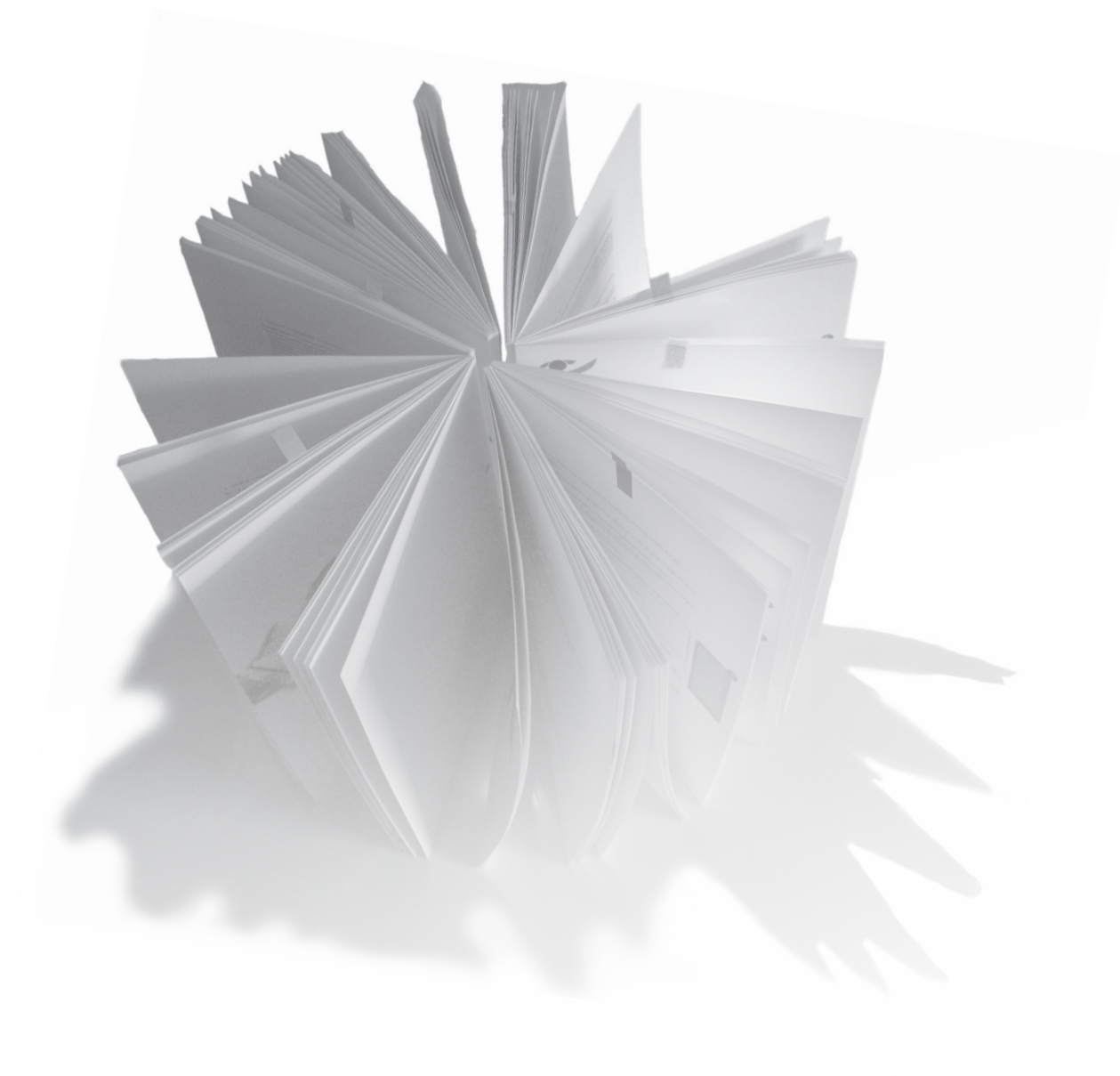


1^{re} Partie

Études



Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2016-2017)

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

C.E. (6^e ch.), 8 juillet 2016, n° 235.399, B.²

Recevabilité du moyen - Expertise / Procès équitable / Droits de la défense / Débats contradictoires - Preuve - Pouvoir d'appréciation - Extrapolation

Un requérant ne peut profiter du mémoire de "synthèse" pour compléter le recours, soit en formulant des griefs qui n'ont pas été allégués dans l'exposé des moyens de la requête, soit en palliant l'imprécision ou l'insuffisance des griefs qui y sont formulés.

N'ayant pas été réalisée à la suite d'une décision prise par la Chambre de 1^{re} instance ou par la Chambre de recours, l'expertise ne devait pas présenter, en soi, de caractère contradictoire. Au demeurant, le caractère contradictoire de la procédure suivie devant ces deux juridictions administratives a été assuré à suffisance de droit.

L'appréciation de la valeur des preuves produites devant elle par les parties est souveraine dans le chef de la juridiction administrative.

Le SECM pouvait considérer que les éléments matériels de l'infraction étaient réunis en se fondant, notamment, sur la concordance des témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions.

Si le SECM ne peut procéder à un renversement pur et simple de la charge de la preuve, il n'en reste pas moins que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer.

Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme, conformément à l'article 1353 du Code civil.

La méthode d'extrapolation peut être valablement prise en considération si cette méthode, combinée avec d'autres indices de preuve, peut être considérée comme faisant partie des présomptions graves, précises et concordantes qui peuvent être mises à charge du dispensateur de soins et si les arguments soulevés sont pris en compte dans la motivation de la décision de la juridiction administrative.

(rejet)

1. Les chroniques précédentes ont été publiées aux B.I. - INAMI 2012/1, 2014/2 et 2015/4.
2. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 30.04.2015.

C.E. (6^e ch.), 28 octobre 2016, n° 236.325, Y. K.³

Principe *non bis in idem* - Recevabilité du moyen - Articles 2, n) et 141, § 5 loi SSI - Absence de motivation ou contradiction dans les motifs

Les circonstances factuelles concrètes dont l'existence doit être démontrée pour qu'une sanction puisse être prononcée ou que des poursuites puissent être engagées, ne sont pas identiques dans les deux causes. La Chambre de recours a dès lors valablement pu constater que l'une des composantes de la notion de "*faits identiques ou substantiellement les mêmes*" faisait défaut en l'espèce, en sorte que le principe *non bis in idem* ne trouvait pas à s'appliquer. Il importe peu, à cet égard, qu'il y ait, par ailleurs, identité de personnes, de temps et d'espace.

En cassation administrative, un moyen doit viser, dès la requête introductive et de manière précise, les dispositions légales qui sont invoquées à son appui et exposer de manière détaillée en quoi la juridiction administrative aurait violé ces dispositions.

Dans sa requête en cassation, le requérant allègue la violation de la foi due aux actes. Il n'indique toutefois pas quelle disposition légale fonde la règle qu'il prétend avoir été violée, en sorte que cette critique est irrecevable.

Les compléments apportés à la requête dans le mémoire en réplique et de synthèse sont tardifs et ne peuvent pas être pris en compte, la violation d'aucune disposition légale d'ordre public et d'aucun principe général du droit n'étant invoquée.

En considérant que le requérant constituait un dispensateur de soins en sa qualité d'infirmier, la décision attaquée a, dès lors, donné une interprétation exacte de l'article 2, n), de la loi SSI.

Par ailleurs, la décision attaquée n'indique pas faire application de l'article 141, § 5, de la loi SSI, mais de son article 141, § 1^{er}, dont la violation n'est pas invoquée par le requérant. À supposer néanmoins que le moyen doive être compris comme querellant, d'une part, la mauvaise référence à l'article 141, § 1^{er}, de la loi SSI et, d'autre part, la méconnaissance de l'article 141, § 5, de cette même loi, il convient de relever qu'en toute hypothèse, cette dernière disposition énonce expressément, en son dernier alinéa, que c'est au dispensateur de soins qu'incombe l'obligation de rembourser la valeur des prestations concernées. La décision attaquée ne viole donc pas cette disposition. En indiquant qu'en vertu de la loi, "le remboursement de la valeur des prestations indues est à charge du dispensateur de soins et non pas de la personne qui a perçu le remboursement des prestations", la Chambre de recours motive sa décision de manière suffisante et adéquate.

Le requérant critique l'absence de motivation ou la contradiction dans les motifs de la décision, en ce qu'elle ne motive pas la raison pour laquelle la société ... n'est pas considérée comme le dispensateur de soins, tout en admettant que c'est elle qui a reçu les remboursements. Cette critique est cependant irrecevable en l'absence d'indication des dispositions légales sur lesquelles elle est fondée.

(rejet)

3. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 17.03.2016.

C.E. (7^e ch.), 3 novembre 2016, n° 236.344, D.⁴

Point de départ du délai de recours / Notion de domicile - Charte de l'assuré social - Le remboursement n'est pas une sanction - Recevabilité du moyen

Le délai applicable pour introduire un recours est le délai tel qu'il était prévu légalement au moment de la notification de la décision.

Un moyen non dirigé contre la décision contestée est irrecevable et ne peut aboutir à la cassation.

L'article 36 du Code judiciaire est utilisé pour définir la notion de "domicile". En l'absence de législation contraire, cette disposition s'applique également à la procédure actuelle. Le délai de recours prend cours à la date à laquelle l'envoi recommandé a été présenté au domicile du dispensateur de soins, sans qu'il soit tenu compte de la date à laquelle le dispensateur de soins s'est rendu effectivement à la poste pour prendre possession de l'envoi.

Le dispensateur de soins ne peut pas être considéré comme un "assuré social" au sens de l'article 2, 7°, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social et il ne peut donc pas s'en remettre au délai de recours de trois mois tel qu'il est prévu par la Charte de l'assuré social.

Le remboursement n'est pas une sanction, mais une mesure de réparation. Les garanties légales qui s'appliquent aux poursuites pénales en vertu de l'article 6 de la CEDH ne s'appliquent pas en l'espèce.

(rejet)

C.E. (7^e ch.), 3 novembre 2016, n° 236.345, D. S.⁵

Indépendance et impartialité - Recevabilité du moyen - Opposition du médecin-conseil / Compétence SECM

La Chambre de recours a une compétence de pleine juridiction. La Chambre de recours n'est pas un organe du Service d'évaluation et de contrôle médicaux institué auprès de l'INAMI, mais une juridiction administrative indépendante instituée auprès de ce service. La loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM, non qu'elle fait partie de ce service ou de l'INAMI.

Il s'agit d'un organe juridictionnel, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre et il ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre ne peut être tenue responsable envers l'INAMI des décisions qu'elle prend.

Le fait que les membres qui siègent dans les juridictions administratives en leur qualité de dispensateurs de soins soient aussi soumis au contrôle de l'INAMI et qu'ils y soient poursuivis et condamnés, ne porte en soi pas préjudice à leur indépendance et à leur impartialité.

4. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 29.09.2015.

5. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 12.10.2015.

Seul le Président-Magistrat de la Chambre de recours exerce un pouvoir décisionnel. En raison de la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat, qui a voix délibérative, des membres ayant voix consultative, présentés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs. Les membres présentés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs disposent uniquement d'une voix consultative. Les membres ayant voix consultative, qui siègent dans la Chambre de recours, n'y siègent d'ailleurs pas en qualité de représentants de l'organisme assureur ou du groupe professionnel qui les a présentés, mais en leur nom personnel. Cela signifie qu'ils jugent librement, à leur guise.

La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

Un moyen non dirigé contre la décision contestée, mais contre la réglementation par exemple, ne peut aboutir à la cassation.

L'article 8, § 7, 3°, alinéa 3, de la nomenclature porte sur l'intervention de l'assurance maladie dans les prestations concernées. Cette intervention est due au patient, non au dispensateur de soins. Cette disposition contient donc une garantie pour le patient, mais elle n'a pas d'impact sur la responsabilité du praticien de l'art infirmier pour l'application des critères d'évaluation.

Le fait que le médecin-conseil ne formule pas d'opposition ne dispense pas le praticien de l'art infirmier de l'obligation de n'attester les honoraires forfaitaires que pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de dépendance physique fixées dans la nomenclature et pour autant que les prestations aient été réalisées. L'absence d'opposition de la part du médecin-conseil ne change rien au caractère illicite des faits constatés.

L'article 8, § 7, 3°, alinéa trois, de la nomenclature n'empêche pas les organes de contrôle de l'INAMI, après le délai d'opposition accordé au médecin-conseil, d'intervenir à l'égard de praticiens de l'art infirmier qui ont appliqué indûment l'échelle d'évaluation.

L'obligation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution de motiver son jugement a le caractère d'une exigence de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du règlement de procédure 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 griefs invoqués en degré d'appel. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés tels des motifs contradictoires constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

(rejet)

C.E. (6^e ch.), 10 novembre 2016, n° 236.398, INAMI c./
H. I. S.

C.E. (6^e ch.), 10 novembre 2016, n° 236.399, INAMI c./
C. S.-L.

C.E. (6^e ch.), 10 novembre 2016, n° 236.400, INAMI c./
C. L.⁶

Arrêté royal du 23 juin 2003 - Hémodialyses chroniques / Convention nationale du 24 janvier 1996

Le Roi a donné exécution à l'article 71bis, §§1^{er} et 2, de la loi SSI en adoptant un arrêté royal du 23 juin 2003. Cet arrêté royal, abrogé depuis lors, contenait un chapitre 1^{er} intitulé : *"Intervention pour hémodialyse dans un centre pour hémodialyse chronique"*. Il en ressort que le Roi a entendu limiter l'intervention pour les frais d'hémodialyse dans un centre d'hémodialyse chronique agréé aux seules hémodialyses chroniques à l'exclusion d'autres types d'hémodialyses.

C'est donc à juste titre que la Chambre de recours a jugé que cet arrêté ne visait que les hémodialyses chroniques.

En revanche, dès lors que la décision attaquée de la Chambre de recours ne relève pas que le Roi aurait, par une autre mesure d'exécution de la disposition législative précitée, arrêté les conditions et le montant d'une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais pour les hémodialyses effectuées dans ces centres pour des patients souffrant d'insuffisance rénale aiguë ou en services de soins intensifs, elle ne pouvait décider qu'une telle intervention était possible dans ces hypothèses.

Il s'ensuit que la Chambre de recours n'a pas légalement justifié sa décision. Ce constat n'est pas éterné par la circonstance que l'INAMI a eu pour pratique depuis de nombreuses années d'admettre la facturation de forfaits pour les hémodialyses aiguës dans les centres précités.

L'article 60 de la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé énonce les hypothèses dans lesquelles une intervention financière de l'assurance soins de santé est accordée pour les hémodialyses. Son second paragraphe confie au Roi le pouvoir de déterminer, d'une part, les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans les frais pour l'hémodialyse effectuée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente et, d'autre part, le montant de cette intervention.

Il en découle que ce n'est que dans la mesure où le Roi prévoit que l'assurance soins de santé intervient dans les frais pour une hémodialyse effectuée dans un centre d'hémodialyse agréé qu'une telle intervention peut être accordée.

La convention nationale entre les hôpitaux et les organismes assureurs du 24 janvier 1996 ne constitue, par conséquent, plus un fondement suffisant pour justifier une telle intervention.

(cassation)

6. Recours en cassation contre les décisions de la Chambre de recours du 28.01.2016.

C.E. (7^e ch.), 26 janvier 2017, n° 237.164, D.⁷

Compétence SECM

La mission qui consiste à contrôler la réalité et la conformité des prestations implique que le SECM vérifie si les prestations des médecins sont réelles et si elles ont été dispensées conformément à la nomenclature des prestations de santé et qu'il sanctionne, le cas échéant, les infractions.

Le SECM n'a pas la compétence de contrôler les conditions qui ont été fixées dans un arrêté qui n'est pas un arrêté d'exécution de la loi SSI. La mission d'apprécier s'il est satisfait aux normes relatives à la composition médicale de l'équipe n'est pas reprise dans l'article 139 de la loi SSI, ni dans la liste des actes interdits énumérés dans l'article 73*bis* de la même loi. Par conséquent, le SECM n'est pas compétent pour juger, sur la base de l'article 139 précité, s'il a été satisfait aux conditions d'agrément et par conséquent pour infliger une sanction.

(cassation)

C.E. (7^e ch.), 28 septembre 2017, n° 239.245, NV A. et T. D.⁸

Article 159 Constitution - Extrapolation / Présomption de fait / Article 1353 Code civil

Le fait que l'appréciation du juge du fond de la légalité d'une règle interprétative ne concorde pas avec le point de vue d'une partie ne constitue en soi pas une violation de l'article 159 de la Constitution. La règle interprétative n'est ni un règlement, ni un acte.

Le SECM et les juridictions administratives peuvent, dans le respect du droit à la contradiction, se baser sur des présomptions de fait et déduire un fait inconnu d'un ou de plusieurs faits connus, pour autant que ces faits soient établis et que, conformément à l'article 1353 du Code civil, les présomptions déduites soient graves, précises et concordantes.

La preuve par extrapolation peut être considérée, en combinaison avec d'autres moyens de preuve, comme des présomptions graves, précises et concordantes pour lesquelles il est tenu compte dans la motivation des arguments des parties demandereses. Le juge du fond évalue de façon intangible la force probante des données qui lui sont présentées. Il constate les faits qu'il considère de façon intangible comme des présomptions de fait et, en principe, la loi abandonne à ses lumières et prudence les conséquences qu'il tire de ces faits comme présomption de fait.

La Chambre de recours, comme juge de dernière instance, décide de manière intangible du fond de l'affaire. Sa décision en la matière ne peut être remise en cause par le Conseil d'État comme juge de cassation.

(rejet)

7. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 14.03.2016.

8. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 12.09.2016.

C.E. (7^e ch.), 31 octobre 2017, n° 239.727, D. K.⁹

Intérêts / Article 156, § 1^{er}, de la loi SSI

Sur la base de l'article 156, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi SSI coordonnée, récemment modifiée par la loi du 17 juillet 2015, les sommes dues produisent des intérêts à défaut de paiement dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision, à dater de l'échéance de ce délai.

(cassation partielle)

C.E. (7^e ch.), 31 octobre 2017, n° 239.729, B.¹⁰

Un remboursement n'est pas une sanction - Compétence d'appréciation du Conseil d'État / Juge de cassation / Compétence de pleine juridiction de la Chambre de recours - Recevabilité du moyen - Indépendance et impartialité - Article 149 de la Constitution

Le remboursement des prestations indûment attestées n'est pas une sanction, mais une mesure de réparation. Les garanties juridiques en vigueur pour les poursuites pénales au sens des articles 6 et 7 de la CEDH ne sont donc pas applicables pour la Chambre de recours.

Comme juge de cassation, il n'incombe pas au Conseil d'État de remettre en cause l'appréciation du juge du fond. Le Conseil d'État ne peut donc pas remettre en cause l'appréciation de la Chambre de recours en ce qui concerne l'impact du temps écoulé dans le dossier. Le fait qu'il a été jugé dans d'autres dossiers que l'impact d'un long laps de temps sur l'administration de la preuve devait être examiné ne prouve pas en soi que l'INAMI ait "*deux poids deux mesures*", ni que le principe constitutionnel d'égalité ait été violé.

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

La Chambre de recours se prononce en qualité de juridiction avec compétence de pleine juridiction. Elle dispose d'un pouvoir complet d'appréciation, tant à l'égard des faits que du droit. Sa décision vient à la place de la décision qui a été prise en première instance.

Un moyen non dirigé contre la décision contestée n'est pas recevable.

La Chambre de recours n'est pas un organe du SECM, mais une juridiction administrative instituée auprès de ce Service. La loi dispose uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM, non qu'elle fait partie de ce service ou de l'INAMI. Il s'agit d'un organe juridictionnel, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté au sein de la Chambre de recours et il ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre de recours ne doit pas répondre auprès de l'INAMI des décisions qu'elle prend.

9. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 27.09.2016.

10. Recours en cassation contre la décision de la Chambre de recours du 22.11.2016.

Seul le Président-Magistrat de la Chambre de recours exerce un pouvoir décisionnel. En raison de la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat, qui a voix délibérative, des membres ayant voix consultative, présentés par les organismes assureurs et les groupes professionnels représentatifs. Les membres ayant voix consultative ne siègent pas en qualité de représentants de l'organisme assureur ou du groupe professionnel qui les a présentés, mais en leur nom personnel.

Cela signifie qu'ils jugent librement, à leur guise. La Chambre de recours offre les garanties définies à l'article 6 de la CEDH en matière d'indépendance et d'impartialité.

La seule circonstance que les séances des Chambres se tiennent dans les locaux de l'INAMI ne met pas en défaut l'indépendance de la Chambre de recours.¹¹

La critique de la requérante en ce qui concerne la transparence des rétributions aux membres des Chambres présente un caractère purement opportuniste et ne peut pas entraîner la cassation de la décision contestée.

La loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs et l'obligation de motivation matérielle en tant que principe de bonne administration ne sont pas d'application aux décisions juridictionnelles telle que la décision contestée.

L'obligation imposée au juge par l'article 149 de la Constitution de motiver son jugement a le caractère d'une exigence de forme à portée limitée. L'article 19, § 6, du règlement de procédure de la Chambre de première instance et des Chambres de recours au SECM 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 griefs invoqués en degré d'appel. Seule une absence de motivation ou des cas assimilés tels des motifs contradictoires constituent une violation de l'article 149 de la Constitution.

(rejet)

C.E. (6^e ch.), 14 novembre 2017, n^{os} 239.864 et 239.865, J.

Récusation de deux membres de la Chambre de recours - Questions préjudicielles à la Cour constitutionnelle¹²

Le Conseil d'État a posé les cinq questions préjudicielles suivantes :

1. L'article 145 de la loi SSI, viole-t-il les articles 10, 11 et 151, § 1^{er}, de la Constitution, le principe général d'indépendance et d'impartialité du juge et l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme en ce qu'il doit être interprété, tant en raison, notamment, de son § 1^{er}, alinéas 3, 2^o, et 5 et de son § 7, que des travaux préparatoires relatifs à cet article, comme prévoyant que deux médecins-conseils sont nommés par le Roi parmi les candidats présentés sur des listes doubles par les organismes assureurs comme membres effectifs des chambres de recours installées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, lesquelles chambres constituent des juridictions administratives visées à l'article 161 de la Constitution, et y siègent en tant que "représentants des organismes assureurs" ?

11. Voir art. 145, § 3, al 1^{er}, de la loi SSI.

12. Avis au M.B. du 10.01.2018, p. 1092.

2. Le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition doit-il être fait dès lors qu'il y a lieu de prendre en compte la composition mixte paritaire de la chambre de recours, expressément voulue par le législateur entre les "représentants" des organismes assureurs et les "représentants" des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé ?

3. En cas de réponse positive aux deux premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition doit-il être fait selon que ces "représentants" ont une voix délibérative ou une voix consultative au sein de la chambre de recours ?

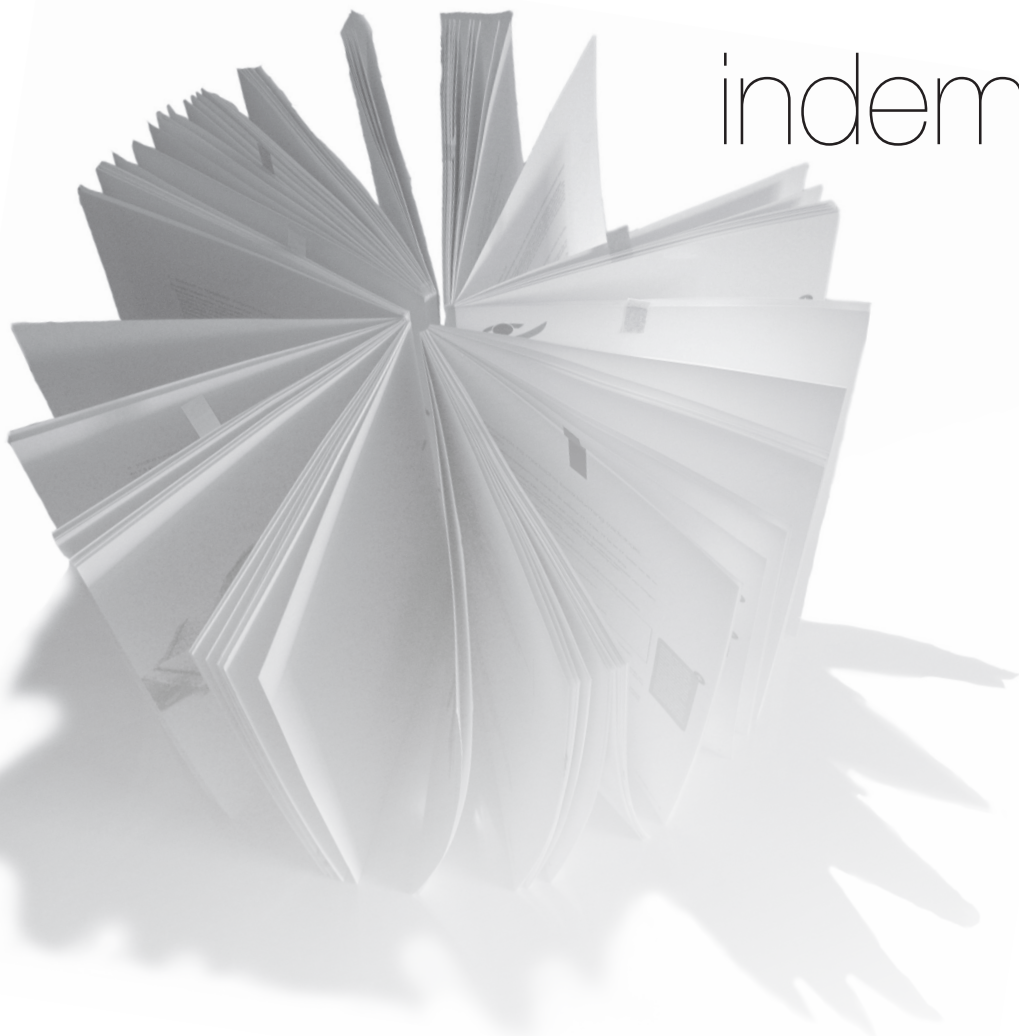
4. En cas de réponse positive aux trois premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition devrait-il être fait s'il devait être considéré que l'article 145 de la loi SSI peut être interprété comme autorisant les organismes assureurs à présenter, comme candidats destinés à les représenter, des médecins qui ne seraient pas des médecins-conseils ?

5. En cas de réponse positive aux quatre premières questions préjudicielles, le même constat d'inconstitutionnalité de cette disposition devrait-il être fait s'il devait être considéré que l'article 145 de la loi SSI peut être interprété comme impliquant que, tant les membres de la chambre de recours nommés en tant que "représentants" des organismes assureurs que ceux nommés en tant que "représentants" des organisations professionnelles représentatives des dispensateurs de soins de santé, sont présentés et nommés en raison de leur connaissance technique de la matière et doivent agir de manière indépendante dans l'accomplissement de leur mission de juge, fût-ce avec voix seulement consultative en cours de délibéré ?

(sursis à statuer)

2^e Partie

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



3^e trimestre 2017

1. Loi modifiant la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
28.08.2017	11.08.2017	Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

Résumé des modifications

Les modifications apportées à la loi SSI visent, à la lumière du principe général de sécurité juridique, la création d'une plus grande stabilité pour les prestataires de soins en matière de conclusion d'accords et de conventions en les soumettant au Conseil des ministres avec un plan financier. Ainsi, le gouvernement peut veiller à la bonne exécution des accords et à leur concordance avec le budget fixé par le gouvernement. L'accord du Conseil des ministres sera publié au Moniteur belge en même temps que les textes des conventions et accords. Cela confirme également l'importance de ces conventions et accords.

Le processus décisionnel est amélioré en prévoyant la participation de plein droit de l'inspecteur des finances aux réunions de la Commission de contrôle budgétaire afin qu'il puisse consulter le dossier à un stade antérieur, ce qui permet ensuite de faciliter la procédure d'avis.

Les prestataires de soins seront impliqués davantage dans le processus décisionnel du Collège des médecins-directeurs lors des négociations concernant les conventions de revalidation, et ce, en désignant des experts en passant par le Comité de l'assurance.

Enfin, les règles d'adhésion aux accords et conventions sont harmonisées, ce qui mènera à davantage de transparence quant à l'entrée en vigueur de celles-ci. En compensation de l'adhésion aux accords et conventions et du respect de la sécurité tarifaire pour les patients, les prestataires de soins qui exercent encore une activité après avoir pris leur retraite effective bénéficieront d'autres avantages sociaux. Une base juridique est créée dans le cadre de la loi SSI pour rémunérer la formation de médecins dans des hôpitaux non universitaires¹.

Il est également inséré un article 9^{quater} dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994, qui met en place la plateforme "NewAttest" permettant à l'INAMI d'accéder rapidement et de manière sécurisée à toutes les données nécessaires à l'exercice de ses différentes missions.

La loi fixe également le montant des frais d'administration des cinq unions nationales et de la caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer.

1. Projet de loi portant des dispositions diverses en matières de santé, Doc. parl., Ch. repr., sess.ord. 54-2599/001, pp. 3 -6.

Moniteur belge	Date	Titre
04.07.2017	18.12.2015	Loi modifiant l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants en vue de modifier la procédure de demande d'une telle allocation

Résumé des modifications

Les alinéas 2 et 4 de l'article 6, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants sont abrogés (les délais pour introduire la demande auprès de sa mutualité) et ce à partir du 14 juillet 2017.

2. Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2017	05.09.2017	Arrêté royal 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

Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie les articles 225 et 226^{bis} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en déterminant une nouvelle mesure de neutralisation suite à l'introduction :

- 1) du paiement unique d'une prime de rattrapage à certains titulaires d'une pension minimale dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants, en décembre 2016 ;
- 2) de l'augmentation de 0,7 % de la pension minimale accordée à certains bénéficiaires dans le régime des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants, à partir du 1^{er} janvier 2017.

Via cette mesure de neutralisation, le titulaire reconnu incapable de travailler qui, avant l'octroi de la prime de rattrapage précitée ou la revalorisation du minimum pension précité, avait déjà la qualité de titulaire avec charge de famille ou de titulaire assimilé à un isolé conserve l'octroi de cette qualité malgré cette prime de rattrapage ou l'augmentation du minimum pension accordée à la personne qui peut à titre principal faire naître la charge de famille dans le chef du titulaire incapable de travailler et qui cohabite avec ce titulaire. Pour l'application ultérieure de cette mesure de neutralisation, il est en outre indispensable que le titulaire se trouve toujours dans la même situation.

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2017	10.09.2017	Arrêté royal 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, en ce qui concerne la procédure de vote au Comité de l'assurance

Résumé des modifications

La procédure de vote menait à des situations déséquilibrées qui contrecarraient les principes d'un modèle de décision paritaire. Pour y remédier, l'arrêté royal introduit une double majorité qualifiée lors de la première séance, suivi par une double majorité simple lors d'une éventuelle deuxième séance. Ainsi les décisions ne sont acquises que lorsqu'elles obtiennent un accord venant du banc des organismes assureurs et venant du banc des prestataires. En introduisant une majorité sur chaque banc lors de la fixation de la proposition du Comité de l'assurance, l'implication correcte des prestataires de soins à la préparation de cette proposition est stimulée.

Dès lors, il est inséré un paragraphe *7bis* dans l'article 10, rédigé comme suit :

"§ *7bis*. Quand le Comité de l'assurance exerce ses compétences prévues aux articles 39 ou 22 de la loi et que la mesure en question concerne la mise en oeuvre d'une disposition reprise dans une convention ou dans un accord, visés au chapitre V de la loi, les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des voix exprimées par les membres présents ayant voix délibérative, d'une part au sein du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, et d'autre part, au sein du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins. Il n'est pas tenu compte des abstentions.

Lorsque cette majorité n'est pas atteinte, mais, d'une part que la majorité des membres présents ayant voix délibérative du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, est obtenue et d'autre part, que la majorité des membres présents ayant voix délibérative du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins, est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante.

Si la majorité visée à l'alinéa précédent est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises."

3. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
08.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'article 37*bis*, § 1^{er}, C, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par les mots " , 101275, 101290".

Moniteur Belge	Date	Titre
08.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 26 novembre 2006 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale

Résumé des modifications

Le tableau visé à l'article 1^{er} est complété par les numéros de code 101275 Consultation d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et 101290 Consultation d'un médecin accrédité spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

L'article 3, alinéa 2, est remplacé par : "La diminution de l'intervention personnelle n'est pas due s'il est fait application du régime du tiers payant".

Moniteur belge	Date	Titre
09.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal portant exécution de l'article 53, § 1 ^{er} , alinéa 13, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à la vérification obligatoire par les infirmiers de l'identité du patient par la lecture d'un moyen d'identité électronique

Résumé des modifications

L'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant est applicable aux infirmiers qui dispensent des prestations donnant lieu à une intervention conformément à l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à moins que ces prestations ne soient facturées via une institution de soins et ce à partir du 1^{er} octobre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
17.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 décembre 2014 en exécution de l'article 56, § 3 ^{ter} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour les centres de psychiatrie légale

Résumé des modifications

Cet arrêté royal intègre le centre de psychiatrie légale d'Anvers dans l'arrêté de financement pour centres de psychiatrie légale et règle son financement.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2017 - Édition 2	05.09.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2002 portant exécution du chapitre III <i>bis</i> du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- dans l'article 13, alinéa 2, les mots "fixé par le Roi" sont remplacés par les mots "de 100 EUR"
- à l'article 16, les modifications suivantes sont apportées :
 1. l'alinéa 1^{er} est complété par la phrase suivante : "Ce montant est indexé conformément à l'article 37 *quaterdecies*, § 2, de la loi." ;
 2. dans l'alinéa 2, les mots "ou un bénéficiaire du statut visé à l'article 37 *vicies*/1 de la loi," sont insérés entre les mots "le droit au maximum à facturer est examiné," et les mots "l'organisme assureur gérant le dossier".
- dans l'article 25, alinéa 2, les mots "diminué par le Roi" sont remplacés par les mots "diminué de 100 EUR".

4. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2017 - Édition 1	18.06.2017	Arrêté royal modifiant les articles 18, §§ 1 ^{er} , A, et 2, et 19, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 18 :

1. au § 1^{er}, A,
 - a. la valeur relative de la prestation 444253-444264 est remplacée par "K 840";
 - b. la prestation 444275-444286 est abrogée;
 - c. la règle d'application qui précède la prestation 444290-444301 est remplacée par : "La prestation 444231-444242 n'est pas cumulable avec les prestations de la rubrique A2 (honoraires supplémentaires).";

- d. la valeur relative de la prestation 444356-444360 est remplacée par “K 221”;
- e. la valeur relative de la prestation 444371-444382 est remplacée par “K 71”;
- f. la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 444371-444382 : “444614-444625
CT de localisation effectuée lors de la prestation 444356-444360 (1^{re} simulation) et/ou de la prestation 444371-444382 (2^e simulation) K 79
La prestation 444614-444625 ne peut pas être attestée le même jour qu'une prestation de l'article 17, § 1^{er}, 11^o.”.

2. Au § 2, A, a), les numéros d'ordre “444275-444286” sont abrogés.

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 19 :

- 1. au § 1^{er}, dans la rubrique Catégorie 1, sous l'intitulé Affections bénignes, le premier tiret est complété par les mots “(une irradiation curative, pas d'irradiation préventive)”;
- 2. au § 5, dans l'alinéa 5, les mots “et de la curiethérapie intraluminale, visée sous le numéro d'ordre 444275-444286” sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant les articles 17 <i>bis</i> et 17 <i>quater</i> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 17 *bis*, la valeur relative des prestations 460456-460460 et 461215-461226 est chaque fois remplacée par “N 94,19”.

À l'article 17 *quater*, la valeur relative des prestations 469814-469825 et 469630-469641 est chaque fois remplacée par “N 94,19”.

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 ^{er} , 11 ^o <i>ter</i> et 12 ^o , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Cet arrêté royal ajoute à l'article 17, § 1^{er}, 11^o *ter*, les prestations 459933-459944 et 459955-459966 et leurs règles d'application.

L'alinéa suivant est inséré après l'alinéa 2 : “Une prestation réalisée au moyen d'une tomographie commandée par ordinateur (CT) ne peut pas être attestée comme une prestation réalisée au moyen d'une tomographie à faisceau conique commandée par ordinateur (CBCT) et inversement.”;

L'alinéa 3 est remplacé par : "Les prestations 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966 ne peuvent être cumulées pour la même indication avec les prestations équivalentes 459690-459701, 377230-377241, 307252-307263, 307230-307241, 458732-458743.";

À l'alinéa 4, les mots "pour la prestation 459852-459863" sont remplacés par les mots "pour les prestations 459852-459863, 459933-459944, 459955-459966,";

Au 12°,

1° le point 14 du libellé de la prestation 460670 est complété par les mots ", 459933, 459955";

2° le point 6 du libellé de la prestation 461016 est complété par les mots ", 459933, 459955".

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 14, d), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Cet arrêté royal remplace à l'article 14, d), les règles d'application pour la prestation 244952-244963 et les conditions de l'intervention pour la prestation 244974-244985 sont complétées par un c) rédigé comme suit : "c) en cas de carcinose péritonéale d'origine ovarienne, le patient a bénéficié au préalable d'une chimiothérapie systémique."

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 11, §§ 4 et 5, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 11 :

1° au paragraphe 4, la prestation suivante est insérée après la prestation 355316-355320 :

"355132-355143

Ponction d'un ganglion lymphatique K 4";

2° au paragraphe 5, les numéros d'ordre "355132-355143" sont insérés entre les numéros d'ordre "354255-354266" et "355316-355320".

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 24, § 1^{er} :

1. dans la rubrique 1/CHIMIE, l'intitulé 4/Selles est complété comme suit :

“ 544751-544762

Dosage de la calprotectine B 1600
(maximum 1) (Règle diagnostique 122)”;

2. la rubrique Règles diagnostiques est complétée comme suit :

“122

La prestation 544751-544762 ne peut être portée en compte à l'AMI qu'en cas de suivi d'une maladie de Crohn avérée. Ce test ne peut être porté en compte à l'AMI que s'il est prescrit par un médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie interne, au maximum deux fois par an.”.

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 24, § 1^{er} :

- 1° dans la rubrique 1/CHIMIE, sous l'intitulé 1/Sang :

- a) les prestations suivantes sont insérées après la prestation 540772-540783 :

“587930 - 587941

Dosage de la cystatine C B 800
(Maximum 1) (Règle de cumul 343) (Règle diagnostique 125)

587952 - 587963

Dosage de l'iode dans le sérum ou le plasma B 1400
(Maximum 1) (Règle diagnostique 126)”;

b) le libellé de la prestation 540772-540783 est remplacé par ce qui suit :

“Dosage de la fructosamine
(Maximum 1) (Règle de cumul 18) (Règle diagnostique 124)”;

c) dans le libellé de la prestation 543255-543266, la règle de cumul “343” est insérée après les mots “Règle de cumul 8”;

2° la rubrique “Règles de cumul” est complétée comme suit :

“343

Les prestations 587930-587941 et 543255-543266 ne sont pas cumulables entre elles.”;

3° la rubrique “Règles diagnostiques” est complétée comme suit :

“124

La prestation 540772-540783 ne peut être portée en compte à l'AMI que chez une femme enceinte diabétique ou chez un patient diabétique avec une hémoglobinopathie ou une hémolyse chronique.

125

La prestation 587930-587941 ne peut être portée en compte à l'AMI que chez un enfant âgé de 1 à 3 ans ou chez les patients transplantés rénaux.

126

La prestation 587952-587963 ne peut être portée en compte à l'AMI que chez des patients sévèrement brûlés dont la surface totale brûlée est supérieure à 15 % ou chez des patients présentant une perte cutanée étendue (Syndrome de Lyell, fasciite nécrosante,...) recevant un traitement local contenant de l'iode.”;

4° dans la règle diagnostique “3”, les numéros d'ordre “540772-540783” sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2017	23.05.2017	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées :

- le libellé de la prestation 301593-301604 est modifié
- l'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires en cas de décès du patient pendant la période de confection est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 15 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

L'article 15 est complété par un paragraphe 19 rédigé comme suit : "§ 19. Dans le cas d'un processus tumoral métastatique, la prestation 243051-243062, 243036-243040, 244053-244064, 244016-244020, 244031-244042, 243110-243121, 241474-241485, 241415-241426, 241430-241441, 241452-241463, 242056-242060, 242012-242023, 242034-242045 peuvent être cumulées à 100 % avec la prestation 242336-242340, 242314-242325, 242292-242303, 244856-244860, 243235-243246."

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 14, j), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 14, j), la valeur relative de la prestation 260514-260525 est remplacée par "K 430".

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2017	18.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 33 <i>bis</i> , § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Avis rectificatif

Résumé des modifications

Dans le Moniteur belge n° 168 du 29 juin 2017, pages 69110 et 69111, il y a lieu d'apporter les corrections suivantes à l'article 1^{er} :

1° les numéros "127" et "128" sont chaque fois remplacés respectivement par les numéros "21" et "22" ;

2° au 2°, le b) est remplacé par ce qui suit :

"b) dans la règle 1, les mots "et 587893-587904" sont remplacés par les mots " , 587893-587904 et 589831-589842";

c) dans la règle 13, les mots “La prestation 588556-588560 ne peut être portée” sont remplacés par les mots “Les prestations 588556-588560 et 589831-589842 ne peuvent être portées”.

Moniteur belge	Date	Titre
08.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 2, B :

1° les prestations 101275 et 101290 sont insérées après la prestation 102653 ;

2° le libellé de la prestation 102012 est modifié comme suit :

“Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n^{os} 101275, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102314, 102351, 102734, 102896 et 103456”;

3° le libellé de la prestation 102535 est modifié comme suit :

“Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux n^{os} 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 et 103471”.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 2, B, la prestation 103250 et les règles d'application sont insérées après la prestation 102756.

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2017	05.09.2017	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 9, a) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

1. Au § 2, a) séances prénatales, le 10^e alinéa “Les prestations 422052, 428131 et 428153 comportent l'examen obstétrique (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires) de la femme enceinte, y compris l'éventuel monitoring et toutes les autres prestations techniques pouvant être fournies par l'accoucheuse” est supprimé;

2. Au § 2, a) séances prénatales, l'avant-dernier alinéa est remplacé comme suit : "Les prestations 422030, 428094, 428116, 422052, 428131, 428153, 422870, 428175, 428190, 422892, 428212 et 428234 peuvent être cumulées, le même jour, avec une consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, si la femme enceinte est envoyée par l'accoucheuse suite à des soupçons de pathologie qui doivent être notifiés dans le dossier de la bénéficiaire. Ces prestations comportent l'examen obstétrique (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires) de la femme enceinte, y compris l'éventuel monitoring et toutes les autres prestations techniques pouvant être fournies par l'accoucheuse.";
3. Au § 4, 1) dans l'établissement hospitalier où la patiente est hospitalisée, le 3^e alinéa relatif à la prestation 422240 est supprimé;
4. 4^e Au § 5, un alinéa rédigé comme suit est ajouté avant la prestation 422450 : "Les prestations 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 et 428632 ne peuvent pas être attestées si, lors de la même journée de soins, une prestation 422435, 428492, 428514, 422472, 428691 ou 428713 a également été dispensée et attestée.";
5. Au § 5, le 14^e alinéa est complété par les phrases suivantes : "Dans des cas exceptionnels, par exemple dans les situations suivantes : lors de l'hospitalisation, de l'abandon ou du décès (in utero ou périnatal) de l'enfant, il est admis que l'enfant ne puisse pas être présent lors de ces prestations. Si la motivation de cette absence est clairement mentionnée dans le dossier, la sage-femme peut attester ces prestations pour des soins prodigués à la mère, même en l'absence de l'enfant.".

Moniteur belge	Date	Titre
29.09.2017	19.09.2017	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

1. Le § 1, 3^o, IV. est remplacé par IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés (561540-564701) ;
2. Le § 11, 1^{er} alinéa, est remplacé par ce qui suit : "Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 2^o, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3^o, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies." ;

3. Le § 12, 1^o, 2^e alinéa est remplacé par ce qui suit : “Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les fonctions ou les services concernés. La prestation 564701 ne peut être attestée que pour les bénéficiaires mentionnés sous a). Elle n’est pas cumulable avec la prestation 561540. Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous b), pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées sous b) a été attestée, une deuxième prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois.” ;
4. Le § 12, 2^o est remplacé par ce qui suit : “2^o Pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites à l’alinéa précédent, une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d’une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance.

Dans le cas de la prestation 564701, cette prescription médicale doit mentionner la nécessité d’effectuer cette deuxième séance pendant une durée globale moyenne de 30 minutes. Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter une copie de cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d’un contrôle *a posteriori*. Cette prescription reprendra obligatoirement :

- a) les codes nomenclature et la valeur relative du traitement de réanimation reçu ou de l’intervention chirurgicale pratiquée;
- b) la date de l’intervention ou la date d’entrée dans le service de soins intensifs ou néonatal;
- c) la fréquence souhaitée par semaine et par jour.”

5. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2017	30.06.2017	Arrêté royal modifiant l'article 23 ^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

En cas d’exercice d’une activité non autorisée le dimanche, est introduite la possibilité de récupérer l’indemnité octroyée pour le premier jour indemnisable qui précède durant lequel le titulaire n’a exercé aucun travail (le dimanche étant une journée non indemnisable).

Moniteur belge	Date	Titre
24.07.2017	11.07.2017	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les sanctions administratives, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Ces modifications réglementaires visent à renforcer le système de sanctions administratives prononcées à l'égard des travailleurs indépendants qui ont commis une infraction aux dispositions de la réglementation de l'assurance indemnités et maternité pour les travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
31.07.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

Le stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs indépendants reste inchangé. Cependant, vu l'allongement du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail dans le régime des travailleurs salariés, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants subit quelques modifications formelles.

Moniteur belge	Date	Titre
25.08.2017	11.08.2017	Arrêté royal modifiant l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

Résumé des modifications

L'article 29, § 4 est complété par un alinéa qui prévoit que les prestations peuvent également être cumulées, sans restriction, avec les indemnités octroyées en application de la loi du 18 juillet relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'actes de terrorisme.

6. Autres Arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
08.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Résumé des modifications

L'article 4, 1°, est complété par les mots “, 101275, 101290”.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2017	21.07.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Résumé des modifications

L'article 4, 1°, est complété par le numéro d'ordre “103250”.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2017 - Édition 2	30.06.2017	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe le montant, les conditions et les modalités selon lesquelles le médecin généraliste peut obtenir une intervention annuelle de l'INAMI dans le coût afférent à l'utilisation de la télémédecine et à la gestion électronique des dossiers médicaux.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2017 - Édition 2	31.07.2017	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

Résumé des modifications

Une intervention financière de 366.536,27 EUR est octroyée pour l'année 2017 à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Moniteur belge	Date	Titre
18.08.2017 - Édition 2	31.07.2017	Arrêté royal fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés

Résumé des modifications

Les ministres de la Santé publique des entités fédérées et de l'autorité fédérale ont approuvé un Plan conjoint en faveur des malades chroniques, intitulé "Des soins intégrés pour une meilleure santé" le 19 octobre 2015.

Dans le cadre de ce plan, des projets pilotes peuvent tester des modalités d'organisation de soins intégrés pour les patients chroniques, dans une région déterminée.

L'arrêté royal du 31 juillet 2017 est la base juridique des projets pilotes. L'appel à projets était lancé le 18 août 2017 avec comme échéance le 18 septembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
07.09.2017	30.08.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 19 novembre 1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs

Résumé des modifications

Les modifications suivantes sont apportées à l'article 4, § 1^{er}, alinéa 1^{er} et ce à partir du 1^{er} septembre 2017 :

- a) au 1^o, le nombre "12.071,57" est remplacé par le nombre "12.276,79";
- b) au 2^o, le nombre "14.103,01" est remplacé par le nombre "14.342,76";
- c) au 3^o, le nombre "9.660,14" est remplacé par le nombre "9.824,36";
- d) au 4^o, le nombre "11.082,71" est remplacé par le nombre "11.271,12".

Moniteur belge	Date	Titre
15.09.2017	05.09.2017	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

Résumé des modifications

Le montant de base de l'allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants est augmenté de 1,7 % par cet arrêté royal à partir du 1^{er} septembre 2017.

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2017	10.09.2017	Arrêté royal fixant pour l'année calendrier 2017 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 1 ^{er} mars 2000, 28 novembre 2000, 26 avril 2005, 18 juillet 2005, 4 février 2011, 25 février 2011 et 24 octobre 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 4 mars 2010 et du 17 mars 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

Résumé des modifications

Le montant est fixé pour 2017 à 97.328.949 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
19.09.2017	05.09.2017	Arrêté royal 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 calendrier 2017

Résumé des modifications

Le montant pour l'année 2017 est fixé à 18.706.246 EUR .

7. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
20.07.2017 - Édition 2	13.07.2017	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
25.08.2017	18.08.2017	1 arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
25.08.2017	22.08.2017	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
15.09.2017	22.08.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (p. 81193) - Erratum
20.09.2017 - Édition 2	15.09.2017	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, l'annexe II et l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
25.08.2017	22.08.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques
15.09.2017	22.08.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques. - Erratum
20.09.2017 - Édition 2	15.09.2017	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I^{er} et au chapitre II de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
07.07.2017	15.05.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste jointe comme annexe 1 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I : il complète l'intitulé "D.4 Prostate" par "182055 - 182066 Ensemble des dispositifs médicaux utilisés lors du traitement d'une hyperplasie bénigne de la prostate, par énucléation laser" et insère les conditions de remboursement D- § 09 qui correspondent à cette prestation.

Moniteur belge	Date	Titre
07.07.2017	01.06.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, les modifications suivantes sont apportées à l'intitulé "L.3.1.4. Clou centromédullaire pour allongement du membre" :

- la prestation 167952-167963 est supprimée
- la prestation 167974-167985 et ses modalités de remboursement sont remplacées.

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2, les modifications suivantes sont apportées :

- la liste nominative 34211 associée à la prestation 167952-167963 est supprimée
- la liste nominative 34212 associée à la prestation 167974-167985, jointe comme annexe au présent arrêté, est modifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2017	20.06.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "K. Chirurgie en général" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, l'intitulé "K.1 Colles tissulaires" est complété par la prestation "182195-182206 Colle chirurgicale pour usage interne spécifiquement destinée à être utilisée en contact avec du tissu pulmonaire (par intervention)" et des modifications sont apportées à la condition de remboursement K- § 01.

Aux listes nominatives, jointes comme annexe 2 est ajoutée une nouvelle liste nominative 32904 associée à la prestation 182195-182206.

Moniteur belge	Date	Titre
25.07.2017	13.07.2017	Arrêté ministériel modifiant le chapitre “F. Chirurgie thoracique et cardiologie” de la liste jointe comme annexe 1 à l’arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

À la liste, jointe comme annexe 1, la condition de remboursement F- § 23, le “2.1.1. b)” est remplacé par ce qui suit : “Pour adhérer à la convention, l’établissement de soins doit disposer d’une expérience de 50 procédures de novo structurales du côté gauche ou procédures d’ablation du côté gauche, dont 25 par ponction par voie transseptale au travers d’un septum intact (476033-476044 et/ou 589551-589562), calculé par année comme la moyenne pour les années 2013 à 2015. Uniquement une seule de ces prestations par jour par bénéficiaire peut être prise en compte pour le calcul des 25 ponctions transseptales.”

Moniteur belge	Date	Titre
17.07.2017	04.07.2017	Arrêté ministériel fixant le modèle de formulaire de demande d’agrément d’un laboratoire de biologie clinique

Résumé des modifications

Le formulaire de demande d’agrément ou de renouvellement d’agrément des laboratoires de biologie clinique est remplacé.

8. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
14.07.2017	03.07.2017	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l’article 22, 11° de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes :

- l’article 23, §1^{er} est remplacé
- l’article 23, § 4, dernier alinéa est modifié
- l’annexe 56 est supprimée.

Moniteur belge	Date	Titre
25.07.2017	29.05.2017	2 règlements modifiant le règlement du 16 juin 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

Résumé des modifications

Le règlement remplace le formulaire F-Form-II-06 à l'annexe VII et ajoute le formulaire L-Form-II-02 à l'annexe XI.

9. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

06.07.2017

Règles interprétatives relatives aux prestations des articles 5 et 6 de la nomenclature :

Règle interprétative 06 est introduite : la restauration d'une dent définitive fracturée en faisant usage de fragment(s) amélo-dentinaire(s) issu(s) de cette dent est considérée comme une "obturation d'une cavité" ou une "restauration".

Règle interprétative 04 est remplacée : l'apport de résine *in situ* sur la base d'une prothèse dentaire ne peut pas être attesté sous les numéros prévus pour le remplacement de la base d'une prothèse inférieure ou supérieure. Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les numéros prévus pour la réparation d'une prothèse inférieure ou supérieure.

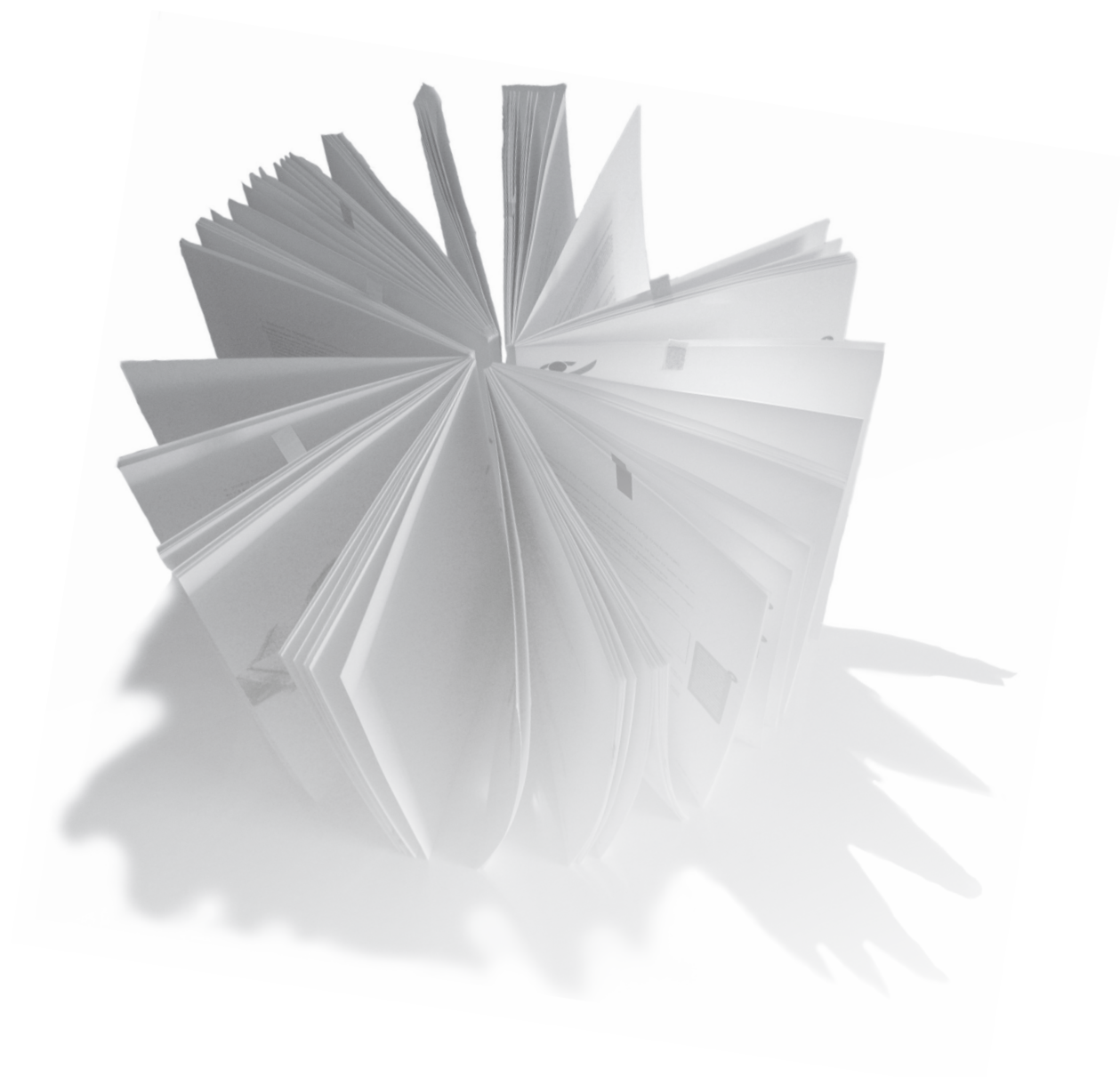
10. Directives

Moniteur belge	Date	Titre
15.09.2017	19.04.2017	Directives portant exécution de l'article 13 <i>bis</i> , § 2, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Cette directive vise à définir les contours de la notion d' "indices graves, précis et concordants de fraude" dans le sens de l'article 77*sexies*, alinéa premier de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

3^e Partie

Jurisprudence



Cour constitutionnelle, 30 novembre 2017

Article 2, 7° et 5, 2° de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultants de soins de santé

Accident médical sans responsabilité - Dommage "évitable" compte tenu de l'état actuel de la science - Condition de gravité du dommage - Incapacité temporaire de travail

Lorsque le dommage allégué par un demandeur ne trouve pas sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, celui-ci pourra être indemnisé par le Fonds si ce dommage est la conséquence d'un accident médical sans responsabilité tel que défini par l'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010 et s'il rencontre au moins l'une des quatre conditions de gravité prévue à l'article 5 de cette même loi.

Le critère d'anormalité du dommage visé à l'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010 est considéré comme objectif et pertinent au regard des objectifs poursuivis par le législateur et ce choix tient non seulement compte des limites de la science médicale mais également de la viabilité financière de ce nouveau système. En outre, les effets de ce critère ne peuvent être considérés comme disproportionnés par rapport aux objectifs poursuivis par le législateur, dès lors que ce critère est applicable à toutes les personnes qui se prétendent victimes d'un accident médical sans responsabilité et qu'en cas de refus d'indemnisation par le Fonds, celles-ci disposent d'un recours devant le tribunal de première instance.

Concernant la condition de gravité du dommage prévue par l'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010, la différence de traitement repose sur un critère objectif, soit l'existence ou non d'une activité professionnelle dans le chef de la victime et est raisonnablement justifiée par un but légitime visant à restreindre le régime d'indemnisation à charge du Fonds aux dommages présentant un seuil de gravité minimum afin de maintenir son budget dans des limites réalistes et supportables. En outre, en excluant les victimes qui n'exercent pas d'activité professionnelle du champ d'application de l'article 5, 2°, la Cour estime qu'il n'est pas porté atteinte de manière disproportionnée à leurs droits dès lors que la gravité de leur dommage peut être retenue sur base du troisième critère prévu par la loi du 31 mars 2010, s'ils présentent des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans leurs conditions d'existence.

In fine, la Cour conclut à la non violation des articles 10 et 11 de la Constitution par les articles 2, 7°, et 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

R.G. 136/2017

...

II. Les faits et la procédure antérieure

La demanderesse devant le juge *a quo* consulte en juillet 2011 un chirurgien orthopédiste, à la suite d'une fracture. Ce chirurgien pratique une ostéosynthèse avec placement d'une plaque externe. Trois semaines plus tard, la demanderesse devant le juge *a quo* consulte son médecin-traitant qui diagnostique une infection à staphylocoque doré au niveau de la cicatrice. La demanderesse subit, d'août 2011 à juillet 2013, une antibiothérapie, deux hospitalisations, une greffe de peau, une nouvelle ostéosynthèse et un traitement kinésithérapique.

Elle introduit, le 28 novembre 2012, une demande d'avis auprès du Fonds des accidents médicaux (ci-après : le FAM). Celui-ci conclut le 16 mars 2015 à l'absence de responsabilité des praticiens professionnels intervenus et à l'absence d' "accident médical sans responsabilité". La demanderesse devant le juge *a quo* conteste les conclusions du FAM et cite l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : l'INAMI) devant le Tribunal de première instance de Liège en vue, à titre principal, d'entendre mise à néant la décision du FAM et, à titre subsidiaire, de désigner un collège d'experts-médecins chargé d'une expertise contradictoire dans le cadre de l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010.

Par jugement du 18 avril 2016, le juge *a quo* dit la demande recevable et, avant de statuer sur le fond, pose à la Cour les questions préjudicielles susmentionnées.

III. En droit

- A -

A.1.1. Dans leurs mémoires identiques, le Conseil des ministres et l'INAMI retracent l'évolution législative jusqu'à l'adoption de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. L'objectif du législateur, en adoptant cette loi, était de maintenir un système de responsabilité civile et d'y adjoindre, dans des hypothèses spécifiques, une indemnisation à charge de la solidarité nationale, en accordant un nouveau droit subjectif aux victimes en indemnisant certaines conséquences qui résultent des soins de santé et qui ne sont pas liées à une faute commise par le prestataire de soins.

A.1.2. L'objectif du législateur n'était pas d'indemniser tous les dommages résultant d'une prestation non fautive mais seulement les dommages qui n'auraient pas dû se produire compte tenu notamment de l'état actuel de la science, en ce compris son niveau le plus élevé, soit les dommages qui résultent d'une prestation de soins pour laquelle la victime n'a pas pu bénéficier des conditions optimales qui lui auraient permis d'éviter ce dommage. Il ressortirait des travaux préparatoires de la loi que le législateur visait également les infections nosocomiales.

A.2. À la lumière des travaux préparatoires de la loi, le Conseil des ministres et l'INAMI exposent les deux conditions requises pour accorder une indemnité aux victimes d'accidents médicaux sans responsabilité : d'une part, l'anormalité du dommage et, d'autre part, son caractère suffisamment grave.

Le dommage anormal est défini comme celui qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. Deux sous-critères (alternatifs) sont ainsi mis en évidence : l'état actuel de la science, déterminé par le caractère évitable de l'accident, ainsi que l'état du patient et son évolution objectivement prévisible.

Le Conseil des ministres et l'INAMI relèvent à cet égard que même si les infections nosocomiales ne peuvent pas être évitées à 100 % et échouent donc à rencontrer le premier sous-critère - comme le juge *a quo* l'a affirmé -, ces infections peuvent néanmoins être qualifiées d'anormales à l'aune du deuxième sous-critère de la loi.

En ce qui concerne le critère de gravité du dommage, le Conseil des ministres et l'INAMI précisent que le législateur a entendu contenir le coût du système d'indemnisation à un niveau raisonnable et garantir la pérennité du Fonds.

A.3. Le Conseil des ministres et l'INAMI soutiennent que la première question préjudicielle appelle une réponse négative. À leur estime, l'objectif poursuivi par le législateur, à savoir instaurer un nouveau droit subjectif dérogatoire au droit commun de la responsabilité à base de faute et qui élargit le droit à l'indemnisation à une catégorie déterminée de patients victimes d'accidents médicaux sans responsabilité tout en garantissant la pérennité du FAM, est légitime.

Le législateur a limité l'indemnisation des accidents médicaux sans responsabilité aux patients victimes de dommages anormaux définis à la lumière des deux sous-critères susmentionnés qui sont des critères objectifs. Le critère de l'état actuel de la science, apprécié à l'aune du caractère évitable du dommage, permet d'indemniser les victimes d'infections qui sont connues et qui, en théorie, peuvent être évitées, à la différence d'infections qui, dans l'état actuel de la science, ne sont pas connues. Contrairement à ce qu'affirme le juge *a quo*, toutes les infections nosocomiales ne seraient donc pas exclues du champ d'indemnisation. Seules le seraient les infections inconnues.

Il s'agirait ainsi d'une différence objective entre certaines infections qui sont connues et d'autres qui ne le sont pas.

Enfin, le critère de l'état actuel de la science, apprécié à l'aune du caractère évitable du dommage, serait proportionné à l'objectif poursuivi. Il permettrait en effet d'indemniser une catégorie de victimes jusqu'ici exclues de toute indemnisation, tout en préservant la viabilité financière de ce régime qui est entièrement financé par les deniers publics.

A.4.1. D'après le Conseil des ministres et l'INAMI, la seconde question préjudicielle appellerait également une réponse négative. Ils précisent que l'article 5, 2°, de la loi établit une des conditions possibles que le patient devra remplir pour démontrer que le dommage anormal qu'il a subi est suffisamment grave pour bénéficier de l'indemnisation, en l'occurrence une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois. Il s'agirait là d'un choix du législateur d'indemniser ainsi la victime de certains faits qui causent un préjudice d'une certaine gravité. La différence qui en résulte s'expliquerait par le fait que la situation du patient exerçant une activité professionnelle et celle du patient qui n'en exerce pas ne sont pas comparables puisque, *de facto*, ils ne subissent pas le même dommage.

A.4.2. À titre subsidiaire, le Conseil des ministres et l'INAMI soutiennent que la différence de traitement entre les patients qui ont une activité professionnelle et ceux qui n'en ont pas est raisonnablement justifiée. En effet, les personnes qui ne travaillent pas ne peuvent pas subir de dommage résultant de l'incapacité de travail à l'inverse de celles qui travaillent. Le critère du dommage économique constituerait un critère objectif. Cette différence de traitement ne serait pas manifestement déraisonnable puisque les patients qui ne travaillent pas peuvent encore voir leur dommage considéré comme suffisamment grave selon l'article 5, 3°, de la loi. Enfin, la différence de traitement serait proportionnée à l'objectif du législateur de contenir le coût de ce système d'indemnisation à un niveau raisonnable et de garantir la pérennité financière du FAM.

- B -

B.1. La Cour est interrogée sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, des articles 2, 7°, et 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (ci-après : la loi du 31.03.2010).

B.2.1. L'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010, en cause dans la première question préjudicielle, définit "l'accident médical sans responsabilité" comme :

"un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal. Le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. L'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité".

B.2.2. La loi du 31 mars 2010 règle l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, sans préjudice du droit de la victime du dommage ou de ses ayants droit de réclamer l'indemnisation de celui-ci devant les cours et tribunaux conformément aux règles du droit commun de la responsabilité.

B.2.3. Un "Fonds des accidents médicaux" (en abrégé : FAM) a été institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'article 137^{ter} de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

L'article 4, 1°, de la loi du 31 mars 2010 prescrit que le FAM indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi.

B.2.4. L'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010, en cause dans la seconde question préjudicielle, prévoit que le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

"1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %;

2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois;

3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient;

4° le patient est décédé".

Quant au contexte des dispositions en cause

B.3.1. Une première loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé avait été promulguée le 15 mai 2007 en vue d'indemniser les patients, ainsi que leurs ayants droit, pour les dommages résultant d'une prestation de soins de santé, de l'absence d'une prestation de soins de santé que le patient pouvait légitimement attendre compte tenu de l'état de la science ou encore d'une infection contractée à l'occasion d'une prestation de soins de santé.

Le législateur entendait mettre en place un système qui garantisse aux victimes d'un dommage résultant d'une prestation de soins de santé une indemnisation plus rapide, plus simple et plus juste, dès lors qu'il apparaissait que ces victimes étaient dans la plupart des cas dans l'impossibilité de prouver la faute d'un prestataire de soins, le dommage et le lien de causalité entre les deux, pour obtenir une telle indemnisation (Doc. parl., Ch., 2006-2007, DOC 51-3012/1, pp. 3 et s.).

B.3.2. Constatant qu'il n'existait plus de consensus politique pour exécuter la loi du 15 mai 2007 en l'état, le législateur a par après décidé de modifier le système conformément au modèle d'indemnisation des dommages médicaux en vigueur en France depuis 2002, moyennant certaines variantes et adaptations au contexte belge (Doc. parl., Ch., 2009-2010, DOC 52-2240/001 et DOC 52-2241/001, pp. 3 et 9).

Il s'agissait, par une nouvelle loi, de mettre en place un système destiné à pallier les carences du système d'indemnisation du droit de la responsabilité médicale en permettant au patient de surmonter les nombreux obstacles qu'il peut rencontrer pour être indemnisé comme la responsabilité diffuse lorsque le dommage survient en milieu hospitalier, la charge de la preuve d'une faute qui incombe entièrement au patient, l'impossibilité d'établir clairement si un sinistre est imputable à une erreur ou à un risque médical, la difficulté d'établir un lien de causalité entre la faute et le dommage subi ou encore la perspective d'un coût financier élevé et d'un procès de longue haleine avec un résultat incertain qui pouvait dissuader de nombreux patients d'intenter une action à l'encontre d'un prestataire de soins.

Il s'agissait également d'éviter que les praticiens, davantage confrontés à une "culture des actions en justice", ne développent des comportements de médecine défensive mais aussi de remédier aux problèmes rencontrés en matière d'assurances, plusieurs assureurs s'étant retirés du marché ou ne proposant plus d'assurance pour ce type de prestations, d'autres ayant considérablement augmenté les primes (*ibid.*, pp. 5 à 7).

B.3.3. Le législateur a entendu intégrer deux innovations majeures dans la loi du 31 mars 2010 : le droit à l'indemnisation des dommages résultant d'accidents médicaux sans responsabilité, d'une part, et la création d'une procédure amiable de résolution des litiges par l'intermédiaire d'un fonds d'indemnisation des accidents médicaux, d'autre part.

B.3.4. L'exposé des motifs de la loi en cause précise, en ce qui concerne le nouveau droit à l'indemnisation en l'absence de responsabilité :

"[...] [À] côté du droit commun de la responsabilité, le projet prévoit la création d'un nouveau droit subjectif en faveur du patient, qui lui permet d'être indemnisé lorsqu'il est victime non pas d'un fait engageant la responsabilité d'un prestataire, mais d'un accident médical sans responsabilité, c'est-à-dire lorsque la responsabilité d'aucun prestataire de soins de santé ne peut être engagée. Sur cette base, le patient pourra être indemnisé du dommage *anormal* qu'il subira à la suite d'une prestation de soins de santé, pour autant que le dommage ne résulte pas de l'état du patient. Le dommage doit être considéré comme anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science au moment de la prestation de soins de santé, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible.

Le critère de distinction est donc le fait que le dommage engage ou non la responsabilité d'un prestataire de soins. Ce critère de "responsabilité" a été préféré à celui de la faute, plus restrictif dès lors qu'il ne permet pas de tenir compte des cas de responsabilité du fait des choses ou d'autrui, comme cela est par exemple prévu à l'article 1384 du Code civil.

L'indemnisation quant à elle, également intégrale, sera à charge de la solidarité nationale, et sera versée à la victime par le Fonds des accidents médicaux, qui sera financé par les frais d'administration de l'INAMI. Ni les assureurs, ni les prestataires de soins n'interviennent par conséquent pour l'indemnisation de ce type de dommage.

Pour pouvoir être indemnisé par le Fonds, le dommage devra néanmoins présenter un seuil de gravité minimum, comme c'est le cas en France, précisé dans la loi, et ce afin de maintenir le budget du Fonds dans des limites réalistes et supportables par celui-ci.

Pour la même raison, il est également prévu d'exclure l'indemnisation des dommages qui trouvent leur cause dans une prestation de soins accomplie dans un but esthétique non remboursable en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. En effet, il n'apparaît pas opportun de mettre à charge de la solidarité nationale l'indemnisation de prestations qui relèvent de la pure convenance pour le patient. Le critère sera dès lors le remboursement éventuel de la prestation par l'assurance maladie-invalidité.

Mais une fois que la victime entre dans les conditions pour être indemnisée, l'indemnisation est intégrale, conformément au droit commun.

L'indemnisation pourra être sollicitée soit devant le tribunal, dans le cadre d'une action judiciaire intentée directement à l'encontre du Fonds, soit par le biais de la procédure amiable devant le Fonds établie par le présent projet.

Le droit des patients à l'indemnisation d'un dommage consécutif à une prestation de soins est donc élargi de manière substantielle.

En outre, grâce à ce nouveau droit mis à la disposition de la victime, et qui est financièrement à charge de l'État, il sera possible de réduire sensiblement les procédures à charge des prestataires de soins. En effet, à l'heure actuelle, les victimes qui souhaitent être indemnisées n'ont pas d'autre choix que de mettre en cause la responsabilité du prestataire, en recherchant parfois le moindre élément qui pourrait s'apparenter à une faute. Dorénavant, dans les hypothèses où il apparaît que la responsabilité du prestataire ne peut pas être mise en cause, la victime pourra s'adresser directement au Fonds pour être indemnisée, sans devoir tenter par tous les moyens de démontrer une responsabilité dans le chef du prestataire de soins.

Les infections nosocomiales suivront le même régime que les autres types de dommage. Ainsi, l'infection nosocomiale pourra soit trouver son origine dans la responsabilité d'un prestataire de soins, soit trouver son origine dans un accident médical sans responsabilité. Dans la première hypothèse, elle sera indemnisée conformément au droit commun de la responsabilité par l'auteur responsable du dommage. En particulier, elle sera indemnisée intégralement, et ce quelle que soit la gravité du dommage qu'elle a occasionné. Dans la seconde hypothèse, elle fera l'objet d'une indemnisation par le Fonds si elle présente le seuil de gravité déterminé par la loi. L'indemnisation sera quant à elle toujours intégrale, conformément au droit commun" (*ibid.*, pp. 11-12).

Quant à la première question préjudicielle

B.4. Le juge *a quo* demande à la Cour si l'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010 est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, s'il est interprété de manière telle qu'il distingue les dommages selon qu'ils sont totalement évitables ou non dans l'état actuel de la science, de sorte que les dommages liés à une infection connue dans l'état actuel de la science - comme une infection nosocomiale à staphylocoque doré - mais qui ne peut totalement être évitée, sont exclus du champ d'application de la loi, alors que les dommages liés à une infection également connue mais qui auraient pu être évités en fonction de l'état actuel de la science y sont inclus.

B.5. Comme il ressort du texte de l'article 2, 7°, en cause, plusieurs conditions sont requises pour que la victime d'un dommage causé par un accident médical d'origine non fautive puisse prétendre à une indemnisation en application de la loi en cause.

B.6.1. Ces conditions ont été explicitées dans le commentaire de l'article 2 de la loi en projet. Ainsi, l'accident lié à une prestation de soins de santé ne doit pas engager la responsabilité du prestataire de soins. L'accident ne doit pas résulter de l'état de santé du patient, le dommage devant être lié à une prestation de soins et non à l'aggravation de la pathologie dont le patient souffre. Il s'agit dès lors d'indemniser les conséquences imprévisibles d'une prestation telles que l'effet secondaire imprévu ou peu probable d'un traitement (*ibid.*, p. 24).

B.6.2. Lorsque l'accident lié à une prestation de soins de santé répond à ces deux premières conditions, une indemnisation ne peut être accordée que si l'accident a entraîné un dommage anormal pour le patient.

L'exposé des motifs de la loi en cause précise à cet égard :

"Un dommage peut bien entendu découler d'une prestation de santé réalisée parfaitement. Lors d'une opération chirurgicale, une "blessure" est en effet la plupart du temps occasionnée au patient. Cela ne constitue pas pour autant un dommage indemnisable en vertu du droit commun de la responsabilité médicale, pour autant que le prestataire n'ait pas commis de faute en réalisant l'opération. Il n'y a par conséquent aucune raison que ce dommage puisse être indemnisé dans un régime d'indemnisation sans responsabilité. Il est donc nécessaire que le dommage présente un caractère anormal pour pouvoir être indemnisé sur cette base. Le projet prévoit expressément deux critères à cet égard : le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. Ces critères peuvent être commentés comme suit :

a. *L'état actuel de la science* : si en l'état actuel des connaissances, le dommage avait pu être évité, il devra être considéré comme anormal, puisqu'un prestataire correctement au fait de l'état de la science aurait pu prendre les mesures adéquates pour éviter qu'il se produise. Il importe de préciser que l'état de la science doit être apprécié au moment où la prestation de soins est posée. Le comportement du prestataire ne peut en effet être jugé sur base de connaissances qui n'existaient pas au moment où il a posé l'acte.

b. *L'état du patient et son évolution objectivement prévisible* : le dommage est également anormal lorsque le dommage n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telles que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière, etc ... à la date de la prestation de soins de santé incriminée ou à l'aggravation "naturelle" parce que prévisible et inévitable, de son état de santé initial. Le caractère normal ou non du dommage doit donc être apprécié en fonction de l'état de santé général du patient, et de ce que l'on peut raisonnablement prévoir comme évolution de celui-ci. Le décès ou un dommage grave causé à un patient en parfaite santé sera ainsi en principe plus facilement considéré comme anormal que le même dommage qui surviendrait chez un patient dont l'état de santé général est faible et déjà détérioré. Il s'agit d'une condition qui devra être appréciée au cas par cas en fonction du type de dommage allégué et des indications relatives à l'état de santé du patient.

Le Conseil d'État critique l'article 2, 7°, deuxième phrase, qui dispose que "*le dommage causé par un accident lié à une prestation de soins de santé d'un prestataire de soins est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible*".

Le Conseil d'État croit pouvoir en déduire qu'il est fait référence "*à un dommage qui aurait pu être évité et qui découle donc d'une faute du prestataire de soins, alors que c'est précisément l'inverse que l'on semble vouloir viser*".

Le gouvernement ne partage pas cette opinion.

Lorsque la loi se réfère à "*l'état actuel de la science*", elle vise l'état actuel des connaissances scientifiques, en ce compris son niveau le plus élevé (sur ce concept, voyez par analogie CJCE, n° C-300/95, 27.05.1997 (Commission c/Royaume-Uni et Irlande du Nord), Rec. CJCE, 1997, I, 2649, conclusions de l'avocat général G. Tesaurò).

En revanche, la faute s'apprécie en fonction des circonstances externes de temps et de lieu dans lesquelles se trouvait l'auteur de l'acte incriminé.

Si dans les hôpitaux universitaires, on peut sans doute trouver des médecins ayant accès aux connaissances scientifiques du plus haut niveau et disposant d'un matériel technique de pointe, il n'est pas évident que les mêmes conditions se trouvent réunies dans le cabinet d'un médecin de village. Il n'y a pas de faute, dans le chef de ce médecin, s'il ne met pas en œuvre des moyens d'investigation et de soins dont il ne dispose pas. En revanche, il faut constater que le patient peut, dans ces circonstances, subir un dommage qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science. C'est cette hypothèse-là qui est visée par le texte de l'article 2, 7^o, deuxième phrase du projet" (*ibid.*, pp. 24 à 26).

B.6.3. En ce qui concerne les infections nosocomiales, l'exposé des motifs précise ce qui suit :

"À noter que les infections nosocomiales suivront le même régime que les dommages résultant de soins de santé. Ainsi, les infections nosocomiales pourront selon les cas trouver leur origine dans la responsabilité d'un prestataire de soins, trouver leur origine dans un accident médical sans responsabilité, ou encore ne relever d'aucune de ces deux catégories. Si une infection nosocomiale trouve son origine dans la responsabilité d'un prestataire de soins, ou [si] elle répond aux conditions d'un accident médical sans responsabilité, elle sera indemnisée en fonction du régime correspondant, étant entendu que dans l'hypothèse d'un accident médical sans responsabilité, elle sera indemnisée si [elle présente] le niveau de gravité prévu à l'article 5 du projet. Le Fonds n'a donc pas pour vocation d'indemniser les infections qui ont simplement pour conséquence de prolonger l'hospitalisation de quelques jours. Il est par ailleurs évident ici que la prévention reste l'arme la plus efficace contre les infections nosocomiales" (*ibid.*, pp. 27-28).

B.6.4. En ce qui concerne les infections nosocomiales, la ministre de la Santé publique a ajouté :

"Il a été évoqué de prévoir une présomption de responsabilité des hôpitaux en matière d'infections nosocomiales. Le projet soumet les infections nosocomiales au régime général d'indemnisation : si une faute est démontrée, c'est l'assureur du prestataire qui indemniserait. Si on peut établir un accident médical sans responsabilité, ce sera le Fonds.

En France, il existe une présomption de responsabilité de l'hôpital pour les infections nosocomiales qui occasionnent des dommages qui n'atteignent pas le seuil de gravité prévu par la loi. Au contraire, si le dommage atteint le seuil de gravité, il y a une présomption d'aléa thérapeutique, et c'est le Fonds qui intervient. La solution française permet de mieux couvrir les infections nosocomiales, en faisant supporter l'indemnisation des moins graves par les hôpitaux et leurs assureurs. Néanmoins, il s'agit du produit de l'évolution historique de la question en France, où la responsabilité des hôpitaux en la matière a été progressivement façonnée par la jurisprudence.

La situation est aujourd'hui différente en Belgique, et une telle présomption pourrait également remettre sensiblement en cause l'équilibre global du projet" (Doc. parl., Ch., DOC 52-2240/006, pp. 86 et 87).

B.7.1. D'après le Conseil des ministres et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : INAMI), le juge *a quo* partirait d'un présupposé erroné en relevant que la prise en compte de l'état actuel de la science dans la détermination du caractère anormal ou non du dommage reviendrait à exclure toutes les infections nosocomiales.

B.7.2. Lors des travaux préparatoires relatifs à la loi du 31 mars 2010, la question de l'indemnisation des dommages résultant d'infections nosocomiales a été abordée à plusieurs reprises. Il ressort explicitement de plusieurs déclarations mentionnées en B.6 que le législateur a voulu non pas exclure les dommages résultant d'infections nosocomiales du champ d'application de la nouvelle réglementation, mais soumettre ces dommages aux mêmes conditions que tous les autres dommages résultant de soins de santé.

B.7.3. En distinguant les dommages "selon qu'ils sont *totale*ment évitables ou non dans l'état actuel de la science" le juge *a quo* attribue à la disposition en cause une distinction qu'elle n'établit pas. En effet, en ne visant que le dommage "qui n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science", cette disposition ne distingue les dommages que selon qu'ils sont évitables ou non compte tenu de l'état actuel de la science.

B.7.4. En ce qui concerne les dommages résultant d'infections, ce critère a pour conséquence que le dommage lié à une infection qui était connue dans l'état actuel de la science mais qui ne pouvait être évitée est exclu du champ d'application de la loi, alors que tel n'est pas le cas du dommage résultant d'une infection connue qui aurait pu être évitée dans l'état actuel de la science. Pour citer l'exemple d'une infection qui était connue mais qui ne pouvait être évitée, le juge *a quo* mentionne l'infection nosocomiale par staphylocoque doré.

B.7.5. Le juge *a quo* interroge donc la Cour sur la différence de traitement qui découle du fait que le législateur subordonne notamment l'octroi d'une indemnisation des dommages résultant d'un accident médical sans responsabilité, et plus spécifiquement des dommages résultant d'une infection, à l'"évitabilité" ou non de ces dommages dans l'état actuel de la science. Dès lors que, selon le juge *a quo*, le dommage résultant de l'infection nosocomiale par staphylocoque doré ne serait pas évitable dans l'état actuel de la science, il ne peut donner lieu à une indemnisation fondée sur la disposition en cause.

Dans sa définition de la notion de "dommage anormal", le législateur tient compte non seulement de l'"évitabilité" du dommage eu égard à l'état actuel de la science, mais aussi de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible. Ce dernier critère n'étant pas invoqué dans la question posée par le juge *a quo*, la Cour ne l'inclut pas dans son examen.

B.8. Comme il ressort des travaux préparatoires de la loi, cités en B.6.2, le dommage anormal est entendu comme celui qui aurait pu être évité par un prestataire correctement au fait de l'état actuel de la science y compris à son niveau le plus élevé et qui aurait pu dès lors prendre les mesures adéquates pour éviter que ce dommage ne se produise.

B.9.1. Ainsi qu'il ressort de la genèse de la disposition en cause, le législateur poursuivait, par la loi du 31 mars 2010, un équilibre entre des préoccupations différentes.

B.9.2. D'une part, il a voulu permettre aux victimes de dommages résultant de soins de santé d'être indemnisées, même sans que la responsabilité d'un prestataire de soins soit établie. Le droit des patients à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé est donc élargi. D'autre part, le législateur n'a jamais eu l'intention de prévoir une indemnisation, par le Fonds des accidents médicaux, de tous les dommages résultant de soins de santé qui n'engagent pas la responsabilité d'un prestataire de soins. Ainsi, outre d'autres limitations, il est notamment requis que le dommage soit anormal et grave.

B.9.3. Eu égard aux objectifs ainsi poursuivis, le critère distinctif utilisé par le législateur est objectif et pertinent, en ce qu'en vertu de la loi du 31 mars 2010, seuls les dommages qui étaient évitables dans l'état actuel le plus avancé de la science et, de ce fait, peuvent être considérés comme anormaux peuvent faire l'objet d'une indemnisation par le Fonds des accidents médicaux et en ce que le dommage qui ne peut être évité, même dans l'état actuelle plus avancé de la science, demeure à la charge de la personne lésée.

Ce choix tient donc non seulement compte des limites de la science médicale mais aussi des intérêts de la communauté et de la viabilité financière du nouveau système. Telle qu'elle est conçue dans la loi du 31 mars 2010, l'indemnisation des dommages résultant d'un accident médical sans responsabilité est en effet à charge de la solidarité nationale et est versée aux victimes par l'intermédiaire du Fonds des accidents médicaux, lequel est financé sur le budget des frais administratifs de l'INAMI.

B.10.1. La Cour doit encore examiner si les effets de la mesure ne sont pas disproportionnés par rapport aux objectifs poursuivis par le législateur.

B.10.2. La définition du "dommage anormal", contenue dans l'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010, a pour effet que seul le dommage qui ne peut être évité dans l'état actuel de la science est exclu du champ d'application de la loi. Étant donné que le législateur entendait par là faire référence à l'état le plus avancé de la science médicale, les possibilités d'indemnisation par l'intermédiaire du Fonds des accidents médicaux sont étendues. Le critère de l'"évitabilité" dans l'état actuel de la science est en outre un critère évolutif, de sorte que le dommage qui ne peut actuellement faire l'objet d'une indemnisation pourrait être indemnisé à l'avenir.

En outre, les effets de la disposition en cause valent de manière égale pour toutes les formes et toutes les personnes victimes de dommages résultant d'un accident médical sans responsabilité. Enfin, si le Fonds des accidents médicaux conclut qu'il n'y a pas lieu à indemnisation du dommage résultant d'un accident médical sans responsabilité, la personne lésée peut, sans préjudice de ses actions de droit commun, intenter, conformément au Code judiciaire, devant le tribunal de première instance, une action contre le Fonds afin d'obtenir les indemnités auxquelles elle prétend avoir droit en vertu de la loi (art. 23).

B.10.3. Compte tenu de ce qui précède, les effets de la mesure ne peuvent être considérés comme disproportionnés par rapport aux objectifs poursuivis par le législateur.

B.11.1. Spécifiquement en ce qui concerne les dommages résultant d'infections, le critère d'"évitabilité compte tenu de l'état actuel de la science" pour définir l'anormalité du dommage n'a pas pour conséquence contrairement à ce que semble supposer le juge *a quo* d'exclure les dommages résultant d'infections nosocomiales du champ d'application de la loi; outre le fait que tel n'était pas l'objectif poursuivi par le législateur, il peut être admis que si la qualité des soins prodigués et des aptitudes des prestataires de soins n'ont pas permis d'éviter que le dommage survienne, c'est parce que l'état actuel de la science ne le permettait pas. Dans cette optique, les victimes de dommages résultant d'une infection nosocomiale ne sont pas non plus traitées différemment de toutes les autres victimes de dommages résultant d'un accident médical sans responsabilité.

Pour le surplus, la différence de traitement qui naît lors de l'indemnisation du dommage résultant d'infections connues, selon que le dommage aurait pu être évité ou non dans l'état actuel de la science, est raisonnablement justifiée par les motifs exprimés en B.9 et B.10.

B.11.2. L'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010 n'est dès lors pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce qu'il définit le dommage anormal comme un dommage qui n'aurait pas dû se produire dans l'état actuel de la science, de sorte qu'il a pour conséquence que le dommage résultant d'un accident médical sans responsabilité, dont celui résultant d'une infection, peut ou non être indemnisé, selon que ce dommage pouvait ou non être évité, compte tenu de l'état actuel de la science.

B.12. La première question préjudicielle appelle une réponse négative.

Quant à la seconde question préjudicielle

B.13. Par la seconde question préjudicielle, le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010 en ce qu'il exclut du dommage suffisamment grave défini comme étant celui qui entraîne pour le patient une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois, les patients qui n'exerceraient pas d'activité professionnelle. Une différence de traitement discriminatoire en résulterait entre, d'une part, les victimes d'accidents médicaux sans responsabilité qui exercent une activité professionnelle et, d'autre part, celles qui n'exercent pas d'activité professionnelle.

B.14.1. Le Conseil des ministres et l'INAMI soutiennent que les catégories de personnes en cause ne sont pas comparables, dès lors que les victimes qui exercent une activité professionnelle et celles qui n'en exercent pas ne subissent pas le même dommage.

B.14.2. Dans les deux hypothèses, il s'agit de patients victimes d'accidents médicaux sans responsabilité qui ne peuvent fonder leur demande d'indemnisation sur le droit commun de la responsabilité médicale, de sorte que ces deux catégories peuvent être comparées.

B.15.1. Comme il est dit en B.2.3, il ressort de l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 que le dommage doit répondre à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi pour voir intervenir le FAM.

B.15.2. Quatre conditions de gravité ont été fixées à l'article 5 de la loi pour contenir le coût du système d'indemnisation du Fonds à un niveau raisonnable qui puisse garantir la pérennité du Fonds (Doc. parl., Ch., DOC 52-2240/001 et DOC 52-2241/001, p. 36).

B.15.3. L'exposé des motifs mentionne en ce qui concerne l'article 5 :

"À ce stade, il s'agit de critères largement inspirés du droit français (cf. art. L1142-1 du Code de la santé publique et art. 1 du décret du 04.04.2003), sur base desquels s'est fondé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé pour réaliser la dernière étude d'incidence budgétaire (cf. Indemnisation des dommages résultant des soins de santé. Phase V : impact budgétaire de la transposition du système français en Belgique, KCE Reports vol 107B).

Ces critères de gravité tiennent compte tant des conséquences du dommage sur la vie professionnelle (2° et 3°), tel que l'impact d'un déficit fonctionnel sur les capacités professionnelles de la victime, que des conséquences sur la vie privée, à savoir les difficultés à mener sa vie comme auparavant (1° et 3°).

Par ailleurs, les deux seuils d'ordre quantitatif (1° et 2°) sont nuancés par des considérations d'ordre qualitatives (3°).

Par analogie à la législation française, une indemnisation est prévue lorsque :

[...]

2° le patient souffre d'une incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou de six mois non consécutifs sur une période de douze mois.

En droit commun, l'incapacité désigne les répercussions de l'invalidité sur l'aptitude de la victime à se livrer à des occupations d'ordre économique (incapacité professionnelle, incapacité ménagère). Une incapacité n'empêche pas nécessairement la victime de travailler. Malgré son incapacité, elle peut travailler en fournissant des efforts accrus. Elle peut aussi ne pas travailler et continuer à percevoir des revenus professionnels (en raison de son contrat de travail ou statut). À cet égard, la Cour de Cassation (Cass., 08.03.1976, Pas., 1976, I, 740) mentionne que le dommage matériel résultant de l'atteinte à l'intégrité physique et à la capacité de travail de la victime se manifeste non seulement par la diminution de la valeur économique de la victime sur le marché du travail (indépendamment de la perte ou du maintien de ses revenus) mais aussi par la nécessité pour celle-ci de fournir un effort accru dans l'accomplissement de sa tâche normale, qui doit être indemnisé.

Il faut également relever qu'une dépression nerveuse n'implique pas d'atteinte à l'intégrité physique d'une personne, mais peut être la cause d'une incapacité de travail temporaire.

Pour le surplus, le Fonds et les tribunaux peuvent en la matière recourir à un important acquis jurisprudentiel.

3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans ses conditions d'existence.

Suite à la remarque du Conseil d'État, le gouvernement indique que le présent critère est un critère qualitatif, qui vient nuancer les deux critères quantitatifs ci-dessus. Il s'agit ici de tenir compte des dommages qui ont un impact grave et important dans la vie de la victime, sans pour autant rencontrer l'une des deux premières conditions.

Il s'agit de tenir compte de l'impact "situationnel" du déficit fonctionnel, qui varie avec les conditions de vie de la victime (ex. retentissements relationnels, sensoriels, sportifs, familiaux).

Ce critère devra faire l'objet d'une appréciation individuelle, dès lors que par définition, cela variera en fonction des conditions d'existence de la victime. Cela vise donc tant la vie privée que la vie professionnelle. Il est cependant exigé que les troubles présentent un caractère de particulière gravité. Ce critère n'a pas pour objectif d'indemniser tous les dommages qui n'atteignent pas un des deux seuils visés aux points 1° et 2°. Néanmoins, il doit être possible d'intervenir, pour des dommages qui, sans répondre aux 2 critères de quantification du dommage relatifs à l'invalidité permanente ou à l'incapacité temporaire totale, affectent la victime avec une gravité telle qu'une absence d'indemnisation serait contraire à l'esprit de la présente loi" (*ibid.*, pp. 37 à 40).

B.15.4. La ministre de la Santé publique a encore précisé lors des débats au sein de la commission compétente de la Chambre :

"b) Personnes qui ne travaillent pas

Comme le précise l'exposé des motifs, dans le droit commun, c'est l'incapacité qui désigne les répercussions de l'invalidité sur la faculté de la victime d'exercer des activités d'ordre économique, comme exercer sa profession ou accomplir des tâches ménagères.

Il s'agit donc d'une notion large qui a été définie au fil du temps par la jurisprudence, et qui ne vise donc pas exclusivement l'exercice d'une profession rémunérée.

Mais une personne qui n'exerce pas d'activité économique ne peut donc pas entrer en ligne de compte pour cette notion. Pour ces personnes, outre le critère relatif à l'invalidité permanente, le troisième critère de gravité pourra intervenir : il s'agira alors de cas dans lesquels le dommage a occasionné des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence de la victime.

Ce critère de nature qualitative a été spécialement prévu pour atténuer le caractère purement quantitatif des deux premiers critères, et pour pouvoir ainsi servir de filet de sécurité pour les victimes dont les dommages ne suffiraient pas à réunir les conditions de gravité liées à l'invalidité permanente et à l'incapacité de travail" (Doc. parl., Ch., 2009-2010, DOC 52-2240/006, p. 91).

B.16. La différence de traitement en cause repose sur un critère objectif, à savoir l'existence ou non d'une activité professionnelle dans le chef des patients victimes d'accidents médicaux sans responsabilité. La Cour doit toutefois examiner si cette différence de traitement est raisonnablement justifiée. L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

B.17. Le législateur poursuit un but légitime lorsqu'il entend indemniser les patients victimes d'accidents médicaux sans responsabilité qui échappent au droit commun de la responsabilité. Compte tenu du nombre important de dommages qui peuvent résulter de tels accidents, le législateur a pu légitimement considérer qu'il y avait lieu de restreindre le régime d'indemnisation à charge du FAM aux dommages présentant un seuil de gravité minimum afin de maintenir le budget du FAM dans des limites réalistes et supportables par celui-ci.

Le législateur a également pu considérer qu'il convenait d'adopter des critères de gravité différents pour l'évaluation des dommages subis par des personnes qui exercent une activité professionnelle et celles qui n'en exercent pas. Il n'est, en effet, pas sans justification raisonnable d'appliquer aux personnes qui exercent une activité professionnelle un critère quantitatif qui, par nature, serait difficilement transposable aux personnes qui ne perçoivent pas de revenus du travail et pour lesquelles les dommages subis sont ressentis dans la qualité de vie qui se trouverait amoindrie par le dommage dont elles sont victimes.

En excluant les victimes qui n'exercent pas d'activité professionnelle du champ d'application de l'article 5, 2°, en cause, il n'est pas porté atteinte de manière disproportionnée à leurs droits dès lors qu'elles peuvent bénéficier d'une indemnité si le dommage anormal qu'elles subissent en raison d'un accident médical sans responsabilité rencontre le seuil de gravité visé par l'article 5, 3°, qui constitue un critère qualitatif davantage adapté à leur situation.

B.18. La seconde question préjudicielle appelle une réponse négative.

Par ces motifs,

LA COUR,

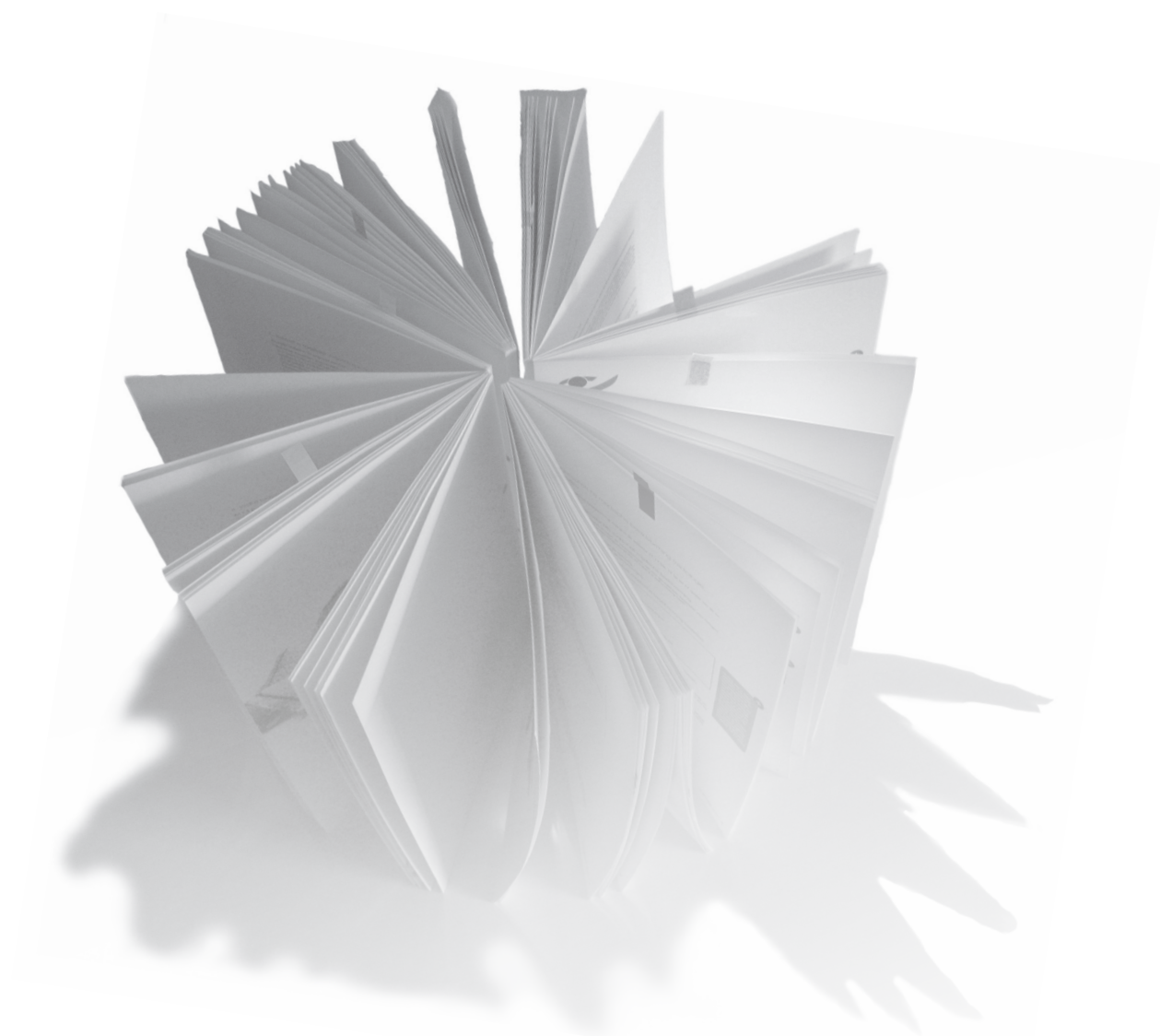
dit pour droit :

Les articles 2, 7°, et 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé ne violent pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

...

4^e Partie

Questions et réponses parlementaires



I. Personnes en incapacité de travail

Formations spécifiques et accompagnements pour la réintégration professionnelle – Renforcement des accords de coopération entre l'INAMI et les services régionaux de l'emploi – Contrats et accords-cadres – Résultats

Question n° 1808 posée le 17 août 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant CALOMNE¹

L'accord de gouvernement énonce que les accords de coopération entre l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les services régionaux de l'emploi seront renforcés afin de prévoir des possibilités de formations spécifiques et des accompagnements pour la réintégration professionnelle des personnes en incapacité de travail.

Pourriez-vous communiquer les résultats obtenus dans le cadre de l'objectif exposé en 2016 et en 2017 (premier semestre) ?

Réponse

Vu le nombre croissant de titulaires en incapacité de travail, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a pris, ces dernières années, différentes initiatives en vue de la réinsertion socioprofessionnelle de personnes en incapacité de travail au moyen de formations ou d'accompagnement.

Une de ces initiatives consiste en le renforcement de la collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs et tous les services régionaux pour l'emploi. La force de ce projet de collaboration réside dans l'approche multidisciplinaire et le respect des compétences de chacun.

- Les bureaux régionaux pour l'emploi peuvent s'appuyer sur l'expertise médico-sociale des médecins-conseils en matière d'incapacité de travail
- Les médecins-conseils des mutualités peuvent utiliser l'expertise des services de promotion de l'emploi en matière de screening d'orientation, de détermination et d'accompagnement de trajets, d'actions de renforcement des compétences (dans le cadre de formations ou sur les lieux de travail), d'accompagnement au niveau des sollicitations d'emploi, de recherche d'emploi, de correspondance d'emploi et de suivi
- Le Service des indemnités de l'INAMI, gestionnaire de l'assurance indemnités, définit les modalités d'exécution de la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus en incapacité de travail.

La collaboration entre les parties précitées est déjà opérationnelle depuis plusieurs années et a, entre-temps, été fixée au travers de contrats et d'accords-cadres.

1. Bulletin n° 137, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 237.

De nouvelles évolutions visent le renforcement de cette collaboration :

Le 1^{er} janvier 2017, de nouveaux accords-cadres ont été conclus avec le VDAB, le Forem, l'AWIPH, Actiris, PHARE et Bruxelles Formation. En Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, ces accords permettent des trajets sur mesure pour les personnes en incapacité de travail qui ne peuvent reprendre leur dernier emploi et doivent donc en chercher un autre.

Les dispositifs de ces accords viennent compléter les mesures existantes en matière de réinsertion socioprofessionnelle mises en œuvre le 1^{er} décembre 2016 par l'introduction du plan de réintégration pour les personnes reconnues incapables de travailler depuis le 1^{er} janvier 2016.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu de ces accords-cadres :

Flandre :	Wallonie :
Contrat : 01.10.2012 Application : 12.12.2012 Acteurs : INAMI-CIN-VDAB-GTB	Contrat : 15.01.2013 Acteurs : INAMI-CIN-Forem-AWIPH Application : 30.04.2013
Accord-cadre : 01.01.2016 Acteurs : INAMI-VICO-VDAB-GTB Entrée en vigueur : 01.01.2016	Contrat : 01.01.2017 Acteurs : INAMI-CIN-Forem-AWIPH Application : 01.01.2017
Accord-cadre : 01.01.2017 Acteurs : INAMI-VICO-VDAB-GTB Entrée en vigueur : 01.01.2016	
Bruxelles :	
Acteurs : INAMI-CIN-ACTIRIS-VDAB Bruxelles : Formation-PHARE Contrat : 06.11.2013 Application : 10.03.2014	
Acteurs : INAMI-CIN-ACTIRIS-VDAB Bruxelles : Formation-PHARE Contrat : 01.01.2017 Application : 01.01.2017	

L'INAMI et les services régionaux de l'emploi ont intensifié leur collaboration afin de soutenir, former et accompagner la réintégration socioprofessionnelle des personnes en incapacité de travail en 2016 et 2017. Une simplification administrative est venue fluidifier le suivi des parcours de réinsertion socioprofessionnelle permettant une meilleure prise en charge du nombre de personnes en incapacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2017.

Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre de personnes en incapacité de travail ayant participé à un parcours de réinsertion socioprofessionnelle dans le cadre d'une des conventions conclues entre les services régionaux de l'emploi, les personnes handicapées, l'INAMI et les organismes assureurs.

La collaboration avec les partenaires susmentionnés se déroule de manière constructive et porte également ses fruits. Le nombre de trajets de réinsertion initiés par les médecins-conseils sur base d'un accord est passé de 773 en 2012 à 14.826 à la fin du premier trimestre 2017.

Le tableau ci-dessous présente la répartition par Région :

Nombre de parcours de réinsertion professionnelle initiés par des médecins-conseils à travers les conventions avec les services régionaux de l'emploi				
Année	VDAB	Actiris	Forem/AViQ	Total parcours débutés en Belgique
Q4 - 2012	773			773
2013	2.372		202	2.574
2014	1.641	53	396	2.037
2015	2.280	78	441	2.721
2016	3.790	152	1.135	4.925
Q1 - 2017	1.453	42	301	1.796
Total par Région	12.309	325	2.475	14.826

Il convient de signaler ici qu'en ce qui concerne les formations données par le VDAB, 36 % ont effectivement abouti à un emploi pour l'intéressé(e).

II. Protection sociale des travailleurs frontaliers

Belgique et pays limitrophes - Relèvement de l'âge de départ à la retraite - Absence d'uniformité - Allocations d'incapacité de travail - Lacune en droit social - Coût budgétaire - Régime de proratisation

Question n° 1840 posée le 18 septembre 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant VERHERSTRAETEN¹

La loi-programme du 19 avril 2014 a réformé le complément de pension pour travailleurs frontaliers. Il s'ensuit que les personnes ayant travaillé comme travailleurs frontaliers ne percevront plus ce complément qu'au moment où elles atteignent l'âge légal de la pension à l'étranger et que cette pension est effectivement payable. Avant la réforme, ces personnes pouvaient percevoir ce complément dès le moment où elles atteignaient l'âge légal de la pension en Belgique.

Cette réforme a pour conséquence que les travailleurs frontaliers qui travaillent ou ont travaillé aux Pays-Bas sont confrontés à un vide sur le plan du droit social, entre le moment où il atteignent l'âge légal de la pension en Belgique et le moment où ils ont accès à la pension étrangère. Cette lacune - également pointée par le Médiateur fédéral dans son rapport annuel de 2016 - se rapporte à la situation dans laquelle le travailleur frontalier perçoit un revenu de remplacement (en cas de maladie ou de chômage).

Au moment où l'intéressé atteint l'âge légal de la pension, qui est actuellement fixé chez nous à 65 ans, il ne peut plus prétendre à un revenu de remplacement mais il ne peut pas non plus percevoir la pension étrangère, le départ à la pension se faisant plus tard aux Pays-Bas. Par conséquent, durant cette période, il n'a plus droit à des allocations sociales. Cette lacune sur le plan du droit social résulte d'une absence d'uniformité dans le relèvement de l'âge de départ à la retraite mis en oeuvre en Belgique et dans les pays limitrophes.

Pour combler cette lacune et garantir la protection sociale de ce groupe de personnes, il faudrait que l'âge maximal prévu pour la perception d'allocations de chômage ou d'indemnités d'incapacité de travail soit relevé jusqu'à l'âge auquel les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier de droits complets à la pension.

1. a) Combien de travailleurs frontaliers ont-ils vu leurs droits aux allocations d'incapacité de travail s'éteindre parce qu'ils avaient atteint l'âge légal de la pension ? Pourriez-vous fournir des chiffres pour 2016 et les huit premiers mois de 2017 ?

b) Combien de travailleurs frontaliers se verront-ils encore privés d'indemnités d'incapacité de travail parce qu'ils ont atteint l'âge légal de la pension ?

1. Bulletin n° 142, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 338.

2. Si une exception à l'âge limite de 65 ans était prévue pour les travailleurs frontaliers, quelle en serait l'incidence budgétaire ?

3. Quelles initiatives comptez-vous prendre pour offrir aux travailleurs frontaliers une protection sociale jusqu'au moment où ils atteignent l'âge légal de la pension à l'étranger, ce qui permettrait de combler la lacune actuelle en matière de droit social ?

Réponse

En ce qui concerne l'assurance indemnités, je vous renvoie à ma réponse du 7 mars 2017 aux questions similaires n° 13311 et 17025 posées par vos collègues, Madame Willaert et Monsieur Van Quickenborne (*Compte Rendu Intégral*, Ch., 2016-2017, CRIV 54 COM 610, pp. 10-12).

Dans ce sens, la suppression du complément pour travailleurs frontaliers a essentiellement eu un impact financier pour les personnes ayant une carrière néerlandaise comme travailleurs frontaliers qui, sur base de leur dernière qualité d'assuré belge, ont été reconnues invalides avant le 1^{er} mai 2010 et qui, conformément aux précédents Règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 (qui restent d'application pour les personnes reconnues invalides avant le 01.05.2010), reçoivent encore uniquement une indemnité d'invalidité à charge de la Belgique (prenant fin lorsque l'âge de la pension en Belgique est atteint).

Pour cette catégorie d'invalides, l'article 48, § 3 du règlement (CE) n° 883/2004 prévoit cependant une solution dans le sens où ces personnes, au moment où elles atteignent l'âge de la pension en Belgique (ce qui entraîne l'arrêt de leur indemnité d'invalidité belge), peuvent demander à l'organisme compétent néerlandais UWV une indemnité d'invalidité néerlandaise proratisée (WAO/WIA) jusqu'à ce qu'elles atteignent également l'âge de la pension aux Pays-Bas. Cela implique que ces personnes doivent remplir les conditions prévues par la législation néerlandaise pour l'octroi d'une telle indemnité.

Il est bien évidemment important que les personnes qui se trouvent dans cette situation soient correctement informées de leur droit éventuel à cette indemnité d'invalidité néerlandaise proratisée par tous les acteurs concernés, tant du côté belge que du côté néerlandais.

Ce sujet a maintes fois fait l'objet de discussions au cours des réunions bilatérales de concertation entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et l'organisme compétent néerlandais, l'UWV, ainsi qu'entre l'INAMI et les organismes assureurs.

Il n'est pas possible, pour les organismes d'assurance indemnités belges, d'identifier de manière proactive et d'informer ces personnes sur base des banques de données actuellement disponibles. Les carrières éventuelles accomplies aux Pays-Bas par des personnes reconnues invalides avant le 1^{er} mai 2010 n'ont pas été conservées étant donné que la Belgique était alors le seul pays compétent pour le paiement de l'indemnité d'invalidité. C'est la raison pour laquelle il est aussi impossible de fournir des chiffres sur le nombre de personnes qui pourraient être concernées.

Dans cet ordre d'idée, je peux toutefois faire remarquer que ces titulaires bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité octroyée avant le 1^{er} mai 2010 communiquent leur carrière de travailleur frontalier dans un autre État membre dans le cadre de l'examen du droit à la pension de vieillesse belge lorsqu'ils atteignent l'âge de la pension en Belgique.

L'INAMI a demandé au Service Fédéral des Pensions d'être attentif à cette problématique et d'informer correctement de leurs droits, les personnes concernées dans le cadre de l'article 48, § 3 du Règlement (CE) n° 883/2004.

Vous demandez également quel serait le coût budgétaire qui découlerait du fait de poursuivre le paiement de l'indemnité d'invalidité des travailleurs frontaliers jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de la pension dans l'État où ils ont précédemment travaillé en tant que travailleur frontalier. Compte tenu de la question, nous supposons que par "travailleurs frontaliers", on entend les personnes qui sont considérées comme travailleurs frontaliers dans le cadre de la réglementation relative au complément travailleur frontalier (art. 5, § 7 de l'A.R. du 23.12.1996, exécutant les art. 15, 16 et 17 de la loi du 26.07.1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions).

Une telle exception nécessiterait en tout cas la modification de l'actuel article 108 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, qui prévoit l'arrêt de l'octroi des indemnités d'incapacité primaire ou d'invalidité à partir du mois suivant celui au cours duquel le titulaire atteint l'âge légal de la pension en Belgique. Par ailleurs, il faudrait également examiner l'impact d'une telle modification sur la réglementation des pensions qui, de manière générale, interdit le cumul entre la pension de retraite et les indemnités d'incapacité de travail (art. 25 de l'A.R. n° 50 du 24.10.1967 et art. 30bis de l'A.R. n° 72 du 10.11.1967).

Il subsiste la question de savoir s'il revient à l'assurance indemnités belge de compenser l'augmentation plus rapide de l'âge de la pension dans d'autres États membres et la suppression du complément travailleurs frontaliers. En effet, la réglementation européenne en la matière renvoie, du moins en ce qui concerne les indemnités d'invalidité, à la responsabilité de l'État membre sur le territoire duquel la personne a travaillé comme travailleur frontalier pour combler l'écart d'âge de la pension.

Les personnes reconnues invalides en Belgique dans le cadre des règlements de coordination (CE) n°s 883/2004 et 987/2009 qui ont travaillé dans le passé comme travailleur frontalier dans un autre État membre sont couvertes par le régime de la proratisation en ce qui concerne la coordination de leurs prestations d'invalidité. Dans ce cas, l'intéressé reçoit une indemnité d'invalidité partielle de la part de chaque État membre ; cette indemnité est due jusqu'à ce que la personne atteigne l'âge légal de la pension dans chacun de ces États membres.

Comme mentionné supra, pour les personnes qui sont encore exclusivement indemnisées par la Belgique en application des anciens Règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72, les dispositions transitoires de l'article 48, § 3 du Règlement (CE) n° 883/2004 sont d'application.

Nous sommes par ailleurs d'avis que le maintien du droit aux indemnités d'invalidité pour les travailleurs frontaliers belges au sens de l'article 5, § 7 de l'arrêté royal du 23 décembre 1996 jusqu'à l'âge légal de la pension dans le pays voisin crée une situation discriminatoire à l'égard des personnes exclusivement indemnisées par la Belgique en application des Règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 mais qui ne sont pas considérées comme travailleurs frontaliers (au sens de l'art. 5, § 7 de l'A.R. du 23.12.1996, et qui sont confrontées au même problème de cessation de leur droit aux indemnités dès qu'elles atteignent l'âge légal de la pension en Belgique.

Il peut s'agir par exemple, des travailleurs frontaliers néerlandais (qui n'ont jamais résidé en Belgique) qui sont devenus invalides avant le 1^{er} mai 2010 alors qu'ils étaient assurés sociaux en Belgique.

Enfin, pour ce qui concerne d'éventuelles mesures dans le secteur chômage, votre question ne relève pas de mes compétences mais bien de celles de mon collègue Monsieur Kris Peeters, Ministre de l'Emploi.

III. Détection tardive d'affections congénitales

Absence d'intervention des assurances maladies - Article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Instructions aux médecins-conseils

Question n° 1963 posée le 6 novembre 2017 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant PENRIS¹

J'ai été contacté dans le cadre de ma permanence sociale par une jeune femme de 26 ans qui, à l'âge de 15 ans, avait déjà vaincu une leucémie. À cause des médicaments qui lui ont été administrés pour traiter sa maladie, elle a dû se faire poser une prothèse de hanche droite. Malgré les analgésiques puissants qu'elle prend depuis neuf ans, ses douleurs persistantes au niveau des hanches l'ont amenée à subir plusieurs examens médicaux. Elle a cependant poursuivi ses activités malgré ces douleurs aiguës.

Il y a environ quatre mois, on lui a découvert une dysplasie de la hanche, une anomalie congénitale qui l'oblige à cesser toute activité professionnelle.

Alors qu'elle avait introduit auprès de la mutualité une déclaration d'incapacité de travail, celle-ci a été refusée sur la base de l'article 100, § 1^{er} et/ou de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, au motif de l'existence d'une situation préexistante.

1. Pouvez-vous préciser les raisons de ce refus ?
2. Quelles mesures pouvez-vous prendre pour apporter une solution à ce type de dossiers ?

Réponse

La reconnaissance de l'incapacité de travail ouvrant le droit à une indemnité dans le cadre de l'assurance maladie est régie par l'article 100, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 100, § 1^{er} : Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, 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 lequel 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.

1. Bulletin n° 144, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 239.

Cet article contient différents critères :

- avoir cessé toute activité
- en conséquence 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 lequel 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.

En d'autres termes, seuls peuvent être reconnus incapables de travailler, les assurés sociaux qui, au moment de leur entrée sur le marché du travail, disposaient d'un taux de capacité de gain suffisant et qui sont victimes d'une nouvelle affection - ou de l'aggravation d'une affection existante - et dont les lésions ou les troubles fonctionnels ont entraîné une sérieuse réduction de leur capacité de gain (à un taux égal ou inférieur à un tiers), au point de devoir cesser leur activité.

Ceci implique que les assurés qui avaient encore une capacité de gain suffisante pour travailler sur le marché du travail ordinaire, malgré leur affection congénitale au moment de leur entrée sur le marché de travail, peuvent bel et bien entrer en ligne de compte pour des indemnités de maladie s'il est satisfait à toutes les autres conditions.

En particulier, la perte de capacité de gain doit être correctement examinée : cette perte de capacité de gain doit en effet être comparée à ce qu'"une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail" : autrement dit, la comparaison doit être opérée par rapport à la capacité de gain (réduite) au moment de leur entrée sur le marché du travail.

Ce n'est que si l'assuré(e) est victime d'une nouvelle affection - ou de l'aggravation d'une affection existante - dont les lésions ou les troubles fonctionnels ont entraîné une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers qu'il/elle peut entrer en ligne de compte pour des indemnités de maladie.

En l'espèce, il importe donc:

- d'examiner si cette dame disposait au moment de son entrée sur le marché du travail d'une capacité de gain suffisante pour travailler.

Le fait que quelqu'un ait réellement travaillé peut être un argument dans la mesure où il ne s'agit pas :

- de postes de travail en milieu protégé ou requérant une protection spéciale
- de tentatives de mise au travail sans que celles-ci puissent être qualifiées de réussies
- d'examiner si les lésions ou les troubles fonctionnels consécutifs à la "dysplasie de hanche" ont effectivement réduit sa capacité de gain de plus de deux tiers
- enfin, il convient d'examiner dans quelle mesure la capacité de gain réduite nécessite en effet une cessation de toute activité, et ce par rapport au "groupe de professions dans lequel se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressée au moment où elle est devenue incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'elle a ou qu'elle aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle" en d'autres termes, par l'apport à la profession que cette dame exerçait et par rapport à toutes les professions éventuelles qu'elle pourrait, le cas échéant, exercer.

En l'occurrence, il est également fait mention de "ne plus être autorisée à travailler", ce qui est différent de "ne plus être à même de travailler".

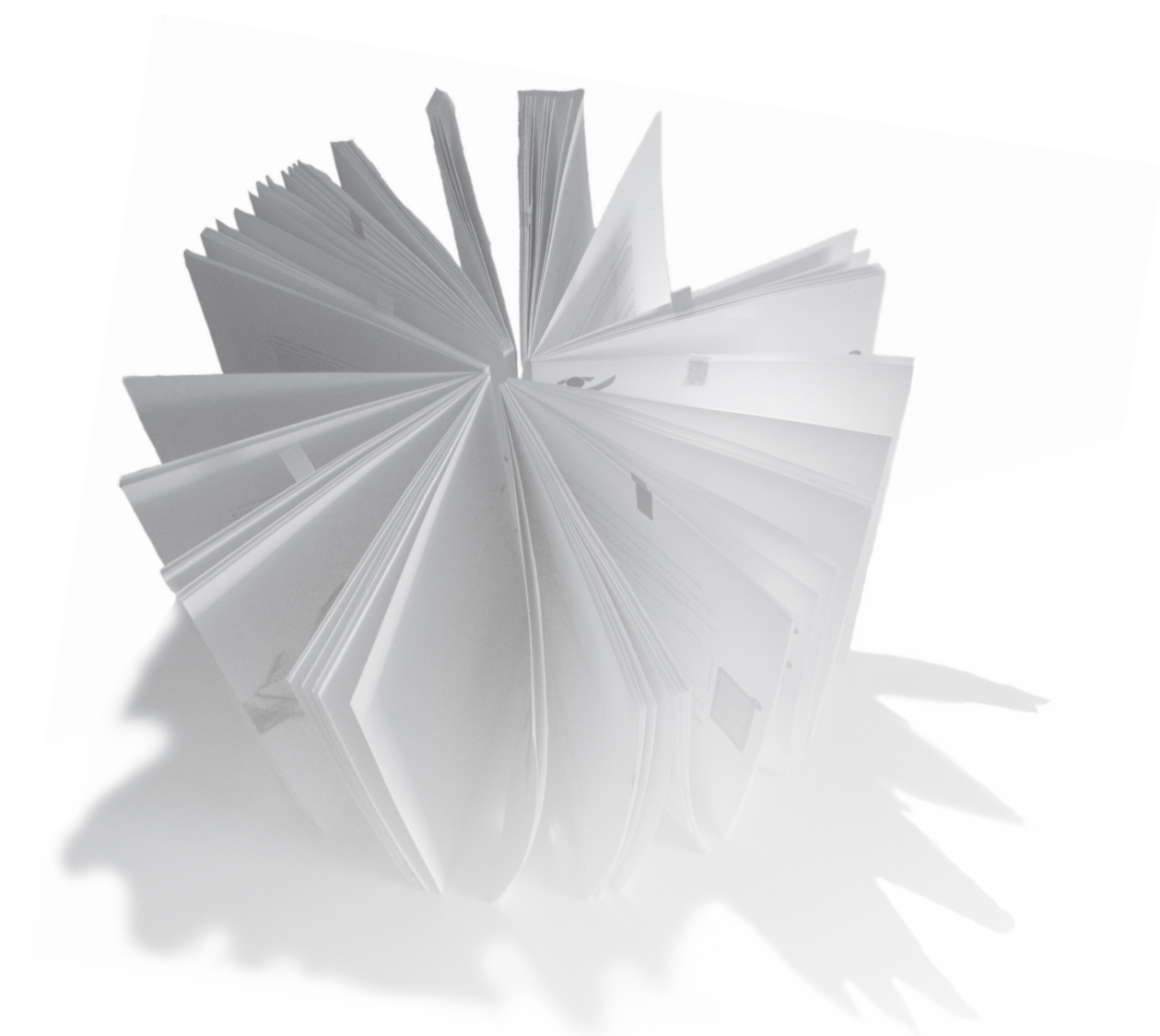
Ces aspects (néanmoins complexes) de situation préexistante et d'incapacité de travail sont clairement définis dans les instructions aux médecins-conseils de tous les organismes assureurs et relèvent de leurs connaissances et expertises quotidiennes.

Pour être complète, je me permets de signaler également que les assurés qui, au moment de leur entrée sur le marché du travail, disposaient déjà d'une capacité de gain fortement réduite (c'est-à-dire des assurés qui n'ont jamais eu une capacité de gain de plus d'un tiers au moment de leur entrée sur le marché du travail) et qui étaient déjà inaptes à travailler sur le marché ordinaire de l'emploi, ne peuvent pas entrer en ligne de compte pour des indemnités de maladie.

Ces assurés peuvent, en cas d'incapacité de travail, s'adresser à la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale pour la reconnaissance de leur handicap et l'obtention d'une indemnité de remplacement de revenus.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



I. La disposition *Ostbelgien*

1. Introduction

Cette circulaire a pour objectif de fournir des informations sur les modalités de mise en œuvre de la disposition *Ostbelgien*.

Cette disposition a été approuvée par le Comité de l'assurance à la date du 19 juin 2017 (Annexe 1)¹.

La disposition *Ostbelgien* vise un équilibre entre

- l'assouplissement du droit aux soins de santé transfrontaliers (spécialisés) dans une zone géographique en Allemagne bien définie pour les assurés résidents dans les Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt sur la base du droit de l'Union européenne et de la réglementation belge, et
- l'utilisation optimale de l'offre médicale dans la Communauté germanophone, notamment dans les deux hôpitaux généraux y établis.

À partir du 1^{er} juillet 2017, les documents E.112 IZOM EMR+ et la carte IZOM ne peuvent plus être utilisés pour recevoir des soins de santé en Allemagne à charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

2. La disposition *Ostbelgien* – Généralités

2.1. Champ d'application personnel

La disposition *Ostbelgien* s'adresse à toutes les personnes pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie obligatoire qui résident dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

2.2. Champ d'application géographique

La disposition *Ostbelgien* permet aux personnes qui y sont visées de recevoir, sous certaines conditions, des soins de santé spécialisés dispensés par des prestataires de soins (médecins spécialistes et établissements de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle, et les arrondissements de Bitburg, Daun et Prüm (= ci-après : "la zone frontière allemande").

2.3. Champ d'application matériel

La disposition *Ostbelgien* concerne l'accès et le remboursement des soins de santé spécialisés, dans la zone frontière allemande, à condition que ces soins soient couverts par l'assurance obligatoire soins de santé belge.

1. Non publiée ici.

La disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas au régime particulier concernant l'accès aux prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui ont leur résidence dans les Cantons de l'Est (voir la Circ. O.A. n° 2017/1 du 04.01.2017 ou la Circ. O.A. qui la remplace).

3. La disposition *Ostbelgien* – Particularités

3.1. Soins de santé spécialisés ambulatoires - Généralités

Le principe général est qu'une autorisation (document S2) n'est pas émise à l'attention de l'assuré pour un traitement ambulatoire par un médecin-spécialiste actif dans la zone frontière allemande. L'assuré doit avancer les frais et peut ensuite demander le remboursement à son organisme assureur belge.

Un régime de remboursement spécial est prévu. Lors de la réception des documents relatifs aux prestations de santé ambulatoires (p.ex. une consultation) dispensées par un médecin spécialiste de la zone frontière allemande, les organismes assureurs peuvent, en vue d'une intervention dans les coûts, agir comme suit :


- (1) Si le montant facturé des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être accordé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % :

- (i) les prestations de santé qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement

- par l'assurance obligatoire soins de santé (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, ...), ou qui
- n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen (voir prestations mentionnées sous le pt 4)

doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et

- (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p. ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).

 Dans le cas où le médecin spécialiste dans la zone frontière allemande établit une facture récapitulative par laquelle il regroupe par exemple 5 consultations en une seule facture dont le montant total dépasse de ce fait la contre-valeur de 200,- EUR, les organismes assureurs peuvent considérer chaque consultation séparément et les rembourser chacune à raison du pourcentage de remboursement moyen.

- (2) Si le montant facturé des frais consentis dépasse la contre-valeur de 200,- EUR, l'organisme assureur doit :

- (i) soit octroyer une intervention dans les frais engagés aux tarifs et selon les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (art. 294, § 1^{er}, 13^o, de l'A.R. du 03.07.1996) ;

- (ii) soit envoyer une demande de tarification à l'institution compétente en Allemagne en vue du remboursement des frais au tarif de remboursement de l'assurance maladie obligatoire allemande (attention : cette option n'est possible que dans les situations où une autorisation – document S2 – a été délivrée).



L'assuré doit être informé qu'il a le droit de refuser le remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen et peut demander le remboursement sur la base des tarifs et des modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'article 294, § 1^{er}, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.



Exemple 1

Des soins de santé spécialisés ambulatoires dispensés à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir

- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.



Exemple 2

Des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste, par exemple par un médecin généraliste actif sur le territoire belge

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir


- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.

3.2. Soins de santé spécialisés ambulatoires - Exceptions

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés ambulatoires**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontière allemande**, les organismes assureurs peuvent par dérogation au régime général pour les soins de santé spécialisés ambulatoires - voir point 3.1. - **délivrer une autorisation** (document S2) aux conditions suivantes :

- (i) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro)psychiatrie ;
- (ii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
- (iii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (iv) ;
- (iv) prestations de santé dispensées à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans inclus par un médecin allemand spécialiste en pédiatrie sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2) pour l'imagerie médicale – en particulier l'utilisation d'un CT-scanner, IRM, RMN ou PET-scanner pour des affections qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé – si celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une consultation d'un médecin spécialiste allemand (attention : dans ce cas, un document S2 peut être délivré *a posteriori* pour la régularisation de l'imagerie médicale).

 Un contrôle (médical) interne doit toujours être effectué aux fins de vérifier si les prestations de santé spécialisées ambulatoires pour lesquelles un document S2 est délivré sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé fédérale ou si les conditions de remboursement sont remplies.

3.3. Soins de santé spécialisés en milieu hospitalier

Dans le cadre de la disposition *Ostbelgien*, il y a lieu d'entendre par "soins de santé en milieu hospitalier" les soins de santé :

- qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum
- dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontalière allemande**, les organismes assureurs peuvent délivrer une autorisation (document S2) en cas d'hospitalisation/hospitalisation de jour consécutive

- (i) à un renvoi – que ce soit ou non par un service des urgences – provenant d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2) consécutive

- (ii) à une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré (voir pt 3.2) ;
- (iii) à une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontalière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

L'autorisation peut être accordée à la condition que les soins de santé soient remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et que les conditions de remboursement soient remplies. Les conditions selon lesquelles

- les soins de santé peuvent être dispensés en Belgique dans un délai médicalement acceptable, ou
- dans un établissement hospitalier similaire situé en Belgique dans un rayon de 25 kilomètres maximum de la résidence principale de l'assuré,

ne sont pas d'application en l'espèce.

3.4. La délivrance d'une autorisation (document S2)

L'autorisation (document S2) qui est délivrée en application de la disposition *Ostbelgien* doit mentionner les éléments suivants :

- les données personnelles de l'assuré
- une description du traitement mentionnant la spécialité. En cas de soins de santé spécialisés ambulatoires, il doit expressément être mentionné que le document S2 ne peut pas être utilisé, par exemple, pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, même si ils sont prescrits par un médecin spécialiste travaillant dans la zone frontalière allemande
- le nom de l'hôpital et/ou le nom du médecin spécialiste
- en cas de soins de santé spécialisés ambulatoires (voir pt 3.2) la durée de validité est limitée à six (6) mois
- en cas de soins de santé dans un hôpital (voir pt 3.3) la durée réelle prévue du traitement, indiquant les dates de début et de fin.

Une prolongation du document S2 exige un rapport médical dans lequel la demande de prolongation est bien motivée.

Les organismes assureurs trouveront en annexe 2 une check-list qu'ils doivent utiliser comme outil pour apprécier si un assuré remplit ou non les conditions pour émettre le document S2. Cette check-list, qui peut être utile dans le cadre de l'évaluation de la disposition *Ostbelgien*, doit être conservée dans le dossier de l'assuré.



Dans les situations mentionnées aux points 3.2 et 3.3 ci-dessus, l'assuré devrait – en principe – être en possession d'une autorisation (document S2), avant la délivrance des soins, pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge selon les tarifs de la *Gesetzliche Krankenversicherung* allemande, à l'exception de la situation mentionnée au point 3.2.(iv).

4. Soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas

Les réglementations belge et européenne, telles qu'elles s'appliquent aussi aux autres assurés belges, sont d'application pour les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien*.

Les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien* sont mentionnés sur une liste non exhaustive :

- les prestations de santé dispensées par un prestataire autre qu'un médecin spécialiste
- les examens génétiques visés par l'article 33, § 1^{er}, de la nomenclature qui sont réservés aux laboratoires appartenant à un des *centres de génétique humaine agréés*
- l'achat des médicaments, à l'exception des médicaments administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- l'achat de dispositifs médicaux, à l'exception des dispositifs médicaux administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré

- la chirurgie esthétique
- lorsque l'assuré se rend intentionnellement en Allemagne dans la zone frontière allemande pour des prestations d'imagerie médicale
- les prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste ou un établissement hospitalier, en dehors de la zone frontière allemande, même sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire belge ou actif dans la zone frontière allemande
- les autres prestations de santé qui ne relèvent pas explicitement du champ d'application de la disposition *Ostbelgien*.

INFORMATIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT

Lorsque les organismes assureurs doivent accorder un remboursement des frais de soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas, et cela, sur la base des tarifs et selon les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale, ils sont tenus d'appliquer les lignes directrices reprises dans le Titre II, Chapitre IV de la Circulaire O.A. n° 2014/440 – ou la circulaire qui la remplace.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux. Par conséquent, une demande de remboursement ne peut pas être refusée au seul motif que le prescripteur étranger n'a pas utilisé le formulaire approprié (belge). Si la prescription étrangère (le cas échéant, en combinaison avec un rapport médical) contient suffisamment d'informations claires, qui permettent de déterminer si les conditions de remboursement belges sont remplies, ces informations peuvent être prises en compte pour déterminer le montant de remboursement.

Récemment, des mesures ont été prises en vue d'une utilisation généralisée de la prescription électronique en Belgique. Toutefois, il faut constater qu'actuellement l'utilisation de la prescription électronique, dans un contexte transfrontalier, n'est pas encore une réalité. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière de la prescription électronique, un assuré a toujours la possibilité d'utiliser une prescription sur papier.

Certains médicaments ne sont remboursés qu'avec l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Cet accord peut, et parfois doit, être demandé par voie électronique. Cependant, de même que pour la prescription électronique de médicaments, force est de constater que l'utilisation des demandes électroniques, dans une situation transfrontalière, n'est pas encore une réalité à l'heure actuelle. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière des demandes électroniques, une demande peut encore être introduite avec un document papier.

En cas de doutes sur le médicament ou le dispositif médical prescrit, il est toujours possible de contacter le prescripteur étranger.

Si un médicament ou un dispositif médical prescrit n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé ou si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, les coûts supportés restent à la charge de l'assuré, sous réserve des dérogations qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer.

5. Période de prolongation pour des situations particulières

Pendant la période de préavis de l'Accord de coopération IZOM, les organismes assureurs peuvent continuer à délivrer une autorisation préalable E.112 IZOM EMR+, selon les modalités de l'Accord de coopération IZOM, mais à condition que la date de fin du formulaire ne soit pas postérieure au 30 juin 2017.

Dans un but de *continuité des soins*, une période de prolongation s'avère cependant nécessaire, après la fin de la période préavis de l'Accord de coopération IZOM, pour des situations particulières. En effet, il pourrait arriver qu'un traitement entamé avant le 30 juin 2017 doive être poursuivi au-delà de cette date, ou qu'un assuré ait besoin d'un certain délai pour prendre les mesures nécessaires en vue de la poursuite du traitement en Belgique plutôt qu'en Allemagne.

La période de prolongation pour les situations particulières :

- est limitée dans le temps, en particulier pour la période du 1^{er} juillet 2017 jusqu'à la fin du traitement et au plus tard au 31 décembre 2017 inclus
- la décision selon laquelle un assuré peut bénéficier du régime transitoire (= remise d'un document S2) pour la poursuite d'un traitement entamé avant le 30 juin 2017 est confiée à un Collège de médecins-conseils des mutualités locales où tous les organismes assureurs sont représentés.

Il y a d'ores et déjà un accord qui détermine la décision à prendre dans un certain nombre de situations sans que le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des mutualités locales doive se prononcer à ce sujet :

- pour une hospitalisation déjà commencée qui dépasse la date du 30 juin 2017, un document S2 peut être délivré pour la durée restante du séjour hospitalier
- un traitement prescrit par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande, mais où le traitement n'est entamé qu'après le 1^{er} juillet 2017 => remise d'un document S2 à condition que les prestations de santé soient remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et/ou pour lesquelles les conditions de remboursement sont remplies.

Le Collège des médecins-conseils des mutualités locales *ad hoc*

Le Collège des médecins-conseils des mutualités *ad hoc* est composé d'un médecin-conseil, ayant une connaissance des enjeux locaux, par organisme assureur (un par union nationale, un pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et un pour la Caisse soins de santé de HR Rail).



Les organismes assureurs transmettent, au plus tard le 30 juin 2017, aux autres organismes assureurs et à l'INAMI (rir@inami.fgov.be), les noms et les coordonnées de leur médecin-conseil, ainsi que de son/sa remplaçant(e) dans ce Collège *ad hoc*.


Les organismes assureurs qui souhaitent soumettre un dossier au Collège *ad hoc*, transmettent ce dossier par voie électronique aux membres effectifs et à leurs députés, y compris une proposition de décision. Les membres du Collège *ad hoc* sont tenus d'envoyer leur avis aux autres membres du Collège *ad hoc* dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande. Seuls les membres actifs, ou leur substitut, peuvent émettre un avis. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote ; l'avis de l'organisme assureur du bénéficiaire n'est pas pris en compte.

Le Collège *ad hoc* est convoqué en cas de partage égal des voix, ou si un ou plusieurs organismes assureurs n'ont pas répondu dans le délai.

6. Problèmes d'application ou d'interprétation de la disposition *Ostbelgien*

La mise en œuvre des dispositions fera apparaître un ensemble de questions ou de situations, auxquelles les organismes assureurs devront apporter une réponse.

Les difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la disposition *Ostbelgien* sont réglées par les organismes assureurs en concertation avec l'INAMI.

 Les organismes assureurs transmettent, tous les deux mois, les difficultés à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be) en vue d'une concertation qui doit veiller à une mise en œuvre concertée par tous les organismes assureurs.

7. Dispositions financières

Des informations doivent être mises à disposition sur les obligations financières de l'assurance obligatoire soins de santé découlant de l'application de la disposition *Ostbelgien*. Il est dès lors recommandé d'adapter le "Plan comptable dans la pratique".

Cette adaptation consiste en l'ajout de plusieurs nouveaux codes CT2 en vue de la transparence des dimensions financières de la mobilité des patients, d'une part, et de l'enregistrement des frais d'une façon uniforme par les organismes assureurs, d'autre part :

Situation	CT2
les frais induits par le remboursement sur la base du pourcentage de remboursement moyen de 75%	838
les frais relatifs au remboursement de soins de santé dans un autre État membre – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126)	836
les frais relatifs au remboursement aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé	853

Un organisme assureur qui est obligé de faire appel à l'octroi d'un remboursement aux tarifs et selon les conditions de l'assurance obligatoire soins de santé, en raison de l'absence de réponse à une demande de tarification, reprend ces dépenses sous le CT2 853.

Les remboursements relatifs aux frais de soins de santé non visés par la disposition *Ostbelgien*, doivent être repris conformément aux instructions comptables en vigueur.

Les créances allemandes seront reprises à l'annexe T3.

De plus, les organismes assureurs doivent rassembler toutes les données nécessaires sur les obligations financières liées à la délivrance d'une autorisation (document S2) sur la base des éléments suivants, à savoir la personne assurée, le lieu de résidence de l'assuré, le document S2 et sa durée de validité et le lieu de traitement en Allemagne.

Les organismes assureurs doivent mentionner les interventions dans les coûts des soins de santé délivrés jusqu'au 30 juin 2017 et qui découlent de l'application de l'Accord de coopération IZOM sous les codes respectifs CT2.

8. Évaluation de la disposition *Ostbelgien*

Les organismes assureurs rassemblent toutes les données et les enregistrent systématiquement en vue d'une évaluation coordonnée. L'analyse concerne :

(1) les données statistiques relatives

(i) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application du pourcentage de remboursement moyen de 75 % (= CT2 838), et à la nature des soins de santé ;

(ii) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application de l'article 294, § 1^{er}, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (= CT2 853), et à la nature des soins de santé ;

(iii) au nombre de demandes et aux frais relatifs au remboursement des soins de santé délivrés dans la zone frontalière allemande – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126) (= CT2 836) ;

(iv) au nombre de créances E.125/S080, au nombre de patients concernés, ainsi qu'au montant total des remboursements suite à l'utilisation d'un document S2 scindé dans les cinq rubriques repris sur les formulaires E.125/S080, c'est-à-dire

- (a) soins médicaux ;
- (b) soins dentaires ;
- (c) médicaments ;
- (d) hospitalisation ;
- (e) autres prestations.

(2) la délivrance d'un document S2

(i) le nombre de documents S2 émis, ainsi que le nombre de patients concernés ;

(ii) le nombre de documents S2 émis pour des soins de santé spécialisés ambulatoires ainsi que pour des soins de santé spécialisés en milieu hospitaliers ;

(iii) si cela concerne une première demande ou une demande de prolongation ;

(iv) la nature des soins de santé spécialisés (p. ex. la spécialité) / le service dans l'hôpital, ainsi que l'hôpital où les soins de santé sont dispensés ;

(v) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés ambulatoires :

- (a) pour des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro) psychiatrie ;
- (b) pour prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
- (c) sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (d) ;
- (d) sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
- (e) pour l'imagerie médicale ;

(vi) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés en milieu hospitalier :

- (a) sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
- (b) à la suite d'une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré ;
- (c) à la suite d'une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

@ Les organismes assureurs fournissent pour le 31 mars 2018, à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be), un rapport d'évaluation de l'exécution de la disposition Ostbelgien au cours de l'année calendrier précédente. Les données statistiques doivent être transmises au moyen du fichier template *.xlsx en annexe 3.

@ Le Collège des médecins-conseils des mutualités locales *ad hoc* – mentionné dans le point 5 – doit fournir un rapport détaillé, pour le 31 mars 2018, à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be) sur les dossiers qui lui ont été soumis (au moins le nombre de demandes ; le nombre de refus/autorisations ; la nature de la demande/du traitement).

Les informations récoltées doivent contribuer à

- une meilleure connaissance de l'ampleur de la mobilité des patients dans cette région frontalière et la nature des soins de santé spécialisés pour lesquels on se dirige vers la zone frontière allemande
- cartographier l'offre médicale, tant ambulatoire que dans les hôpitaux dans l'Est de la Belgique
- cartographier les besoins médicaux dans l'Est de la Belgique.

9. Durée de la disposition *Ostbelgien*

La disposition *Ostbelgien* entre en vigueur le 1^{er} juillet 2017 et est d'application jusqu'au 30 juin 2018. Elle peut être prolongée sur la base d'une évaluation approfondie (voir rubrique 8).

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2017.

i Circulaire O.A. n° 2017/222 – 392/78, 80/113, 825/5 et 83/473 du 17 juillet 2017.

II. Congé d'adoption en faveur des titulaires indépendants - Arrêté royal du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants

1. Congé d'adoption – Généralités

Le congé d'adoption peut débuter au plus tôt le jour de l'inscription de l'enfant à la résidence principale du titulaire et au plus tard deux mois après cette inscription.

La durée maximale du congé d'adoption dépend de l'âge de l'enfant :

- elle est de maximum 6 semaines lorsque l'enfant adopté n'a pas atteint l'âge de 3 ans au début du congé d'adoption
- elle est de maximum 4 semaines lorsque l'enfant adopté est âgé de 3 à 8 ans au début du congé d'adoption.

La durée maximale du congé d'adoption est doublée lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

Si le titulaire choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines, le congé d'adoption doit comporter au moins une semaine ou un multiple d'une semaine.

Le congé d'adoption doit être pris de manière ininterrompue. L'intéressé ne peut exercer à titre personnel aucune activité professionnelle durant la ou les semaine(s) de congé d'adoption.

Le droit au congé d'adoption prend fin au moment où l'enfant atteint l'âge de 8 ans durant le congé d'adoption.

2. Congé d'adoption et assurance indemnités

2.1. Condition d'assurabilité

2.1.1. QUALITÉ DE TITULAIRE

Le congé d'adoption est accordé à tout titulaire indépendant visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ; il n'est dès lors pas nécessaire que le titulaire se trouve dans une période d'activité pour pouvoir prétendre au congé d'adoption. En outre, le congé d'adoption n'interrompt pas une période d'incapacité primaire ou d'invalidité conformément à l'article 4, § 2, alinéa 2, de l'arrêté royal du 20 décembre 2006.

2.1.2. CONDITIONS D'ASSURANCE

Afin de pouvoir prétendre au congé d'adoption, le titulaire doit remplir les conditions normales d'assurabilité (l'art. 4, § 2 de l'A.R. du 20.12.2006 renvoie aux art. 14 à 18 de l'A.R. du 20.07.1971).

Si le titulaire remplit les conditions normales d'assurabilité l'organisme assureur lui demande une copie de la requête introduite auprès du tribunal compétent ou, à défaut, une copie de l'acte d'adoption ou une preuve de l'enregistrement lorsqu'il s'agit de l'adoption d'un enfant étranger.



Si la date de début du congé d'adoption est proche de la date d'introduction de la demande, l'organisme assureur vérifie à ce moment s'il remplit les conditions d'assurabilité (mêmes trimestres de référence). Si la date de début du congé d'adoption est trop éloignée, l'organisme assureur doit ("re") vérifier au début du congé d'adoption si le titulaire répond encore aux conditions d'assurabilité.

2.2. L'indemnité de congé d'adoption (art. 7 de l'A.R. du 20.12.2006)

Le montant de l'allocation d'adoption s'élève à 467,47 EUR (depuis le 01.06.2017) pour chaque semaine prise par le titulaire dans les limites des 4 ou 6 semaines (le cas échéant, doublées) octroyées en fonction de l'âge de l'enfant au début du congé d'adoption. Ce montant est lié aux variations de l'indice santé.

L'indemnité d'adoption est payée en une fois au plus tard un mois après la date de début du congé d'adoption et ce même lorsque le congé d'adoption se prolonge sur une période de plus d'un mois (5 ou 6 semaines si l'enfant n'a pas atteint 3 ans au début du congé).

2.3. Cumul

Durant la période de congé d'adoption le titulaire ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité primaire ni aux indemnités d'invalidité accordées en vertu de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Au cours de la période de congé précitée, l'allocation d'adoption est diminuée du montant des indemnités auxquelles le titulaire peut prétendre en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

3. Entrée en vigueur

Cette circulaire entrera en vigueur à partir du 14 juillet 2017.

La Circulaire O.A. n° 2007/297 du 1^{er} août 2007 est abrogée.

Annexe : Formulaire de demande d'allocation d'adoption pour un travailleur indépendant ¹



Circulaire O.A. n° 2017/223 – 47bis/9 du 17 juillet 2017.

1. Non publié ici.

III. Processus demandes concernant des pièces justificatives pour l'inscription en qualité de titulaire pensionné (attestations de pension)

1. Introduction

La présente circulaire donne un aperçu des accords conclus entre la Direction des données d'accessibilité du Service du contrôle administratif, section données d'accessibilité, et les organismes assureurs, sur les conditions et modalités d'introduction d'une demande concernant des pièces justificatives pour l'inscription en qualité de pensionné.

Les accords comprennent les items suivants dans le processus de demande :

1. Modalités de demande
2. Conditions de recevabilité
3. Modalités de réponse
4. Actes (de la mutualité et/ou de l'O.A.) précédant la demande : dans une phase ultérieure et après concertation avec les instances des pensions et les organismes assureurs, un point sera ajouté à la présente circulaire concernant une "checklist" de demandes d'informations, que l'organisme assureur peut adresser à son assuré, avant d'introduire une demande auprès de la Direction de données d'accessibilité.

2. Modalités de demande

Toute demande concernant une pièce justificative de la qualité de pensionné(e) auprès de la Direction des données d'accessibilité doit toujours émaner de l'organisme assureur (union nationale) de sorte que l'union nationale puisse remplir son rôle de coordination et filtrer d'éventuelles demandes superflues. Si une demande émane d'une mutualité, elle sera refusée et la mutualité sera priée d'introduire la demande via son union nationale¹.



L'adresse e-mail dac-acces@inami.fgov.be est utilisée pour toute demande introduite par mail. L'objet du mail s'articule comme suit : demande qualité de pensionné(e), suivie du nom (prénom suivi du nom de famille) et du NISS de l'assuré(e) social(e) concerné(e).

Chaque demande doit clairement préciser l'objet de la demande.

1. Ceci vaut aussi *mutatis mutandis* pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité : la demande doit toujours émaner de la Caisse auxiliaire et non d'un service régional.

La direction de données d'accessibilité a constaté, en effet, que dans un nombre important de demandes introduites comme demande de *duplicata* (après recherche et examens multiples), celles-ci ont un but différent et visent en effet d'autres aspects relatifs à la preuve de la qualité de pensionné.

Si on ne demande au Service que d'établir un duplicata, la réponse sera : soit un duplicata (annexe 4), soit qu'on ne peut pas établir de duplicata, ou encore qu'il s'agit d'une attestation de pension ne donnant pas droit à l'utilisation en tant que titulaire de la qualité de pensionné(e), sans autres explications.

Quelques exemples non limitatifs de demandes au sein du processus Demandes concernant des pièces justificatives pour la qualité de pensionné(e) sont repris ci-dessous :

- la personne X était inscrite comme personne à charge de la personne Y pendant de nombreuses années. La personne Y décède le 1^{er} février 2017. La personne X bénéficie en outre d'une propre pension de retraite. L'attestation papier a été délivrée en 2000. L'attestation de pension papier n'est pas disponible au sein de la mutualité de la personne X, et la personne X n'en dispose plus. Pourrait-on fournir un duplicata de l'attestation de pension de sa pension de retraite ?
- la personne Z résidait à l'étranger du 10 mai 1999 au 2 janvier 2017. Depuis le 3 janvier 2017, elle habite de nouveau en Belgique. La personne Z bénéficie d'une propre pension de retraite, mais son attestation n'a jamais été envoyée parce qu'elle habitait à l'étranger. L'attestation n'est pas disponible dans la salle d'attente. Pourrait-on demander à l'organisme de pension d'envoyer l'attestation via le flux 101 ?
- la personne Z ne dispose pas d'une attestation de pension mais bénéficie toutefois d'un paiement mensuel effectué par un organisme de pension. Pourrait-on vérifier quelle pension se trouve à la base de ce paiement ? Et serait-ce possible d'établir un duplicata s'il s'agit d'une propre pension de retraite ?

3. Recevabilité des demandes

Cette circulaire précise en outre quelles demandes doivent être introduites au sein du processus "Demandes concernant des pièces justificatives pour la qualité de pensionné(e)" de la direction de données d'accessibilité administratives du SCA, et quelles demandes doivent être traitées au sein du processus "Demandes concernant l'inscription comme titulaire en qualité de veuf/veuve" de la direction de données d'accessibilité administratives du SCA, et quelles demandes devraient être introduites auprès de la direction des Relations internationales du Service des soins de santé.

3.1. Le processus "qualité de veuf/veuve" de la direction Données d'accessibilité administratives

Plusieurs demandes d'inscription en qualité de veuf/veuve arrivent aussi à la section de données d'accessibilité administrative. Il y a lieu de distinguer ces demandes de celles concernant des pièces justificatives de la qualité de pensionné(e). À la base, ces deux demandes concernent généralement le droit à une pension et comprennent généralement aussi une demande de duplicata de l'attestation de pension y afférente. Les questions relatives à la qualité de pensionné(e) portent souvent sur la pension de retraite alors que les questions relatives à la qualité de veuf/veuve portent souvent sur la pension de survie.

L'article 32, alinéa 1^{er}, 16°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée au 14 juillet 1994, clarifie trois éléments :

- 1) la disposition légale fait uniquement référence à l'état civil de veuf ou veuve (sans exiger par exemple le bénéfice d'une pension de survie ou d'un autre avantage) ;
- 2) la disposition légale précise qu'il doit s'agir de veufs ou de veuves des "titulaires susmentionnés" ; il doit par conséquent s'agir d'assuré(e)s devenu(e)s veufs ou veuves de personnes qui avaient la qualité de titulaire, comme prévu à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1° à 15° inclus. Notons également dans ce contexte que la personne décédée devait uniquement posséder la qualité de titulaire et qu'elle ne devait pas nécessairement aussi avoir effectivement droit à des remboursements ;
- 3) la disposition légale implique en outre un lien chronologique direct : il doit en effet s'agir de personnes qui sont veufs/veuves du titulaire au moment du décès de celui-ci.

La circulaire O.A. n° 2014/432 du 5 novembre 2014 précise comment il y a lieu de prouver la qualité de titulaire veuf/veuve. Le point 2.14 stipule que "la qualité de ces titulaires est basée en premier lieu sur l'état civil de veuf ou veuve des personnes qui, au moment de leur décès, étaient titulaires au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, de 1° au 15° inclus", et que "la qualité de titulaire est donc obtenue indépendamment – par exemple – du bénéfice d'une pension de survie". La circulaire précise en outre que la qualité doit ressortir en premier lieu des données du Registre national et (...) de l'acte de décès, duquel il ressortira qu'il s'agit bel et bien du veuf ou de la veuve d'un(e) ancien(ne) titulaire. Une note en bas de page de la circulaire précitée concernant la preuve de la qualité de veuf/veuve précise en outre que "l'attestation électronique concernant le bénéfice d'une pension de survie est une indication de l'éventuelle possession de cette qualité." La circulaire dit donc clairement que l'attestation de la pension de survie ne constitue pas une preuve de cette qualité, seulement une indication de l'éventuelle possession de cette qualité.

La même note en bas de page de la circulaire précise en outre que l'attestation de la pension de survie joue un rôle dans un autre contexte que la preuve de la qualité de titulaire, plus particulièrement dans le choix d'inscrire un titulaire comme personne à charge (si la pension de survie correspond à une carrière de moins d'un tiers d'une carrière complète, le titulaire de cette pension de survie peut encore s'inscrire comme personne à charge pour peu que les autres conditions d'inscription comme personne à charge soient satisfaites).

Le Service refusera par conséquent, la demande d'un duplicata d'une attestation de pension de survie. Si l'organisme assureur précise dans sa demande qu'il a besoin d'informations concernant la fraction de la pension de survie (la pension de survie étant basée sur une carrière de +/- 1/3) pour déterminer si l'inscription comme personne à charge est possible ou non, le Service les lui communiquera.



Ces demandes se font par mail via l'adresse mail dac-acces@inami.fgov.be. L'objet du mail est rédigé comme suit : demande d'utilisation de la qualité de veuf/veuve, suivie du nom (prénom suivi du nom de famille) et du NISS de l'assuré(e) social(e) concerné(e). L'objet étant différent, il est clair qu'il s'agit d'une autre demande que celle concernant la qualité de pensionné(e). Pour ces demandes aussi, il y a lieu de préciser clairement l'objet de la demande.

Quelques exemples non limitatifs de demandes au sein du processus demandes d'utilisation de la qualité de veuf/veuve, sont reprises ci-dessous :

- quelle est la fraction de la pension de survie de la personne A ?
- la personne B ne dispose pas d'une attestation de pension mais reçoit chaque mois un paiement d'un organisme de pension. Pourrait-on vérifier quelle pension se trouve à la base de ce paiement ? Et peut-on nous transmettre la fraction s'il s'agit d'une pension de survie ?

En plus d'un accusé de réception, une lettre type est prévue dans le cadre du processus de demande d'utilisation de la qualité de veuf/veuve. Il s'agit de la lettre type comportant des informations sur la fraction de la pension de survie (6).

Si une demande est introduite au sein du processus "Demandes concernant des pièces justificatives pour la qualité de pensionné(e)" et si l'intéressé(e) bénéficie, en plus d'une pension de retraite, également d'une pension de survie, la réponse de la section de données d'accessibilité administratives concernera uniquement la pension de retraite. S'il souhaite des informations sur les deux pensions, l'organisme assureur devra l'indiquer dans sa demande.

Dans sa réponse, la section n'attire pas l'attention sur le fait que la pension de survie ne constitue pas une preuve de l'inscription comme titulaire veuf/veuve. La direction part du principe que l'organisme assureur en est bien conscient.

3.2. Les directions Relations internationales et Affaires juridiques & Accessibilité du Service des soins de santé

La direction Accessibilité administrative du SCA n'est pas le seul service de l'INAMI qui traite les demandes relatives à la qualité de pensionné(e) (et veuf/veuve). La direction Affaires juridiques & Accessibilité du Service des soins de santé est responsable des conditions d'inscription réglementaires dans ces qualités et dans d'autres. La direction Relations internationales du Service des soins de santé est compétente pour interpréter la réglementation en matière d'inscription ayant un aspect de droit international, mais aussi pour toutes les demandes concernant des pièces justificatives attestant d'une inscription si celles-ci émanent de l'étranger ou si l'assuré(e) réside à l'étranger.



De manière générale, nous pouvons affirmer ce qui suit à propos des dossiers de demande relatifs aux attestations de pension ayant un aspect international qui relèvent des compétences de la direction Relations internationales du SdSS (rir@inami.fgov.be) :

- 1) si quelqu'un habite en Belgique mais qu'un autre pays est désigné comme pays compétent pour la prise en charge des soins de santé (en application d'une convention internationale), il appartient à l'organe étranger compétent de délivrer un document avec lequel cette personne peut s'enregistrer auprès d'un organisme assureur belge ;
- 2) si quelqu'un habite à l'étranger mais que la Belgique est désignée comme pays compétent pour la prise en charge des soins de santé (en application d'une convention internationale), il appartient à son organisme assureur belge de délivrer un document avec lequel cette personne peut s'enregistrer auprès d'un organisme assureur de son pays de résidence ;
- 3) si un(e) pensionné(e) réside à l'étranger mais qu'il/elle a droit aux soins de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé belge et que "l'attestation soins de santé" (en l'occurrence une attestation de pension) est perdue ou n'a jamais été délivrée, il appartient aux RIR de demander cette attestation auprès du service de pension concerné, afin qu'il/elle puisse ouvrir son droit belge.

La direction Données d'accessibilité administratives du Service du contrôle administratif est toutefois compétente pour les demandes si un(e) pensionné(e) réside en Belgique mais qu'il/elle a habité à l'étranger et a droit aux soins de santé à charge de l'assurance obligatoire soins de santé, mais que "l'attestation soins de santé" (en l'occurrence une attestation de pension) est perdue ou n'a jamais été délivrée, il appartient à la section de données d'accessibilité, de fournir cette attestation (ou un duplicata) afin qu'il/elle puisse ouvrir son droit belge auprès d'un organisme assureur belge.

Pour répondre aux demandes qui ne sont pas recevables au sein de la direction Données d'accessibilité administratives en raison du fait que la matière relève de la compétence de la direction Relations internationales du Service des soins de santé, une lettre type est prévue, à savoir la lettre type 1.4. (pour davantage d'explications, voir le pt 4.3).

3.3. Demandes duplicatas autres attestations de pension

Chaque paiement d'une pension ou d'une partie de pension ne fait pas nécessairement naître la qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance soins de santé. La direction Données d'accessibilité administratives n'établit pas de duplicatas pour les attestations de pension qui n'ouvrent pas de droits aux prestations de santé sur la base de la qualité de pensionné(e) (attestations de pensions de survie, attestations de pensions inconditionnelles en tant que travailleur indépendant pensionné...).

Pour répondre aux demandes relatives à la preuve d'inscription comme titulaire pensionné pour les personnes qui bénéficient d'un droit de pension belge autre que la pension de retraite ou d'une pension étrangère, une lettre type est prévue, à savoir la lettre type 5.2. (pas de pension de retraite).

4. Modalités de réponse (traitement des demandes par le Service)

4.1. Introduction

Toute demande qui ne relève pas de la compétence de la section de données d'accessibilité administrative et qui y arrive, sera transmise à la direction compétente et l'organisme assureur en sera informé. Le dossier sera ensuite clôturé.

Toute demande spécifique concernant un duplicata d'une attestation de pension qui ne donne pas droit à l'utilisation de la qualité de titulaire pensionné sera refusée pour motif d'irrecevabilité (en l'occurrence, la lettre type 5.2 sera envoyée. Pour davantage d'explications, voir le point 4.3).

Si une demande qui relève de notre compétence arrive à la section de données d'accessibilité administrative, il y a deux possibilités :

- la demande correspond à un des scénarios prévus dans les arbres décisionnels en annexes 1 et 2. Dans ce cas, une des lettres types sera envoyée (davantage d'explications au point 4.3)
- la demande ne correspond pas à un des scénarios prévus. Le dossier sera analysé et traité en dehors du scope de ce processus. Les accords concernant le délai de traitement et le caractère bilingue de la réponse ne s'appliquent plus non plus ici.

4.2. Utilisation d'un numéro de dossier/réponses via mail (dac-acces)

Le Service attribuera un numéro de dossier spécifique à chaque dossier de demande. Ce numéro de dossier sera mentionné dans la réponse. L'objet de la réponse (et le cas échéant des demandes d'informations supplémentaires) consistera en la demande de la preuve de la qualité de pensionné(e), suivie du nom et du NISS de l'assuré(e) social(e) concerné(e) et du numéro du dossier.



Les réponses sont envoyées par mail à partir de la boîte mail dac-acces@inami.fgov.be. Il en sera de même si un organisme assureur introduit une demande par courrier ordinaire.

La réponse sera toujours rédigée en deux langues s'il s'agit d'une des lettres types prévues.

4.3. Les arbres décisionnels et les templates y afférents (lettres types à l'attention des O.A.)

Compte tenu de la révision du processus "Demandes concernant des pièces justificatives pour la qualité de pensionné(e)", la section de données d'accessibilité administrative a également remanié et actualisé ses réponses types à l'attention des organismes assureurs tout en faisant référence aux accords conclus et aux circulaires adoptées.

Les lettres types sont rédigées dans les deux langues nationales : une lettre type pour une situation bien spécifique comprend la réponse tant en néerlandais qu'en français. Les textes figurent en annexe 3.

Il s'agit entre autres des réponses types suivantes à l'attention des organismes assureurs dans le processus "Demandes concernant des pièces justificatives pour la qualité de pensionné(e)" :

- lettre type 1.1 : Accusé de réception - Généralités
- lettre type 1.2 : Accusé de réception - Rappel sans suite
- lettre type 1.3 : Accusé de réception – Rappel I avec changement de priorité
- lettre type 1.4 : Accusé de réception des demandes introduites auprès de la direction Conventions internationales du Service des soins de santé
- lettre type 2.1 : Réponse en cas de perte de l'attestation de pension papier "pension de retraite" (délivrée avant ou après 2003), avec le duplicata demandé joint en annexe
- lettre type 2.2 : Réponse en cas de blocage du flux A101, avec le duplicata demandé joint en annexe (annexe 4)
- lettre type 3 : Réponse au cas où l'attestation de pension pour la pension de retraite est déjà consultable dans le L101 ou disponible dans la salle d'attente
- lettre type 4 : Réponse au cas où l'attestation de pension pour la pension de retraite sera envoyée prochainement via le A101
- lettre type 5.1 : Réponse en cas d'absence d'une pension et donc du droit d'utiliser la qualité de pensionné(e) en tant que titulaire
- lettre type 5.2 : Réponse dans le cas où il n'y a pas de pension de retraite mais uniquement une pension autre qu'une pension de retraite ; la personne n'a donc pas le droit d'utiliser la qualité de pensionné(e) en tant que titulaire
- lettre type 6 : Réponse dans le cas où il n'y a qu'une pension de survie, avec des informations sur la fraction de la pension de survie ($\pm 1/3$).

Pour certaines demandes plus complexes, la section n'utilisera pas de lettres types. Les réponses ne seront alors exceptionnellement établies qu'en une seule langue. Si l'organisme assureur constate un paiement et que la direction demande sur la base de quel droit à la pension ce paiement a été effectué, la section répondra à l'aide des lettres types prévues.

4.4. Délai de traitement des demandes

Le Service tente de traiter et de répondre aux demandes dans un délai de 2 mois. Inutile donc d'envoyer un rappel avant la fin de ce délai.

L'organisme assureur a la possibilité d'indiquer qu'un dossier doit être traité en premier. Mais cette possibilité doit demeurer une exception et être motivée.

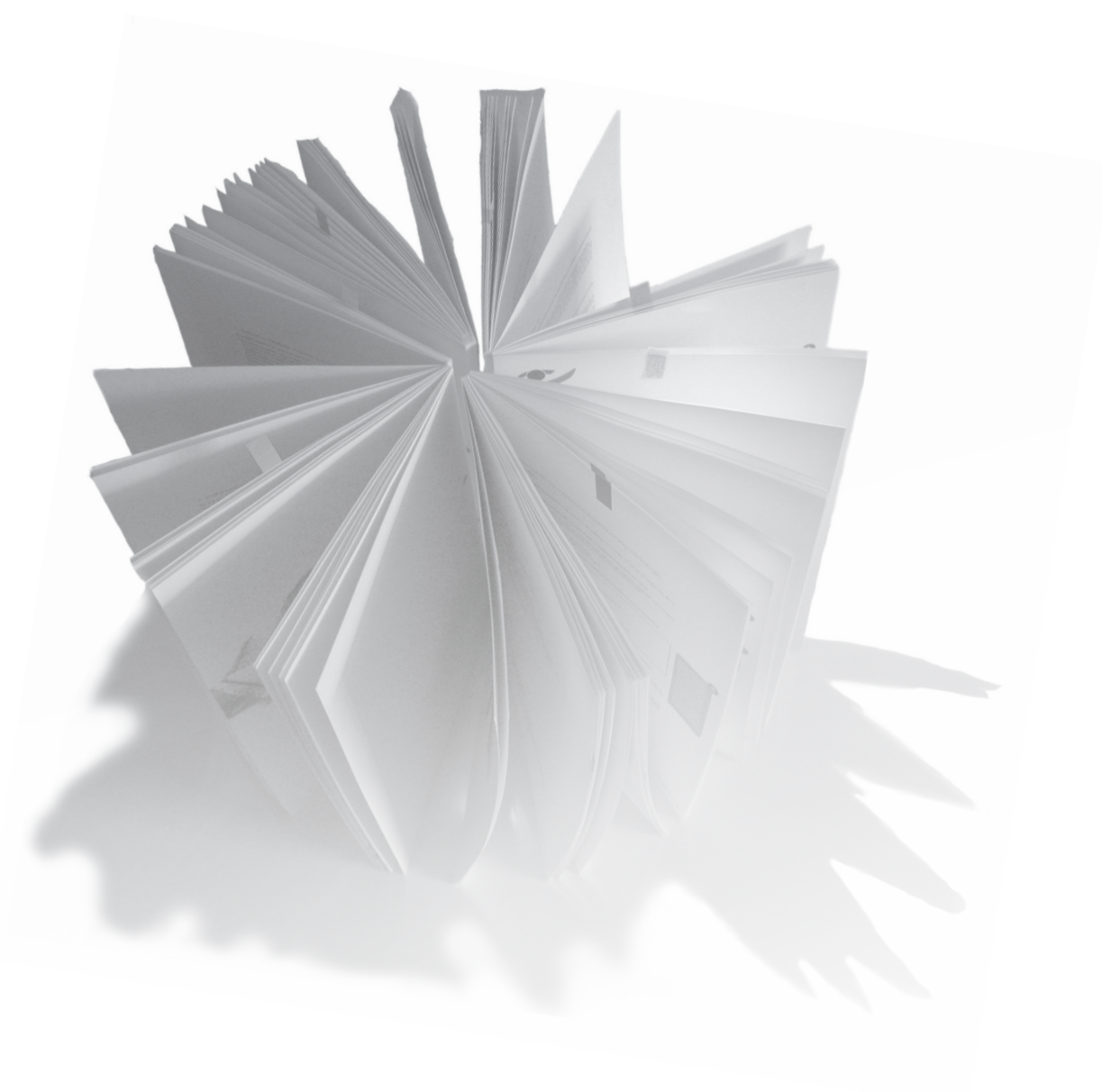
Si l'organisme assureur envoie un rappel avant la fin du délai de 2 mois pour que le dossier soit traité en premier, on attend de lui qu'il envoie également une motivation. L'annexe 3 contenant des lettres types contient également deux lettres types concernant cette dérogation au délai normal : un accusé de réception accompagné d'une approbation de la demande d'accorder la priorité au dossier (lettre type 1.3) *et* une réponse informant que le délai de 2 mois n'est pas encore dépassé (lettre type 1.2.).



Circulaire O.A. n° 2017/230 – 241/4 du 24 juillet 2017.

6^e Partie

Données de base



I. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1^{er} septembre 2017 - Bien-être

En application de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 – Moniteur belge du 29 janvier 2014 (2^e éd.) relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 15.986,16 et 2.959,47 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1^{er} septembre 2017

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
18.730,66 EUR	3.467,55 EUR



Circulaire O.A. n° 2017/244 - 3991/291 du 4 août 2017.

II. Revalorisation des prestations au 1^{er} septembre 2017

1. Éléments de base

a. Régime général

1) Revalorisation de 2 % (minima exclus) des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail a débuté à partir du 1^{er} janvier 2011 et au plus tard le 31 décembre 2011 (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 2011 et au plus tard le 31 décembre 2011 est augmenté, au 1^{er} septembre 2017, d'un coefficient de revalorisation de 2 % (durée d'incapacité atteint 6 ans). Cette revalorisation ne s'applique pas aux titulaires bénéficiant d'un des minima.

2) Revalorisation des indemnités "minimum travailleur régulier" octroyées aux titulaires avec charge de famille et aux isolés suite à l'augmentation des montants de la pension minimum des travailleurs salariés (+ 1,7 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des travailleurs salariés sont adaptés comme suit au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14) :

- le montant "avec charge de famille" passe de 13.021,31 EUR à 13.242,67 EUR
- le montant "isolé" passe de 10.420,33 EUR à 10.597,48 EUR.

Adaptées à l'indice pivot 103,04, les indemnités journalières octroyées aux titulaires "travailleurs réguliers" avec charge de famille et isolé sont fixées comme suit au 1^{er} septembre 2017 :

- titulaires avec charge de famille : 58,2677 EUR, arrondi à 58,27 EUR
- titulaires isolés : 46,6289 EUR, arrondi à 46,63 EUR.

3) Revalorisation de l'indemnité "minimum travailleur régulier" octroyée aux cohabitants (+ 1,7 %) (mesure conjoncturelle)

Le montant de base "minimum travailleur régulier" octroyé aux titulaires cohabitants passe de 28,6368 EUR à 29,1236 EUR au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14).

Adaptée à l'indice pivot 103,04, l'indemnité journalière octroyée aux titulaires "travailleurs réguliers" cohabitants est fixée, à partir du 1^{er} septembre 2017, à 39,9809 EUR, arrondie à 39,98 EUR.

4) Revalorisation des indemnités “minimum travailleur non régulier” suite à l’augmentation des montants du revenu d’intégration sociale (RIS) (+ 0,9 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle du revenu d’intégration sociale (RIS) sont adaptés comme suit au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14) :

- le montant “avec charge de famille” passe de 10.311,62 EUR à 10.404,42 EUR
- le montant “isolé” passe de 7.733,71 EUR à 7.803,31 EUR.

Adaptées à l’indice pivot 103,04, les indemnités journalières octroyées aux titulaires “travailleurs non réguliers” sont fixées comme suit au 1^{er} septembre 2017 :

- titulaires avec charge de famille : 45,7794 EUR, arrondi à 45,78 EUR
- titulaires sans charge de famille : 34,3346 EUR, arrondi à 34,33 EUR.

b. Régime des indépendants

a) Revalorisation de 1,7 % des forfaits octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise (mesure conjoncturelle)

Les forfaits “avec charge” et “isolé” octroyés aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise sont augmentés au 1^{er} septembre 2017 suite à la revalorisation de 1,7 %, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Les montants sur base annuelle de la pension minimum des indépendants sont revalorisés comme suit au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14) :

- titulaire avec charge : de 13.021,31 EUR à 13.242,67 EUR
- titulaire isolé : de 10.420,33 EUR à 10.597,48 EUR.

Les forfaits “avec charge” et “isolé” sont fixés, à partir du 1^{er} septembre 2017 (indice pivot 103,04), à respectivement 58,2677 EUR, arrondi à 58,27 EUR et 46,6289 EUR, arrondi à 46,63 EUR.

Le forfait “cohabitant” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise est revalorisé de 1,7 % au 1^{er} septembre 2017.

Le montant de base de ce forfait cohabitant passe de 25,6138 EUR à 26,0492 EUR au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14).

Adapté à l’indice pivot 103,04, le forfait cohabitant s’élève, à partir du 1^{er} septembre 2017, à 35,7603 EUR, arrondi à 35,76 EUR.

b) Revalorisation de 1,7 % des forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise (mesure conjoncturelle)

Les forfaits octroyés aux invalides ayant mis fin à leur entreprise sont revalorisés au 1^{er} septembre 2017 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants "minimum travailleur régulier" en vigueur dans le régime général.

Adaptés à l'indice pivot 103,04, ces forfaits s'élèvent au 1^{er} septembre 2017 à :

- forfait avec charge : 58,2677 EUR, arrondi à 58,27 EUR
- forfait isolé : 46,6289 EUR, arrondi à 46,63 EUR
- forfait cohabitant : 39,9809 EUR, arrondi à 39,98 EUR.

c) Revalorisation de 1,7 % de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption (mesure conjoncturelle)

Le montant de base de l'indemnité hebdomadaire de maternité et d'adoption passe de 340,52 EUR à 346,31 EUR au 1^{er} septembre 2017 (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 103,04, le forfait hebdomadaire de maternité et d'adoption est fixé à partir du 1^{er} septembre 2017, à 475,41 EUR. Le montant du forfait applicable au repos de maternité à mi-temps s'élève quant à lui à 237,71 EUR.

2. Date d'application

1^{er} septembre 2017



vous trouverez le tableau D :

http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Indemnités_tableau_d.pdf



Circulaire O.A. n° 2017/271 - 45/264 et 482/134 du 4 septembre 2017.

III. Salaire minimum pour employés à partir du 1^{er} octobre 2017

1. Éléments de base

Modification du tableau III : salaire minimum pour employés Barème I, fixé par la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés (CPAE)

Le tableau III repris en annexe remplace, à partir du 1^{er} octobre 2017, le tableau III qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2017/178 – 45/263 du 15 juin 2017 et est d'application à partir du 1^{er} octobre 2017 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

2. Date d'application

1^{er} octobre 2017



Circulaire O.A. n° 2017/289 - 45/266 du 28 septembre 2017.

Tableau III	Période à partir du 1 ^{er} octobre 2017					
Incapacité primaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
Catégorie de titulaire						
<u>0 année d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	64,9454	38,9672	58,4508	48,7090	66,2442	56,5024
<u>9 années d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée) 	67,0592	40,2355	60,3533	50,2944	68,4004	58,3415

Invalidité	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
Catégorie de titulaire <u>0 année d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements 	64,9454	42,2145	35,7200	25,9782	63,3218	52,7681	71,7647	61,2110
<u>9 années d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée) 	67,0592	43,5885	36,8826	26,8237	65,3828	54,4856	74,1005	63,2033

Ces montants ne tiennent pas compte de l'application des minima.

IV. Revalorisation des prestations au 1^{er} octobre 2017

I. Éléments de base

a. Régime général

1) Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée aux titulaires après deux ans d'incapacité de travail (d'application avec effet rétroactif au 01.05.2017)


À partir de mai 2017, le montant de la prime de rattrapage allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de deux ans sera différencié selon la charge de famille du titulaire concerné.

- Le montant octroyé aux titulaires **avec** charge de famille passe de 354,7482 EUR à 395,6130 EUR (base 103,14)
- Le montant octroyé aux titulaires **sans** charge de famille passe de 354,7482 EUR à 374,0661 EUR (base 103,14).

Le montant de base octroyé aux titulaires pour qui la durée d'incapacité en question a atteint au moins un an mais reste inférieure à deux ans demeure inchangé par rapport à mai 2016 et ne varie pas selon la charge de famille.

Au mois de mai de l'année 2017, les montants de la prime de rattrapage octroyée aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 2 ans au 31 décembre de l'année qui précède s'élèvent à (indice pivot 101,02).

- Titulaire avec charge de famille : 532,4555 EUR arrondi à 532,46 EUR
- Titulaire sans charge de famille : 503,4556 EUR arrondi à 503,46 EUR.

 Au 1^{er} mai 2017, le montant de base de la prime de rattrapage octroyée à l'ensemble des titulaires dont la durée d'incapacité atteignait deux ans au 31 décembre 2016 avait été revalorisé de 354,7482 EUR à 374,0661 EUR (circ. O.A. n° 2017/132 - 45/262- 482/132 du 02.05.2017). Dans la pratique, l'effet rétroactif concerne donc uniquement les titulaires avec charge de famille.

2) Revalorisation de 5 % du forfait d'aide de tierce personne (d'application avec effet rétroactif au 01.05.2017) (mesure conjoncturelle)

À partir du 1^{er} mai 2017, le montant de base du forfait d'aide de tierce personne passe de 15,1573 EUR à 15,9152 EUR (base 103,14).

- Adapté à l'indice pivot 101,02, ce forfait s'élève, au 1^{er} mai 2017, à 21,4203 EUR, arrondi à 21,42 EUR
- Adapté à l'indice pivot 103,04, ce forfait s'élève, au 1^{er} juin 2017, à 21,8484 EUR, arrondi à 21,85 EUR.

b. Régime indépendant

a) Revalorisation de 5 % du forfait d'aide de tierce personne

À partir du 1^{er} octobre 2017, le montant de base du forfait d'aide de tierce personne passe de 15,1573 EUR à 15,9152 EUR (base 103,14).

Adapté à l'indice pivot 103,04, ce forfait s'élève, au 1^{er} octobre 2017, à 21,8484 EUR, arrondi à 21,85 EUR.

II. Date d'application

1^{er} octobre 2017



vous trouverez le tableau D :

http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Indemnités_tableau_d.pdf



Circulaire O.A. n° 2017/290 - 45/267 et 482/135 du 28 septembre 2017.