la réglementation de manière recevable.

Le Conseil d'État estime, toutefois, que l'intérêt revêt un caractère hypothétique et donc insuffisant, et que les requérants ne démontrent pas leur crainte.

Arrêt n° 229.461

...

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 6 juni 2013, strekt tot de nietigverklaring van het Koninklijk besluit van 7 maart 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde.

...

III. Feiten

HOEDANIGHEID VAN DE VERZOEKERS

3.1. De verzoekers stellen dat zij artsen zijn, betrokken bij de euthanasie.

Eerste verzoeker zet uiteen dat hij docent is, verbonden aan de vakgroep Eerstelijns en Interdisciplinaire Gezondheidszorg binnen de faculteit Geneeskunde en Gezondheidszorg, Universiteit Antwerpen. Hij is diensthoofd aan het Centrum voor Palliatieve Zorg St-Camillus, groep Gasthuiszusters van Antwerpen (Wilrijk). In 1994 verdedigde hij zijn doctoraatsthesis over "Levenskwaliteit en Palliatieve Zorg". Aan de Universiteit van Tilburg behaalde hij in oktober 2012 *cum laude* een masterdiploma in Zorg, Ethiek en Beleid.

Hij maakt deel uit van de onderzoeksgroep Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen en is lid van vele andere wetenschappelijke organisaties en raden die zich bezighouden met palliatieve zorg, zoals de International Primary Palliative Care Research Group. Hij was één van de participanten van het Europese PRISMA-project (Positive diversities of European priorities for the research and measurement in end-of-life care). Op dit ogenblik is hij verantwoordelijk voor het project "Implementaire Zorgpad Palliatieve Zorg (in de eerste lijn)".

Tweede verzoeker stelt dat hij sectorcoördinator Algemene Ziekenhuizen is bij Zorgnet Vlaanderen, de koepelorganisatie voor algemene ziekenhuizen, voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg en uit de ouderenzorg. Hij was voorheen geneesheer-inspecteur bij het ministerie van Volksgezondheid en later het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, hoofdgeneesheer in het ziekenhuis OLV van Troost, en geneesheer-inspecteur bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna : RIZIV). Zijn bijzondere belangstelling gaat onder meer uit naar palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

Derde verzoeker is eveneens arts. Hij is sinds 1 mei 1990 verbonden als fulltime oncoloog aan de dienst radiotherapie-oncologie-hematologie van het AZ Sint-Lucas te Gent. Hij is ook medisch diensthoofd afdeling Palliatieve Zorg en Palliatief Supportteam en voorzitter van de Commissie Medische Ethiek. Hij is ook voorzitter van de VZW Palliatieve Zorg St-Vincentius.

Vierde verzoeker is huisarts. Hij behaalde ook het baccalaureaat filosofie (Parijs 1988) en licentiaatsdiploma theologie (KU Leuven 1992) en het diplôme d'Université de Soins Palliatifs (UC Lille-Centre d'Ethique Médicale, Fac. Libre de Médecine, 1994). Hij werkt sinds 1993 voltijds als arts palliatieve zorg in het Jessa Ziekenhuis Hasselt. Sinds 1996 is hij tevens medisch verantwoordelijke voor de palliatieve eenheid van dit ziekenhuis. Voor zijn werkzaamheden inzake palliatieve zorg kreeg hij in 2008 de (driejaarlijkse) Prijs ter bevordering van de geneeskunde. Hij is sinds bijna 30 jaar lid van de ethische begeleidingscommissie van het voormeld ziekenhuis, evenals gewezen lid van de begeleidingsgroep van medici bij het European Commission Research Project (vergelijkende studie naar de morele uitgangspunten van palliatieve zorg in 7 Europese landen ("Pallium Project")). Hij publiceert zowel bijdragen als boeken over palliatieve zorg op het kruispunt met spiritualiteit van de zorgverlener, bio-ethiek, fenomenen van depressie en vermoeidheid en managementisering in de gezondheidszorg. Hij treedt vaak op als raadgevend arts bij euthanasie.

REGELGEVEND KADER

3.2. De artikelen 3 en 4 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie bepalen de voorwaarden waaronder een arts die euthanasie toepast op een patiënt geen misdrijf pleegt. Artikel 3 bepaalt de voorwaarden ingeval van een meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek, terwijl artikel 4 de voorwaarden bepaalt in het geval van een meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt die niet meer bij bewustzijn is en waarvan deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

Eén van deze voorwaarden houdt in dat de euthanasiearts een andere arts raadpleegt. De volgende raadplegingen worden hierbij onderscheiden:

- de raadpleging waarvan sprake in artikel 3, § 2, 3^o: deze heeft betrekking op "de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening"; de geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden

- de raadpleging waarvan sprake in artikel 3, § 3, 1^o: deze heeft betrekking op, enerzijds, “het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden” en, anderzijds, op “het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek” tot euthanasie; deze raadpleging kadert binnen de hypothese waarin de euthanasiearts zelf van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden; de geraadpleegde arts moet ofwel een psychiater zijn ofwel een specialist in de aandoening in kwestie en komt slechts tussen als tweede geraadpleegde arts
- de raadpleging bepaald in artikel 4, § 2, 1^o: deze heeft betrekking op de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt die niet meer bij bewustzijn is.

3.3. In de sociale zekerheid werd niet in een tussenkomst voor deze adviesverlening voorzien.

3.4. Nadat de ziekenfondsen enerzijds en de artsensyndicaten anderzijds besluiten om in het kader van het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen te voorzien in een project voor het vergoeden van het medisch advies bij palliatieve patiënten, wordt een voorontwerp van Koninklijk besluit opgesteld.

3.5. Op 23 juli 2012 geeft de afdeling wetgeving van de Raad van State haar advies met referentie 51.599/2/V. Dit advies wordt overgenomen in het verslag aan de Koning dat als aanhef aan het bestreden besluit in het Belgisch Staatsblad verscheen. Het bestreden besluit wordt op 7 maart 2013 uitgevaardigd en verschijnt in het Belgisch Staatsblad van 8 april 2013. Het heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2012.

3.6. Het bestreden besluit heeft als doelstelling om de adviezen opgelegd in artikel 3, § 2, 3^o en § 3, 1^o en artikel 4, § 2, 1^o, van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie te professionaliseren. Daartoe wordt voorzien in modaliteiten die toelaten artsen te selecteren die gelet op hun professionele ervaring en opleiding kunnen worden aangeduid om dergelijk advies te verlenen.

Dit besluit voorziet eveneens in een inrichtende macht die de behandelende artsen ondersteunt bij het verkrijgen van het advies. Deze inrichtende macht bewerkstelligt het contact tussen behandelende en geraadpleegde arts.

Het stelt eveneens een vergoedingssysteem in onder de vorm van honoraria ten voordele van de geraadpleegde artsen die de voormelde adviezen verlenen wanneer zowel deze artsen als hun adviezen voldoen aan de standaarden die door respectievelijk de inrichtende macht en het comité bij de inrichtende macht worden nagegaan.

IV. Ontvankelijkheid van het beroep

...

BEOORDELING

7. De verzoekers vrezen in essentie dat door de samenstelling van de inrichtende macht en van het comité, “de rechten van artsen die er een andere levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde op nahouden dan de organisatie(s) die de taak van de inrichtende macht toevertrouwd krijgt (krijgen), des te onzekerder en dus bedreigd” worden. Zij stellen eveneens dat “de inhoud van het advies dat de “tweede” of “andere” arts zal geven mee bepaald wordt door diens “levenbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde”.

Vermits de inrichtende macht een “absoluut respect” voor die wil (de individuele wil van de patiënt) in haar vaandel moet dragen (zie art. 1, 4^o) hoeft het, steeds volgens de verzoekers, weinig betoog dat die eis van “absoluut respect” zal doorwerken naar de ter adviesverlening voorgestelde arts.

8. Uit artikel 19 van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, volgt dat een verzoeker een zeker en actueel belang moet bezitten bij zijn annulatieberoep. Van het vereiste belang doen slechts blijken de personen wier situatie door de bestreden norm rechtstreeks en ongunstig zou worden geraakt. Het vereiste belang mag niet opgaan in het belang dat iedere burger heeft bij het handhaving van de wet. Het feit dat de verzoekers de bestreden bepalingen afkeuren op grond van een eigen appreciatie, kan niet worden aangehouden ter verantwoording van het vereiste belang.

Het behoren tot de beroepsgroep waarop de aangevochten reglementering betrekking heeft volstaat op zichzelf niet om de nietigverklaring van die reglementering op ontvankelijke wijze te kunnen vorderen.

De verzoekers stellen dat er “verschillende levensbeschouwelijke opvattingen inzake menswaardig levenseinde” bestaan en dat “het onmiskenbaar zo” is dat de organisatie met één bepaalde levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde, die inrichtende macht wordt, meteen ook helemaal alleen kan bepalen welke arts met welke levensbeschouwing zal worden ingeschakeld als er een vraag om advies komt die niet één welbepaalde arts bij naam aanwijst. Zij beweren eveneens dat er geen criteria zijn op basis waarvan het comité de aanvraag van een arts tot inschrijving kan beoordelen en desgevallend kan weigeren. Dat maakt volgens hen de rechten van artsen die er een andere levensbeschouwelijke opvatting inzake menswaardig levenseinde op nahouden dan de organisaties die de taak van inrichtende macht toevertrouwd krijgen, des te onzekerder en dus bedreigd.

Een hypothetisch belang volstaat te dezen evenwel niet. De verzoekers koesteren de vrees dat, bij de beoordeling of zij al dan niet op de lijst zullen worden ingeschreven, het comité van de inrichtende macht hun aanvraag negatief zal beoordelen. Zij maken niet aannemelijk dat die vrees gegrond is.

Artikel 3 van de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie verbiedt in de regel elke discriminatie op grond van, onder meer, geloof of levensbeschouwing. Dit verbod geldt mede in het kader van de sociale zekerheid (art. 5, § 1, 2^o), welke ook de ziekte- en invaliditeitsverzekering omvat (art. 4, 15^o). Te dezen gaat het om de vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelf gekozen levenseinde, zodat het beginsel hier eveneens geldt.

De door verzoekers gevreesde uitsluiting louter op grond van levensbeschouwelijke opvattingen inzake levenseinde komt in het licht van dit wettelijk voorschrift als denkbeeldig over.

De verwerende partij stelt in haar laatste memorie overigens terecht dat het respect voor de wil van de patiënt niets anders is dan de eerbiediging van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, zoals vervat in artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en in de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.

Het beroep is onontvankelijk.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

...

IV. Cour du travail de Liège, 23 novembre 2015

Code judiciaire - article 973, § 1^{er}, alinéa 1^{er} - Expertise - Caractère contradictoire

Le principe du contradictoire est violé lorsque l'expert et le médecin de l'INAMI poursuivent la discussion médicale au terme de la séance d'expertise en l'absence d'un représentant de l'assuré social.

En effet, l'intéressée s'est présentée non accompagnée et a donc été privée de la possibilité de faire valoir ses observations.

R.G. 2015/AL/225
S.D. c./INAMI - ANMC

...

Le Tribunal désigne une nouvelle fois le Dr S. pour examiner Madame D.

Les préliminaires du rapport d'expertise (datés du 18.07.2014) s'achèvent comme suit :

En dehors de la présence de l'intéressée, les deux médecins ont discuté.

S'il apparaît que le syndrome fibromyalgique dont souffre Madame D. ne s'est effectivement pas modifié, ce qui est repris en pages 9 et 10 au chapitre discussion de mon précédent rapport fait clairement apparaître que la décision de plus de 66 % d'incapacité relevait bien entendu de l'état de l'intéressée mais également de ce qu'elle était inscrite dans un programme de réadaptation (ce qui est une présomption d'incapacité) et qu'il fallait bien entendu lui permettre de profiter pleinement de celui-ci et j'ajoutais : "La situation pourrait être réévaluée à l'issue de cette prise en charge".

Il ne fait aucun doute, à la lumière de ce que nous a expliqué Madame D., qu'elle n'a pas mis tout en oeuvre pour sortir de son état d'incapacité.

Par contre, ce qu'elle nous a également appris a fait naître un certain doute quant à l'importance de sa pathologie.

Je sais qu'on peut être grabataire et désirer se marier mais on sait aussi que cela engendre un surcroît de travail et de tracas que même quelqu'un en parfaite santé a parfois du mal à assumer. Et que dire alors d'un déménagement.

Pour ces différentes raisons, le fait que Madame D. se considère comme moins capable que ce qu'elle n'est en réalité (consciemment ou inconsciemment) et surtout le fait que son état n'est pas suffisamment sévère pour qu'elle fasse un quelconque effort pour essayer de l'améliorer, m'amène à penser qu'à l'heure actuelle, les 66 % ne sont pas atteints comme ils ne l'étaient pas lors de la décision litigieuse.

Cette opinion est tout à fait partagée par Madame le Dr B. qui à l'issue de l'entretien a pris la peine d'expliquer à Madame D. que si elle entrait dans un programme de réadaptation, il y aurait automatiquement présomption d'incapacité de travail.

Le conseil de Madame D. a vivement réagi à ces préliminaires et l'expert s'est plus longuement justifié dans ses conclusions définitives :

Lors de l'expertise réalisée il y a un an; j'avais considéré que les limitations formulées par Madame D. devaient être prises en considération dans leur totalité et comme de surcroît, elle allait effectivement entrer très prochainement dans un programme de revalidation, il me paraissait complètement aberrant de la considérer incapable d'une quelconque activité professionnelle alors que dans les jours ou les semaines qui allaient suivre, elle allait être automatiquement présumée en incapacité de travail.

Si M^e G. fait du droit purement et simplement, je ne fais que de la médecine qui comme chacun sait, n'est pas une science exacte.

Quant au fait qu'il déplore totalement les remarques concernant la vie privée de Madame D., je pense avoir le droit d'en tenir compte à partir du moment où cela a une influence sur son comportement et notamment donne une indication quant aux tâches qu'elle peut accomplir ou non.

Je ne considère évidemment pas qu'une personne atteinte de fibromyalgie ne puisse se marier ni ne pourrait devenir propriétaire, cela est effectivement dénué de tout bon sens. Néanmoins, le fait d'envisager une telle surcharge d'activités et que dire de celles qu'implique un déménagement, a mis en lumière le fait que le sentiment de Madame D. quant à son incapacité est loin de correspondre à la réalité.

Ce n'est donc pas le fait de se marier ou de déménager qui rend *de facto* Madame D. capable d'une activité professionnelle mais ces mêmes activités m'ont fait prendre conscience que les plaintes formulées et notamment les déficits allégués n'avaient pas sur la capacité de travail, l'importance que lui attribuait, inconsciemment, Madame D. ; elle est manifestement plus capable d'une activité qu'elle ne le pense.

Et je ne pense pas que c'est l'impression qu'a le malade de ses capacités qui doit déterminer l'octroi ou non des indemnités de mutuelles car si tel était le cas, ce serait évidemment une aberration d'en confier la détermination à un médecin.

Quant au dernier courrier de M^e G., je n'ai jamais douté qu'une des raisons de l'abandon de la thérapie par l'intéressée était le problème financier, je n'ai jamais remis en doute ses déclarations.

Je ne pense pas non plus qu'à moins d'être dans la dèche la plus complète et ne pas avoir suffisamment de revenus pour s'assurer un logement et se nourrir, les sommes reprises dans le courrier du 24 juin 2013 de Madame le Dr F. doivent être un obstacle à un traitement d'une pathologie suffisamment invalidante pour perturber l'existence d'un individu au point de ne plus lui permettre d'avoir la moindre activité professionnelle.

Dans la manière dont Madame D. nous a relaté l'abandon de sa thérapie, il y avait incontestablement une dimension caractérielle d'autant que dans l'avant dernier paragraphe de ce même courrier du Dr F., on indique clairement qu'il "existe des possibilités de paiements étalés moyennant demande et accord préalable au service financier du CHU".

Enfin, dans le premier paragraphe de la deuxième page de la lettre de Madame D., il est clairement indiqué qu'ayant annulé les séances de revalidation, elle a déménagé et acheté "une maison pour pouvoir bouger plus, marcher, maison avec jardin pour pouvoir jardiner avec des escaliers à monter et à descendre" et elle ajoute : "Je suis d'ailleurs plus mobile et plus active que lorsque je vis dans l'appartement".

Elle admet donc bel et bien si pas une disparition de ses douleurs et de sa fatigue, de meilleures capacités notamment au sujet des déplacements au point de même pouvoir jardiner, activité qui comme chacun le sait, sollicite le dos, la ceinture pelvienne et les membres tant inférieurs que supérieurs.

Il ne peut dès lors être nié que son incapacité de travail est moindre que lors de la première expertise. Et quoi qu'il en soit, je suis intimement persuadé que si j'ai fait une erreur d'appréciation, c'est lors de la 1^{re} expertise <et> non pas lors de celle-ci.

L'expert arrive à la conclusion qu'à la date du 4 septembre 2013 jusqu'à la date de l'expertise, Madame D. ne présentait pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Madame D. a contesté cette expertise devant le premier juge, tandis que l'INAMI demandait son entérinement.

Le Tribunal, dans un jugement du 9 mars 2015, a estimé qu'il n'était pas incongru, en psychiatrie particulièrement, de tenir compte de facteurs environnementaux pour former une appréciation sur l'état d'incapacité d'une personne. Le Tribunal a également considéré que c'était à bon escient, compte tenu de la nature des plaintes, que l'expert a tenu compte des éléments relatifs à l'acquisition d'une maison avec la présence d'un jardin et de plus d'espace. Il n'est nul doute non plus que l'entame d'une relation conjugale puisse être relevante dans un contexte d'anxio-dépression. Il a enfin décidé que l'expert a évoqué une erreur d'appréciation de sa part lors de la première expertise non pour reconnaître une erreur mais pour conforter sa position actuelle.

Le 9 avril 2015, Madame D. dépose une requête d'appel au greffe de la Cour.

...

IV. La décision de la cour

...

IV.2. Fondement

En vertu de l'article 100, § 1, alinéa 1, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est reconnu incapable de travailler le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Il faut donc démontrer une incapacité de travail au moins égale à 66 % pour être indemnisé par la mutuelle.

Les juridictions du travail recourent classiquement à l'appréciation d'un médecin expert pour les éclairer lorsqu'elles doivent décider si une personne est ou non incapable de travailler.

Toutefois, cette appréciation n'est qu'un éclairage qui ne les lie pas et dont elles peuvent se départir. En vertu de l'article 962, *in fine*, du Code judiciaire, le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose. S'il ne trouve pas dans le rapport les éclaircissements suffisants, le juge peut ordonner soit la réalisation d'une expertise complémentaire par le même expert, soit la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert (art. 984 du C. jud.) ou un collègue d'experts.

La question déterminante pour juger des mérites d'une expertise est de savoir si elle emporte la conviction de la Cour. Toutes les pathologies ont-elles été réellement et effectivement examinées ? Les arguments invoqués par l'assuré social ont-ils été rencontrés ? L'examen a-t-il été minutieux ? Le processus a-t-il respecté les droits de la défense ?

En l'espèce, la Cour n'est pas convaincue par l'expertise.

Les préliminaires du rapport d'expertise indiquent que les deux médecins (l'expert et le médecin de l'INAMI) ont discuté en dehors de la présence de l'intéressée.

La Cour a bien conscience que cette façon de faire est fort courante, mais il est à tout le moins délicat que la discussion sur l'état de santé de Madame D. au terme de l'examen médical ait eu lieu en son absence, et qu'elle se soit tenue entre l'expert et le seul médecin de l'INAMI. Madame D. s'est présentée non accompagnée à la séance d'expertise, sans médecin ni avocat, de telle sorte qu'elle seule représentait ses intérêts. Dans ce cas de figure, l'avoir écartée de la discussion médicale, fût-ce avec les meilleures intentions du monde, parce que la discussion allait être d'ordre technique entre deux professionnels, revenait à exclure une partie au cours d'un plan crucial de l'expertise. Ce faisant, le principe du contradictoire a été violé. La Cour répète qu'elle est consciente que cette façon de faire est courante et assurément dénuée de la moindre mauvaise intention, mais en l'absence d'un médecin ou d'un avocat ou encore d'un représentant syndical pouvant représenter les intérêts de Madame D. durant la discussion, une partie à la cause a eu la possibilité de faire valoir des arguments auprès de l'expert en l'absence d'un représentant de l'autre camp, privant celui-ci de la possibilité de faire valoir ses observations. Cette façon de faire ne peut être validée.

...

DÉCISION DE LA COUR

...

Dit l'appel recevable et fondé,

Écarte le rapport d'expertise du Dr S.,

...

V. Tribunal du travail francophone de Bruxelles, 10 décembre 2015

Constitution - Articles 144 et 145 - Déclinatoire de juridiction
Lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 - article 14, § 1^{er}
Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - article 167

La compétence du Conseil d'État ou des Cours et Tribunaux doit être déterminée par l'objet réel et direct de la contestation. Les Cours et Tribunaux connaissent de la demande introduite par une partie fondée sur une obligation juridique précise, directement imposée à un tiers par une règle de droit objectif et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt.

En vertu de l'article 167 de la loi du 14 juillet 1994, le Tribunal du travail s'est vu attribué la compétence des contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cet article ne règle donc pas la demande d'annulation erga omnes de la décision prise le 30 juin 2014. Le Tribunal du travail n'est donc pas compétent pour statuer sur une telle demande contrairement au Conseil d'État.

Le déclinatoire de juridiction étant d'ordre public, il importe peu que la décision prise par l'INAMI ait indiqué qu'un recours était possible devant le tribunal du travail.

R.G. 14/8725/A
ISPPC c./INAMI

...

Déclinatoire de juridiction

En droit

29. En vertu de l'article 144 de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits civils sont exclusivement du ressort des tribunaux; en vertu de l'article 145 de la Constitution, les contestations qui ont pour objet des droits politiques sont du ressort des tribunaux, sauf les exceptions établies par la loi.

30. L'article 14, § 1^{er} des lois coordonnées sur le Conseil d'État dispose que :

"Si le contentieux n'est pas attribué par la loi à une autre juridiction¹, la section statue par voie d'arrêts sur les recours en annulation pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir, formés contre les actes et règlements :

1° des diverses autorités administratives;

1. Souligné par le tribunal.

2° des assemblées législatives ou de leurs organes, en ce compris, les médiateurs institués auprès de ces assemblées, de la Cour des comptes et de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'État et des juridictions administratives ainsi que des organes du pouvoir judiciaire et du Conseil supérieur de la Justice, relatifs aux marchés publics, aux membres de leur personnel, ainsi qu'au recrutement, à la désignation, à la nomination dans une fonction publique ou aux mesures ayant un caractère disciplinaire.

(...)”.

31. Il découle de ces dispositions que la compétence du Conseil d'État est écartée si la loi organise spécialement contre un acte administratif déterminé un recours auprès du pouvoir judiciaire ².

À défaut d'une telle loi, “la compétence [du Conseil d'État ou des Cours et tribunaux] est déterminée par l'objet réel et direct de la contestation. (...) Les cours et tribunaux connaissent de la demande introduite par une partie fondée sur une obligation juridique précise, directement imposée à un tiers par une règle de droit objectif et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt”³. En telle hypothèse, “la recherche de l'objet véritable du litige amène logiquement le juge judiciaire à se déclarer incompétent lorsqu'il se convainc que le demandeur ne poursuit pas directement la reconnaissance ou le rétablissement de son droit subjectif”⁴.

32. L'article 167 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 énonce pour sa part que : “*Sans porter préjudice aux dispositions de l'article 52, § 3, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail*”.

33. Le caractère incident du contrôle de légalité exercé par les juridictions du travail en vertu de l'article 159 de la Constitution permet uniquement au juge d'écarter l'application d'un acte jugé illégal et non de l'annuler.

“Le refus d'application a “pour seule conséquence de ne faire naître ni droits ni obligations pour les intéressés. La décision illégale continue d'exister tant qu'elle n'est pas annulée”. Il s'agit là d'une différence fondamentale avec l'annulation de l'acte par le Conseil d'État qui vaut, *erga omnes*. L'application de l'acte, censurée sur la base de l'article 159 de la Constitution, demeure obligatoire en dehors du cas dans lequel il a été écarté”⁵.

34. Le déclinatoire de juridiction est d'ordre public.

- Application du droit

35. Le déclinatoire de juridiction étant d'ordre public, il importe peu que la décision prise le 29 juillet 1994 par l'INAMI ait indiqué qu'un recours était possible devant notre tribunal.

2. Ch. HUBERLANT, “La compétence respective des cours et tribunaux et du Conseil d'État”, J.T., 1953, p. 274. D. LAGASSE, “Unité et diversité du contentieux administratif en matière de sécurité sociale?”, R.C.J.B., 2010, p. 43.

3. Cass., 13.12.2001, Pas., 2001, n° 700.

4. P. LEWALLE, Contentieux administratif, édition 2002, p. 482.

5. D. RENDERS, Droit administratif, Tome III, Le contrôle de l'administration, p. 405, qui cite “not. Cass., 29.06.1999, www.juridat.be”.

36. Par sa requête devant notre tribunal, la s.c.r.l. demande en premier lieu et de façon essentielle qu'il soit dit pour droit que "la décision du 30 juin 2014 du Comité de l'INAMI d'approbation de la déclaration d'accord relative au coût d'un stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique" est illégale. Elle ne soulève pas ainsi une exception.

Elle ne critique pas la légalité de la décision individuelle prise le 28 juillet 2014 à son égard au regard de la décision prise le 30 juin 2014. La demande de l'annulation de cette décision n'est selon la demande de la s.c.r.l. que la conséquence de la première demande qu'elle formule.

Au cours des débats interactifs, le tribunal a posé la question de l'intérêt à la demande de la s.c.r.l., sachant que si le tribunal faisait droit à sa demande, l'écartement de la décision du 30 juin 2014 aurait pour seule conséquence de ne faire naître ni droits ni obligations pour la s.c.r.l., cette dernière ne formulant d'ailleurs aucune demande en ce sens. Le tribunal a retenu de ces débats interactifs que la demande de la s.c.r.l. avait pour but que la reconnaissance de l'illégalité qu'elle allègue à l'égard de la décision prise le 30 juin 2014 conduise à ce que les établissements hospitaliers, qui ont bénéficié de cette décision, se retrouvent dans une position identique à la sienne, à savoir ne puissent pas en bénéficier.

37. En vertu de l'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, le tribunal du travail s'est vu attribué la compétence des "contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

La s.c.r.l. n'invoque et n'identifie en la cause ni droits, ni obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'article 167 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ne règle donc pas la demande de la s.c.r.l., en ce qu'il n'attribue pas la compétence à notre tribunal d'en connaître.

38. La compétence [du Conseil d'État ou des Cours et tribunaux] doit dès lors être déterminée par l'objet réel de la contestation, et non la seule apparence du recours.

39. Selon les éléments présentés au tribunal, l'objet réel de la demande de la s.c.r.l. est l'annulation *erga omnes* de la décision prise le 30 juin 2014. Si cette demande est accueillie par le Conseil d'État, elle rétablira, au jour du prononcé de l'arrêt à intervenir, l'ordonnement juridique dans l'état où il se trouvait avant l'accomplissement de l'acte attaqué, à savoir en la cause en l'état où, depuis le 1^{er} août 2014, le coût d'un stent valvulaire implantable par voie percutanée en position aortique ne peut faire l'objet d'une prise en charge par l'INAMI même à l'intermédiaire de l'article 25^{quater} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Il pourrait être autrement dit : la demande de la s.c.r.l. n'a d'effet et d'intérêt qu'au contentieux objectif de l'annulation valant *erga omnes*.

Notre tribunal n'est pas compétent pour statuer sur une telle demande. Le Conseil d'État est par contre compétent. Il a d'ailleurs déjà été saisi par la s.c.r.l. aux fins d'une telle demande. Il ne conteste pas sa compétence.

Le déclinatoire de juridiction soulevé par l'INAMI est en conséquence accueilli par notre tribunal.

En conclusion de ce jugement

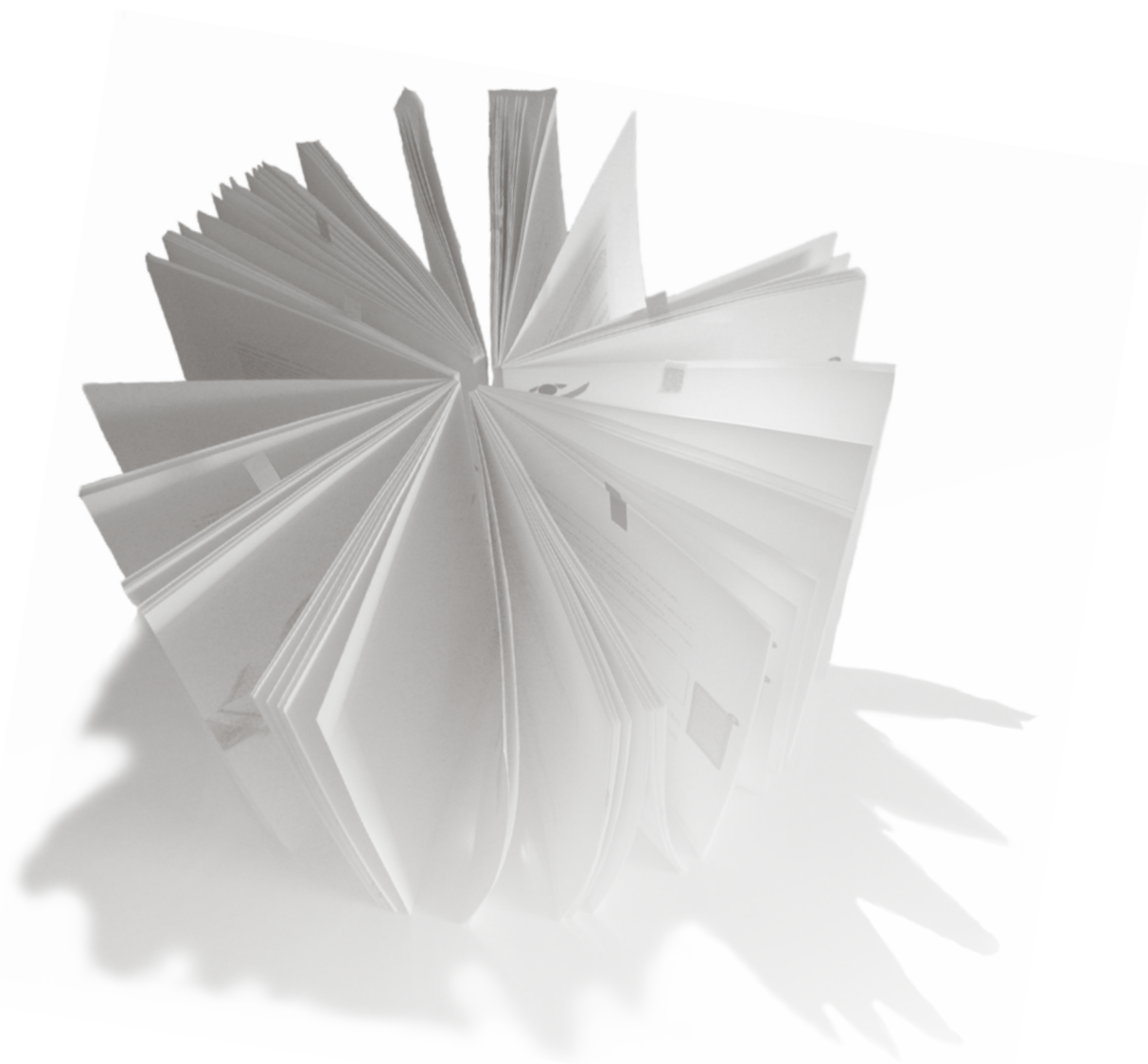
PAR CES MOTIFS, statuant après un débat contradictoire,

Plaise au tribunal,

Déclare être sans juridiction pour juger de la demande de la s.c.r.l. ;

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Transparence des frais d'hospitalisation

Droits du patient - Manque d'information - Médiateurs -
Nouveau modèle de facture - Statut de conventionnement
des prestataires de soins - Application MyInami

Question n° 209 posée le 23 avril 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant THIÉBAUT¹

La question du prix des soins et des chambres facturés par nos hôpitaux aux patients fait l'objet d'un grand nombre de critiques depuis de nombreuses années.

Pour les mutuelles et les associations de défense des consommateurs, les diverses enquêtes organisées ont constamment révélé que beaucoup d'hôpitaux ne seraient toujours pas clairs envers le patient hospitalisé.

Si l'on questionne les patients à ce sujet, ils sont d'ailleurs une majorité à estimer ne pas être suffisamment informés sur le contenu de la facture qu'ils reçoivent à leur sortie.

Dans ce cadre, alors que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient impose aux prestataires de soins des obligations d'information et de transparence, les différentes enquêtes de Test-Achats (menées en 2013 et 2015) ont révélé que certains généralistes réclament des suppléments alors que leur statut de médecins conventionnés ne les y autorise pas.

"Près d'un médecin conventionné sur sept se serait rendu coupable de cette pratique pour un supplément moyen de 4,6 EUR" selon Test-Achats qui ajoute que "le patient paie de sa poche 10,6 EUR au lieu de 6 EUR, presque deux fois le ticket modérateur".

Face à ce constat s'il convient de saluer les diverses initiatives déjà entreprises pour renforcer les droits du patient, force est de reconnaître que des efforts doivent encore être réalisés pour contraindre les hôpitaux à améliorer la transparence de leur facturation.

1. Dans ce cadre, partagez-vous le constat selon lequel de trop nombreux hôpitaux ne respecteraient pas la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ?
2. a) Si oui, comme l'expliquez-vous ?
b) Pensez-vous qu'un accroissement des contrôles et des sanctions à cet effet serait opportun ?
3. Sinon, quel type d'initiative pourrait être entrepris pour une meilleure application de la loi en ce qui concerne l'information et la transparence des coûts imposés aux patients par les hôpitaux ?
4. Quant au module de recherche du statut des prestataires de santé élaboré par l'INAMI, envisagez-vous de prendre des initiatives afin de le rendre plus pratique à utiliser ?

1. Bulletin n° 031, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 247.

Réponse

1 et 2. Afin de répondre aux différentes questions relatives à la transparence des frais d'hospitalisation et en vue d'éviter toute confusion, il s'agit tout d'abord de distinguer les obligations personnelles des professionnels des soins de santé de celles des hôpitaux.

- La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient concerne bien la relation individuelle de soins "praticien-patient" et non la relation "hôpital-patient".

Selon cette loi (plus particulièrement selon son art. 8, § 2, relatif au droit au consentement libre et éclairé du patient à la prestation de soins), chaque praticien de la santé est tenu d'informer le patient des répercussions financières du traitement qu'il envisage.

En principe donc, un chirurgien doit annoncer préalablement au patient la manière dont il va facturer ses honoraires, en cas d'hospitalisation.

Si le patient se plaint d'un manque d'information à ce niveau, ce sont principalement les médiateurs "droits du patient" des hôpitaux qui peuvent traiter la plainte et voir, avec les parties, si une solution peut être trouvée au regard de la plainte concernée.

Le médiateur a aussi pour mission de formuler chaque année des recommandations auprès de la direction de l'hôpital afin que des manquements susceptibles de donner lieu à une plainte ne se reproduisent plus.

Les rapports annuels des médiateurs des hôpitaux envoyés à la Commission fédérale "Droits du patient" ne permettent pas de révéler si oui ou non, il y a une augmentation des plaintes à ce niveau.

- Le non respect par les dispensateurs conventionnés des honoraires et prix convenus dans les accords et conventions peut être constaté par les inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service de contrôle administratif de l'INAMI, et ceci en application de l'article 168 de la loi coordonnée et de l'arrêté royal du 17 septembre 2005.

Le montant de l'amende administrative pour le non respect de l'article 168 est égal à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 125 EUR. En application de l'article 225, 2^o, du Code pénal social, les sanctions de niveau 2 sont limitées à 250 EUR x 6, soit une amende maximale de 1.500 EUR.

L'amende est infligée par le Fonctionnaire-dirigeant du Service de contrôle administratif, à condition que le ministère public estime qu'aucune poursuite pénale ne doit être entreprise ou qu'il ne doit pas être fait application des articles 216bis et 261ter du Code d'instruction criminelle.

Le dépassement des honoraires peut donc être bien plus haut que l'amende maximale.

Vu les circonstances spécifiques (déclarations des patients, dépassement léger des honoraires, déconventionnement partiel d'un dispensateur de soins, les dispositions sur les revenus de l'assuré), il est indiqué que les organismes assureurs assurent le premier suivi.

Le SECM peut, par après, agir si une infraction systématique et importante ne peut pas être réglée après concertation entre l'hôpital et le dispensateur de soins.

- Quant aux obligations des hôpitaux liées à la transparence financière, celles-ci sont en partie prévues dans l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital:

Article 3. Indépendamment de la réglementation en vigueur en ce qui concerne la perception des honoraires, le gestionnaire de l'hôpital est tenu, dans la déclaration d'admission, d'indiquer [...] le pourcentage par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins hospitaliers lors de la fixation des suppléments. Il peut préciser, dans les cas où cela n'est pas imposé légalement, qu'il s'agit d'un pourcentage maximum.

Article 4. Le gestionnaire hospitalier est tenu, à l'égard de toute personne désireuse de s'informer au préalable, de mettre à sa disposition un exemplaire de la déclaration d'admission comprenant les tarifs applicables dont ceux spécifiquement fixés par l'hôpital.

Cette information doit aussi figurer sur le site web de l'hôpital (art. 30/2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins).

Enfin, notons que la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, indique (art. 153) que le gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour que les patients puissent consulter la liste mentionnant, d'une part, les médecins hospitaliers qui se sont engagés à appliquer les tarifs de l'engagement et, d'autre part, les médecins hospitaliers qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs de l'engagement.

Et en tout état de cause, en cas de plaintes de patients relatives aux factures d'hospitalisation (manque de transparence), les services "défense des membres" des organismes assureurs peuvent aider les patients à y voir plus clair et, le cas échéant, à traiter la plainte en concertation avec le service contentieux ou le service comptabilité de l'hôpital.

3. Un groupe de travail rassemblant, entre autres, les organismes assureurs, les hôpitaux et les associations de patients a travaillé à la mise au point d'un nouveau modèle de facture patient. Ce modèle beaucoup plus clair que le modèle actuellement en vigueur a été publié au Moniteur belge du 17 juin 2015 et entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Ce délai doit en effet permettre aux hôpitaux d'adapter leurs logiciels de facturation.

En outre, un projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé (Doc. parl., Ch., 2014-2015, Doc 54K1161) vient d'être approuvé par les commissions des Affaires sociales et Santé publique de la Chambre et prévoit dans ses articles 18 et 19, des mesures portant sur la transparence financière des soins de santé.

4. Sur son site Internet, l'INAMI met en ligne un moteur de recherche "Rechercher un dispensateur de soins" permettant d'obtenir des informations sur les prestataires de soins et en particulier de connaître leur statut de conventionnement.

Comme ce moteur de recherche s'adresse à tout citoyen, il est important que son accès soit aisé. Des améliorations ont déjà été apportées à cette application depuis sa création.

D'autres améliorations sont en cours. En effet, l'INAMI développe actuellement un nouveau module dans l'application existante Mylnami, application qui permettra aux médecins de communiquer en ligne leur statut de conventionnement et le détail des données éventuelles de conventionnement partiel.

Les données récoltées via ce module, dont la mise à disposition est prévue pour 2016, permettront de compléter le contenu du moteur de recherche. Cet apport en terme de contenu au moteur de recherche s'accompagnera d'une optimisation de sa visibilité et de son fonctionnement.

II. Consultations postnatales domicile de sages-femmes

Types de prestations remboursables - Information -
Données de profil de l'INAMI

Question n° 249 posée le 22 mai 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Mademoiselle la Représentante VAN CAMP¹

Après avoir accouché, les femmes ont droit à 7 à 10 consultations de leur sage-femme à domicile. Ces consultations sont généralement perçues de manière très positive par les femmes concernées et leur entourage. Néanmoins, toutes les femmes ne sont manifestement pas informées de ce droit et les sages-femmes, surchargées de travail, ne pourraient de toute façon pas ausculter toutes les femmes après l'accouchement.

Avez-vous connaissance de ce problème ?

1. En principe, qui est chargé d'informer les femmes ayant accouché de leur droit aux 10 consultations à domicile ?
 - a) Comment se fait-il que toutes les femmes ne soient pas informées de ce droit ?
 - b) Envisagez-vous de prendre des mesures visant à informer toutes les femmes de leur droit aux consultations à domicile ?
2. Avez-vous une idée du nombre de femmes qui ont recours à ce type de consultations après avoir accouché ?
 - a) Quel pourcentage de ces femmes ont recours aux consultations à domicile ?
 - i. Combien d'entre elles demandent les 10 consultations ?
 - ii. Combien d'entre elles ont recours à moins de 10 consultations ?
Combien de consultations sont demandées en moyenne ?
Pourquoi ne pas mettre à profit le droit aux 10 consultations ?
 - b) Quel pourcentage de femmes ayant accouché n'ont pas recours aux consultations à domicile ?
Pourquoi ?
 - i. Quel est ce pourcentage chez les femmes ayant donné naissance pour la première fois ?
 - ii. Quel est ce pourcentage chez les femmes ayant donné naissance plusieurs fois ?
3. Savez-vous si certaines femmes qui auraient voulu bénéficier des consultations à domicile ont essuyé un refus parce que les sages-femmes de la région sont "surbookées" ?
 - a) La situation varie-t-elle en fonction de la région ?
Où les sages-femmes sont-elles "surbookées" ?
À quoi cela est-il dû ?

1. Bulletin n° 042, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 214.

- b) Qu'envisagez-vous de faire pour y remédier ?
 - c) Quelle solution de remplacement proposez-vous s'il n'y a plus de sage-femme disponible dans la région de la femme qui vient d'accoucher ?
 - d) Combien de sages-femmes consultent à domicile ?
Combien de consultations prévoient-elles par jour, en moyenne ?
Combien de femmes ayant accouché sont suivies par une même sage-femme, en moyenne ?
 - e) Combien la sage-femme est-elle payée par séance ?
Combien de temps dure une séance ?
4. Le nombre de séances dépasse-t-il parfois 10 en cas de problèmes importants ?
Comment détermine-t-on si la patiente a besoin de séances supplémentaires ?
À quelle fréquence cette situation se présente-t-elle ?
5. Quel est le budget consacré annuellement à ces consultations à domicile ?

Réponse

En réponse à votre question, je dresse d'abord un bref aperçu des différentes consultations post-natales à domicile de sages-femmes lors d'accouchements qui sont remboursées par l'assurance soins de santé.

Le jour même de l'accouchement, deux prestations d'une sage-femme chez une femme ayant accouché à domicile peuvent être attestées à l'assurance soins de santé. Pendant les premier, deuxième, troisième, quatrième et cinquième jour qui suivent le jour de l'accouchement, une sage-femme peut chaque fois attester une prestation par jour. Hormis pour le cinquième jour, il y a chaque fois une prestation spécifique avec des honoraires et un remboursement plus élevés si les soins sont dispensés pendant le week-end ou un jour férié.

À partir du 6^e jour *postpartum*, il existe différents types de prestations remboursables :

- un groupe de maximum 7 prestations, sans conditions spécifiques supplémentaires dont 3 consultations spécifiques possibles en ce qui concerne l'allaitement
- un groupe de maximum 3 prestations moyennant motivation; ces prestations sont attestées après que les 7 prestations susmentionnées aient été dispensées. La sage-femme doit motiver ces soins supplémentaires dans le dossier de la femme qui a accouché
- des prestations supplémentaires en cas de complications et moyennant prescription d'un médecin. La nomenclature des prestations de santé ne limite pas le nombre de fois que ces prestations peuvent être attestées; elles sont toutefois limitées à une prestation par jour.

Ces prestations postnatales doivent être dispensées dans l'année qui suit l'accouchement pour entrer en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé.

L'assurance soins de santé comprend donc de nombreuses prestations remboursables qui sont réalisées à domicile par une sage-femme chez une femme qui a accouché. Il est effectivement regrettable que peu de personnes soient au courant malgré les informations qui sont diffusées via différents canaux comme le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les mutualités, les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues et autres personnes associées aux grossesses et accouchements.

Le président de l'Union Professionnelle des sages-femmes belges a déclaré récemment qu'une campagne est en préparation et sera présentée en septembre. Le mois dernier, la Vlaamse Organisatie a présenté un film de promotion intitulé "*de kracht van de vroedvrouwen*". On constate donc que des efforts non négligeables sont fournis à cet égard sur le terrain.

Un appel à projets pilotes a également été relancé récemment. Il soulignait l'importance du suivi postnatal à domicile. Ces projets pilotes apporteront une réponse à la demande de soins après le départ de l'hôpital de toutes les mères, et non pas uniquement les primipares.

En ce qui concerne vos questions :

1. Il n'existe pas de responsable explicite qui soit tenu d'informer la femme qui a accouché au sujet des possibilités qui existent en matière de soins postnatals remboursables. Je doute que ce soit une bonne solution qu'un tel responsable soit désigné. La stimulation d'un flux d'information ciblé, dès le début du trajet de grossesse, semble une meilleure piste. Il est vrai que de très nombreuses informations sont diffusées au sujet de ces soins postnatals et, apparemment, il reste de nombreuses femmes ayant accouché qui ne disposent pas de ces informations. Une étude récente du KCE sur l'organisation des soins après un accouchement recommande d'ailleurs de déjà bien préparer la phase postnatale pendant la phase prénatale en vérifiant notamment quels dispensateurs de soins seront normalement associés aux soins postnatals.
2. 38,64 % des femmes qui ont accouché en 2012 ont fait appel à des consultations à domicile dispensées par une sage-femme dans l'année qui suit l'accouchement. 7,7 % d'entre elles ont eu recours à 10 consultations à domicile (ou plus) dans l'année qui suit l'accouchement et 92,3 % ont eu recours à moins de 10 consultations dans l'année qui suit l'accouchement. Par utilisateur de consultations à domicile, cela représente une moyenne de 4 consultations dans l'année qui suit l'accouchement.

61,36 % des femmes qui ont accouché en 2012 n'ont pas eu recours à des consultations à domicile dans l'année qui suit l'accouchement. Sur la base de nos données, la différence entre les primipares et les pluripares est impossible.

Après les mesures qui ont été prises pour faire correspondre le financement du nombre de journées d'hospitalisation à la durée d'hospitalisation justifiée après l'accouchement, quelques hôpitaux ont écourté temporairement et de leur propre initiative la durée d'hospitalisation après l'accouchement. Cette mesure a donné lieu à un déficit temporaire du nombre de sages-femmes indépendantes dans une région déterminée de Flandre.

Les données de profil de l'INAMI pour l'année 2013 révèlent que 1.271 sages-femmes ont dispensé au moins 1 prestation postnatale. En moyenne, les dispensateurs de ces consultations à domicile effectuent 188 consultations par an (Écart standard = 250), P50 = médiane = 92, P95 = 691 et P99 = 1.107.

Les honoraires fixés pour les soins postnatals varient de 90,55 EUR pour un accompagnement intensif le premier, deuxième ou troisième jour qui suit le jour de l'accouchement, pendant le week-end ou un jour férié à 25,87 EUR pour les soins postnatals "ordinaires" à partir du sixième jour qui suit l'accouchement. Les honoraires pour les autres prestations se situent entre les deux.

La nomenclature des prestations de santé n'impose pas de durée minimale pour une consultation postnatale; un contenu minimal est toutefois défini.

4. Oui, il peut y avoir prolongation (plus de 10 consultations) dans l'année qui suit l'accouchement. 5 % des utilisateurs ont bénéficié de plus de 10 consultations à domicile dans l'année qui suit l'accouchement.
5. Les dépenses 2014 pour les soins postnatals par des sages-femmes s'élèvent à 7,57 millions d'EUR, dont 363.000 EUR pour les prestations spécifiques en cas de complications.

III. Consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maisons de repos

Prescription - Plateforme BelPEP - Personne de référence - Étude "Come-on"

Question n° 297 posée le 16 juin 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant GILKINET¹

Une enquête menée en 2009 par la Mutualité chrétienne (MC) et dont les résultats avaient été publiés deux ans plus tard mettait en lumière une consommation importante d'antidépresseurs et d'antipsychotiques chez les personnes résidant en maison de repos.

Selon cette enquête 41,7 % des affiliés de ladite mutuelle séjournant dans ce type de résidence interrogés avaient consommé des antidépresseurs durant au moins 30 jours et 21,7 % des antipsychotiques pendant au moins 30 jours. Dans la foulée de la publication de cette étude, j'avais interrogé votre prédécesseur (question écrite n° 24 du 15.12.2011, Questions et Réponses, Ch., 2011-2012, n° 59, p. 258).

Depuis lors, l'Union des mutualités libres a également réalisé une étude sur le sujet dont les résultats communiqués en juin 2014 sont encore plus alarmants. En effet, il en ressortait que parmi les 22.000 affiliés concernés, "plus d'un résident de maison de repos sur deux (53 %) [prenait] des antidépresseurs, un sur trois des antipsychotiques (36 %), contre respectivement 21 % et 7 % de l'ensemble des affiliés du même âge".

Les deux études constataient une grande variation de la consommation de ces médicaments d'une institution à l'autre.

1. Pouvez-vous communiquer si votre département a depuis 2012 procédé à une enquête à l'échelle nationale sur la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maisons de repos ?
Le cas échéant, quelles en sont les conclusions ?
Si ce n'est pas le cas, envisagez-vous de demander la réalisation d'une telle enquête ?
2. Pouvez-vous indiquer si le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a déposé des rapport à ce sujet depuis 2012 ?
Le cas échéant, quels en sont les enseignements à tirer ?
3. Quelle est votre propre analyse de cette surconsommation apparente dans les maisons de repos et plus particulièrement dans certaines d'entre elles ?
4. Quelles mesures ont été prises au cours des dernières années en concertation avec les entités fédérées pour former les professionnels actifs dans les maisons de repos et de soins à des traitements alternatifs aux psychotropes ?
5. a) Pouvez-vous indiquer quelles mesures de prévention sont envisagées afin de lutter contre le recours excessif aux antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos ?
b) N'y a-t-il pas lieu de développer davantage les projets de vie au sein des maisons de repos et d'assurer un suivi plus régulier des médecins qui y sont actifs afin de limiter la prescription de ce type de médicaments ?

1. Bulletin n° 034, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 233.

Réponse

Malgré que la population résidant en maisons de repos n'atteigne que 1,4 %, les données de facturation révèlent qu'elle représente 5,6 % des dépenses de médicaments.

Comme l'indique l'étude que vous évoquez, la problématique relative aux médicaments psychotropes en maisons de repos et MRS est préoccupante. Ces problèmes ont déjà été identifiés par l'étude PHEBE1/ PHEBE2 (2011) (Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium) et le rapport du KCE sur "l'emploi de médicaments dans les MRPA/MRS en Belgique" en 2006.

Ces études nous ont appris que les résidents reçoivent jusqu'à 22 médicaments par jour, et que les quatre principaux groupes de médicaments sont les substances issues des groupes destinés à traiter les maladies cardiovasculaires, neurologiques, gastro-intestinales et des voies respiratoires.

Le phénomène de polypharmacie est donc manifeste, surtout quand on constate que la prévalence des somnifères dans les maisons de repos atteint 54 %, que celle des antidépresseurs est de 42 % - 49 % et que celle des antipsychotiques s'élève à 21 % - 26 %.

Le Conseil supérieur de la santé (2011), lui aussi, se réfère dans ses recommandations à ces chiffres de consommation élevés. On peut affirmer que dans notre pays, les substances psychotropes sont prescrites en trop grande quantité et trop rapidement, et que leur consommation fait l'objet d'un suivi insuffisant, ce qui entraîne un usage chronique. En cas d'utilisation à long terme, rares sont les tentatives entreprises pour en réduire la consommation, avec les problèmes qui en découlent. Une diminution des somnifères aurait même amélioré la qualité du sommeil (Azermai, Bourgeois).

Néanmoins, des initiatives fructueuses démontrent que la réduction des antipsychotiques, somnifères et calmants est possible et faisable et n'entraîne pas forcément une réapparition des problèmes de comportement. Les médecins et le personnel infirmier jouent à cet égard un rôle crucial.

Pour cartographier cette problématique, nous avons créé en Belgique la plateforme BelPEP, *Belgian Psychotropis Experts Platform*. Cette plateforme vise l'objectivité et, grâce à la participation de nombreux experts, elle élabore les recommandations fondées sur la médecine factuelle ("*evidence-based*") les plus récentes. La plateforme comprend un comité de coordination et trois groupes de travail. Ce comité de coordination est composé de scientifiques et de membres du SPF SPSCAE, de l'INAMI et de l'AFMPS.

La finalité de la plateforme est de veiller à une utilisation meilleure et adéquate des psychostimulants, des benzodiazépines, des antidépresseurs et des antipsychotiques. C'est possible au moyen de 4 lignes d'action :

- i. la définition et la mise en œuvre de directives et de recommandations destinées aux professionnels (par ex., la rédaction de manuels d'aide)
- ii. la sensibilisation (par ex. au moyen de campagnes publiques) des praticiens professionnels et/ou de la population
- iii. la stimulation de la recherche et de la surveillance (par ex. en ce qui concerne la consommation excessive de stimulants)
- iv. la formulation de recommandations de politique aux autorités compétentes.

L'un de ces groupes de travail s'occupe de la problématique des psychotropes chez les seniors placés en institution.

En ce qui concerne vos questions :

1. Des données spécifiques complètes sont actuellement disponibles concernant l'utilisation des médicaments en maisons de repos. Une enquête de mes services portant sur l'informatisation dans les maisons de repos en 2012 a démontré que la présence d'outils informatisés relatifs au dossier de soins et aux médicaments était quasiment inexistante dans un très grand nombre d'institutions. Cette informatisation est indispensable pour le type d'enquête que vous évoquez.

Entre-temps, la compétence pour ces institutions a été transférée aux Régions et Communautés depuis le 1^{er} juillet 2014.

2. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé n'a réalisé aucune nouvelle étude sur l'utilisation des médicaments pour la population des seniors placés en institution. En 2014, une étude de doctorat intitulée "*Chronic benzodiazepines in nursing home residents*" a été publiée par J. Bourgeois (UGent).
3. Ma propre analyse se fondera sur des chiffres. Des mesures ne peuvent être prises que sur la base de données objectives. Depuis février 2015, une étude de surveillance est en cours concernant l'utilisation de substances psychotropes dans notre pays; elle a pour but d'améliorer la collecte de données épidémiologiques.

Cette étude a été attribuée à l'IFEB-IPHEB. Les données disponibles sont évaluées, les manquements sont identifiés ainsi que les mesures nécessaires pour améliorer ces données. En février 2016, des propositions budgétées sont attendues en vue de mettre en place un système d'enregistrement "idéal".

La problématique de la prescription est toutefois complexe et ne dépend pas uniquement des médecins et du personnel infirmier. La sensibilisation de la population et le soutien des familles doivent être inclus dans cette approche. Des mesures adéquates ne peuvent être prises qu'en collaboration avec les autorités compétentes.

4. Des mesures spécifiques ont déjà été prises. Outre la plateforme BelPEP que j'ai évoquée ci-dessus et qui a récemment déposé un rapport assorti de propositions, la fonction de "personne de référence pour la démence" a été créée et financée dès 2010 ; celle-ci permet, sous certaines conditions, le recrutement d'une telle personne par les maisons de repos qui hébergent des seniors atteints de démence.

La mission de cette personne de référence consiste notamment à proposer des modes de traitements alternatifs à l'utilisation de médicaments psychotropes et à aider en ce domaine les médecins, les équipes de soins et les membres de la famille.

En 2013, l'INAMI a lancé un projet de recherche d'une durée de 3 ans pour le soutien de la concertation pluridisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médicamenteux en maisons de repos et MRS. Cette étude ("*Come-on*") a pour objet, outre le choix correct du médicament et son utilisation rationnelle, également l'ensemble du processus médicamenteux. Des modules d'e-learning sont aussi développés à cet effet. Les résultats de cette étude sont attendus en 2016.

5. Des mesures de prévention peuvent être développées sur la base des propositions émises dans les recommandations BelPEP. En particulier, il faut poursuivre l'informatisation du dossier de soins et s'engager dans l'utilisation d'instruments d'évaluation uniformes, scientifiquement validés qui devront aider les prestataires de soins lors de la détermination du diagnostic et du traitement.

À l'heure actuelle, la prescription repose encore trop souvent sur "l'expertise clinique intuitive". De même, les résultats issus de l'étude de l'INAMI fourniront sans nul doute des éléments. La prévention relève de la compétence des Régions et Communautés.

Le projet "Traitement de l'anxiété, du stress et des troubles du sommeil dans la première ligne de soins" a suggéré qu'une formation en e-learning associée à des entretiens en face-à-face (médecin généraliste/ psychologue) peut donner de bons résultats.

Ce projet a été financé par le Fonds des assuétudes de 2007 à 2014. Ce Fonds, institué en vue de la lutte contre les assuétudes, a été transféré aux Régions et Communautés dans le cadre de la réforme de l'État.

Les résultats de cette étude se sont révélés très intéressants et l'intérêt de poursuivre la formation des médecins généralistes à la prescription adéquate des benzodiazépines a fait en sorte qu'une prolongation du projet, au niveau fédéral, est actuellement envisagée. À ce jour, 5.500 médecins généralistes ont été touchés et sensibilisés à cette problématique.

6. L'arrêté royal du 9 avril 2014 relatif aux maisons de repos et de soins attribue une mission particulière au médecin coordinateur et conseiller. Le programme de formation à cette fonction accorde une attention spéciale à l'utilisation des médicaments et aux solutions alternatives. Depuis le 1^{er} juillet 2014, toujours dans le cadre de la réforme de l'État, cette matière a été transférée aux Communautés et Régions.

IV. Dispositifs médicaux implantables et dispositifs médicaux de classe III

Contrôle - Évaluation clinique - Procédure de surveillance - Base de données européenne Eudamed - Limitation de l'utilisation - Healthdata.be (Plan d'action e-Santé 2013 - 2018 - Proposition d'un système d'autorégulation

Question n° 347 posée le 13 juillet 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la Représentante MUYLLE ¹

Les dispositifs médicaux à haut risque mis sur le marché sont toujours plus nombreux. Ces dispositifs médicaux à haut risque (classe III) représentent un risque accru pour le patient car ils peuvent, par exemple, être implantés de manière permanente dans le corps ou entrer en contact avec le cœur ou le cerveau.

Pour prouver que le produit satisfait aux normes européennes de commercialisation, il est recouru à un marquage CE (comme celui que l'on trouve, par ex., sur les jouets). Dès qu'un produit affiche le label CE, il peut être vendu sur l'ensemble du marché européen et les États membres de l'U.E. ne peuvent en principe plus en interdire la vente.

L'accès au marché est toutefois beaucoup plus souple pour les dispositifs médicaux que pour les médicaments (avec l'avantage que de nouveaux dispositifs médicaux permettant de sauver des vies peuvent être rapidement utilisés). En revanche, le label CE offre souvent insuffisamment de garanties de sécurité et de fonctionnalité du produit. Le rapport KCE 249As examine la possibilité de créer en Belgique un cadre légal pour l'introduction phasée et contrôlée de dispositifs médicaux à haut risque portant un label CE, sans entrer en conflit avec la législation européenne. Le rapport adresse également des recommandations à vous-même, à l'INAMI, à l'AFMPS et au SPF Santé publique.

1. a) Quelle est votre attitude à l'égard de l'utilisation, telle qu'elle se pratique aujourd'hui en Belgique, de dispositifs médicaux à haut risque ?
b) Selon vous, la législation est-elle satisfaisante ?
2. Lorsque l'utilisation d'un dispositif médical affichant le label CE comporte un risque potentiel pour le patient, on peut tenter de maîtriser ce risque de différentes manières. Le KCE propose ainsi d'en limiter l'utilisation aux centres (de référence) bénéficiant d'une autorisation en ce sens. Dans le même temps, la Belgique peut prendre des mesures pour limiter l'accès au marché et l'utilisation du dispositif médical, voire pour l'interdire, s'il devait apparaître qu'il ne satisfait pas suffisamment aux exigences posées (art. 8 et 18 de la directive 93/42). Les systèmes de collecte de données nationales peuvent également être améliorés. La Belgique peut également instaurer l'obligation de n'utiliser un dispositif médical à haut risque que dans le cadre d'une RCT, s'il peut être établi que cette mesure est justifiée, nécessaire et proportionnée.

1. Bulletin n° 044, chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 215.

- a) Quelle est votre position à l'égard des recommandations du KCE ?
 - b) Les mettrez-vous en œuvre ?
 - c) Dans la négative, pourquoi ?
 - d) Dans l'affirmative, quelles mesures pouvons-nous attendre à court terme et comment considérez-vous que cela soit réalisable ?
 - e) Quelles mesures prendrez-vous globalement (également à long terme) ?
3. Quelle serait votre position à l'égard d'une directive qui serait inspirée de l'approche néerlandaise, dans le cadre de laquelle le système IDEAL serait appliqué, et qui permettrait la mise en place d'un système autorégulateur ?
4. Quelle possibilité de contrôle pourrait être prévue à cet égard ?

Réponse

Au niveau européen, la proposition de règlement prévoit que :

Pour les dispositifs médicaux implantables et les dispositifs médicaux de classe III (donc ceux considérés à haut risque), le fabricant doit démontrer la sécurité et la performance ainsi que le rapport bénéfice/ risque du dispositif à côté de ces allégations pour le dispositif par le biais des investigations cliniques. Une dérogation à cette règle n'est possible que si le même fabricant modifie un tel dispositif déjà sur le marché, le dispositif modifié est équivalent à celui sur le marché et l'organisme notifié se déclare d'accord que l'évaluation clinique est suffisante.

Dans chaque cas, l'organisme notifié rédige un rapport d'évaluation de l'évaluation clinique réalisée par le fabricant. Ce rapport doit contenir une conclusion concernant l'évidence clinique et plus particulièrement la détermination du rapport bénéfice/ risque, la cohérence avec la destination du dispositif et le plan de suivi post mise sur le marché mis en place par le fabricant.

Pour les dispositifs médicaux implantables de classe III, une procédure de surveillance de l'examen par l'organisme notifié par un panel d'expert au niveau européen est également prévue. Ce panel d'experts pourra parallèlement remettre un avis scientifique. Si l'organisme notifié ne suit pas cet avis il devra le motiver dans son rapport.

Un résumé des données de sécurité et de performance clinique doit être élaboré et maintenu à jour par les fabricants de dispositifs médicaux implantables et des dispositifs de classe III. Les éléments à adresser dans ce résumé sont fixés dans le projet de Règlement et il est prévu que ce résumé soit disponible pour le public via la base de données européenne Eudamed. Aussi, le rapport établi après la fin d'une évaluation clinique ainsi qu'un résumé de ce rapport seront publiquement accessibles via Eudamed au plus tard lorsque le dispositif médical obtient le marquage CE.

La base de données européenne aura pour but de permettre au public d'être informé correctement sur les dispositifs médicaux présents sur le marché, sur les certificats émis par les organismes notifiés, sur les opérateurs économiques et sur les investigations cliniques. Certaines données seront cependant uniquement accessibles aux autorités compétentes et à la Commission. Il s'agira notamment des données sensibles pour l'identification des personnes ou des données sensibles commercialement comme celles pouvant être reprises dans la brochure de l'investigateur lors de la soumission d'une investigation clinique ou encore les échanges entre les autorités compétentes.

Les critères auxquels un organisme doit répondre pour pouvoir devenir un organisme notifié sont renforcés et les obligations des organismes notifiés ainsi que celles des autorités compétentes responsables pour les organismes notifiés sont décrites dans le texte. Ceci constitue clairement une amélioration par rapport à la Directive 93/42/ CEE et limitera de fait le nombre des organismes notifiés qui pourront certifier les dispositifs médicaux à haut risque.

“L’utilisation du dispositif peut être limitée aux centres (de référence) autorisés à cet effet. Une telle mesure peut être justifiée dans les cas où l’usage de ce dispositif exige des connaissances, une expérience, une infrastructure ou des compétences spécifiques, ou un cadre multidisciplinaire.”

Il faudrait éviter qu’une limitation de l’utilisation de produits à haut risque soit uniquement obtenue sur la base d’un (non-) remboursement par l’INAMI. Les laboratoires privés et les services de testing doivent également être examinés.

Une limitation sur la base d’un (non-) remboursement par l’INAMI n’empêcherait en effet pas que des instances privées (laboratoires privés) puissent continuer à offrir des produits de moindre qualité ou moins contrôlés.

Là où le prix élevé lié à des dispositifs médicaux à haut risque peut réduire la tendance du patient à éviter ces centres (de référence) autorisés, le faible coût d’un test IVD en vente libre n’imposera pas de barrière réelle.

En cas d’IVD, il faut réfléchir à des services de test dans le cadre du dépistage génétique, de prédiction et de dépistage du cancer.

La page 17 du Rapport KCE 249A indique ce qui suit :

une limitation de l’utilisation propre de dispositifs médicaux dans le cadre d’un centre de référence, lorsque l’utilisation de ceux-ci exige des aptitudes ou des mesures de précaution très spécifiques, et lorsqu’il existe un besoin de recherches cliniques supplémentaires.

Pour les IVD innovants, également ceux avec des implications médicales innovantes (diagnostic-gestion patient traitement), cela bénéficierait également à la sécurité du patient.

“En cas de preuves qu’un produit ne satisfait pas aux exigences essentielles (art. 8 ou 18 de la Directive 93/42) ou qu’il présente un risque (potentiel) spécifique (art. 14b), la Belgique peut prendre des mesures pour limiter ou interdire son accès au marché ou sa mise en service (et signaler ces mesures à la Commission européenne).”

Les articles 8 et 18 de la directive 93/42/CEE ont été transposés dans la législation belge relative aux dispositifs médicaux dans les articles 12 et 13 de l’arrêté royal du 18 mars 1999. Il est prévu dans notre législation que les décisions prises pour retirer un dispositif médical du marché ou en restreindre son utilisation doivent être prises sur base d’un avis rendu par la Commission d’évaluation des dispositifs médicaux. Des mesures en ce sens ont déjà été prises lorsque l’utilisation d’un dispositif médical présentait un risque.

Le KCE recommande également que “La création de registres et la collecte de données au sujet de la santé et des soins doivent se faire en lien avec *Healthdata.be*”.

Healthdata.be est un service technique qui a été développé dans le cadre de l’accord de collaboration entre l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) et l’Institut scientifique de santé publique (ISP) dans le but de “l’enregistrement, la conservation et la mise à disposition de données de santé et de soins de santé à des fins de recherche scientifique”.

Le projet s’inscrit dans le cadre du Plan d’action e-Santé 2013-2018 et est conforme aux priorités (simplification administrative, développement d’un *Health Research System national*) de la ministre qui a présenté en novembre 2014 sa Note de politique générale.

Ce service *healthdata.be* standardisera dans une première phase (2014-2017) l’architecture IT et la structure des 42 registres de l’INAMI et de l’ISP, dont déjà les registres suivants (le Qermids ou *Quality Electronic Registrations of Medical Implant Devices*) qui examinent la qualité des soins au niveau des implants suivants: pacemakers, stents coronaires, endoprothèses, défibrillateurs cardiaques implantables et prothèses de hanche et de genou.

Conformément au plan d'action e-Santé 2013-2018, les nouveaux registres pour, par exemple, les dispositifs médicaux à haut risque ou les IVD innovants doivent être rendus opérationnels au moyen de la même gouvernance, architecture IT et sémantique.

“La Belgique peut imposer l'obligation d'utiliser les dispositifs à haut risque dans le cadre d'un essai clinique randomisé (RCT), et ce aussi bien dans les domaines harmonisés qu'en dehors de ceux-ci, s'il est démontré que cette mesure est justifiée, nécessaire et proportionnée.”

Il est en effet possible, tant comme condition pour le remboursement (domaine non harmonisé) qu'en dehors de cela (la mise sur le marché), d'essayer de maîtriser des risques spécifiques décelables au niveau national en exigeant par exemple des RCT.

Comme indiqué dans la recommandation, il faut pouvoir prouver qu'une telle mesure est justifiée, nécessaire et proportionnelle. Pour les domaines harmonisés, cela implique entre autre qu'il faudra prouver que le risque potentiel ne peut être maîtrisé par des mesures qui sont moins préjudiciables pour la libre circulation et que donc seul le fait d'exiger un RCT maîtrise le risque potentiel de manière adéquate.

Une telle mesure ne peut donc être envisagée que dans des cas très spécifiques. Comme mentionné ci-dessus, cette lacune est abordée dans la situation actuelle au niveau européen.

“En prévision de l'implémentation d'une future directive, l'AFMPS doit prévoir, en plus de l'expertise sur le plan de l'interprétation des études, l'expertise nécessaire sur le plan de la technique et de la science des matériaux.”

Au sein de l'AFMPS, les premières mesures ont déjà été prises pour développer l'expertise pour l'interprétation des études. Les premiers experts internes ont été recrutés et le réseau d'experts externes a été élargi.

Je pense important de rappeler que le projet de règlement européen sera directement applicable. Cela nécessitera un alignement de la législation belge.

3 et 4. Les organisations d'accréditation telles que JCI et Q-mentum disposent, en ce qui concerne les dispositifs médicaux, de normes générales partant principalement du point de vue sécurité du patient et de normes plus spécifiques pour l'utilisation de dispositifs médicaux spéciaux. De plus en plus d'hôpitaux se font accréditer par l'une de ces organisations.

La proposition d'un système d'autorégulation doit être discutée avec les sociétés scientifiques et les organismes publics compétents comme l'AFMPS, l'INAMI, l'ISP et la SPF SPSCAE.

La proposition néerlandaise “d'introduction encadrée” de nouvelles techniques sur la base d'un plan en 6 étapes serait de nature à permettre l'obtention d'une vue globale plus systématique de l'introduction d'interventions nouvelles ainsi que la formalisation chez les spécialistes d'une réflexion à ce sujet et d'une auto-évaluation critique des innovations. Si la méthodologie IDEAL y est associée, la garantie d'une évaluation scientifique approfondie des techniques innovantes s'en trouve accrue.

L'arrêté royal du 5 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée définit, en ce qui concerne le plan en 6 étapes, un processus comparable en tant que mission du Comité du matériel médical.

Compte tenu des évolutions récentes dans le cadre des réseaux avec des hôpitaux de référence, et des registres cliniques (comme les registres QERMID), il serait intéressant d'explorer cette piste.

Je laisse à mon administration le soin d'examiner la possibilité d'organiser, en vue d'une telle initiative, une étude pilote pour quelques techniques innovantes et dispositifs médicaux à haut risque, ainsi qu'un contrôle. À cet égard, la collaboration des sociétés scientifiques et d'experts en méthodologie est indispensable. Je crois également que l'accès à ces données doit être possible en toute transparence pour toutes les parties concernées et pour le patient.

V. Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Accessibilité - Protocole d'accord - Répartition territoriale - Octroi des agréments

Question n° 478 posée le 8 octobre 2015 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant **VERCAMER**¹

Ces derniers mois, les ministres régionaux compétents ont sélectionné douze nouveaux services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dont cinq en Wallonie et sept en Flandre. Tout le monde, y compris M. Vandeurzen, le ministre flamand compétent en la matière, s'accorde à présent sur le fait que chaque hôpital doit être doté d'un tel service.

Les bonnes pratiques médicales s'en trouveront améliorées, notamment grâce au fait que les nouveaux appareils d'imagerie par résonance magnétique vont se substituer aux techniques d'examen ionisantes (CT-scan) et que leur accessibilité géographique sera optimisée.

À l'heure actuelle, le temps d'attente pour subir une IRM est de six à huit semaines, ce qui n'est pas rapide lorsqu'un examen s'avère indispensable. Après l'attribution des douze appareils d'IRM, seuls neuf hôpitaux belges ne sont toujours pas dotés de cette technologie (dont huit en Flandre, aucun à Bruxelles et un seul en Wallonie).

Cette situation est particulièrement discriminatoire pour les hôpitaux ne disposant pas d'une IRM, mais elle est aussi et surtout préjudiciable à la santé des patients de ces hôpitaux à qui il incombe souvent d'effectuer des déplacements pénibles vers d'autres hôpitaux.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) insiste depuis longtemps pour que chaque service d'imagerie médicale soit doté d'une IRM. Dans un avis très récent (du 26.06.2015), la *Vlaamse Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* (Commission consultative pour les Structures de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille) plaide à son tour pour que soit installé à très court terme, dans chaque hôpital flamand, un service d'imagerie médicale doté d'un appareil d'IRM, mais ce vœu semble aujourd'hui ne pas pouvoir être exaucé en raison de la programmation fédérale.

Il est pourtant possible de doter chaque hôpital belge d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique tout en réalisant une opération neutre sur le plan budgétaire. Le financement de ces appareils passe effectivement par trois canaux : A3 (frais d'investissement) et B3 (frais de fonctionnement) du budget des moyens financiers (BMF) et par la nomenclature (honoraires). La sous-partie A3 est une compétence des Communautés à qui revient la décision, mais B3 est une sous-partie de l'actuel BMF (qui relève de vos compétences).

La Commission consultative estime que la neutralité budgétaire peut être respectée ici aussi étant donné que les coûts de maintenance, par exemple, ont baissé de plus de 5% et que les actuels frais de fonctionnement pourraient être répartis entre les appareils déjà installés et les neuf qui doivent encore l'être.

1. Bulletin n° 049, Chambre, session ordinaire 2015-2016, p. 178.

Les radiologues ont, eux aussi, tout intérêt à faire baisser le nombre de CT-scans parallèlement à l'augmentation du nombre d'examens IRM puisque le financement des honoraires est assuré au moyen d'une enveloppe fermée.

Pour arriver à l'objectif consistant à doter chaque hôpital d'un appareil d'IRM, il importe cependant que vous ajustiez rapidement le cadre de programmation.

1. Quel est votre point de vue concernant la proposition d'inclure un appareil IRM dans l'équipement de base de chaque hôpital ?
2. Comptez-vous adapter à bref délai le cadre de programmation relatif aux appareils d'IRM? Dans la négative, pour quelles raisons ?

Réponse

Conformément aux recommandations de bonne pratique de l'imagerie médicale, la résonance magnétique nucléaire (RMN) joue un rôle essentiel dans le glissement des examens CT vers des examens RMN et dans la diminution de l'exposition de la population aux rayonnements. Un protocole d'accord en matière d'imagerie médicale a dès lors été élaboré en concertation avec le secteur afin d'augmenter de manière contrôlée l'accessibilité de la RMN.

Les appareils RMN, pour lesquels les Communautés, dans le cadre de la première extension de la programmation, doivent octroyer les agréments, ne sont pas encore opérationnels. Une fois que ces appareils seront opérationnels, une évaluation et une concertation conjointes seront organisées au niveau interfédéral. À cette occasion, il sera tenu compte des besoins et des possibilités budgétaires.

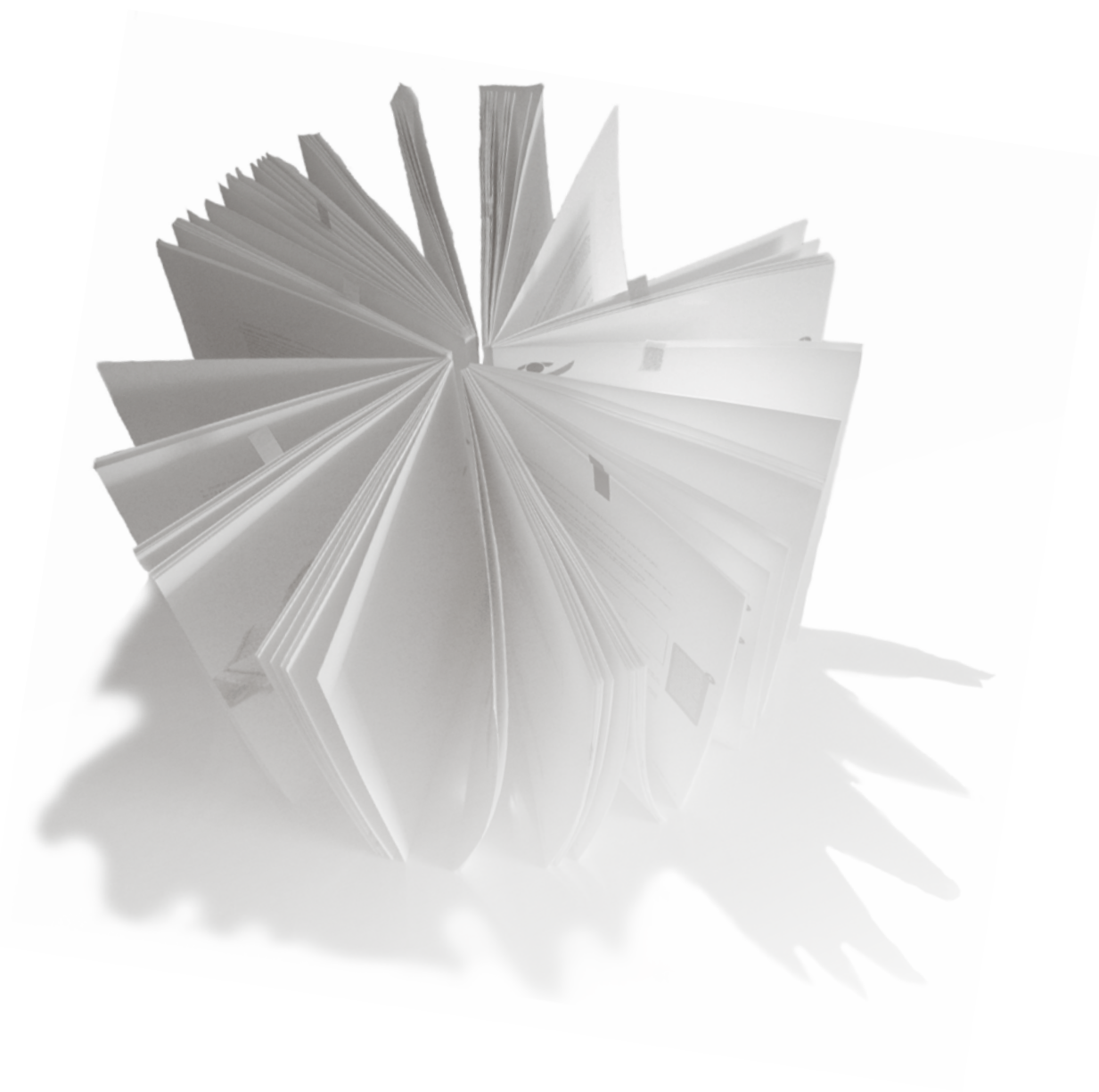
La pierre angulaire de ce protocole d'accord en matière d'imagerie médicale est un glissement harmonieux des examens CT vers des examens RMN. Cette conversion harmonieuse du CT en RMN n'est possible que si l'extension de la programmation RMN offre des garanties d'une répartition territoriale bien pensée. Le protocole d'accord prévoit déjà une extension progressive, comprenant des évaluations qui permettront de garantir une répartition territoriale adéquate.

L'octroi des agréments relève de la compétence des Communautés. Depuis la sixième réforme de l'État, les Communautés sont en effet compétentes pour toute modification éventuelle des normes d'agrément. Les Communautés se sont engagées dans le protocole d'accord à garantir une répartition correcte des appareils RMN.

L'extension de la capacité RMN se fait en plusieurs phases. L'objectif final de ces extensions de la programmation est de créer une capacité RMN disponible suffisante. Prescripteur et radiologue pourront alors chacun recourir à terme à l'examen le mieux indiqué selon les recommandations de bonne pratique en imagerie médicale. Ce plan d'action, avec ses différentes étapes, a été formalisé en 2014 dans un protocole d'accord. Il faudra du temps avant que les appareils soient opérationnels, que la situation puisse être évaluée et que l'on puisse parler d'une prochaine extension.

5^e Partie

Données de base



I. Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1^{er} janvier 2016, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2015, soit 101,50 (base 2013 = 100).

Ci-dessous, vous pouvez prendre connaissance de ces montants; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

Cotisation d'assurance continuée

Articles 247 et 250 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

a. Cotisation par jour ouvrable :

- 21 ans et plus : 1,70 EUR
- 18 à 21 ans : 1,29 EUR
- 14 à 18 ans : 0,85 EUR.

b. Cotisation par mois civil complet (cotisation journalière x 25) :

- 21 ans et plus : 42,50 EUR
- 18 à 21 ans : 32,25 EUR
- 14 à 18 ans : 21,25 EUR.

Cotisation des étudiants

Article 133 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 59,15 EUR.

Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

Article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 modifié par l'arrêté royal du 3 septembre 2000 (M.B. du 29.09.2000), portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (titulaires visés à l'art. 32 al. 1^{er}, 15^o de la loi coordonnée).

Par trimestre :

Normal : 697,79 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3^o alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 348,89 EUR

Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée : 59,15 EUR

Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence : 0,00 EUR

Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1, 1^o, 2^o ou 3^o de la loi coordonnée : 0,00 EUR.

Cotisation des membres des communautés religieuses

Article 136*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Par trimestre :

Titulaire de moins de 65 ans : 89,36 EUR

Titulaire de plus de 65 ans : 25,55 EUR.

Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

Article 135 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par trimestre : 40,25 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2016

Valeur de base reprise dans la loi à l'indice 73,97 base 2013 = 100



Circulaire O.A. n° 2015/342 - 270/67, 273/67, 274/69, 276/118, 2790/67, 2791/67, 2792/66 et 83/454 du 27 novembre 2015.

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

1. Éléments de base

À partir du 1^{er} janvier 2016, les montants de référence du salaire journalier moyen requis pour obtenir la qualité de travailleur régulier doivent être réévalués.

Cette réévaluation s'opère en multipliant les montants repris dans la circulaire O.A. n° 2014/455¹ - 424/44 par 1,0000, coefficient qui exprime le rapport entre l'indemnité d'invalidité minimum avec charge de famille au 1^{er} janvier 2015 et celle au 1^{er} janvier 2014 (53,9895 EUR : 53,9895 EUR = 1,0000).

Étant donné que le montant minimum travailleur régulier octroyé aux titulaires avec charge n'a pas été revalorisé entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} janvier 2015, les montants repris dans la présente circulaire resteront inchangés par rapport aux montants de 2015.

Le résultat de cette multiplication donne

57,8737 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans ou plus,

43,3921 EUR pour les titulaires âgés de 18 à 20 ans et

28,9368 EUR pour les titulaires de moins de 18 ans.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2016

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2014/455 - 424/44 du 27 novembre 2014.



Circulaire O.A. n° 2015/335 - 424/45 du 19 novembre 2015.

III. Revalorisation des prestations au 1^{er} janvier 2016

1. Éléments de base

a. Régime général

Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2010 et au plus tard le 31 décembre 2010 (réurrence des 6 ans d'incapacité) (mesure conjoncturelle)

Le montant des indemnités d'invalidité des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2010 et au plus tard le 31 décembre 2010 est augmenté, au 1^{er} janvier 2016, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

Base légale :

Article 3 de l'arrêté royal du 28 avril 2015 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 13.05.2015).

b. Régime des indépendants

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

Le montant du plafond de revenu professionnel annuel pris en compte en cas de reprise d'une activité rémunérée autorisée (art. 28*bis*) passe de 17.149,19 EUR à 17.842,02 EUR à partir des revenus de 2013.

2. Date d'application

1^{er} janvier 2016.



Vous trouverez le tableau D : http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Indemnités_tableau_d.pdf



Circulaire O.A. n° 2015/352 - 45/255 et 482/127 du 9 décembre 2015.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Caroline Schellis
Mme Marie Lejeune
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
M. Youssef El boutaibe
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Evy Kenzeler
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

IBAN : BE 84 6790 2621 5359
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726