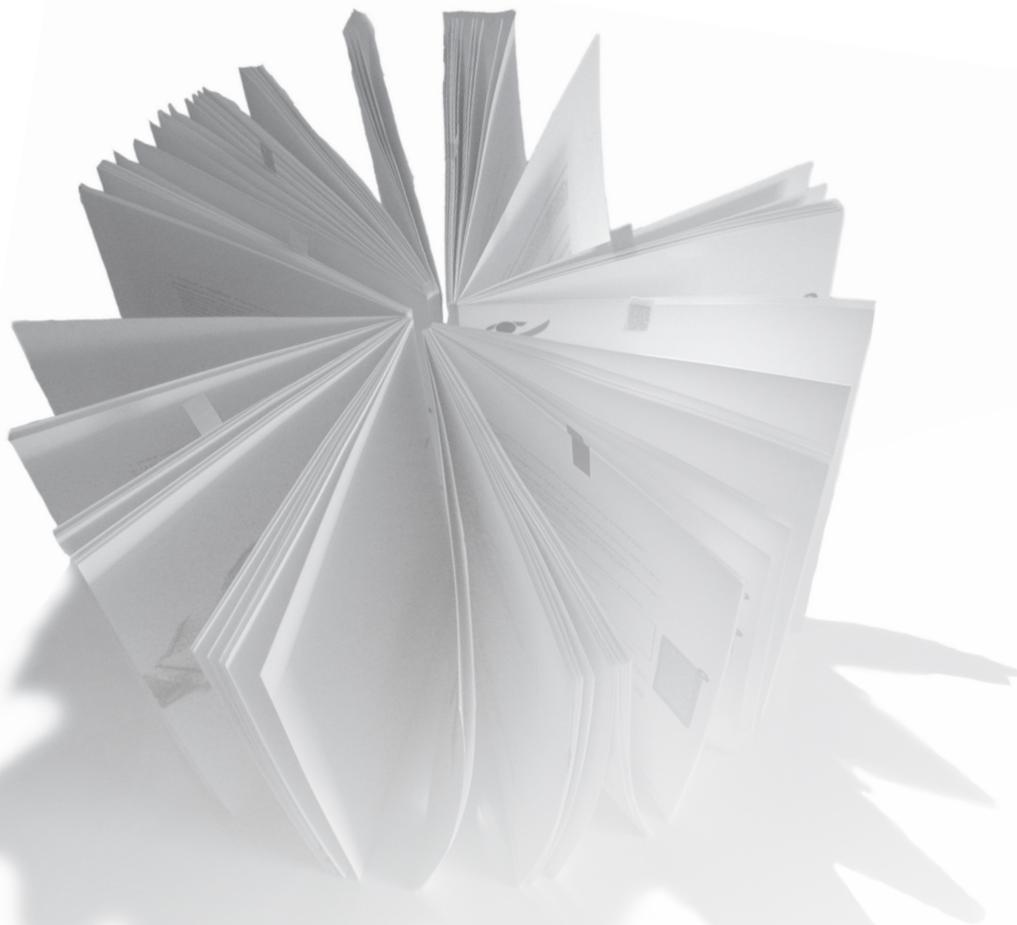


1<sup>re</sup> Partie

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



## 3<sup>e</sup> trimestre 2024

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

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2024	12.06.2024	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, concernant les règles de fonctionnement de la Commission de Remboursement des médicaments

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le mot "dix-huit" par le mot "seize" dans l'article 122<sup>terdecies</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Désormais, la Commission délibère valablement lorsque au moins seize membres ayant droit de vote sont présents.

Moniteur belge	Date	Titre
05.07.2024	30.06.2024	Arrêté royal modifiant l'article 177 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie l'arrêté royal du 3 juillet 1996 afin de déterminer la durée maximale de la proposition d'entrée en invalidité et de la proposition de prolongation de l'état d'invalidité en cas d'exercice d'une activité avec l'autorisation du médecin-conseil ou du collaborateur de l'équipe multidisciplinaire :

- deux ans lorsque la reprise du travail autorisé vise la réinsertion complète du titulaire
- cinq ans lorsque la reprise du travail autorisé ne vise pas ou plus la réinsertion complète du titulaire.

En outre, l'occasion est saisie de prévoir expressément que lorsque le titulaire se trouve dans un "Trajet Retour Au Travail" en cours, entamé après le renvoi de ce titulaire par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire vers le "Coordinateur Retour Au Travail" ("routing A"), la durée maximale de la proposition d'entrée en invalidité ou de prolongation de l'état d'invalidité est d'un an (de même qu'il est déjà explicitement prévu que lorsqu'un "Trajet Retour Au Travail" a été entamé après une autorisation du médecin-conseil à la demande du titulaire ("routing B") et que ce trajet est toujours en cours, la durée maximale est d'un an).

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2024	18.05.2024	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'arrêté royal remplace à l'article 37*bis*, § 1<sup>er</sup>, D, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les mots "et 599981" par les mots "599981, 401240 et 401262".

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2024	04.07.2024	Arrêté royal portant exécution de l'article 36 <i>octies</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux conditions selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans les coûts d'une pratique de médecine générale

#### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2024, les médecins généralistes peuvent faire une demande de prime d'un montant compris entre 5.000,00 EUR et 7.000,00 EUR à l'INAMI pour engager du personnel de soutien dans leur cabinet lorsqu'il s'agit de leur premier recrutement. À partir du 1<sup>er</sup> novembre 2024, ils peuvent demander une intervention forfaitaire annuelle d'un montant de 3.796,00 EUR pour la gestion médicale du cabinet lorsqu'ils emploient déjà du personnel de soutien.

Moniteur belge	Date	Titre
27.08.2024	12.08.2024	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

À l'article 37*bis*, § 1<sup>er</sup>, E, 7<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le second alinéa est remplacé par ce qui suit :

"Le bénéficiaire ne doit pas payer d'intervention personnelle pour la prestation 557314 visée à l'article 24*bis*, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité et pour la prestation 589853 visée à l'article 32, § 1<sup>er</sup>, de ladite annexe."

## 2. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
03.07.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'article 2, B., 1., 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 2, B., 1., 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 :

- dans la première règle d'application suivant la prestation 102771 :  
=> les mots "de 30 à 84 ans inclus," sont supprimés ;  
=> les mots "de personne atteinte d'une" sont insérés entre les mots "statut" et "affection" ;
- dans la septième règle d'application suivant la prestation 102771, les mots "affection chronique l'année précédente" sont remplacés par les mots "de personne atteinte d'une affection chronique l'année précédente"
- les règles d'application suivant la prestation 102771 sont complétées par une règle d'application, rédigée comme suit : "La prestation est majorée de 20,83 % jusqu'à l'année du 30<sup>e</sup> anniversaire et à partir de l'année du 85<sup>e</sup> anniversaire d'un patient qui avait le statut de personne atteinte d'une affection chronique l'année précédente."

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2024	16.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 <sup>er</sup> , 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

### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère à l'article 12, § 1<sup>er</sup>, 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, la prestation 201456-201460 et la règle d'application après la prestation 201272-201283.

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2024	06.11.2023	Arrêté royal modifiant l'article 14, h), 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, h), 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 :

- dans le texte néerlandais, le mot "ophthalmologie" est remplacé par le mot "oftalmologie"
- le paragraphe 2, 2°, est remplacé comme suit : "2° Par consultation, une seule des prestations 245011, 248592, 248636, 248673, 248835, 248850 ou 248975 peut être attestée."

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2024	18.05.2024	Arrêté royal modifiant les articles 2, C, et 25, § 1 <sup>er</sup> , 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes 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 l'article 2, C :  
=> la prestation 109723 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;  
=> les prestations 109045, 109060 et 109082 et les règles d'applications qui les suivent sont supprimées.
- à l'article 25, § 1<sup>er</sup>, une rubrique intitulée "Liaison soins somatiques" est insérée après la prestation 596724 et la règle d'application qui la suit.

Moniteur belge	Date	Titre
17.07.2024 – Édition 1	16.07.2023	Arrêté royal modifiant les articles 12 et 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes 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 l'article 12, § 1<sup>er</sup>, a), :  
=> dans le libellé de la prestation 201250-201261, les mots "anesthésie générale lors de" sont insérés entre les mots "et/ou" et "soins" ;  
=> la prestation 201434-201445 est insérée après la prestation 201250-201261.
- à l'article 15, le paragraphe 9 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
17.07.2024 – Édition 1	17.07.2023	Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1 <sup>er</sup> , 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'arrêté royal complète la rubrique "11<sup>o</sup> bis Résonance magnétique nucléaire" de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 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, par la prestation 457796-457800 et les règles d'application.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2024 – Édition 1	09.07.2024	Arrêté royal modifiant l'article 12, § 1 <sup>er</sup> , 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

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal insère à l'article 12, § 1<sup>er</sup>, 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, la prestation 201471-201482 et la règle d'application après la prestation 201456-201460 et la règle d'application qui la suit.

Moniteur belge	Date	Titre
12.08.2024	25.07.2024	Arrêté royal modifiant l'article 14, k), 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, k), l., § 1<sup>er</sup>, 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 :

- au C., 1<sup>o</sup> :
  - => dans le libellé de la prestation 275634-275645, le mot "Remplacement" est remplacé par le mot "Arthroplastie";
  - => les prestations 286716-286720 ; 286650-286661 ; 286672-286683 ; 286694-286705 et la règle d'application sont insérées après la prestation 275634-275645 ;
  - => dans le libellé des prestations 277933-277944, 278051-278062 et 278250-278261, les mots "en polyéthylène" sont supprimés ;
  - => dans le libellé des prestations 277955-277966, 278073-278084 et 278272-278283, les mots "sauf polyéthylène" sont remplacés par les mots "excepté insert" ;

- au D., 1<sup>o</sup> :
  - => dans le libellé des prestations 279156-279160, 278994-279005 et 279031-279042, les mots "en polyéthylène" sont supprimés ;
  - => le libellé des prestations 279171-279182 et 279016-279020 est remplacé ;
  - => dans le libellé de la prestation 279193-279204, les mots ", ou révision vers une arthrodèse" sont supprimés ;
  - => la prestation 286731-286742 et la règle d'application sont insérées après la prestation 279193- 279204 :
  - => dans le libellé de la prestation 279053-279064, les mots "sauf polyéthylène" sont remplacés par les mots "excepté insert".

Moniteur belge	Date	Titre
19.08.2024 – Édition 2	19.07.2024	Arrêté royal modifiant les articles 13, 17, 17bis, 17ter, 25 et 26 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'arrêté royal apporte les modifications suivantes 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 l'article 13 :
  - => au paragraphe 1<sup>er</sup>, A., les numéros d'ordre 212015 et 214012 sont supprimés ;
  - => au paragraphe 1bis, le numéro d'ordre 214012 est supprimé ;
  - => au paragraphe 2, les numéros d'ordre 212015 et 214012 sont supprimés ;
  - => au paragraphe 3, l'alinéa 1<sup>er</sup>, est abrogé ;
  - => le paragraphe 5 est remplacé ;
- à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 12<sup>o</sup>, dans le libellé de la prestation 459104, les numéros d'ordre "212015" et "214012" sont supprimés
- à l'article 17bis, § 1<sup>er</sup>, A., 5<sup>o</sup>, dans le libellé de la prestation 460003, les numéros d'ordre "212015" et "214012" sont supprimés
- à l'article 17ter, A., 9<sup>o</sup>, dans le libellé de la prestation 469103, les numéros d'ordre "212015" et "214012" sont supprimés
- à l'article 25, au paragraphe 3 :
  - => dans le libellé de la prestation 590472, les mots "(y compris le monitoring continu des paramètres vitaux)" sont insérés entre les mots "médicale" et "donnée" ;
  - => dans le libellé de la prestation 590435, les mots "(y compris le monitoring continu des paramètres vitaux)" sont insérés entre les mots "médicale" et "donnée" ;

- à l'article 25, au paragraphe *3bis*, dans la cinquième règle d'application suivant la prestation 590450, au 1<sup>o</sup>, un alinéa rédigé comme suit est inséré entre les alinéas 1 et 2 : "Ces prestations comprennent la surveillance continue éventuelle des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit au moins de façon permanente l'électrocardiogramme, ainsi que la surveillance continue de la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel."
- à l'article 26, § 4, les numéros d'ordre "212015" et "214012" sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
27.08.2024	12.08.2024	Arrêté royal modifiant l'article <i>24bis</i> , § 1 <sup>er</sup> , 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 et abrogeant certaines mesures de l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> juillet 2021 portant exécution des articles 34 et 37 de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article *24bis*, § 1<sup>er</sup>, 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, les modifications suivantes sont apportées :
  - => la prestation 557115-557126 et la règle d'application qui la suit sont remplacées ;
  - => la prestation 557152-557163 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;
  - => le premier paragraphe est complété par la prestation 557314-557325 et les règles d'application.
- l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juillet 2021 portant exécution des articles 34 et 37 de la loi du 13 juin 2021 portant des mesures de gestion de la pandémie COVID-19 et d'autres mesures urgentes dans le domaine des soins de santé, est abrogé.

### 3. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2024	12.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité remboursable dans une officine ouverte au public

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le 1<sup>o</sup> de l'article 4 de l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public afin d'octroyer un honoraire pour la prestation Bon Usage des Médicaments pour la Bronchopneumopathie chronique obstructive (BUM BPCO).

Moniteur belge	Date	Titre
03.07.2024	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal supprime les mots "entre l'année de son 30<sup>e</sup> anniversaire jusqu'à l'année de son 85<sup>e</sup> anniversaire," de l'article 2, 9<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global et fixe des mesures transitoires.

Moniteur belge	Date	Titre
08.07.2024 – Édition 1	20.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup> , et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal complète les annexes 1et 2 jointes à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
12.07.2024	02.06.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 avril 2022 fixant et allouant les montants des rémunérations pour l'instauration de la classification de fonctions prévue dans les accords sociaux relatifs au secteur fédéral de la santé et qui ont été conclus le 25 octobre 2017 et le 12 novembre 2020 par le gouvernement fédéral avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs salariés concernées

#### Résumé des modifications

En 2024, l'INAMI versera un montant de 14.500.000 EUR au Fonds Maribel Social pour les établissements et services de santé 330 à titre de compensation unique pour le coût d'implémentation, sur base du nombre d'équivalents temps plein, de la classification de fonctions telle que prévue dans les accords sociaux du 25 octobre 2017 et du 12 novembre 2020 pour les employeurs visés à l'article 5 et qui appartiennent au secteur privé.

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2024 – Édition 1	18.05.2024	Arrêté royal modifiant l'article 7 <sup>quater</sup> 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 de certaines prestations

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal abroge le dernier alinéa de l'article 7<sup>quater</sup> 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 de certaines prestations.

Moniteur belge	Date	Titre
17.07.2024 – Édition 1	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'article 6 de l'arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés

#### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, les honoraires de disponibilité des médecins s'élèvent à 7,60 EUR par heure pour la participation à des services de garde organisés de semaine et à 15,20 EUR par heure pour la participation à des services de garde organisés les weekends et les jours fériés.

Moniteur belge	Date	Titre
17.07.2024 – Édition 1	25.05.2024	Arrêté royal modifiant l'article 6 de l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins et aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés par le ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital

#### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, les honoraires forfaitaires de disponibilité aux médecins et aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés par le ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique s'élèvent à 508,63 EUR par week-end, à 305,18 EUR par jour férié légal qui ne coïncide pas avec un week-end et à 203,43 EUR par jour férié légal qui se situe un vendredi ou un lundi.

Moniteur belge	Date	Titre
30.07.2024 – Édition 1	17.07.2024	Arrêté royal portant exécution de la loi du 8 mai 2019 modifiant la prise en charge des prestations de logopédie

#### Résumé des modifications

À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2024, les patients ayant un QI inférieur à 86 et souffrant de troubles du développement du langage et de dysphasie peuvent bénéficier d'un accord de traitement pour le remboursement de séances de logopédie monodisciplinaire.

Moniteur belge	Date	Titre
01.08.2024	22.02.2024	Arrêté royal portant exécution des articles 9 <sup>quater</sup> et 166, § 1, l) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Les données visées à l'article 9<sup>quater</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont mises à disposition de l'Institut au plus tard le cinquième jour ouvrable qui suit celui au cours duquel l'Agence intermutualiste a réceptionné une demande d'accès valide de l'Institut.

Moniteur belge	Date	Titre
02.09.2024	12.08.2024	Arrêté royal fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les maîtres de stage des candidats des psychologues cliniciens et des candidats orthopédagogues cliniciens

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal fixe les modalités et le montant de l'indemnité pour les maîtres de stage qui encadrent des candidats psychologues cliniciens ou orthopédagogues cliniciens.

L'indemnité est de 291,67 EUR par mois d'encadrement pour l'année 2024, et sera indexée chaque année.

## 4. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2024	12.06.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <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'arrêté ministériel apporte des modifications à la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5, de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20*bis*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2024	01.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <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'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- ajoute des moyens dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5, de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

- dans partie I, Titre 3 de la liste annexée au même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :
  - => au chapitre I et II, des lignes sont remplacées ;
  - => au chapitre III, un produit est supprimé ;
  - => au chapitre IV, § 1<sup>er</sup>, § 4, § 9A, § 9B, § 13, § 15A, § 15B, § 23, § 24, § 28A et § 28B, des lignes sont remplacées.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2024	08.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <sup>o</sup> <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
30.08.2024 – Édition 1	08.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20 <sup>o</sup> <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la liste partie II, titre 2, chapitre II : Nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20<sup>o</sup>*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les points A, B et C de l'article 1 sont remplacés
- dans le même chapitre, les modifications suivantes sont apportées
  - => à l'article 3, le texte français, les mots "à la nutrition parentérale" sont supprimés et les mots "du bénéficiaire" sont remplacés par "au bénéficiaire" ;
  - => l'article 4 est remplacé ;
  - => l'article 5, § 1<sup>er</sup>, les points 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont remplacés par les points 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> ;
  - => l'article 6 est remplacé ;
  - => la disposition suivante est ajoutée : "Art. 8. Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin-conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté ministériel restent valables durant leur période de validité."

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2024 – Édition 1	17.07.2024	4 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 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

- à l'annexe II :
  - => le point IV.6.8 est inséré et rédigé comme suit : "Les agonistes dopaminergiques associés avec un inhibiteur périphérique de la dopadécarboxylase via une pompe sous-cutanée. : A-162" ;
  - => le point IV.14.3. est inséré et rédigé comme suit : "Les médicaments destinés au traitement de la sclérose en plaques. : Fb-15" ;
  - => le point VIII.1.40 est inséré et rédigé comme suit : "Lymphocytes T cytotoxiques allogéniques spécifiques de l'EBV selon la restriction de l'HLA : A-161".
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2024	13.08.2024	5 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 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
16.09.2024	13.08.2023	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 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. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II :
  - => les point XVI.5.7. et XXII.13. sont insérés ;
- à l'annexe IV, un code ATC est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
20.09.2024 – Édition 2	16.09.2024	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 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
- à l'annexe II :
  - => le point I.15.4. est inséré et rédigé comme suit : "Inhibiteur sélectif, allostérique et réversible de l'ATPase de myosine cardiaque. : B-385" ;
  - => le point IV.4.5. est inséré et rédigé comme suit : "Antagonistes du récepteur du CGRP. : B-386" ;
  - => le point VIII.1.41. est inséré et rédigé comme suit : "Interférons de type 1. : A-163".
- à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
19.07.2024 – Édition 1	17.07.2024	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.

Moniteur belge	Date	Titre
02.08.2024	16.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
07.08.2024	16.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>
13.08.2024	16.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>
21.08.2024	16.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. - <i>Erratum</i>

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- des moyens sont ajoutés dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 1
- un moyen est ajouté dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 2
- un moyen est ajouté dans la liste partie I, titre 1, chapitre III, section 1
- une disposition est insérée au § 30000 dans la liste partie I, titre 2, chapitre I.

Moniteur belge	Date	Titre
12.08.2024	25.07.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à la liste partie I, titre 3, de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2024	12.07.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> 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 les modifications suivantes à la condition de remboursement F- § 05 :

- le point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" est remplacé
- à la condition de remboursement F- § 29, au point "1. Critères concernant l'établissement hospitalier", le deuxième alinéa est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2024	12.07.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" 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

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> 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 :
  - => le point "E.5.2 Sonde/Stent" est complété par la prestation 185356-185360 et ses modalités de remboursement ;
  - => la condition de remboursement E- § 15 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 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, est ajoutée une nouvelle liste nominative 39501 associée à la prestation 185356-185360.

## 5. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2024	22.07.2024	Règlement 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

À l'annexe du 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, les formulaires F-Form-I-03, F-Form-I-14 et F-Form-II-02 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie" de la liste, sont supprimés. Le formulaire F-Form-II-08 concernant la pose de candidature est modifié.

Moniteur belge	Date	Titre
13.09.2024	19.06.2024	Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'employeur (ou son mandataire) complète et transmet dorénavant les données du congé de naissance à la mutualité, mensuellement, au fur et à mesure que le congé de naissance à charge de l'assurance est pris par le travailleur. Le volet de la feuille de renseignements, à compléter par l'organisme assureur et par l'employeur, est adaptée en conséquence.

L'entrée en vigueur est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Une première déclaration mensuelle (et un premier paiement mensuel) est par conséquent possible à partir du mercredi 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Les données relatives aux jours de congés de naissance précédant le 1<sup>er</sup> janvier 2025 qui n'auraient pas encore été déclarées auparavant sont toutefois déclarées au plus tard le lundi 3 février 2025.

Sur le plan formel, les notions de "congé de paternité" et de "congé de naissance" sont pour le surplus remplacées par la notion unique de "congé de naissance".

Moniteur belge	Date	Titre
18.09.2024	07.08.2024	Règlement établissant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre aux organismes assureurs par les médecins

### Résumé des modifications

La liste de "pseudocodes" est publiée en annexe du règlement.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2024	09.09.2024	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 :

- à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, 7°, le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit : "- une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 94A pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et conforme au modèle repris à l'annexe 94B pour gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques; "
- l'annexe 94 est abrogée
- les annexes 94A et 94B sont ajoutées.

## 6. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

10.07.2024

### Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 13

##### Question

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 105733 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

##### Réponse

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 105733 N 8.

La règle interprétative précitée produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de la publication de la règle interprétative au Moniteur belge.

**Moniteur belge**

10.07.2024

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, h), de la nomenclature des prestations de santé****RÈGLE INTERPRÉTATIVE 10****Question**

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 105733 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

**Réponse**

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 105733 N 8.

La règle interprétative précitée produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de la publication de la règle interprétative au Moniteur belge.

**Moniteur belge**

17.07.2024 – Édition 1

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, I), (Stomatologie) de la nomenclature des prestations de santé**

La règle interprétative 02 est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**Moniteur belge**

17.07.2024 – Édition 1

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 12 (Anesthésiologie) de la nomenclature des prestations de santé****RÈGLE INTERPRÉTATIVE 13****Question**

Les médecins spécialistes en anesthésiologie-réanimation sont souvent appelés à effectuer des anesthésies générales pour soins dentaires conservateurs, par exemple chez des bénéficiaires atteints de troubles du caractère ou de troubles mentaux. Que peut-on tarifer pour l'anesthésie ?

**Réponse**

L'anesthésie générale peut être attestée sous le numéro 201250 - 201261 K 45 pour autant qu'elle soit effectuée en milieu hospitalier par un médecin spécialiste en anesthésiologie-réanimation.

La règle interprétative précitée produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**Moniteur belge**

05.08.2024

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 31, de la nomenclature des prestations de santé**

La règle interprétative 1 est abrogée. Cette abrogation produit ses effets au 1<sup>er</sup> décembre 2012.

**Moniteur belge**

19.08.2024 – Édition 2

**Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 13 de la nomenclature des prestations de santé**

La règle interprétative 02 est remplacée par ce qui suit :

**RÈGLE INTERPRÉTATIVE 02****Question**

L'article 13, § 2, 7°, de la nomenclature des prestations de santé dispose :

"Le nombre de jours indiqués dans le libellé des prestations 211013-211024, 211035-211046, 211116-211120, ... constitue le nombre maximum de jours pouvant être portés en compte pour une même période d'hospitalisation.

Les prestations 212026 ou 212030-212041 ne peuvent pas être attestées si trois prestations 211013-211024 ou plus sont attestées pendant une même période d'hospitalisation."

Comment faut-il interpréter cette notion de "même période d'hospitalisation" ?

**Réponse**

Les dispositions de l'article 25, § 2, b), 5°, de la nomenclature des prestations de santé, qui définissent la notion de "période d'hospitalisation" ne s'appliquent qu'à la prestation 599082 et donc pas aux prestations de l'article 13 - Réanimation - ni aux autres prestations figurant dans la nomenclature auxquelles s'applique toujours la période d'hospitalisation complète, de l'admission au renvoi.

La règle interprétative précitée produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**Moniteur belge**

26.08.2024

**Règle interprétative relative aux prestations de l'article 17 (Radiologie) de la nomenclature des prestations de santé****RÈGLE INTERPRÉTATIVE 3****Question**

La prestation 458975-458986 peut-elle être attestée pour une articulation autre que l'épaule ?

### Réponse

Non.

La prestation 458975-458986 peut seulement être attestée pour un examen de l'articulation de l'épaule, et ce uniquement pour les indications suivantes :

- un syndrome d'épaule instable
- une stadification préopératoire en cas de déchirure complète de la coiffe des rotateurs
- une suspicion clinique de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs avec examen RX et échographie normaux.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1<sup>er</sup> août 2023.

### Moniteur belge

25.09.2024

07.10.2024 - *Erratum*

### Règles interprétatives relatives à la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables

#### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 47

#### Question

"L'athérectomie orbitale est-elle couverte par la prestation pour l'athérectomie rotationnelle ?"

#### Réponse

"Dans l'athérectomie rotationnelle, une tête en diamant est montée coaxialement à l'extrémité d'un fil d'entraînement flexible. En faisant tourner cette tête à grande vitesse, la plaque est percée. Le diamètre de la lumière obtenue correspond au diamètre de la tête de forage.

Lors de l'athérectomie orbitale, une tête en diamant est montée de manière excentrique sur le fil d'entraînement. Avec cette technique, la plaque est éliminée en grattant avec le côté de ce foret en tournant à grande vitesse. Le diamètre de la lumière obtenue dépend de la vitesse de rotation, qui détermine l'excentricité de la rotation de la tête diamantée. Il s'agit d'un principe différent et ne relève donc pas de l'athérectomie rotationnelle."

La règle interprétative 47 produit ses effets le 1<sup>er</sup> avril 2024.

### Moniteur belge

30.09.2024

### Règle interprétative pour le remboursement de la spécialité pharmaceutique à base de nirsevimab (Beyfortus R)

#### Question

Dans quelle situation la spécialité pharmaceutique Beyfortus (nirsevimab) est-elle remboursable en octobre 2024 pour la prévention des infections graves des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncytial (VRS) chez qui l'administration devrait avoir lieu avant la saison VRS ?

## Réponse

"Pour cette année, le début de la nouvelle saison VRS est déterminé administrativement le 1<sup>er</sup> novembre 2024, la fin de la saison précédente étant le 31 mars 2024. C'est-à-dire si un bénéficiaire reçoit une spécialité pharmaceutique à base de nirsevimab pour la prévention des infections graves des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncytial (VRS), au cours de la première saison du VRS chez les nouveau-nés et les nourrissons :

- ayant un âge gestationnel < 36 semaines ( § 12820100)
- OU ayant un âge gestationnel > ou = 36 semaines ( § 12820200)

et qui sont âgés de moins de 13 mois et chez qui l'administration devrait avoir lieu avant la saison VRS (catch-up population), l'administration est également remboursable en 2024, du 1<sup>er</sup> octobre 2024 au 31 octobre 2024 inclus. Si le bénéficiaire est né pendant la saison VRS 2024-2025 en cours, l'administration est remboursable pendant la saison VRS."

La règle interprétative précitée prend effet le 1<sup>er</sup> octobre 2024.

Moniteur belge
----------------

30.09.2024
------------

## Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 30, de la nomenclature des prestations de santé

La règle interprétative 1 est remplacée par les dispositions suivantes :

### RÈGLE INTERPRÉTATIVE 1

#### Question

Sur base de quelle amétropie rembourse-t-on les lentilles de contact multifocales ?

#### Réponse

Les lentilles multifocales sont des lentilles de contact optiques pour lesquelles l'article 30 définit les différentes indications au point C. 2.2.2.

L'une des indications est la présence d'une amétropie de +6,00 de dioptrie. Celle-ci doit être évaluée sur base de la réfraction du verre de lunette et de la dioptrie pour la vision de loin, à l'instar de ce qui est d'application pour les verres de lunettes progressifs."

La modification précitée produit ses effets au 1<sup>er</sup> mai 2024.

## 7. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
02.07.2024	17.05.2024	Quatrième Avenant à la Convention du 1 <sup>er</sup> janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs. - Conseil des Ministres - Notification point 63

### Résumé des modifications

Le but du quatrième avenant à la convention du 1<sup>er</sup> janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs est de fixer le cadre du remboursement de la prestation "Entretien d'accompagnement de Bon Usage des Médicaments (BUM) pour la Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)" en insérant un article *15quater*. Lors de cet entretien, le pharmacien évalue les attentes et les expériences du patient par rapport à ses médicaments et sa pathologie. En fonction des besoins identifiés, des informations et des conseils adaptés sont donnés au patient. L'objectif est d'adapter au mieux les soins aux besoins individuels du patient et de créer un environnement favorable à des stratégies d'autogestion efficaces.

Moniteur belge	Date	Titre
23.08.2024	06.06.2024	Quatrième avenant à la convention nationale entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs

### Résumé des modifications

L'avenant apporte les modifications suivantes à la convention nationale U/2014 entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs :

- à l'article 2, § 2, :
  - => les alinéas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 et 23 sont abrogés ;
  - => après le premier alinéa, un nouvel alinéa, devenant l'alinéa 2, est inséré : "2. Pour les prestations relatives aux prothèses articulaires inscrites au titre "L2. Articulations", le plafond est calculé par articulation pour l'ensemble des implants qu'ils soient sur mesure ou non (à l'exception des éventuelles prestations ciment).";
  - => à l'alinéa ancien 6, devenant l'alinéa 3, le mot "fixé" est remplacé par le mot "calculé" ;
  - => à l'alinéa ancien 19, devenant l'alinéa 12, les mots "ablation par radiofréquence inscrites au titre "E.1.4. Autres" de la "Liste" sont remplacés par les mots "ablation inscrites dans la "Liste" " et le mot "session" est remplacé par le mot "intervention";
  - => les alinéas anciens 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 24 deviennent respectivement les alinéas 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 et 16.
- l'article 2, § 2, est complété par l'alinéa suivant, devenant l'alinéa 17 : "17. Pour les prestations relatives au matériel d'angioplastie coronarienne inscrites au titre "F.1.4. Angioplastie coronarienne transluminale percutanée" de la Liste, le plafond est calculé par intervention." ;
- l'article 4 est modifié comme suit :
  - => l'alinéa 5 est formulé comme suite : "5. à délivrer et/ou attester lui-même le dispositif et à le facturer uniquement s'il est effectivement utilisé ou implanté (en cas de dispositif implantable);";
  - => l'alinéa 10 est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
16.09.2024	06.09.2024	Cinquième Avenant à la Convention du 1 <sup>er</sup> janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs. - Notification point 21

### Résumé des modifications

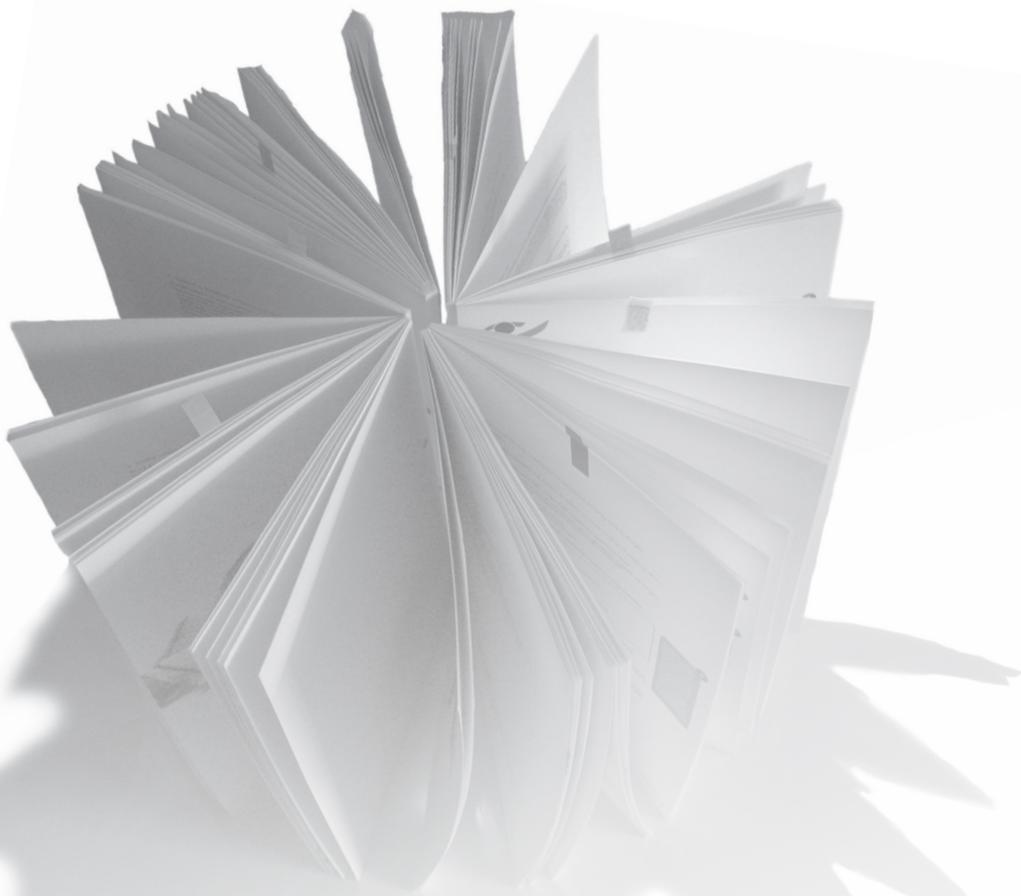
L'objectif de cet avenant est de prolonger le premier avenant relatif au "sevrage aux benzodiazépines" du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 décembre 2024.

Cette prestation fixe le cadre du remboursement des prestations réalisées par le pharmacien pour l'accompagnement, la préparation et la délivrance de préparations magistrales pour un programme de sevrage aux benzodiazépines et produits apparentés.



# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour d'appel de Liège, 9 octobre 2024

## Non indemnisable - Inférieur au seuil de gravité

*La Cour suit la position du FAM concernant le critère de gravité. La Cour critique le raisonnement du premier juge et estime qu'il doit y avoir un lien de causalité entre le dommage subi et l'accident médical sans responsabilité (AMSR). La Cour estime que le lien de causalité entre l'AMSR et l'incapacité dont il est question, n'a pas été établi. De même, en ce qui concerne le critère "perturbation particulièrement grave des conditions de vie du patient, y compris sur le plan économique", la Cour estime que les conditions légales n'ont pas été remplies. Le recours du FAM est donc fondé. Le juge déclare la demande initiale du patient non fondée, le dommage subi ne répondant à aucune des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi sur les accidents médicaux.*

R.G. 2023/RG/496  
FAM-INAMI c./...

...

## II. Faits et antécédents de la cause

### 1.

En 2010, ... a été suivi par le docteur ... dans le cadre d'une hernie discale. Il a été opéré de cette hernie le ... 2010.

En 2014, il a à nouveau consulté le docteur ... pour lombosciatalgies.

Il a été placé en incapacité de travail à partir du ... 2014.

Après une première infiltration épidurale aux ... une infiltration foraminale a été réalisée par le docteur ... le ... 2014 au ...

Lors de l'infiltration effectuée le ... 2014, ... a ressenti des douleurs à l'injection et a ensuite présenté une paralysie des releveurs du pied et de la cheville droite.

... indique que suite à ces complications médicales, il est resté en arrêt de travail jusqu'au ... 2016, date à laquelle il a été reconnu par l'INAMI comme étant en invalidité à plus de 66 %, et que depuis lors, il n'est plus en état de travailler.

Le ... 2016, ... a introduit une demande d'avis auprès du Fonds des accidents médicaux (en abrégé et ci-après FAM).

Conformément à l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le FAM a organisé une expertise, confiée au docteur ... . Celui-ci a rédigé un rapport d'expertise définitif daté ... 2021.

Le ... 2021, le FAM a rendu l'avis prévu par l'article 21 de la loi du 31 mars 2010. Quant à la responsabilité, le FAM conclut que le docteur ... n'a commis aucune faute dans la prise en charge de ... et qu'aucune responsabilité ne peut être retenue dans le chef de ce médecin pour le dommage subi par ... . Quant à l'accident médical sans responsabilité, le FAM conclut que le dommage allégué "ne franchit aucun des seuils de gravité prévus par la loi, de sorte que, même dans l'hypothèse où les éléments constitutifs d'un accident médical sans responsabilité seraient réunis, ce qui n'est pas établi en l'espèce, le dommage allégué ne pourrait être indemnisé par le Fonds".

## 2.

Par une citation signifiée le ... 2021, ... a assigné le FAM devant le tribunal de première instance de Namur, division Namur, faisant valoir que c'est à tort que celui-ci a émis un avis négatif concernant l'accident médical sans responsabilité dont il a été victime et qu'il est fondé à lui réclamer les indemnités auxquelles il a droit conformément au droit commun. Il sollicitait la condamnation du FAM au paiement de la somme d'1 EUR provisionnel sur un dommage évalué sous toutes réserves à plus de 100.000 EUR et la désignation d'un médecin-expert avec la mission habituelle en matière d'évaluation du préjudice corporel.

Par jugement du ... 2022, le premier juge statue comme suit :

- en ce qui concerne l'anormalité du dommage :
  - => critère de l'état international de la science lors de la prestation de soins litigieuse : Les complications dont fut victime ... ne peuvent être qualifiées de dommage anormal au regard de "*l'état actuel de la science*" au sens de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation résultant de soins de santé ;
  - => critère de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible : Le tribunal n'étant techniquement pas compétent pour déterminer la prévisibilité, à l'époque, des complications subies concrètement par ..., il apparaît nécessaire de procéder à une mesure d'instruction visant à entendre l'expert ... sur la question, avant de prendre position quant à ce critère
- en ce qui concerne la gravité du dommage :

Les parties s'opposent sur l'interprétation du 2<sup>o</sup> de l'article 5 de la loi selon lequel le dommage est grave lorsque le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois non consécutifs sur une période de douze mois.

Le FAM ne retient que l'incapacité temporaire de travail strictement imputable à la complication. Il estime que les périodes d'incapacité que le patient aurait nécessairement subies en l'absence de complications litigieuses ne comptent pas dans l'évaluation de la gravité du dommage et il relève que l'expert conclut que la victime était en mesure de reprendre le travail en date du ... 2015.

... conteste l'exclusion des périodes d'incapacité de travail qu'il aurait normalement subies en l'absence de complication, mais aussi sa capacité à reprendre effectivement le travail dès le ... 2015.

Le tribunal "constate que le texte de la loi du 31 mars 2010 est clair et ne prévoit pas de scission entre les périodes d'incapacité 'normales' et celles exclusivement imputables à la complication". Il estime qu'en la cause, sans les complications découlant de l'infiltration du ... 2014, ... n'aurait pas subi l'incapacité de travail telle qu'il l'a subie, c'est-à-dire du ... 2014 jusqu'au moins le ... 2014, soit pendant plus de six mois. Il en déduit que le dommage de la victime est grave au sens de la loi du 31 mars 2010 et que l'audition du docteur ... s'avère dès lors nécessaire afin de vérifier le critère d'anormalité du dommage de ... et donc le fondement de sa demande.

En termes de dispositif, le tribunal, avant dire droit sur le fondement de la demande, ordonne la tenue d'enquête, en application de l'article 916 du Code judiciaire, afin de vérifier si les complications subies concrètement par ... suite à l'infiltration foraminale du ... 2014 étaient, à l'époque, des conséquences prévisibles compte tenu de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible, et dit qu'à cette fin, il y a lieu d'entendre le docteur ...

...

## IV. Analyse de la cour

### 1. Recevabilité de l'appel

...

### 2. Fondement de l'appel

#### 2.1.

En vertu de l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le Fonds des accidents médicaux intervient en quatre cas limitativement circonscrits :

1° 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 sur les accidents médicaux ;

2° lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance ;

3° lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins et que celui-ci ou son assureur conteste la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi sur les accidents médicaux ;

4° lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante.

En l'espèce, c'est dans le cadre de la première hypothèse que ... sollicite l'intervention du Fonds, à savoir un accident médical sans responsabilité ayant causé un dommage répondant à l'une des conditions de gravité prévues par la loi.

L'article 5 détermine 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 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 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.

L'article 2, 7°, de la loi du 31 mars 2010 définit l'accident médical sans responsabilité comme étant *"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"*.

## 2.2.

En l'espèce, sur la base des précisions apportées par le docteur ... lors de son audition en date du ... 2023, le FAM ne conteste plus l'existence d'un dommage anormal au sens de la loi du 31 mars 2010 dans le chef de ...

Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner cet aspect.

## 2.3.

Le FAM estime par contre que le dommage allégué par ... ne répond pas au critère de gravité requis par la loi du 31 mars 2010 et, partant, n'est pas indemnisable par lui.

... fait valoir, en degré d'appel, que le dommage subi par lui remplit à la fois la condition de gravité au sens de l'article 5, 2° de la loi (incapacité temporaire de travail durant au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur une période de douze mois) que celle prévue à l'article 5, 3° de la loi (dommage occasionnant des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient).

Dans son avis du ... 2021, le FAM indique que :

... a subi une incapacité personnelle permanente imputable à la complication subie de 8 % de telle sorte que le critère de gravité relatif à l'invalidité supérieure à 25 % n'est pas atteint.

Il a subi une incapacité temporaire de travail strictement imputable à la complication du ... 2014 au ... 2014, soit inférieure à six mois.

En outre, le Fonds estime que la prestation de soins de santé n'a pas occasionné de troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ...

Enfin, il n'est pas question de décès dans ce dossier.

En conséquence, le dommage allégué en l'espèce ne franchit aucun des seuils de gravité prévus par la loi, de telle sorte que, même dans l'hypothèse où les éléments constitutifs d'un accident médical sans responsabilité seraient réunis, ce qui n'est pas établi en l'espèce, le dommage allégué ne pourrait être indemnisé par le Fonds.

## 2.4.

Selon l'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010, le dommage est suffisamment grave lorsque "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".

Le FAM estime que ce critère n'est pas rempli en l'espèce au motif qu'il faut tenir compte de l'incapacité temporaire de travail que le patient aurait normalement subie à la suite de l'intervention chirurgicale sans la survenance de la complication et donc déduire des périodes d'incapacité effectivement subies par le patient celles qui se seraient de toute façon manifestées même sans la survenance de la complication. En l'espèce, l'expert ... indique qu'en l'absence de complication, la prise en charge de ... aurait justifié un arrêt de travail jusqu'au ... 2014, qu'une reprise du travail était possible le ... 2015 et que l'arrêt de travail strictement imputable à la complication s'étend du ... 2014 au ... 2014 (cf. pp. 30-31 du rapport d'expertise), de sorte que la condition liée à l'incapacité temporaire de travail durant au moins six mois ne serait pas rencontrée.

... fait valoir que les séquelles réelles qu'il a subies *in concreto* dans le décours de l'accident, prises dans leur ensemble, n'étaient pas normales et doivent être intégrées dans la période des incapacités temporaires au sens de l'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010. Il estime que l'on ne peut soutenir que l'incapacité de travail qui se serait produite en tout état de cause après l'infiltration pratiquée sur lui et estimée à une période de sept mois n'est pas en relation causale avec l'accident médical sans responsabilité, pour ne pas prendre cette période en considération dans la détermination du délai exact d'incapacité temporaire de travail qu'il a subie. Selon lui, au vu des séquelles réelles et imprévisibles qu'il a subies dans le décours immédiat de l'infiltration litigieuse, la période d'incapacité qui serait prétendument tout de même survenue en l'absence de complication n'en demeure pas moins en relation causale avec l'accident médical sans responsabilité, de sorte que le critère de gravité au sens de l'article 5, 2° de la loi est rencontré.

L'argument de ... selon lequel les séquelles réelles qu'il a subies *in concreto* dans le décours de l'accident, prises dans leur ensemble, n'étaient pas normales et doivent de ce fait être intégrées dans la période des incapacités temporaires au sens de l'article 5, 2°, de la loi du 31 mars 2010, ne peut être accueilli.

En effet, le critère d'anormalité n'intervient pas lors de l'appréciation du critère de gravité de dommage. Le caractère anormal du dommage n'entraîne pas qu'il est nécessairement indemnisable ; encore faut-il pour cela qu'il soit grave au sens de l'article 5, ce qu'il s'agit précisément de déterminer.

En vertu de l'article 4, 1°, de la loi du 31 mars 2010, le Fonds des accidents médicaux 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. L'article 5, 2°, prévoit que le dommage est suffisamment grave lorsque 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.

Il suit de ces dispositions que le dommage est suffisamment grave si le patient subit, pendant au moins six mois, une incapacité de travail qui, sans l'accident médical, ne se serait pas produite telle qu'elle s'est réalisée. Le juge apprécie en fait si l'incapacité temporaire de travail subie par le patient trouve sa cause dans l'accident médical<sup>1</sup>.

L'indemnisation du FAM n'est due que pour le dommage qui trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité. Cette exigence de causalité doit aussi s'appliquer lors de l'examen de la condition de gravité, ce qui entraîne que l'on ne doit tenir compte, pour apprécier si cette condition est remplie, que du dommage qui a été causé par l'accident médical sans responsabilité.

La cour ne peut suivre le premier juge lorsqu'il se fonde sur le fait que le texte de la loi du 31 mars 2010 ne prévoit pas de scission entre les périodes d'incapacité "normales" et celles exclusivement imputables à la complication. Le texte ne prévoit certes pas en tant que tel de scission entre les périodes d'incapacité qui auraient de toute façon été subies sans l'accident médical sans responsabilité et celles exclusivement imputables à cet accident médical, mais il impose que le dommage soit en lien causal avec l'accident médical sans responsabilité, ce qui suppose l'examen du lien causal entre les périodes d'incapacité subies et l'accident médical en question.

Comme l'indique la Cour de cassation<sup>2</sup>, le dommage est suffisamment grave si le patient subit "pendant au moins six mois une incapacité de travail qui, sans l'accident médical, ne se serait pas produite telle qu'elle s'est réalisée" et "le juge apprécie en fait si l'incapacité temporaire de travail subie par le patient trouve sa cause dans l'accident médical".

Le premier juge estime qu' "en la cause, sans les complications découlant de l'infiltration du ... 2014, ... n'aurait pas subi l'incapacité de travail telle qu'il l'a subie, c'est-à-dire du ... 2014 jusqu'au moins le ... 2014, soit pendant plus de six mois".

1. Cass. 08.10.2020, consultable sur [www.juportal.be](http://www.juportal.be).

2. Cass. 08.10.2020, consultable sur [www.juportal.be](http://www.juportal.be).

L'on ne peut déterminer les circonstances concrètes et les faits sur la base desquels le premier juge fonde son appréciation en fait et desquels il déduit sa décision. Il s'agit uniquement de l'affirmation selon laquelle sans l'accident médical, ... n'aurait pas subi l'incapacité de travail telle qu'il l'a subie, ce qui est un postulat théorique et non vérifié *in concreto*<sup>3</sup>

L'on relève que le premier juge en arrive à considérer que "sans les complications découlant de l'infiltration du ... 2014, ... n'aurait pas subi l'incapacité de travail telle qu'il l'a subie, c'est-à-dire du ... 2014 jusqu'au moins le ... 2014", incluant ainsi dans la période d'incapacité imputable aux complications découlant de l'infiltration en cause une période antérieure à cette infiltration, ce qui ne se peut.

Il incombe à ..., sur qui repose la charge de la preuve de ce que les conditions d'intervention du FAM sont réunies, de démontrer que son incapacité de travail telle qu'elle s'est réalisée, d'une durée de plus de six mois, trouverait sa cause dans l'accident médical pour lequel il sollicite l'intervention du FAM.

Cette preuve n'est pas rapportée.

Le lien causal entre l'accident médical et l'incapacité de travail subie par ... jusqu'au ... 2014 n'est pas établi. En effet, sans l'accident médical, il y aurait de toute façon eu une incapacité de travail pendant cette période, par le seul fait de l'état de lombosciatique droite présenté par ... et la prise en charge qu'il nécessitait.

## 2.5.

... soutient que c'est à tort que le FAM estime qu'il aurait pu reprendre le travail le ... 2015, au vu des séquelles qu'il présentait suite à l'infiltration. Il invoque à l'appui de cette considération :

- le fait que son médecin-conseil, le docteur ... l'a, dès le ... 2014, reconnu comme étant en incapacité de travail jusqu'au ... 2016
- le fait que le docteur ... l'a déclaré inapte définitivement aux contraintes de son métier en date du ... 2016
- le fait qu'il a été reconnu comme étant en incapacité de travail à + de 66 % du ... 2014 jusqu'au ... 2015 puis à partir du ... 2015, avant d'être reconnu comme étant en invalidité à + de 66 % depuis le ... 2016
- les dires du docteur ... lui-même, étant d'une part le fait que dans son rapport d'expertise, il explique qu'une reprise du travail était possible mais avec un poste de travail sans marche en terrain irrégulier et sans montée sur des échelles et d'autre part son audition en qualité de témoin réalisée le ... 2023.

Les documents rédigés par les docteurs ... et ... ne sont pas produits par ...

Ils ont toutefois été produits au cours de l'expertise réalisée par le docteur ... puisque le rapport de celui-ci en fait état (p. 14 et p. 18), ce qui ne l'a pas empêché d'estimer que la reprise du travail était possible dès le ... 2015.

En ce qui concerne l'incapacité de travail reconnue par le docteur ..., l'on s'étonne qu'il ait pu prévoir une incapacité de travail aussi longue (plus de 21 mois) dès le ... 2014.

En ce qui concerne l'inaptitude déclarée par le docteur ..., l'on relève qu'elle est postérieure de plus d'un an à la date retenue par le docteur ... comme date possible de reprise du travail. L'on ne voit pas pourquoi le fait que ... ait été déclaré inapte définitivement aux contraintes de son métier en date du ... 2016 empêcherait qu'il aurait été apte à reprendre le travail le ... 2015.

3. Au contraire de l'arrêt de la présente cour du ... 2018. Raison pour laquelle la Cour de cassation, dans l'arrêt rendu suite au pourvoi introduit contre cette décision, après avoir relevé les constatations et éléments repris par ladite décision, décide que le moyen, qui, pour critiquer cette décision, soutient que l'incapacité de travail qui se serait produite en tout état de cause après la prestation de soins de santé, même en l'absence de l'accident médical, n'est pas en relation causale avec cet accident s'érige contre cette appréciation contraire de l'arrêt.

Il ressort de la pièce 7 du dossier de pièces de ... (attestation de la ... qu'une incapacité de travail (+ 66 %) a été enregistrée du ... 2014 au ... 2015 puis du ... 2015 au ... 2022 à tout le moins et qu'il est reconnu en invalidité à plus de 66 % par l'INAMI depuis le ... 2016.

Aucun détail n'est cependant donné quant aux raisons ayant mené à la reconnaissance de cette incapacité. L'expert ... indique à cet égard que la justification précise de l'arrêt de travail depuis le ... 2015 est inconnue (p. 10 du rapport d'expertise). L'on ne dispose dès lors pas de la preuve de l'imputabilité de l'incapacité de travail de plus de 66 % reconnue à ... et l'accident médical sans responsabilité en cause.

En outre, d'après cette même attestation de la ..., l'incapacité de travail de plus de 66 % n'a été reconnue à ... que jusqu'au ... 2015 puis à partir du ... 2015. L'on est donc proche de la date du ... 2015 retenue par l'expert ... lequel relève d'ailleurs qu'il ne dispose pas de justificatif d'arrêt pour la période du ... au ... 2015 (p. 10 du rapport d'expertise) et qu'il n'y a pas de justificatif clinique pour l'arrêt de travail à partir du ... 2015 (p.20 du rapport d'expertise). Il semble donc bien y avoir eu une reprise du travail le ... 2015.

La date de reprise possible du travail retenue par l'expert ... n'a pas été contestée par son médecin-conseil au cours de l'expertise.

Enfin, les dires du docteur ... ne sont pas contraires au fait que ... aurait pu reprendre le travail le ... 2015. Il n'est pas établi que le métier exercé par ... ne lui permettait pas d'exercer à un poste de travail sans marche en terrain irrégulier et sans montée sur des échelles. Le docteur ... n'a pas abordé la question de la date de reprise possible du travail lors de son audition par le tribunal.

Compte tenu de la date de reprise possible du travail retenue par l'expert ..., il ne peut être retenu que ... aurait subi une incapacité temporaire de travail au moins durant 6 mois consécutifs, ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.

## 2.6.

Selon l'article 5, 3°, de la loi du 31 mars 2010, le dommage est suffisamment lorsqu'il "occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient".

La loi du 31 mars 2010 ne précise pas la notion de "troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient".

Suivant l'exposé des motifs, le critère prévu à l'article 5, 3°, de la loi 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 deux critères de quantification du dommage relatifs à l'invalidité permanente ou à l'incapacité temporaire totale, affectant la victime avec une gravité telle qu'une absence d'indemnisation serait contraire à l'esprit de la présente loi" (Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Chambre, sess. 2009-2010, n° S2-2240/001, pp. 39-40)<sup>4</sup>.

4. Liège, 14.06.2022, R.G.A.R., 2023, liv. 5, 15955..

Le critère doit être évalué au cas par cas, parce que, par définition, il variera avec les conditions de vie de la victime. L'impact sur les conditions d'existence peut être tant temporaire que définitif, tant variable que constant ; même s'il est évident que l'on conclura plus rapidement à un trouble particulièrement grave si ce trouble est définitif et/ou constant<sup>5</sup>

En l'espèce, ... invoque à l'appui de sa demande fondée sur ce critère des éléments d'ordre purement médical (examen clinique de l'orthopédiste ... du ... 2014 et bilans EMG réalisés les ... 2014, ... 2014 et ... 2015) qui ne permettent pas d'apprécier leur impact concret sur les conditions de vie de la victime.

Le fait que les précédentes infiltrations n'avaient pas provoqué pareilles douleurs et séquelles que l'infiltration litigieuse et que l'état neurologique de ... était normal avant cette infiltration n'est pas pertinent pour apprécier si le dommage subi suite à l'infiltration litigieuse a eu un impact grave et important dans la vie de ...

Le caractère imprévisible du dommage est étranger à cette appréciation.

En ce qui concerne les doléances exprimées par ... lors de l'expertise, elles ne peuvent être prises en compte que pour autant qu'il s'agisse de plaintes dont l'imputabilité à la complication survenue est établie, *quod non*. Il en va de même du fait que ... n'a jamais repris son métier d'ouvrier de voirie.

Les taux d'incapacités retenus par l'expert ... comme étant imputables à la complication (8 % d'incapacité personnelle et 20 % d'incapacité économique) ne permettent pas non plus de retenir l'impact grave et important sur les conditions d'existence de la victime tel que requis par l'article 5, 3°, de la loi du 31 mars 2010.

Il n'est dès lors pas établi que le dommage subi par ... suite à la complication litigieuse a occasionné des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.

## 2.7.

Il résulte de ce qui précède que l'exigence de gravité du dommage requise par l'article 4, 1° de la loi du 31 mars 2010 n'est pas remplie en l'espèce, aucun des critères visés par l'article 5 de cette loi n'étant rencontré.

Partant, l'on ne se trouve pas dans un cas où le FAM doit son intervention, de sorte que la demande de ... à son égard doit être déclarée non fondée.

...

Tous autres moyens invoqués par les parties s'avèrent, au vu des motifs qui précèdent, non pertinents.

PAR CES MOTIFS,

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

LA COUR, statuant contradictoirement,

Dit l'appel recevable et fondé.

Réforme le jugement entrepris.

Dit la demande originaire de ... recevable mais non fondée. L'en déboute.

...

5. W. BUELENS, "Dommage grave au sens de l'art. 5 de la loi relative aux accidents médicaux : de l'incapacité de travail et des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence", *Rev. dr. santé*, 2023/24, liv. 4, p. 335, n° 12..

## II. Tribunal de 1<sup>re</sup> instance Limbourg, division Hasselt, 16 octobre 2024

### Non indemnisable - Problématique préexistante

*Le juge suit la position du FAM. Il n'y a aucune raison de nommer un nouvel expert. Le dommage, à savoir l'infection à SARM, était limité et sans rapport avec les interventions. Le patient n'a pas suffisamment pris en compte l'impact de la problématique préexistante. Il n'a pas été démontré que le dommage subi était évitable et imprévisible, de sorte qu'il n'est pas question de dommage anormal au sens de la loi sur les accidents médicaux. Par conséquent, les demandes du patient sont déclarées non fondées. Il n'est pas question d'AMSR.*

R.G. 23/1621/A  
... c./FAM-INAMI

...

### Voorgaanden en vorderingen:

Eiser was het slachtoffer van een arbeidsongeval dat plaatsvond in 2002 waarbij hij een letsel aan zijn linkerbeen opliep, een proximale femurfractuur, die werd behandeld met een plaat- en schroef-onteosynthese. Hij behield als restletsel een ernstige verkorting aan zijn linkerbeen.

Teneinde een oplossing te bieden aan de problematiek van het beenlengteverschil alsook een rotatieafwijking dat/die eiser had overgehouden aan het arbeidsongeval, onderging hij in april 2013 (luidens eiser op ..., luidens verweerder op ..., een ingreep waarbij er een Taylor spatial frame werd geplaatst.

Na deze ingreep was hij besmet met MRSA, waarvoor hij, nadat hij op ... 2013 uit het ziekenhuis was ontslagen, op ... 2013 terug in het ziekenhuis diende opgenomen te worden.

Op ... 2013 werd voormeld frame dan operatief verwijderd in het licht van de behandeling van de MRSA-infectie, met plaatsing van een externe fixator en een VAC.

Op ... 2013 werd een VAC-wissel uitgevoerd, spoeling van de wonde. Op ... 2013 gebeurde er een urgent wonddebridement.

De geplaatste externe fixator werd op ... 2013 vervangen door een Mephisto fixator. Tevens vond er een resectie van het litteken op de linker heupkam plaats. Daags na deze operatie kwam de nieuwe fixator door een onbekende oorzaak los, zodat op ... 2013 die opnieuw vastgezet diende te worden.

Eiser verliet op ... 2013 het ziekenhuis. Op ... 2013 volgde een wondcontrole op de dienst traumatologische heelkunde in ... waarbij werd vastgesteld dat er geen tekens van infectie meer bestonden en in overleg met Prof. Dr. ..., arts-specialist in de heelkunde, werd besloten om een conservatief beleid aan te houden.

Tussen 2014 en 2020 volgden nog een aantal operaties aan het linkerdijbeen, waarbij eiser telkens werd gehospitaliseerd. Op ... 2020 werd de voorlopig laatste operatie uitgevoerd, waarbij de externe fixator in verschillende stappen verwijderd werd.

Op ... diende eiser een adviesaanvraag in bij het Fonds voor Medische Ongevallen (het FMO) aanvoerende dat hij ingevolge de MRSA-infectie schade leed, nu hierdoor een veelvoud aan ingrepen noodzakelijk was, die onnodige schade veroorzaakten.

Naar aanleiding van dit verzoek werd in toepassing van artikel 17 § 2 van de wet van 31 maart 2010 een tegensprekelijke expertise georganiseerd, middels aanstelling van dr. ... en Prof. dr. ... d.d. ...

Op ... werd een voorlopig deskundig verslag opgesteld. Het definitief deskundig verslag werd opgesteld op ...

Op ... besloot het FMO dat de schade niet gekwalificeerd wordt als het gevolg van een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en dat de schade die toe te schrijven is aan het medisch ongeval, niet de aard van ernst zoals bepaald in de wet bereikt, zodat er geen grondslag is voor een vergoeding.

Eiser ging over tot dagvaarding van het FMO op ...

Hij vordert, zoals geformuleerd in de laatste besluiten die ter griffie werden neergelegd:

*De vordering van concluant ontvankelijk en gegrond te verklaren.*

*Verweerster te veroordelen tot betaling aan concluant van een schadevergoeding van 500,00 EUR provisioneel meer de vergoedende intresten vanaf 29 april 2013 en de gerechtelijke intresten.*

*Een geneesheer-deskundige aan te stellen met als opdracht om de fysische en psychologische letsels in hoofde van concluant naar aanleiding van het betrokken schadegeval te beschrijven, en vast te stellen in welke mate er sprake is van tijdelijke en blijvende invaliditeit met algehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid in hoofde van concluant.*

*Te zeggen voor recht dat verweerster gehouden is om de kosten van de aan te stellen geneesheer-deskundige te provisioneren.*

*Verweerster te veroordelen tot de kosten van het geding met inbegrip van de rechtsplegingsvergoeding.*

Verweerder besluit in de laatste conclusies die ter griffie werden neergelegd als volgt:

*vorderingen van de Heer ... ontvankelijk, doch ongegrond te verklaren en:*

**in hoofdorde:**

- *te zeggen voor recht dat er geen sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7° van de Wet van 31 maart 2010, en dienovereenkomstig te zeggen voor recht dat het Fonds niet gehouden is tot het betalen van een schadevergoeding op grond van artikel 4, 1° van de Wet van 31 maart 2010 aan de Heer ...*

**in ondergeschikte orde:** *voor het geval Uw Rechtbank van Eerste Aanleg zou besluiten tot het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid:*

- *te zeggen voor recht dat de door de Heer ... geleden schade ten gevolge van het medisch ongeval niet ernstig is in de zin van artikel 5 van de Wet van 31 maart 2010, en dienovereenkomstig te zeggen voor recht dat het Fonds niet gehouden kan zijn tot de betaling van een schadevergoeding aan de Heer ... op grond van artikel 4, 1° van de Wet van 31 maart 2010; en*

**in ieder geval:**

- *de Heer ... te veroordelen tot de kosten van het geding, met inbegrip van de rolrechten en de rechtsplegingsvergoeding, in hoofde van het Fonds begroot op 1.800 EUR (basisbedrag), desgevallend te actualiseren (conform het geïndexeerde bedrag) op het ogenblik van de uitspraak.*

**Beoordeling:**

1.

De ontvankelijkheid van de vordering wordt niet betwist. Er is geen reden om ambtshalve een middel van onontvankelijkheid op te werpen zodat de vordering ontvankelijk kan worden verklaard.

2.

Eiser grondt zijn vordering in betaling van een schadevergoeding jegens het FMO op een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA).

Eiser draagt dienvolgens in toepassing van artikel 870 Gerechtelijk Wetboek en artikel 8.4 Burgerlijk Wetboek de bewijslast van zijn aanspraken ten aanzien van verweerder die betwist dat er hier sprake is van een MOZA die voldoet aan de wettelijke voorwaarden opdat er in zijn hoofde in het dossier van eiser een vergoedingsplicht zou bestaan.

3.

In het kader van de aanvraag van eiser voor advies van het FMO vond er een expertise plaats (art. 17 WMO).

De omstandigheid dat de deskundigen werden aangesteld door het FMO impliceert niet dat het verslag van dr. ... en prof. dr. ... zonder meer ter zijde zou dienen geschoven te worden, zoals eiser lijkt voor te houden.

De expertise naar aanleiding van de ingreep verricht door prof. dr. ... die eiser in ... onderging, werd ten aanzien van eiser tegensprekelijk georganiseerd. De omstandigheid dat de raadgevend geneesheer niet aanwezig was op de expertisезitting van ... – waarvoor partijen reeds op ... werden uitgenodigd – doet geen afbreuk aan voormelde vaststelling. Overigens heeft dr. ..., raadsarts van eiser, naar aanleiding van het voorverslag opmerkingen geformuleerd en overgemaakt, waarvan dr. ... en prof. dr. ..., zo blijkt uit het eindverslag, kennis hebben genomen en die werden beantwoord door hen.

Er liggen dan ook geen elementen voor die de beweringen van eiser inzake een gebrek aan eerbiediging van de regels inzake tegenspraak en schending van de rechten van verdediging van eiser, objectiveren.

Er wordt overigens opgemerkt, louter ten overvloede, dat er geen documenten voorliggen waaruit blijkt dat van de zijde van eiser tijdig werd gecommuniceerd dat zijn raadgevend geneesheer op datum van de expertisезitting, ..., niet aanwezig kon zijn, evenmin ligt enig schrijven in die zin van de raadgevend geneesheer aan de deskundigen voor. Meer nog, dr. ... blijkt zelfs als raadarts voor ... zelf geen kennis te hebben gehad van het dossier van eiser op grond waarvan hij zijn aanvraag had ingediend, nu luidens de inhoud van zijn verslag van ... hij eiser pas op ... onderzocht op verzoek van de raadsman van eiser, hij dan pas het medisch dossier van eiser had ontvangen en hij dit dossier in het licht van de consultatie zelfs niet eens integraal had doorgenomen op datum van ...

Het feit dat eiser zich niet kan vinden in de inhoud van het verslag van dr. ... en prof. dr. ... betekent niet dat zij zoals hij schrijft "bevooroordeeld" zijn. Beide artsen werden gezien hun bijzondere expertise en ervaring, respectievelijk arts-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en arts-specialist in de orthopedie aangesteld. De enkele omstandigheid dat zij een ander standpunt huldigen dan eiser, en hun raadgevend arts, houdt niet in dat zij hun onderzoek en besluitvorming niet op objectieve wijze ten aanzien van eiser hebben uitgevoerd, nog minder houdt een andersluidend standpunt over het medisch dossier van eiser in, dat zij hun opdracht hebben miskend dan wel er in hun hoofde een vooringenomenheid is, die afbreuk doet aan hun bevindingen inzake een MOZA.

Ten overvloede wordt overigens vastgesteld dat eiser enkel de aanstelling van een gerechtsdeskundige beoogt voor de kwantificering (beschrijving van letsels met invaliditeiten/ongeschiktheden) van schade die hij vooropstelt te lijden.

4.

Luidens artikel 4, 1<sup>o</sup> WMO vergoedt het FMO het slachtoffer of zijn rechthebbenden overeenkomstig het gemeen recht, als de schade veroorzaakt is door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 WMO bepaalde voorwaarden inzake de ernst.

Een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, wordt in artikel 2, 7<sup>o</sup> WMO omschreven als een ongeval dat:

- verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg
- geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener
- niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt
- voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt.

De schade wordt als abnormaal beschouwd wanneer ze zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie. Het therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

5.

Luidens artikel 2, 4<sup>o</sup> WMO betreft een verstrekking van gezondheidszorg, de door een zorgverlener verstrekte diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden.

Niet ter discussie staat het feit dat een ziekenhuisinfectie (zoals MRSA) onder het toepassingsgebied valt, noch dat hier een dergelijke infectie naar aanleiding van een zorgverstrekking zich voordeed, die geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener.

6.

Er wordt evenwel betwist dat hier sprake is van een ongeval dat voor eiser abnormale schade met zich meebrengt, in de zin van artikel 2, 7<sup>o</sup> namelijk als schade die zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.

Verweerder betwist dat hier aan deze voorwaarden is voldaan in het licht van de complicatie en de schade, die zich kwalificeert met het medisch ongeval dat zich voordeed, met name de MRSA-infectie die intrad na de ingreep die plaatsvond op ..., onder verwijzing naar onder meer de bevindingen van de deskundigen in het kader van de FMO-expertise evenals de gegevens aangaande de medische voorgeschiedenis van eiser naar aanleiding van de femurfractuur aan het linkerbeen ingevolge het arbeidsongeval van ..., aangaande de medische interventies na de genezing van de MRSA-infectie in ...

6.1.

Eiser voert aan dat hij ingevolge de MRSA-infectie ernstige schade heeft opgelopen, onder verwijzing naar *“een tien- tot vijftiental operaties”* die onmiddellijk opvolgend aan elkaar nodig zijn geweest, die onnodige schade hebben veroorzaakt. Eiser stelt dat hij in een *“enorme medische processie-gang”* is terechtgekomen, door de opgetreden complicatie zelf, abstract van de voorafbestaande toestand naar aanleiding van het polytrauma dat hij in ... opliep.

Verweerder bestrijdt, onder verwijzing naar de voorliggende medische gegevens alsook de inhoud van het verslag van dr. ... en prof. dr. ... de visie van eiser dat de behandelingen die eiser onderging na ... in oorzakelijk verband staan met de zorgverstrekking/het ongeval (MRSA-infectie).

Uit de voorliggende stukken blijkt dat eiser als gevolg van de MRSA-infectie in de periode van ... tot en met ... gehospitaliseerd werd en drie operatieve ingrepen onderging. Bij een wondcontrole op ... werd geen infectie meer vastgesteld.

Ter ondersteuning van zijn beweringen verwijst eiser naar het verslag van zijn raadgevend arts, dr. Vanderbruggen van ...

Dit verslag dat een louter eenzijdig verslag is, betreft de opmerkingen die werden geformuleerd in het kader van de FMO-expertise die plaatsvond, die werden besproken en gemotiveerd werden weerlegd door dr. ... en prof. dr. ... in hun eindverslag.

Daarenboven wordt in het voormelde verslag van dr. ... voorbijgegaan aan de sequelen (lengteverschil en rotatiebeperkingen) ingevolge het arbeidsongeval van ..., waarvoor eiser ruim 10 jaren later nog steeds in behandeling was, nu de ingreep in ... juist plaatsvond teneinde eventueel een zekere mate van herstel te bewerkstelligen middels plaatsing van een frame, nadat onder meer een eerdere ingreep in 2012 op dit punt geen verbetering bracht, integendeel er werd toen een inzakking van de osteosynthese vastgesteld.

Het is overigens merkwaardig dat, naast de vaststelling dat dr. ... in zijn verslag het optreden van de MRSA-infectie hier als een medische fout bestempelt, terwijl – gezien de vordering ten grondslag aan huidig geschil – eiser *de facto* aanvaardt dat er geen sprake is van een fout in de zorgverstrekking, dr. ... aangeeft dat het zeer moeilijk is om een oordeel te vellen over de exacte gevolgen ervan, doch hij vervolgens zonder enige duiding dan wel concrete onderbouwing besluit tot pseudoartrose ingevolge de MRSA-infectie, dit te meer nu blijkens de gegevens in het medisch dossier van eiser reeds voor de operatie in ... er al sprake was van pseudoartrose in hoofde van eiser ingevolge de ingrepen die hij voorheen, zoals de ingreep in ..., onderging.

Bij gebrek aan andersluidend objectief bewijs, toont eiser niet afdoende aan dat de ingrepen die uitgevoerd werden na ..., ingegeven door de beoogde correcties van de restletsels ingevolge het arbeidsongeval in ..., een gevolg vormen van de opgetreden complicatie, te weten de MRSA-infectie.

## 6.2.

Verweerder bestrijdt dat voldaan is aan de voorwaarde van abnormale schade in de zin van artikel 2, 7<sup>o</sup> WMO.

Er is sprake van abnormale schade wanneer de schade zich niet had moeten voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, ook wel het vermijdbaarheidscriterium genoemd of de schade zich niet had moeten voordoen rekening houdende met de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie, ook wel het voorzienbaarheidscriterium genoemd.

### 6.2.1.

Schade is vermijdbaar op grond van de huidige, hoogste stand van de wetenschap, voor zover er een andere behandelingstechniek bestaat; deze andere behandelingstechniek *in casu* toepasbaar is; deze andere behandelingstechniek met een aan de zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst zou leiden; en deze andere behandelingstechniek ook dezelfde of een vergelijkbare succesratio heeft als de *in casu* toegepaste techniek.

Eiser levert niet het bewijs dat de schade die intrad zich niet had moeten voordoen, rekening houdende met de huidige stand van de wetenschap (vermijdbaarheidscriterium).

Hij beperkt er zich toe te argumenteren dat hij het niet eens is met de stellingname van verweerder en dat voor zover er geen alternatieve behandelingsmethode voorhanden was, dit feit niet inhoudt dat de concrete gevolgen van de gehanteerde behandelingsmethode ook onvermijdbaar waren.

Er wordt door eiser evenwel niet aangetoond dat er een andere behandelingstechniek met dezelfde of een vergelijkbare succesratio bestond die in het geval van eiser toepasbaar was en die met een aan de zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie (of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst) zou leiden.

### 6.2.2.

Verweerder levert niet het bewijs dat de voorgevallen schade niet redelijkerwijze te verwachten was door hem als patiënt.

De beoordeling van het onvoorzienbare karakter van de schade is een beoordeling van het redelijkerwijze te verwachten schadeverloop, in het licht van de verstrekte behandeling, de gezondheids-toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie.

De beoordeling van het al dan niet voorzienbaar karakter van de schade moet naar redelijkheid gebeuren. Niet enkel de schade die absoluut niet voorzienbaar was (onbekende risico's) doch ook schade als gevolg van bekende complicaties kan abnormale schade vormen op voorwaarde dat de complicatie zich maar uitzonderlijk voordoet. De schade is bijgevolg redelijkerwijze onvoorzienbaar indien de waarschijnlijkheid dat de complicatie van de behandeling zich zal voordoen zo gering is dat de medische wetenschap er redelijkerwijze op mag vertrouwen dat ze niet zal plaatsgrijpen. Er moet dus worden nagegaan of de opgetreden complicatie gekend, beschreven en een niet-zeldzame frequentie heeft. Indien dit het geval is, is er sprake van voorzienbare schade die niet voor vergoeding in aanmerking komt.

Luidens de gegevens in het verslag van dr. ... en prof. dr. ... blijkt dat op grond van algemene gegevens (Sciensano) in ... een nosocomiale infectie (hetzij een infectie die optreedt tijdens een verblijf in een ziekenhuis en die voorheen niet aanwezig was toen de patiënt in het ziekenhuis werd opgenomen, zoals de MRSA-infectie die eiser opliep) 7,3 % van de ziekenhuispatiënten treft en dat één van de drie meest gediagnosticeerde infecties van de wonden na een ingreep zijn (17 %). Luidens medische literatuur bedraagt de incidentie van een besmetting via een externe fixatie aan pinnen (hier werd tijdens de ingreep een fixator met meerdere pinnen geplaatst) 3 % tot 30 %. Er wordt in het voorliggende verslag vervolgens nog verder verduidelijkt dat een focale besmetting rond osteosynthesemateriaal enkel kan worden geneutraliseerd door verwijdering ervan en vervanging door een andere immobilisatie, zoals te dezen ook geschiedde.

Op grond van deze gegevens blijkt dan ook dat de opgelopen schade hier kwantitatief voorzienbaar was en niet uitzonderlijk en onvoorspelbaar.

Daarenboven blijkt op grond van de voorliggende gegevens evenmin dat de opgelopen schade die daadwerkelijk in oorzakelijk verband staat, disproportioneel is. De beweringen van eiser worden op generlei wijze ondersteund door enig objectief gegeven. Uit niets blijkt immers dat de schade als gevolg van de ingreep niet proportioneel zou zijn aan hetgeen redelijkerwijze kon worden verwacht bij dit type van complicatie. Bijgevolg wordt ook niet aangetoond dat de opgelopen schade kwalitatief onvoorzienbaar was.

### 6.2.3.

Bij gebrek aan bewijs van het onvoorzienbaar karakter van de door eiser opgelopen schade, is hier geen sprake van abnormale schade in de zin van artikel 2, 7<sup>o</sup> WMO.

### 6.3.

De vordering van eiser is dan ook ongegrond.

Gelet op voorgaande vaststellingen wordt dan ook niet verder ingegaan op de argumentatie omtrent de ernst van de schade (art. 5 WMO), nog minder op de betwistingen omtrent de bevindingen van de aangestelde artsen op dit punt.

### 7.

Gelet op het procesresultaat wordt eiser veroordeeld tot betaling van de gerechtskosten.

De voorschriften van de wet van 15 juni 1935 op het taalgebruik in rechtszaken werden nageleefd.

...

OM DEZE REDENEN

De rechtbank, recht doende op tegenspraak.

Verklaart de vordering ontvankelijk doch ongegrond.

....

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



## I. Le nombre de salariés malades en entreprise

Nombre salariés actifs - Incapacité primaire - Période de 2018 à 2022

Question n° 21 posée le 6 septembre 2024 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes Villes par Madame la Représentante DÉsir<sup>1</sup>

Pouvez-vous communiquer le nombre de salariés bénéficiant des indemnités d'incapacité de travail :

- depuis minimum quatre semaines et maximum trois mois
- depuis minimum trois mois

### Réponse

Vous trouverez, dans le tableau ci-dessous, les chiffres les plus récents concernant le nombre de cas chez les salariés actifs dont la période d'incapacité primaire (première année d'incapacité de travail) est terminée. Celui-ci couvre la période de 2018 à 2022 et est ventilé par durée.

Veillez noter que les fonctionnaires statutaires ne sont pas couverts par l'assurance incapacité de travail pour la partie indemnités et ne sont donc pas inclus dans ces données. En outre, ni les salariés sans emploi ni les travailleurs indépendants ne sont inclus dans ces chiffres.

Nombre de cas de salariés actifs en incapacité primaire pour la période 2018-2022, ventilé par durée :

Cas	2018	2019	2020	2021	2022
29 – 42 jours	51.804	54.133	52.439	52.496	51.311
43 – 56 jours	42.128	44.309	42.554	42.705	42.506
57 – 70 jours	29.683	31.225	29.290	29.598	30.279
71 – 98 jours	37.790	39.676	37.517	37.594	39.514
99 – 126 jours	23.026	24.627	22.847	22.756	24.441
127 – 154 jours	16.130	16.855	15.433	15.627	16.815
155 – 184 jours	12.836	13.725	12.632	12.695	13.352
185 – 215 jours	9.851	10.257	9.500	9.767	10.846
216 – 245 jours	7.069	7.413	7.090	7.653	8.363
246 – 276 jours	5.443	5.829	5.634	5.855	6.771
277 – 306 jours	4.813	5.197	5.337	5.026	5.923
307 – 337 jours	4.845	5.174	5.189	6.144	7.822
338 – 365 jours	48.377	50.994	58.792	54.014	65.488
Total	293.795	309.414	304.254	301.930	323.431

1. Bulletin n° 002, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 223.

Cas	2018	2019	2020	2021	2022
29 – 98 jours	161.405	169.343	161.800	162.393	163.610
99 – 365 jours	132.390	140.071	142.454	139.537	159.821

La catégorie "338-365 jours" comprend principalement les cas qui sortent de l'incapacité primaire et entrent ensuite en invalidité (période d'incapacité de travail après un an), ce qui explique le nombre élevé de cas dans cette catégorie.

Pour information, un même titulaire peut être repris plusieurs fois comme cas dans le courant d'une année pour la raison suivante : une période d'incapacité primaire peut varier de quelques jours à un an. Un titulaire peut donc avoir plusieurs périodes d'incapacité primaire sur la même année. Si l'intervalle entre deux périodes d'incapacité primaire est supérieur ou égal à 14 jours, on les considère comme deux périodes distinctes. Si cet intervalle est inférieur à 14 jours, on parle alors de rechute et on suppose que la période d'incapacité primaire de travail n'a pas été interrompue. Il est donc possible qu'une personne ayant droit soit comptée plusieurs fois au cours d'une même année.

## II. Accidents médicaux

Fonds des accidents médicaux – Nombre de dossiers reçus  
- Nombre d'avis – Conclusion du FAM

Question n° 31 posée le 13 septembre 2024 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la santé publique, chargé de la Coopération au développement et de la Politique des Grandes villes par Madame la Représentante FARIH<sup>1</sup>

Il arrive qu'un patient subisse des dommages (anormaux) à la suite d'une négligence ou d'une faute d'un professionnel de la santé (erreur ou accident médical), mais il se peut également qu'il soit victime d'un "accident médical sans responsabilité". Dans ce cas et moyennant certaines autres conditions, il peut s'adresser au Fonds des accidents médicaux (FAM) afin d'être indemnisé.

En janvier 2024, il est apparu que le FAM recevait jusqu'à 40 nouvelles demandes par mois, mais que celles-ci ne seraient que la partie émergée de l'iceberg. Il existe par ailleurs des cas où il s'agit d'une méconnaissance des droits des patients (p. ex. le droit à un service de qualité). La victime dispose alors également de plusieurs organismes vers lesquels elle peut se tourner.

1. a) Combien d'erreurs et d'accidents médicaux ont été signalés au total ces cinq dernières années ? Merci de fournir les chiffres de 2019 à ce jour, ventilés par année et par province, en chiffres absolus et relatifs.

b) En procédant à la même ventilation, veuillez préciser le nombre d'erreurs et d'accidents médicaux qui ont été signalés pour les spécialisations suivantes :

- dermatologie
- gynécologie
- chirurgie plastique
- ophtalmologie
- orthopédie

2. Pour combien d'erreurs et d'accidents médicaux un dossier a-t-il été introduit auprès du FAM ? Merci de fournir les chiffres de 2019 à ce jour, ventilés par année et par province, par spécialisation (en particulier pour les spécialisations susmentionnées), en chiffres absolus et relatifs.

3. a) Combien de plaintes de patients ont été enregistrées au total ces cinq dernières années ? Merci de fournir les chiffres de 2019 à ce jour, ventilés par année et par province, en chiffres absolus et relatifs.

b) Veuillez fournir les chiffres pour les spécialisations susmentionnées avec la même ventilation.

1. Bulletin n° 002, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 226.

## Réponse

1. a) Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a pour principale mission de formuler des avis à l'intention des personnes qui estiment avoir subi un dommage résultant de soins de santé. Au cours des cinq dernières années, le FAM a reçu au total 2.115 demandes, ce qui représente 31 % du nombre total de dossiers reçus depuis sa création. Au cours de la même période, le FAM a formulé 3.071 avis. Dans 305 dossiers, le FAM a conclu à l'accident médical sans responsabilité (AMSR). Dans 178 dossiers, il s'agissait d'une responsabilité civile (RC) n'atteignant pas le seuil de gravité, conformément à la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (RC inférieur à la gravité) et, dans 197 dossiers, il s'agissait d'une responsabilité civile dépassant le seuil de gravité (RC supérieur à la gravité). Dans tous les autres cas, il n'était question ni d'AMSR ni de RC. Le tableau suivant présente la ventilation des chiffres par année. Le FAM ne dispose pas de chiffres ventilés par province.

Année	Nombre de dossiers reçus	Avis	Avis RC < gravité	Avis RC > gravité	Avis AMSR
2019	459	504	37 (7 %)	31 (6 %)	25 (5 %)
2020	362	505	34 (7 %)	34 (7 %)	47 (9 %)
2021	382	742	28 (4 %)	44 (6 %)	70 (9 %)
2022	441	669	32 (5 %)	39 (6 %)	72 (11 %)
2023	471	651	47 (7 %)	49 (8 %)	91 (14 %)
Total	2.115	3.071	178	197	305

b) Le tableau suivant présente la ventilation des demandes par année et suivant les spécialisations médicales demandées.

Année	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Dermatologie	3	1		3	3	10
Gynécologie	31	20	28	43	40	162
Chirurgie plastique	4	5	2	6	11	28
Ophthalmologie	16	7	10	12	18	63
Orthopédie	98	73	81	90	103	445

2. Voir point 1.

3. Le FAM reçoit des demandes de patients qui estiment avoir subi un dommage résultant de soins de santé. Les demandes sont ensuite examinées sur les plans administratif et médico-légal. L'examen aboutit soit à la rédaction d'une lettre de clôture du dossier (en cas d'irrecevabilité ou de prescription conformément à la loi relative aux accidents médicaux), soit à la formulation d'un avis. Cet avis peut signifier la fin de la procédure au FAM ou aboutir à une indemnisation et, éventuellement, à une procédure de récupération en cas de RC. Dans le cadre de la loi relative aux accidents médicaux, il n'est donc pas question de "plaintes" mais bien de "demandes". Les chiffres à ce sujet ont été présentés dans les tableaux ci-avant.



# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



I. Le remboursement de la procréation médicalement assistée (PMA) de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège, en Suisse ou au Royaume-Uni

## Remboursement des frais de laboratoire – Montant de l'intervention de l'assurance

### I. Introduction

Suite à la transposition de la *Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers* dans la réglementation belge, une autorisation préalable (sous la forme d'un document S2 ou d'un document *ad hoc* similaire) n'est plus requise depuis le 25 octobre 2013 pour obtenir le remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la procréation médicalement assistée (PMA) des assurées belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

La Directive 2011/24/UE stipule que les frais de soins de santé transfrontaliers doivent être remboursés par l'État membre d'affiliation (p. ex. la Belgique) sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie légale jusqu'à concurrence du montant qui aurait été pris en charge par cet État membre si les soins de santé avaient été dispensés sur son territoire.

Ceci signifie que :

- le remboursement ne concerne que les soins de santé qui sont également remboursés en Belgique (= les conditions belges de remboursement doivent être remplies, telles que par ex. la condition de l'âge et l'accord du médecin-conseil<sup>1</sup> pour le remboursement d'un maximum de six tentatives...)
- le remboursement ne peut jamais être supérieur au remboursement prévu pour les mêmes soins de santé en Belgique.

Nous devons toutefois constater que certaines prestations de santé, lorsqu'elles sont dispensées sur le territoire belge, ne sont pas remboursées via la nomenclature des prestations de santé, mais qu'elles sont prises en charge par d'autres canaux, tels que le forfait de financement des frais de laboratoire dans le cadre de la PMA, qui est financé par le budget des moyens financiers des hôpitaux (BMF).

1. Annexe 2A de l'A.R. du 06.10.2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les traitements de l'infertilité féminine.

## II. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse – Principes généraux

Une bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé a droit au remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.

Le remboursement de ces frais peut être subdivisé en trois catégories :

- (i) un remboursement des frais pour les prestations de santé dans le cadre de la PMA, conformément à la nomenclature des prestations de santé (A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ;
- (ii) un remboursement pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, conformément à la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2008/29 du 16 décembre 2008 concernant l'arrêté royal du 6 octobre 2008 instaurant un remboursement forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques utilisées dans les traitements de l'infertilité féminine, telle que modifiée par la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2009/6 du 5 mars 2009 et la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2014/3 du 10 janvier 2014 ;
- (iii) une prise en charge du forfait de financement des frais de laboratoire tel que visé à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ce forfait ne peut pas être porté en compte à la patiente, qu'elle soit hospitalisée ou traitée de façon ambulatoire. L'article 74bis susvisé précise qu'il "... est interdit aux centres de médecine de la reproduction de facturer à la patiente les coûts visés au deuxième alinéa pour les cycles qui répondent aux conditions visées dans cet article ...".



Exemple :

Une femme de 34 ans, bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire belge et en possession d'un accord du médecin-conseil, se rend en Espagne pour un traitement FIV ambulatoire. Madame paie la facture dans laquelle un certain nombre de prestations de santé, de médicaments et de frais de laboratoire lui sont portés en compte. À son retour en Belgique, elle demande à son organisme assureur de lui rembourser ces frais. L'organisme assureur lui octroie une intervention dans les frais pour :

- les prestations de santé (sur la base de la nomenclature, cf. (i) ci-dessus)
- les médicaments (sur la base de la circulaire aux hôpitaux généraux n° 2008/29, telle que modifiée, cf. (ii) ci-dessus)
- les frais de laboratoire, à concurrence du montant réellement payé, qui ne peut toutefois jamais être supérieur au montant prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (cf. (iii) ci-dessus).

Les organismes assureurs ont fait savoir que l'exécution technique du remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA – voir (iii) ci-dessus – dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse leur pose des problèmes.

### III. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse - Remboursement des frais de laboratoire

Les organismes assureurs peuvent effectuer le "remboursement des frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse" au moyen de l'un des pseudocodes suivants :

<b>559672</b>	-	ambulatoire
<b>559683</b>	-	hospitalisation

Le montant de l'intervention de l'assurance par cycle est identique au montant (indexé) prévu à l'article 74bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, à savoir

à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2017	1.557,54 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2018	1.588,69 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2021	1.620,46 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2022	1.652,87 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2022	1.754,03 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2023	1.861,38 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2024	1.898,61 EUR
à partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2024	1.936,58 EUR

### IV. Remboursement de la procréation médicalement assistée de patientes belges au Royaume-Uni (d'application à partir du 01.01.2021)

À la suite du Brexit, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, le remboursement des frais d'un traitement dans le cadre de la procréation médicalement assistée des assurées belges au Royaume-Uni est :

- (i) toujours possible dans les conditions prévues à l'article 20 du Règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, à condition que l'assurée belge entre dans le champ d'application des articles 30 ou 32 de l'Accord sur le retrait du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de l'Union européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique;
- (ii) n'est plus possible pour une assurée belge relevant du champ d'application personnel du Protocole sur la coordination de la sécurité sociale, étant donné que les "services de procréation assistée" sont exclus du champ d'application matériel dudit Protocole (art. SSC.3, par. 4, sous e), dudit Protocole);
- (iii) n'est plus possible pour une assurée belge dans les conditions de la Directive 2011/24/UE, étant donné que cette directive ne s'applique plus dans les relations avec le Royaume-Uni.

## V. Divers

1. Le remboursement d'un cycle de traitement de la PMA dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse (et le Royaume-Uni) doit être repris dans le compteur du nombre maximum de six (6) cycles qui peuvent faire l'objet, par femme, d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé.  
Ces pseudocodes de la nomenclature permettent aux organismes assureurs de respecter minutieusement le nombre maximum de six (6) cycles par femme pouvant faire l'objet d'un remboursement si une patiente suit des cycles de traitement en même temps dans un centre de fertilité belge doté d'un **agrément A ou B** et dans un centre de fertilité dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse.
2. Les frais de laboratoire dans le cadre d'un traitement de PMA ne peuvent être remboursés à condition que les activités de laboratoire ont lieu dans un établissement hospitalier qui est agréé par les autorités du pays de traitement.  
Une facture de l'hôpital peut être considérée comme une preuve concluante que les activités de laboratoire ont eu lieu dans un établissement hospitalier.
3. Ces pseudocodes de la nomenclature ne seront en principe utilisés que dans la relation entre l'assurée et son organisme assureur pour le remboursement des soins de santé dispensés à l'étranger en vertu de l'article 294, § 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup> ou 14<sup>o</sup>, de l'*arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*. Les dépenses réalisées sur la base de ces dispositions doivent être mentionnées dans le document IV.11 (respectivement sous les codes comptables 653 et 654).

## VI. Entrée en vigueur

Cette Circulaire entre en vigueur à la date de sa publication.

Applicable à partir du 22 octobre 2024

Remplace la circulaire O.A. n° 2023/273 du 31 octobre 2023



Circulaire O.A. n° 2024/296 – 80/133 et 392/90 du 21 octobre 2024.

## II. Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B. du 29.08.2005, p.37.309) - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants

La loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires a été publiée au Moniteur belge du 29 août 2005.

Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2006 (voir art. 2 de la loi du 07.03.2006 modifiant la loi du 03.07.2005 relative aux droits des volontaires et la loi du 27.12.2005 portant des dispositions diverses, publiée au M.B. du 13.04.2006).

Elle a entre-temps été modifiée, en dernier lieu par la loi du 1<sup>er</sup> mars 2019 modifiant la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires et à d'autres dispositions légales en matière de volontariat (publiée au M.B. du 11.04.2019).

La présente circulaire a pour objectif d'expliquer certains aspects du cadre réglementaire régissant le volontariat de même que les possibilités éventuelles, pour un travailleur salarié et un travailleur indépendant, d'exercer une telle activité au cours d'une période d'incapacité de travail.

### I. Dispositions générales

#### 1.1. Loi relative aux droits des volontaires – Définitions

L'article 3 de la loi du 3 juillet 2005 définit ce qu'il faut entendre par :

- **volontariat** : il s'agit de toute activité exercée sans rétribution ni obligation par une personne physique (y compris la personne chargée d'un mandat ou qui est membre d'un organe de gestion dans une organisation) au profit d'une ou de plusieurs personnes (autres que celle qui exerce l'activité), d'un groupe ou d'une organisation ou encore de la collectivité dans son ensemble et qui est organisée par une organisation (en dehors du cadre familial ou privé).  
Il faut enfin que, l'activité ne soit pas exercée dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation en tant qu'agent statutaire.
- **organisation** : toute association de fait ou personne morale de droit public ou privé, sans but lucratif, qui fait appel à des volontaires, étant entendu que, par association de fait, il y a lieu d'entendre toute association dépourvue de la personnalité juridique et composée de deux ou plusieurs personnes qui organisent, de commun accord, une activité en vue de réaliser un objectif désintéressé, excluant toute répartition de bénéfices entre ses membres et administrateurs, et qui exercent un contrôle direct sur le fonctionnement de l'association.

## 1.2. L'obligation d'information

Aux termes de l'article 4 de la loi du 3 juillet 2005, l'organisation est tenue d'informer le volontaire, avant que celui-ci n'entame son activité, des 5 points suivants :

- a) du but désintéressé et du statut juridique de l'organisation ; s'il s'agit d'une association de fait, de l'identité du ou des responsables de l'association;
- b) du contrat d'assurance qu'elle a conclu pour volontariat; s'il s'agit d'une organisation qui n'est pas civilement responsable, au sens de l'article 5 de la loi du 3 juillet 2005, du dommage causé par un volontaire, du régime de responsabilité qui s'applique pour le dommage causé par le volontaire et de l'éventuelle couverture de cette responsabilité au moyen d'un contrat d'assurance;
- c) des aspects d'assurance résiduaire qui ne relèvent pas du point b) ;
- d) du versement éventuel d'un défraiement pour le volontariat et, le cas échéant, de la nature de ce défraiement et des cas dans lesquels il est versé ;
- e) du fait que le volontaire est tenu à un devoir de discrétion et, si d'application, au secret professionnel visé à l'article 458 du Code pénal, tout en tenant compte des causes de justification légale en ce qui concerne le secret professionnel.

## 1.3. Les défraiements perçus dans le cadre du volontariat

L'article 10 de la loi du 3 juillet 2005 spécifie que le caractère non rémunéré du volontariat n'empêche pas que le volontaire **puisse être défrayé par l'organisation des frais qu'il a supportés pour celle-ci**.

Le volontaire n'est plus tenu de prouver la réalité et le montant des frais pour autant que le total des indemnités perçues ne dépasse pas les montants repris ci-après :

- 24,79 EUR par jour, soit 41,38 EUR à partir du 1<sup>er</sup> mai 2024
- 991,57 EUR par an, soit 1.659,29 EUR à partir du 1<sup>er</sup> mai 2024.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 103,14 (base 1996 = 100) et varient comme prévu par la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants (il y a donc une liaison de ces montants aux fluctuations de l'indice-santé).

**Si le montant total des défraiements perçus** d'une ou de plusieurs organisations excède **ces montants seuils**, ceux-ci peuvent uniquement être considérés comme un remboursement des frais que le volontaire a supportés pour l'organisation ou pour les organisations **si le volontaire peut prouver**, sur la base de documents probants, **la réalité et le montant de ces frais**.

Le montant des frais ne peut être plus élevé que les montants fixés conformément à l'arrêté royal du 13 juillet 2017 fixant les allocations et indemnités des membres du personnel de la fonction publique fédérale.

L'activité ne peut être considérée comme volontariat si un des montants seuils précités a été dépassé et si la preuve de ces frais ne peut être apportée.

Dans le chef du volontaire, il est interdit de combiner le défraiement forfaitaire et celui des frais réels.



**Exception :** *il est toutefois possible de combiner le défraiement forfaitaire et le remboursement des frais réels de déplacement pour maximum 2000 kilomètres par an par volontaire.*

Le montant maximum qui peut être alloué annuellement par volontaire pour l'utilisation du transport en commun, du véhicule personnel ou de la bicyclette, ne peut dépasser 2.000 fois l'indemnité kilométrique fixée à l'article 74 de l'arrêté royal du 13 juillet 2017 personnel de la fonction publique fédérale.

Cette limite de 2.000 kilomètres ne s'applique pas aux activités de transport régulier de personnes. Lorsque plusieurs activités sont exercées, la limite de 2.000 kilomètres peut uniquement être dépassée pour les kilomètres parcourus dans le cadre de l'activité de transport régulier de personnes. En ce qui concerne l'utilisation du véhicule personnel, ces frais réels de déplacement sont fixés conformément aux dispositions de l'article 74 du même arrêté royal du 13 juillet 2017. Les frais réels de déplacement liés à l'utilisation d'une bicyclette, sont fixés conformément aux dispositions de l'article 76 du même arrêté royal du 13 juillet 2017.

Les cadeaux, tels que définis à l'article 19, § 2, 14<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, ne sont pas pris en considération pour déterminer les défraiements forfaitaires et réels pour les volontaires. Il s'agit par exemple des cadeaux suivants :

- a) les cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de bons de paiement, dénommés chèques-cadeaux, si leur montant annuel total ne dépasse pas 40 EUR par volontaire et 40 EUR par enfant à charge du volontaire et s'ils sont distribués à l'occasion des fêtes de la Saint-Nicolas, de Noël ou du Nouvel-An;
- b) les cadeaux en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux, remis à un volontaire lorsqu'il reçoit une distinction honorifique, si leur montant annuel total ne dépasse pas 120 EUR par volontaire;
- c) les cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux remis à un volontaire à l'occasion de son mariage ou de l'accomplissement de la déclaration de cohabitation légale pour autant que le montant octroyé ne dépasse pas 245 EUR par volontaire.

Les défraiements perçus par le volontaire ne sont ni cessibles ni saisissables (art. 1410, § 2, al. 1<sup>er</sup>, 12<sup>o</sup> du C. jud.).

Le volontaire peut renoncer à l'insaisissabilité et à l'incessibilité des défraiements (art. 1410, § 2, al. 2, du C. jud.).

## II. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et pour l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

L'article 15 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux volontaires insère un alinéa entre l'alinéa 1<sup>er</sup> et l'alinéa 2 de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée de 14 juillet 1994 :

*"Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité, à condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé."*

L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 29 juin 2007 modifiant, en ce qui concerne la notion d'incapacité de travail, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants insère un alinéa entre l'alinéa 1<sup>er</sup> et l'alinéa 2 de l'article 19 de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971 :

*"Le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité professionnelle, à condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé."*

## 2.1. Notion d' "activité" / "activité professionnelle"

Si l'activité dans le cadre du volontariat répond aux critères de la loi du 3 juillet 2005 **et** si le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité n'est plus considérée comme une activité au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Les autres critères relatifs à la reconnaissance de l'incapacité de travail (comme par ex., pour un travailleur salarié, la réduction de la capacité de gain à un tiers ou moins suite à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels, la cessation de toute autre activité sauf moyennant autorisation du médecin-conseil) restent d'application.

Un titulaire salarié exerçant une activité dans le cadre du volontariat (compatible avec son état général de santé), mais dont la capacité de gain n'est plus suffisamment réduite (au sens de l'art. 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée précitée), devrait par conséquent être jugé apte à travailler.

## 2.2. Constatations concernant la compatibilité d'une activité dans le cadre du volontariat avec l'état général de santé du volontaire

Le médecin-conseil juge si le volontariat est compatible (ou non) avec l'état général de santé de celui-ci.

Bien que la notion d'incompatibilité ne soit pas clairement définie, on pourrait sous-entendre que l'activité ne peut être exercée si elle représente un éventuel danger pour l'état général de santé de l'intéressé.

### 2.2.1. QUAND LA COMPATIBILITÉ DOIT-ELLE ÊTRE CONSTATÉE ?

Il n'est pas précisé que cette constatation doit être faite par le médecin-conseil avant le début du travail volontaire. L'intéressé pourrait donc exercer cette activité, après quoi le médecin-conseil pourrait encore se prononcer sur l'éventuelle incompatibilité avec l'état général de santé de l'intéressé.

En vue de la sécurité juridique, il est néanmoins conseillé que l'intéressé sollicite du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité *avant qu'il* n'exerce effectivement l'activité dans le cadre du travail volontaire (et ce, afin d'éviter que l'exercice du volontariat ne soit éventuellement qualifié comme l'exercice d'une activité non autorisée<sup>1</sup> parce que ce travail volontaire ne serait finalement pas compatible avec l'état de santé de l'assuré).

À cette fin, il est prévu un formulaire spécifique de déclaration (joint *en annexe*<sup>2</sup> à la présente circ.) où l'assuré doit mentionner un certain nombre d'informations concernant son activité volontaire (ex. nom de l'organisation ou nom du responsable de l'association de fait, adresse, nature de l'activité, "volume de travail", ...).

1. Cf. art. 101 de la loi coordonnée (régime des travailleurs salariés) et art. 23<sup>ter</sup> de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants).

2. Non publiée ici.

Le titulaire est en outre tenu de signaler toute modification concernant ces données (par ex. une autre activité, une modification du volume de travail) à sa mutualité. Toute cessation d'activité doit également être signalée.

L'intéressé ne doit pas compléter cette déclaration annuellement, mais uniquement lorsque le médecin-conseil tranche sur la compatibilité ou l'incompatibilité du volontariat avec l'état général de santé de l'intéressé.

Cette note doit être classée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de la mutualité.

### 2.2.2. DÉCISIONS POSSIBLES DU MÉDECIN-CONSEIL APRÈS LA RÉCEPTION DU FORMULAIRE SPÉCIFIQUE DE DÉCLARATION

**A.** Le médecin-conseil peut, en fonction de la nature de l'activité et de l'état général de santé de l'intéressé, juger que l'activité de travail volontaire *est compatible avec l'état général de santé de celui-ci*. Le médecin-conseil peut convoquer l'intéressé à un examen médical, sauf si les pièces du dossier médical sont concluantes, ou justifient un examen à une date ultérieure (*cf.* analogie avec l'art. 16, al. 2, du règlement des indemnités du 16.04.1997 (régime des travailleurs salariés) ou l'art. 23bis, al. 3, de l'A.R. du 20.07.1971 (régime des travailleurs indépendants)).

La décision positive du médecin-conseil vaut pour une durée déterminée ou aussi longtemps qu'il ne prend pas de nouvelle décision.

**B.** Si le médecin-conseil constate que l'activité que l'intéressé souhaite entamer ou a déjà entamée, *n'est pas compatible avec l'état général de santé de celui-ci*, l'activité doit être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

**B.1. Conséquences dans le cadre du régime salarié** si l'intéressé a déjà entamé le volontariat :

Le cas échéant, l'intéressé peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités **pour la période qui précède** la date de prise d'effet de la décision relative à la non compatibilité :

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité avant de reprendre l'exercice de ladite activité mais n'a pas attendu sa décision pour reprendre l'exercice effectif de cette activité, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités – application de l'article 230, § 2<sup>ter</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité, **au plus tard**, le 14<sup>e</sup> jour à dater de la reprise de l'activité précitée, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités, moyennant une réduction de 10 % (à dater de la reprise de l'activité jusqu'à et y compris le jour de l'envoi du formulaire ou de la remise de ce formulaire à la mutualité) – application de l'article 230, § 2<sup>ter</sup>, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**
- si l'intéressé a déjà exercé l'activité avant de solliciter la décision du médecin-conseil quant à la compatibilité et ce durant plus de 14 jours à dater de la reprise de l'activité précitée, c'est la procédure applicable dans le cadre de l'article 101 de la loi coordonnée précitée, dans le cas d'une activité non autorisée qui devra être appliquée à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets – application de l'article 230, § 2<sup>ter</sup>, alinéa 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 **par analogie**.

Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils du défraiement autorisé (sans justification des frais), **qqq** jamais avoir sollicité l'autorisation du médecin-conseil. Dans cette situation il ne s'agit donc plus du volontariat, mais d'une activité qui aurait du nécessiter l'autorisation du médecin-conseil.

Les principes susvisés ne sont toutefois pas applicables si l'intéressé a effectué le volontariat non compatible avec son état général de santé dès le 1<sup>er</sup> jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

**B.2. Conséquences dans le cadre du régime indépendant** si l'intéressé a déjà entamé le volontariat :

Le cas échéant, l'intéressé peut sous certaines conditions maintenir le bénéfice des indemnités **pour la période qui précède** la date de prise d'effet de la décision relative à la non compatibilité :

- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité avant de reprendre l'exercice de ladite activité mais n'a pas attendu sa décision pour reprendre l'exercice effectif de cette activité, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire peut maintenir le bénéfice de ses indemnités – application de l'article 23bis/1, § 4, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 **par analogie**
- si l'intéressé a sollicité du médecin-conseil qu'il se prononce quant à la compatibilité, **au plus tard**, le 14<sup>e</sup> jour à dater de la reprise de l'activité précitée, dans cette situation, pour la période qui précède la date de prise d'effet de la décision négative rendue par le médecin-conseil, le titulaire maintient le bénéfice de ses indemnités, *moyennant une réduction de 10 % (à dater de la reprise de l'activité jusques et y compris le jour de l'envoi du formulaire ou de la remise de ce formulaire à la mutualité)* – application de l'article 23bis/1, § 4, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 **par analogie**
- si l'intéressé a déjà exercé l'activité avant de solliciter la décision du médecin-conseil quant à la compatibilité et ce durant plus de 14 jours à dater de la reprise de l'activité précitée, c'est la procédure applicable dans le cadre de l'article 23ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, dans le cas d'une activité non autorisée qui devra être appliquée à partir du premier jour de la reprise jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil sort ses effets – application de l'article 23bis/1, § 4, alinéa 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 **par analogie**.  
Cette procédure s'applique également lorsque l'intéressé dépasse les montants seuils du défraiement autorisé (sans justification des frais), **sans** jamais avoir sollicité l'autorisation du médecin-conseil. Dans cette situation il ne s'agit donc plus du volontariat, mais d'une activité qui aurait du nécessiter l'autorisation du médecin-conseil.

Les principes susvisés ne sont toutefois pas applicables si l'intéressé a effectué le volontariat non compatible avec son état général de santé dès le 1<sup>er</sup> jour de son incapacité de travail (dans cette situation, une reconnaissance de l'incapacité de travail n'est pas possible – absence de cessation de toutes activités à la date de début de l'incapacité de travail).

### 2.3. Cumul des indemnités d'incapacité de travail et des défraiements perçus dans le cadre du volontariat

Si le médecin-conseil constate que le travail volontaire est compatible avec l'état général de santé de l'intéressé, l'activité ne doit pas être considérée comme une "activité" au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou comme une "activité professionnelle" au sens de l'article 19, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

*Le cumul des défraiements perçus dans le cadre de l'exercice du travail volontaire et des indemnités d'incapacité est autorisé (aucune interdiction de cumul, sous réserve de prouver le montant réel des défraiements si ceux-ci dépassent les montants dont question au point 1.3.).*

#### 2.4. Situation particulière : exercer une activité dans le cadre des services d'échanges locaux (SEL et LETS)

En ce qui concerne l'exercice d'une activité dans le cadre des services d'échanges locaux (SEL ou LETS) durant la période d'incapacité de travail (*cf.* la Circ. O.A. n° 2017/199 du 27.06.2017 pour une définition des services d'échanges locaux), le Service accepte que la procédure telle que fixée pour le volontariat visé à la loi du 3 juillet 2005 soit appliquée.

Le titulaire doit donc compléter le formulaire spécifique de déclaration (joint *en annexe*<sup>3</sup> à la présente circ.).

Pour la description de l'activité, l'intéressé(e) doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une activité en SEL ou en LETS.

### III. Entrée en vigueur

Cette circulaire produit ses effets le 1<sup>er</sup> mai 2024.

La circulaire O.A. n° 2019/133 du 16 avril 2019 (rubrique 47<sup>ter</sup>/2) est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2024/304 – 47<sup>ter</sup>/3 du 28 octobre 2024.

3. Non publié ici.

## III. Preuve de l'existence d'indicateurs permettant de bénéficier de l'intervention majorée (I.M.) sans application de la période de référence d'un an

### Introduction

En application de l'article 18 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 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 (ci-après "loi SSI"), le droit à l'intervention majorée peut être octroyé après une enquête sur les revenus, sans application de la période de référence d'un an, pour peu qu'il soit satisfait aux conditions fixées.

Ceci vaut plus particulièrement pour les ménages dont un des membres se trouve dans une des situations suivantes (situation constituant un "indicateur") :

1. pensionné (qualité de titulaire pensionné visé à l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 7° à 12°, de la loi SSI);
2. personne invalide percevant une indemnité d'invalidité (au sens de l'art. 93 de la loi SSI);
3. agent des services publics mis en disponibilité depuis 3 mois;
4. militaire mis en retrait temporaire d'emploi (si cette période de retrait atteint au moins 3 mois);
5. assuré en incapacité de travail et chômage contrôlé dont la somme des périodes d'incapacité de travail et de chômage atteint une durée de 3 mois;
6. assuré remplissant les conditions pour être inscrit comme "titulaire handicapé" (au sens de l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi SSI);
7. veuf ou veuve jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022;
8. assuré bénéficiant d'une pension de survie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022;
9. titulaire au sein d'un ménage monoparental;
10. assuré mentionné dans le flux proactif;
11. travailleur indépendant dans le droit passerelle classique durant au moins 1 trimestre à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022;
12. assuré bénéficiant d'une l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) accordée par la Communauté germanophone (*Pflegegeld für Senioren*) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2023.<sup>1</sup>

Les indicateurs sont modifiés par l'arrêté royal du 15 mars 2022<sup>2</sup>. Aucune mesure transitoire n'est prévue pour les nouveaux indicateurs : le but est d'appliquer directement la nouvelle réglementation.

Un aperçu de l'évolution des indicateurs figure dans l'annexe 1<sup>3</sup>. Ce tableau présente pour chaque nouvel indicateur la date d'entrée en vigueur. Pour chaque indicateur sont brièvement mentionnés les justificatifs que les organismes assureurs (O.A.) peuvent utiliser et si les bénéficiaires doivent, sur la base de cet indicateur, faire l'objet ou non d'un contrôle intermédiaire.

1. À partir du 01.01.2023, le bénéfice d'un *Pflegegeld für Senioren* accordé en vertu du décret du 27.06.2022 est considéré comme un indicateur dans le cadre de la réglementation de l'intervention majorée. Toutefois, cela ne s'appliquera effectivement qu'à partir de 2025 compte tenu des mesures transitoires prévues pour la période 2023-2024. (De "Circ. O.A. n° 2023/95 du 07.04.2023").

2. A.R. modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

3. Non publiée.

La circulaire O.A. n° 2022/132 du 27 avril 2022 du Service des soins de santé décrit et précise les conditions réglementaires des situations qui valent comme "indicateurs".

Si une personne demande une I.M. sur la base d'un ancien indicateur (par ex. veuve) avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation (par ex. le 21.12.2021), l'indicateur ne sera pas annulé si au moment de l'introduction et de la signature de la déclaration sur l'honneur, 2 mois plus tard (le 21.02.2022, donc après l'entrée en vigueur des nouveaux indicateurs) l'intéressé ne bénéficie pas d'une pension de survie suivant la nouvelle réglementation : l'indicateur doit en effet être présent au moment de la demande d'I.M.

L'arrêté royal du 12 mai 2024 modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 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, a entre autres permis l'ouverture d'office du droit à l'intervention majorée. Cette procédure n'est possible que pour un groupe cible de base spécifique, qui doit ensuite répondre à différents critères. Pour déterminer ce groupe cible de base, deux indicateurs existants ont été utilisés. Ces indicateurs ont donc un impact non seulement sur la période de référence dans le cas de l'ouverture traditionnelle du droit, mais aussi sur la possibilité d'ouvrir le droit d'office. Ceci est expliqué plus en détail dans la présente circulaire sous les indicateurs pertinents.

## 1. Pièces justificatives des indicateurs

Cette circulaire a pour objectif d'indiquer aux O.A. les données et les pièces qui servent de preuves pour les "indicateurs" visés à l'article 18 de l'arrêté royal précité du 15 janvier 2014.

## 2. Aperçu des pièces justificatives à prendre en considération

### 2.1. Pensionnés

Il s'agit en l'occurrence de la qualité de titulaire pensionné, visé à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 7° à 12°, de la loi SSI.

Le Service Fédéral des Pensions, l'Institut national d'assurance sociale des travailleurs indépendants (INASTI) et le SPF Finances, établissent des déclarations (attestations de soins de santé pensionnés) lors du droit à la pension de retraite, sur lesquelles figurent entre autres la date de début de la pension de retraite.

Les institutions précitées transmettent ces déclarations (attestations de soins de santé pensionnés) par voie électronique via la Banque-Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et le Collège Intermutualiste National (CIN) aux O.A. auxquelles sont affiliées les personnes concernées.

Cet envoi se fait via le flux électronique "A101", sur la base des attestations de pension portant les codes :

- 01 => Pension de retraite + 1/3
- 09 => Pension de retraite - 1/3
- 69 => travailleurs indépendants qui, avec 1 an d'activité professionnelle, ne bénéficient pas d'une pension de retraite<sup>4</sup>

4. Cette situation correspond donc également aux conditions prévues à l'art. 32, 11°bis, de la loi SSI pour faire valoir la qualité de titulaire indépendant pensionné. Le bon de cotisation ne mentionne toutefois pas la carrière professionnelle (+ ou - 1/3), ni l'âge de la personne (mais l'O.A. peut le vérifier dans le Registre national). L'attestation portant le code 69, combinée à une consultation de la condition d'âge dans le Registre national, sert par conséquent de preuve de la qualité de titulaire indépendant pensionné et donne droit à des soins de santé. Le travailleur indépendant qui dispose d'une attestation de pension code 69 possède donc la qualité de titulaire au sens de l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 11°bis, de la loi coordonnée du 14.07.1994 pour peu qu'il ait atteint l'âge légal de la pension.

Si le transfert électronique de données ne fonctionne pas, ces institutions fournissent des déclarations papier aux pensionnés. Ces déclarations doivent être remises par les pensionnés aux O.A. auxquels ils sont affiliés. En cas de perte, la direction Données d'accessibilité administrative du Service du contrôle administratif (SCA) délivre un duplicata.

Ces attestations électroniques avec la légende des codes (qui indiquent entre autres de quel type de pensionné il s'agit et de quel type de droits de pension il/elle bénéficie), ainsi que le modèle des déclarations papier fournies lorsque le flux électronique ne fonctionne pas, sont détaillés dans la circulaire O.A. n° 2014/432 du 5 novembre 2014.

## 2.2. Invalides ayant droit à une indemnité d'invalidité

Il s'agit de personnes invalides qui ont droit à une indemnité d'invalidité au sens de l'article 93 de la loi SSI, et de travailleurs indépendants dans la période d'invalidité, qui ont droit à une indemnité d'invalidité.

La circulaire O.A. n° 2022/132 du 27 avril 2022 du Service des soins de santé précise quelles personnes sont considérées comme bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité et détermine, en outre, les personnes qui sont quand même considérées comme bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité alors qu'elles n'y ont pas effectivement droit.

En tant qu'organismes de paiement des indemnités d'invalidité, les O.A. constituent eux-mêmes la source authentique des données relatives aux situations visées ici ; il ne faut donc pas prévoir de pièces justificatives externes.

## 2.3. Personnel de la fonction publique en disponibilité<sup>5</sup>

Il s'agit de membres du personnel du secteur public qui sont en disponibilité depuis au moins 3 mois. Pour déterminer cette période de 3 mois, on tient compte de l'éventuelle période d'incapacité qui précède la disponibilité<sup>6</sup>.

La disponibilité est établie par une attestation qui est envoyée aux membres du personnel en disponibilité par le service compétent.

## 2.4. Militaires temporairement démis de leur fonction

Il s'agit de militaires qui sont temporairement démis de leur fonction pour des raisons de santé quand cette période de destitution atteint 3 mois. Les modalités de preuve de cette situation et les attestations à prendre en compte sont décrites dans la circulaire O.A. n° 2009/335 du 18 août 2009.

5. L'agent statutaire qui a épuisé son capital maladie et qui est toujours en congé de maladie sera mis d'office en disponibilité pour cause de maladie. Les règles concernant le traitement encore à payer et le Service compétent pour le calcul et l'attestation de la disponibilité dépendent de l'autorité pour laquelle travaille le fonctionnaire concerné.
6. À supposer qu'une personne soit d'abord en incapacité de travail durant 2 mois, puis 1 mois en disponibilité, la période de 3 mois est couverte et la personne peut bénéficier de l'indicateur.
7. Au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé.
8. Au sens de la réglementation sur le chômage.
9. Voir la circ. O.A. n° 2014/72 - 3991/244 du 05.02.2014.
10. Publiée dans le B.I. n° 2019/2

## 2.5. Assurés en incapacité de travail ou en chômage contrôlé <sup>7</sup>

À condition qu'ils soient en incapacité de travail ou en chômage complet ininterrompu depuis au moins 3 mois<sup>8</sup>, les périodes d'incapacité de travail et de chômage complet sont additionnées pour déterminer si la durée de 3 mois est atteinte. Il suffit qu'au moment de la demande, l'assuré soit en incapacité de travail ou en chômage complet et que la durée de 3 mois soit atteinte.<sup>9</sup>

Les O.A. sont eux-mêmes titulaires et source authentique des données relatives à l'incapacité de travail ; des moyens de preuve externes spécifiques ne sont par conséquent pas nécessaires.

Le chômage contrôlé est démontré à l'aide des données du flux "A012", relatives à la qualité de chômeur (attestation de chômage ou d'ayant droit à une allocation d'interruption de carrière) comme expliqué plus loin dans la circulaire n° 2019/155<sup>10</sup> du 7 mai 2019 sur les preuves de la qualité. Les jours de chômage complet, qui doivent être additionnés aux jours éventuels d'incapacité de travail pour arriver à la période précitée d'au moins 3 mois, sont communiqués à l'O.A. via le flux A003 (qui, depuis la réforme de l'intervention majorée par A.R. du 15.01.2014, communique les jours de chômage par mois).

Outre la possibilité d'ouvrir le droit sans période de référence d'un an, cet indicateur permet également l'ouverture d'office du droit par les organismes assureurs, si les autres critères requis à cet effet sont également remplis.

## 2.6. Personnes répondant aux conditions pour être inscrites comme "titulaires handicapés"

Il s'agit des personnes qui remplissent les conditions pour être inscrites en qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi SSI, et en application de celle-ci, de l'article 128 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée SSI (et qui sont généralement désignées comme personnes ayant la qualité de titulaire handicapé). Les modalités pour prouver que ces conditions sont remplies sont mentionnées dans la circulaire O.A. n° 2014/432 du 5 novembre 2014.

En résumé, il s'agit des preuves suivantes, en fonction de l'origine de la reconnaissance de la diminution de la capacité de gain, visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi SSI :

- pour la reconnaissance par le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux : l'attestation du Service concernant la reconnaissance (attestation jointe en annexe<sup>10</sup> à la circulaire O.A. n° 2014/432 du 05.11.2014)
- pour les reconnaissances médicales d'enfants handicapés : les données relatives à cette reconnaissance sont communiquées aux O.A. via le flux A652 (flux de preuve du constat médical d'enfant handicapé)
- pour la reconnaissance de l'incapacité dans le cadre de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées : le flux "A023" (conçu initialement pour les preuves analogues que les assurés remplissent bien les conditions pour entrer en ligne de compte pour le forfait de soins aux malades chroniques).

10. Non publié ici.

## 2.7. Veufs ou veuves

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'indicateur veuf ou veuve dans le cadre de l'I.M. désignait la personne dont le conjoint est décédé et qui n'a pas contracté un nouveau mariage ni fait une déclaration de cohabitation légale.

Pour les personnes inscrites dans les registres de la population belge, l'état civil peut être déduit du Registre national.



*Exemple :*

Un étudiant titulaire décède. Sa conjointe était à sa charge. Même si la conjointe survivante ne bénéficie pas d'une pension de survie sur la base de son "état civil", elle peut être inscrite comme veuve. Ceci est possible sur la base de l'information contenue dans le Registre national ou sur la base d'une attestation de décès du conjoint.

Cet indicateur n'existe plus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 2.8. Assurés bénéficiant d'une pension de survie

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, les personnes qui bénéficient d'une pension de survie disposent d'un indicateur. Le bénéfice d'une allocation transitoire n'est pas envisagé comme indicateur.

L'attestation de pension de survie que les O.A. reçoivent dans le flux A101 ou une attestation délivrée par l'INASTI ou le SFPD fournie par l'assuré social constituent la preuve de la pension de survie.

Il s'agit des attestations de pension portant le code 05 (pension de survie +1/3) et le code 90 (pension de survie - 1/3). Voir annexe 2<sup>11</sup>.

## 2.9. Titulaires au sein d'un ménage monoparental

Un ménage monoparental se compose d'un titulaire qui, suivant les données du Registre national, cohabite exclusivement avec un ou plusieurs enfants inscrits à sa charge dont au moins 1 enfant est inscrit en qualité d'enfant à charge dans le ménage d'un de ses parents, que cet enfant cohabite avec son parent dans une résidence principale ou dans une résidence partagée durant au moins deux jours en moyenne par semaine. Par dérogation, l'indicateur "ménage monoparental" peut également être accordé au titulaire qui n'est pas parent d'un ou de plusieurs enfants avec qui il cohabite seul, à condition que ces enfants soient inscrits à sa charge conformément à l'article 123, alinéa 1<sup>er</sup>, 3, b) à f), de l'arrêté royal de 1996.

La circulaire O.A. n° 2022/132 du 27 avril 2022 précise en outre qui peut être considéré comme un tel titulaire.

L'arrêté royal du 12 mai 2024 modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 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, a notamment permis de préciser la définition de la famille monoparentale : "La famille monoparentale est composée d'un titulaire qui, selon les données du Registre national des personnes physiques, soit cohabite exclusivement avec son ou ses enfants, soit vit seul mais héberge son ou ses enfants à titre principal ou de manière partagée pendant au minimum deux jours par semaine en moyenne, à condition, dans les deux cas, qu'au moins un enfant soit inscrit en qualité d'enfant à charge dans le ménage d'un de ses parents." Les données du Registre national sont déterminantes à cet égard.

11. Non publiée ici.

En cas de résidence partagée dans le cadre d'une coparentalité, le parent qui n'a pas l'enfant à charge utilise la déclaration sur l'honneur pour l'enfant (les enfants) qui fait (font) l'objet d'une résidence partagée entre ses (leurs) parents.

Cette déclaration figure dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 15 mars 2022 portant modification de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance, visé à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 comme pièce justificative.

Comme prévu dans la circulaire O.A. n° 2022/132 du 27 avril 2022, le titulaire et ses enfants (dont au moins 1 est inscrit comme enfant à charge dans le ménage d'un de ses parents) qui résident dans une communauté (une maison de repos pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques, une initiative d'habitation protégée, un centre de défense sociale, une prison, une communauté religieuse...) peuvent quand même être considérés comme un ménage monoparental, à condition qu'il n'y ait pas de conjoint ou de cohabitant inscrit à la même adresse – dans ce cas, la qualité de ménage monoparental est constatée sur la base d'une déclaration sur l'honneur concernant la composition du ménage.

## 2.10. Assuré mentionné dans le flux proactif

L'indicateur "assuré mentionné dans le flux proactif" concerne les personnes mentionnées dans le flux proactif de l'année en cours ou de l'année antérieure si le flux proactif n'a pas encore été clôturé. L'indicateur est d'application dès l'échange du fichier Pro\_04 du flux proactif de l'année 2022.

L'indicateur "flux proactif" n'est plus d'application lorsqu'il s'avère en fin de compte que les revenus du ménage étaient trop élevés (après une enquête sur les revenus ou après réception de bons de cotisations par ex.). En effet, la stabilité des revenus n'est alors plus démontrée. Pour pouvoir utiliser l'indicateur, il ne peut y avoir de variations dans les revenus entre le flux proactif et la demande d'I.M.

Un contrôle intermédiaire n'est pas requis pour l'indicateur "assuré mentionné dans le flux proactif" puisque cet indicateur existera toujours.

Les O.A. sont eux-mêmes détenteurs et source authentique des données relatives au flux proactif. Le SCA peut certes voir quels assurés sont mentionnés dans le flux proactif, mais seul l'O.A. a une vue globale par exemple des résultats d'une enquête sur les revenus ou des bons de cotisation reçus.

## 2.11. Le travailleur indépendant dans le droit passerelle classique durant au moins 1 trimestre

Le travailleur indépendant dans le droit passerelle classique durant au moins 1 trimestre. Cet indicateur est d'application depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Le "droit passerelle" est disponible dans le flux "selfemployedv2.consultcareer". Il s'agit de l' "EqualityCode 500 : assurance après faillite/crédit de soudure".

12. L'A.R. du 26.12.2022 modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée visée à l'art. 37, § 19, de la loi sur l'assurance obligatoire des soins et prestations médicales, coordonnée le 14.07.1994, M.B. 20.01.2023.

## 2.12. Le bénéfice d'une l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) accordée par la Communauté germanophone (Pflegegeld für Senioren)

L'octroi de l'Allocation d'Assistance aux Personnes Âgées (APA) est devenu une compétence communautaire dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État. La Communauté germanophone a alors décidé de ne plus ouvrir l'APA à partir de 2023 sur la base d'une enquête sur les revenus, mais de le baser sur le score BelRAI, de sorte que l'APA attribué par la Communauté germanophone (Pflegegeld für Senioren) ne peut plus être lié à un droit automatique à l'I.M.<sup>12</sup> Toutefois, les bénéficiaires de l'APA octroyé par la Communauté germanophone n'auront pas à justifier de leurs revenus pour l'enquête sur les revenus I.M. à partir de 2025 pour une période de référence d'un an, mais simplement pour la situation actuelle.

Le bénéfice d'une Allocation d'Aide aux Personnes Âgées (APA) est communiqué au O.A. via le flux A003. Dans ce flux, l'O.A. peut identifier les institutions d'envoi et ainsi les identifier lorsqu'il s'agit d'un droit accordé par la communauté germanophone.



Circulaire O.A. n° 2024/337 – 3991/398 du 28 novembre 2024.

## IV. Contrôle intermédiaire du droit à l'intervention majorée (I.M.) 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

### Introduction

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014), prévoit un contrôle intermédiaire l'année qui suit l'ouverture d'un droit à l'intervention majorée octroyé sans période de référence conformément à l'article 18.

L'article 36 de l'arrêté royal précité du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance stipule que lorsque le droit à l'intervention majorée a été octroyé à un ménage sans période de référence en application de l'article 18, la mutualité gestionnaire vérifie, au plus tard le 31 août de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit, si une situation visée à l'article 18 est toujours présente au 30 juin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit. Si une telle situation n'existe plus et que le ménage ne peut pas bénéficier du droit dans le cadre du chapitre 3, le droit est retiré au 31 décembre de cette même année. Le droit est toutefois maintenu si, avant cette date, le ménage souscrit une déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment.

Les indicateurs sont modifiés par arrêté royal du 15 mars 2022<sup>1</sup>. Cette modification de l'arrêté royal entraîne aussi un accord particulier pour certains indicateurs en ce qui concerne le contrôle intermédiaire (voir chap. 3). Vous trouverez davantage d'informations sur ces indicateurs, la date de leur entrée en vigueur et les justificatifs, dans la circulaire relative aux pièces justificatives des indicateurs I.M. (Circ. O.A. n° 2022/214 du 03.06.2022).

Les accords entre les organismes assureurs (O.A.), le Collège Intermutualiste National (CIN) et l'INAMI sur le déroulement de ce contrôle intermédiaire sont développés dans cette circulaire.

### 1. Dispositions générales

Si le droit à l'I.M. a été accordé à un ménage sans période de référence, la mutualité gestionnaire du dossier vérifie si, l'année qui suit celle de l'ouverture du droit, un indicateur est encore toujours présent (art. 36 de l'A.R. du 15.01.2014). Il y a des exceptions à cette règle. Celles-ci sont détaillées au chapitre 3.

1. A.R. modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

L'O.A. gestionnaire du dossier est responsable du contrôle intermédiaire du ménage I.M. avec ouverture du droit après examen des revenus sans période de référence. La première étape du contrôle consiste à vérifier la présence d'un indicateur. Ce contrôle est effectué le 31 août de l'année qui suit l'ouverture du droit.

L'O.A. responsable effectue le contrôle sur la base d'informations (sur l'indicateur) dont il dispose au 31 août en ce qui concerne la situation du ménage I.M. au 30 juin. L'examen des revenus doit être clôturé au plus tard le 31 décembre de l'année du contrôle intermédiaire.

L'indicateur doit être présent chez un des membres du ménage mais il ne doit pas nécessairement s'agir du même indicateur ou d'un indicateur chez le même membre du ménage. S'il n'y a plus d'indicateur présent au sein du ménage, le droit à l'I.M. du ménage est retiré le 31 décembre, à moins que le ménage ne souscrive une déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment (art. 36 de l'A.R. du 15.01.2014).

Quels indicateurs permettent de ne pas devoir appliquer une période de référence pour l'examen des revenus ? (Art. 18. Par dérogation à l'art. 17, il n'y a aucune période de référence applicable pour le ménage dont un des membres, au moment de l'introduction de la demande) :

1. pensionné (qualité de titulaire pensionné visé à l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup> à 12<sup>o</sup>, de la loi SSI);
2. personne invalide percevant une indemnité d'invalidité (au sens de l'art. 93 de la loi SSI);
3. agent des services publics mis en disponibilité depuis 3 mois;
4. militaire mis en retrait temporaire d'emploi (si cette période de retrait atteint au moins 3 mois);
5. assuré en incapacité de travail et chômage contrôlé dont la somme des périodes d'incapacité de travail et de chômage atteint une durée de 3 mois ;
6. assuré remplissant les conditions pour être inscrit comme "titulaire handicapé" (au sens de l'art. 32, al. 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi SSI) ;
7. veuf ou veuve jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
8. assuré bénéficiant d'une pension de survie à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
9. titulaire au sein d'un ménage monoparental ;
10. assuré mentionné dans le flux proactif ;
11. travailleur indépendant dans le droit passerelle classique durant au moins 1 trimestre à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022;
12. bénéficiaire de "l'Aide aux Personnes Agées de la Communauté germanophone".

Une personne qui a donc ouvert le droit à l'I.M. sur la base d'un indicateur en décembre 2021 devient est assujettie au contrôle intermédiaire normal le 30 juin 2022, même si la notion d'indicateur a entre-temps changé.

Pour le contrôle intermédiaire des veufs et veuves, les revenus ont été réexaminés jusque et y compris 2021, même si l'état civil n'a pas changé (encore toujours veuf ou veuve). L'indicateur "veuf ou veuve" disparaît à partir de 2022 (voir chap. 5).

En application du décret du 27 juin 2022 relatif à la prime de soins pour les personnes âgées, la Communauté germanophone utilise depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 uniquement le screener BelRAI pour l'octroi de l'APA (Pflegegeld für Senioren). Aucun contrôle des revenus n'est désormais effectué. Par conséquent, les bénéficiaires de l'allocation Pflegegeld für Senioren octroyée par la Communauté germanophone ne disposent plus, à partir de cette date, d'un droit automatique à l'I.M.. Cependant, ce droit servira d'indicateur permettant de ne pas devoir utiliser une période de référence pour l'examen des revenus.

L'arrêté royal du 12 mai 2024 modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 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, a entre autres permis l'ouverture d'office du droit à l'intervention majorée d'office. Cette procédure n'est possible que pour un groupe cible de base spécifique, qui doit ensuite répondre à différents critères. Ce groupe cible de base est composé de personnes appartenant à l'une des catégories suivantes :

- les personnes visées à l'article 18, alinéa 1<sup>er</sup>, 2, qui ont cessé toute activité conformément à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi
- les personnes visées à l'article 18, alinéa 1<sup>er</sup>, 5, qui, en incapacité de travail, ont cessé toute activité conformément à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi et, si elles sont indépendantes, dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et, en cette qualité, sauvegardent leurs droits par l'application de la même législation
- les personnes visées à l'article 18, alinéa 1<sup>er</sup>, 5, qui, en chômage contrôlé, tombent sous l'application de l'article 27, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, a), de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, à l'exception de celles qui bénéficient d'un complément d'entreprise.

Si le contrôle intermédiaire (où chacune de ces situations, qui comptent déjà comme indicateurs, est vérifiée) révèle que la personne en question n'entre plus dans au moins une de ces catégories, le droit à l'I.M. doit être clôturé le 31 décembre, sauf si une déclaration sur l'honneur est signée avant cette date, déclaration sur l'honneur dont il ressort que les revenus au moment de cette déclaration sont toujours inférieurs au plafond applicable à ce même moment (art. 36 de l'A.R. du 15.01.2014).

## 2. Contrôle des indicateurs

Les informations sur le contrôle des indicateurs figurent dans la circulaire relative aux pièces justificatives des indicateurs (circ. O.A. n° 2022/214 du 03.06.2022).

Le contrôle intermédiaire effectif se fait sur la base de l'existence d'un des indicateurs dans le ménage au 30 juin. Les O.A. ont jusqu'au 31 août pour effectuer le contrôle.

## 3. Exceptions : situations sans contrôle intermédiaire

Les personnes qui maintiennent le droit à la suite d'une modification du ménage entre le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et le 31 août 2021 (fin du droit au 31.12.2021) peuvent être exclues du contrôle intermédiaire du fait qu'elles ont en principe déjà introduit une nouvelle déclaration sur l'honneur.

Un contrôle intermédiaire n'est pas requis pour :

- l'indicateur "assuré mentionné dans le flux proactif" vu que cet indicateur existera toujours
- familles monoparentales
- l'indicateur "Intervention aide aux personnes âgées Communauté germanophone".<sup>2</sup>

## 4. Contrôle des revenus en l'absence d'un indicateur lors du contrôle intermédiaire

S'il n'y a plus d'indicateur dans le ménage, le droit à l'I.M. pour le ménage est clôturé le 31 décembre, à moins que le ménage signe une déclaration sur l'honneur avant cette date, de laquelle il ressort que les revenus sont inférieurs au plafond applicable à ce même moment (à la date de la déclaration – il est convenu de prendre en compte les revenus à partir du mois précédant l'introduction de la déclaration). (Art. 36 A.R. du 15.01.2014).

## 5. Entrée en vigueur

Cette circulaire est d'application pour le contrôle intermédiaire des bénéficiaires à l'I.M. après un examen des revenus par l'O.A. sans période de référence (art. 18 de l'A.R. du 15.01.2014) à partir de 2022.

La présente circulaire remplace, à partir du jour de sa publication, la circulaire O.A. n° 2022/262<sup>3</sup> du 19 juillet 2022.

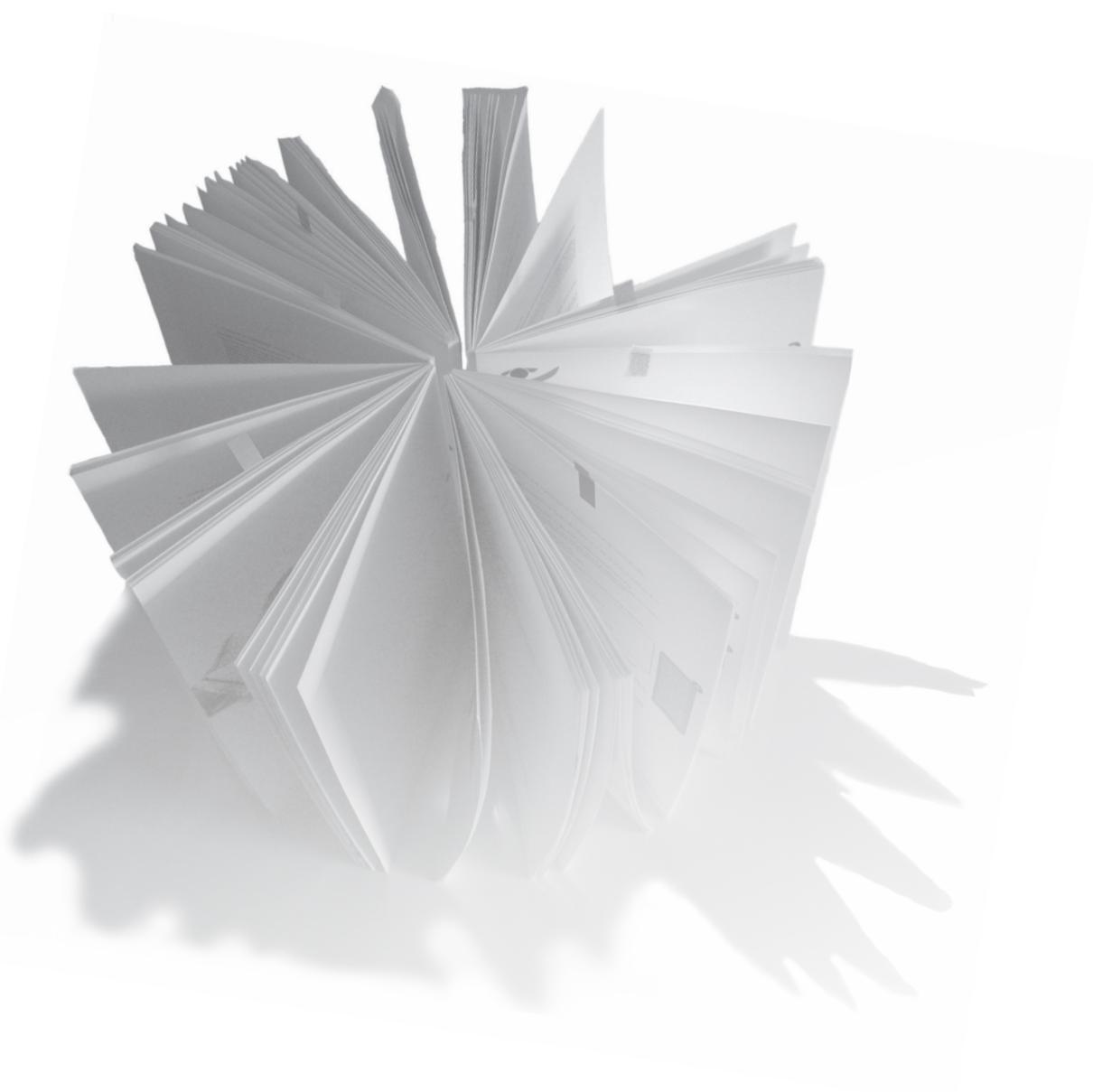


Circulaire O.A. n° 2024/338 – 3991/399 du 2 décembre 2024.



# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



# Cotisation à payer par certains titulaires

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2024, soit 132,79 (base 2013 = 100).

Dans les tableaux ci-joints, vous pouvez prendre connaissance de ces montants ; comme vous pouvez le constater, nous avons mentionné dans chaque tableau la référence aux textes réglementaires.

...

## 1. Cotisation d'assurance continuée

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

### a) Cotisation par jour ouvrable :

•	21 ans et plus	2,23	EUR
•	18 à 21 ans	1,69	EUR
•	14 à 18 ans	1,11	EUR

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

•	21 ans et plus	55,75	EUR
•	18 à 21 ans	42,25	EUR
•	14 à 18 ans	27,75	EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2025

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

## 2. Cotisation des étudiants

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

Par trimestre : 77,39 EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2025

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

### 3. Cotisation pour les personnes inscrites dans le registre national des personnes physiques

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

Par trimestre :

Normal :	912,91	EUR
Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3 <sup>o</sup> alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :	456,44	EUR
Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée :	77,39	EUR
Si revenu < au montant annuel du minimum de moyen d'existence :	0,00	EUR
Si droit à un avantage visé dans l'article 37, § 19, alinéa 1, 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> ou 3 <sup>o</sup> de la loi coordonnée :	0,00	EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2025

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

### 4. Cotisation des membres des communautés religieuses

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

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans	116,90	EUR
b) Titulaire de plus de 65 ans	33,43	EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2025

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

### 5. Cotisation de l'ancien personnel du secteur public en Afrique

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

Par trimestre : 52,65 EUR

Date d'application : 1<sup>er</sup> janvier 2025

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



Circulaire O.A. n° 2024/316 – 270/100, 273/101, 274/102, 276/151, 2790/104, 2791/100, 2792/99 et 83/526 du 12 novembre 2024.



[Comité de rédaction](#)

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
Mme Charlotte Lefebvre  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Jolanda Gashi  
Mme Marleen Stevens  
M. Jonathan Owczarek  
M. Christophe Ciprietti  
Mme Lieselot Bolle  
M. Tom Candaele

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726