

1^{re} Partie

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



4^e trimestre 2024

1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
27.12.2024 - Édition 2	20.12.2024	Loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne les ressources de l'assurance

Résumé des modifications

La loi règle la perception des cotisations sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables pour l'année 2025 :

- la cotisation standard de 6,73 %, la cotisation contributive 1 % et la cotisation orpheline sont reconduites en 2025
- la contribution compensatoire instaurée pour contrebalancer l'effet de la promotion sur l'augmentation du volume de prescriptions de médicaments remboursables et représentant 10 % du chiffre d'affaires est également maintenue en 2025.

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

Moniteur belge	Date	Titre
30.10.2024	18.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , 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
22.11.2024	18.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1 ^{er} , 3 ^o , 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. - <i>Erratum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'annexe 1^{re}, jointe à l'arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1^{er}, 3^o, 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, est complétée

- à l'article 5 de ce même arrêté, le § 5 est remplacé par ce qui suit : "§ 5. La liste reprise en annexe 1^{re} est modifiée conformément à la procédure prévue au chapitre VI 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^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20**bis** de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
Pour pouvoir être repris sur la liste, le prix de vente ex-usine d'un pansement actif doit en outre satisfaire aux règles de calcul reprises en annexe 2."

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2024	07.05.2024	Arrêté royal modifiant l'article 37 bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 37**bis**, § 1^{er}, E, 7^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- le second alinéa est remplacé par : "Le bénéficiaire ne doit pas payer d'intervention personnelle pour les prestations 553615 et 553630 visées à l'article 24**bis**, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité et pour les prestations 589853 et 591791, visées à l'article 32, § 1^{er}, de ladite annexe."

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

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2024 – Édition 1	03.10.2024	Arrêté royal modifiant l'article 31 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 31, 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 II. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT, les 2 derniers alinéas sous 2.1.2. Exceptions, sont remplacés
- au II. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT, dans le texte en néerlandais sous 2.2.2 Exceptions, b), les mots "STR (Speech Reception Threshold)." sont remplacés par les mots "SRT (Speech Reception Threshold)."
- au II. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT, sous 2.3.1. Généralités, 1., les mots "aux conditions visées au point 2.2.b." sont remplacés par les mots "aux conditions visées au point 2.2.1.b."
- au II. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT, le 2.3.2. Exceptions est remplacé

- au V. DÉLAIS DE RENOUVELLEMENT, le 5.3. Renouvellement anticipé est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
18.10.2024 – Édition 1	17.04.2024	Arrêté royal modifiant les articles 2 et 37 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 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 règle d'application suivant la prestation 109454 est remplacée
- à la première règle d'application après la prestation 109395,
=> les mots "109351 ou 109410" sont remplacés par les mots "109351, 109410 ou 101975" ;
=> les mots "109336 ou 109675" sont remplacés par les mots "109336, 109675, 101931 ou 106890" ;
- la quatrième règle d'application après la prestation 109395 est remplacée.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 37 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 paragraphe 1^{er}, a), les mots "soins psychiatriques à distance," sont insérés entre les mots "distance," et "télé-expertise"
- au paragraphe 2 :
=> dans le texte en néerlandais, les mots "de eventuele diagnose," sont insérés entre les mots "het contact," et les mots "de reden" ;
=> après le A, un B "Soins psychiatriques à distance" est inséré,
- au paragraphe 3, alinéa 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :
=> les mots "et § 2, B." sont insérés entre les mots "§ 2, A." et "doivent" ;

=> au a), les mots "et les soins psychiatriques à distance, à l'exception de la prestation 106875," sont insérés entre les mots "vidéo" et "doivent" ;

=> au b), les mots "ou séance d'un traitement à distance" sont insérés entre les mots "distance" et "peut" ;

=> au d), les mots "ou le soin psychiatrique à distance" sont insérés après le mot "distance" ;

=> au e), les mots "Le médecin a une relation de traitement existante avec le patient." sont remplacés par les mots "Les prestations pour les consultations à distance, visées au § 2, A., exigent que le médecin a une relation de traitement existante avec le patient." ;
- un f) est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2024	07.05.2023	Arrêté royal modifiant les articles 3, 14, g), 24 <i>bis</i> et 32 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 3, § 1^{er}, C., :

- au paragraphe 1^{er}, au B. :
=> la prestation 114030-114041 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;
=> la prestation 114170-114181 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;
=> après la prestation 114170-114181 et les règles d'application qui la suivent, la prestation 114192-114203 et les règles d'application sont insérées ;
- au paragraphe 1^{er}, au C., II. :
=> la prestation 149612-149623 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;
=> la prestation 149634-149645 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées ;
=> après la prestation 149634-149645 et les règles d'application qui la suivent, la prestation 149656-149660 et les règles d'application sont insérées ;
- aux paragraphes 2 et 5, dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est remplacé par le mot "arts"
- le paragraphe 6 est remplacé.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, g) :

- la prestation 431955-431966 et les règles d'application qui la suivent sont remplacées.

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 24 *bis* :

- le paragraphe 1^{er} est complété
- le paragraphe 5, 1^o, est complété par les mots "ou pour les prestations 553615-553626, 553630-553641, 553652-553663 et 553674-553685 dans un laboratoire reconnu comme laboratoire d'anatomie pathologique conformément à l'arrêté royal du 5 décembre 2011 relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique par le Ministre chargé de la santé publique".

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 32 :

- au paragraphe 1^{er} :
=> au "a) Examens histologiques", la quatrième règle d'application suivant la prestation 588976-588980 est remplacée ;

=> au "b. Examens cytologiques" :
1) la prestation 589853-589864 est remplacée ;
2) les prestations 588873-588884, 588895-588906, 588932-588943 et 588954-588965 et les règles d'applications qui les suivent sont supprimées et remplacées par les prestations 591791-591802 ; 591813-591824 ; 591835-591846 et les règles d'application ;
- au paragraphe 3, dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheren" est remplacé par le mot "artsen"

- au paragraphe 8 :
 - => le 1^o, alinéa 1^{er}, est remplacé ;
 - => le 4^o est remplacé ;
 - => le paragraphe 10 est supprimé ;
 - => le paragraphe 11 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2024	19.11.2024	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 1 ^{er} , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Résumé des modifications

À l'article 25, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 599992-600003 et les règles d'application sont insérées après la prestation 599970-599981 et la règle d'application qui la suit.

4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
02.10.2024	26.09.2024	Arrêté royal mettant fin aux mesures relatives à l'oxygénothérapie de l'arrêté royal n° 21 du 14 mai 2020 portant des adaptations temporaires aux conditions de remboursements et aux règles administratives en matière d'assurance obligatoire soins de santé suite à la pandémie COVID-19

Résumé des modifications

Le 1^{er} novembre 2024, il est mis fin aux mesures prises durant la pandémie COVID-19 relative au remboursement de l'oxygénothérapie de courte durée.

Moniteur belge	Date	Titre
18.10.2024 – Édition 1	17.04.2024	Arrêté royal modifiant l'article 7 ^{quater} de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 7^{quater} de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations :

- l'alinéa 1^{er} est remplacé
- à l'alinéa 3, les mots "106890, 109336, 109351," sont insérés entre les mots "les prestations" et les mots "109410 et 109675"
- l'alinéa 4 est complété.

Moniteur belge	Date	Titre
18.10.2024 – Édition 1	06.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} 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
02.12.2024	06.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'arrêté royal du 1^{er} 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 :

- à l'article 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :
 - => la disposition sous 11° est remplacée ;
 - => l'article est complété par les 38° et 39° ;
- dans l'article 5, § 1^{er}, l'alinéa 10 est remplacé
- à l'article 8, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le paragraphe 1^{er} est complété par un alinéa ;
 - => dans le paragraphe 2, alinéa 2, le mot ", "BioR"" est inséré chaque fois entre le mot "" R"" et les mots "ou "CR"" ;
 - => dans le paragraphe 2, l'alinéa 3, est remplacé ;
 - => dans le paragraphe 2, l'alinéa 4 est complété par les mots "ou de ces spécialités biologiques de référence" ;
 - => le paragraphe 2 est complété par un alinéa ;
 - => dans le paragraphe 3, les alinéas 2, 3 et 14 sont remplacés ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéas 4 et 5, le mot "corrigé" est chaque fois abrogé ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 5, les mots "diminué de 17 %" sont abrogés ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéas 6 et 10, les mots "69, § 1^{er}, de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé" sont chaque fois remplacés par les mots "35^{ter}/2, § 1^{er}, de la Loi" ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéas 6 et 10, dans le texte français, les mots "est au moins inférieure d'un" sont chaque fois remplacés par les mots "est inférieure d'un pourcentage qui soit au moins le" ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéas 9 et 13, les mots "69, § 2, de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé" sont chaque fois remplacés par les mots "35^{ter}/2, § 1^{er}, de la Loi" ;
 - => dans le paragraphe 3, alinéa 15, les mots "ou "Gr"" sont chaque fois insérés entre le mot ""G"" et les mots "dans la colonne" ;
 - => dans le paragraphe 4, alinéas 4 et 5, les mots "69, § 1^{er}, de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé" sont chaque fois remplacés par les mots "35^{ter}/2, § 1^{er}, de la Loi" ;
 - => le paragraphe 7 est remplacé ;
 - => l'article est complété par le paragraphe 8 ;
- dans l'article 37, le 7°, est remplacé
- l'article 56, alinéa 1^{er}, 5°, est complété par un alinéa
- les articles 57 et 83 sont abrogés
- à l'article 58, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans l'alinéa 1^{er}, les mots "Dans les autres cas" sont remplacés par le mot "Pour" ;
 - => dans les alinéas 1^{er} et 2, le mot "biologique" est chaque fois inséré entre le mot "spécialité" et les mots "de référence".

- à l'article 77, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 1^{er}, alinéa 3, les mots ", § 1^{er} *bis*, § 2 et § 2 *bis*" sont insérés entre les mots "§ 1^{er}," et les mots "de la loi" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots "contenant un principe actif ou une combinaison de principes actifs," sont insérés entre les mots "alinéa 1^{er}, 5°, c), 2)," et les mots "pour lesquelles" ;

=> le paragraphe 4 est remplacé ;

=> dans le paragraphe 6, alinéas 1^{er}, 2 et 3, les mots "§ 1^{er} *bis*" sont chaque fois insérés entre les mots "§ 1^{er}" et les mots "§ 2".

- il est inséré un article 77/2, 79/1, 127/1 et 128/1

- à l'article 78, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans l'alinéa 4, les mots "ou l'article 35^{ter}/1" sont insérés chaque fois entre les mots "l'article 35^{ter}" et les mots "de la Loi" ;

=> dans l'alinéa 6, les mots "ou l'article 35^{ter}/1" sont insérés entre les mots "l'article 35^{ter}, § 1^{er}," et les mots "de la Loi" ;

=> l'alinéa 7 est remplacé ;

- les articles 79, 82 et 128 sont remplacés ;

- à l'article 80, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 1^{er}, l'alinéa 1^{er} est remplacé ;

=> dans la paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots ", de l'article 77/2" sont insérés entre les mots "l'article 77" et les mots "ou de l'article 78" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 2, les mots ", de l'article 77/2" sont insérés entre les mots "de l'article 77" et les mots "ou de l'article 78" ;

=> dans le paragraphe 3, les mots "ou BioS" sont insérés entre les mots "par la lettre "G"" et les mots "dans la colonne" ;

=> dans le paragraphe 5, l'alinéa 1^{er}, est remplacé ;

- à l'article 81, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots "2 mois" sont remplacés par les mots "un mois" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 3, les mots "sept jours" sont remplacés par les mots "cinq jours" ;

=> dans le paragraphe 2, alinéa 4, 2°, les mots "soit au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou au 1^{er} octobre" sont remplacés par les mots "le 1^{er} jour du mois" ;

=> dans le paragraphe 4, les mots "1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou au 1^{er} octobre" sont remplacés par les mots "1^{er} jour du mois" ;

- l'article 120, est complété par un alinéa

- à l'article 126, les modifications suivantes sont apportées :

=> dans le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, les mots "article 120, § 2" sont remplacés par les mots "article 120, § 2, alinéa 1^{er}" ;

=> dans le paragraphe 2, l'alinéa 1^{er} est complété par les mots "avant le 1^{er} janvier 2024" ;

=> le paragraphe 2 est complété d'un alinéa ;

=> les paragraphes 5 et 6 sont abrogés.

- dans l'article 127, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le paragraphe 1^{er}, l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
 - => dans le 1^{er}, alinéa 4, les mots "ou à l'article 35^{ter}/1" sont insérés entre les mots "l'article 35^{ter}" et les mots "de la Loi" ;
 - => dans le paragraphe 2, l'alinéa 1^{er} est remplacé ;
- il est inséré une annexe V et VI.

Moniteur belge	Date	Titre
18.10.2024 – Édition 1	06.09.2024	Arrêté royal abrogeant certaines mesures temporaires de l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- dans l'article 6, les paragraphes 2, 3 et 4 sont abrogés ;
- les articles 9, 10 et 12 sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2024	24.10.2024	Arrêté royal modifiant la mention de l'adresse de l'INAMI dans les règlements d'ordre intérieur

Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le mot "siège" par les mots "siège central" et abroge les mots "avenue de Tervueren, 211 à 1150 BRUXELLES" dans :

- le règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale médico-mutualiste
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste
- le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique médical
- le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire
- le règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des radio-isotopes
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions kinésithérapeutes - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions logopèdes - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions fournisseurs d'implants - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions opticiens - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions orthopédistes - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions bandagistes - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions sages-femmes - organismes assureurs
- le règlement d'ordre intérieur de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2024	24.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 2, § 1, est complété par les 9° et 10° rédigés comme suit : "9° pour les admissions qui débutent après le 31 décembre 2019 et avant le 1^{er} janvier 2022, les prestations désignées par les numéros 459550-459561 de l'article 17 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
10° pour les admissions qui débutent après le 31 décembre 2020, les prestations effectuées pour les nouveau-nés qui sont facturées au nom de la mère."
- l'annexe 1^{re} est remplacée
- pour les prestations 459550-459561 qui sont effectués du 1^{er} janvier 2020 à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté pendant un séjour pour lequel le montant global prospectif par admission dans un hôpital était d'application, aucune intervention personnelle ne peut être portée en compte au patient
- l'article 2 de cet arrêté est d'application pour les admissions qui débutent après le 31 décembre 2020.

Moniteur belge	Date	Titre
14.11.2024	03.10.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'annexe 1 est remplacée
- à l'article 3, les modifications suivantes sont apportées :
 - => le 3° est remplacé par ce qui suit : "3° pour ces séjours, le nombre total des prestations et des jours d'hospitalisation par séjour est calculé en additionnant les quantités. Seuls les séjours qui ont un nombre positif de prestations tant pour les soins médicaux que pour les jours d'hospitalisation sont retenus" ;
 - => le 5° est remplacé par ce qui suit : "5° pour tous les séjours sélectionnés, le montant total des honoraires est alors calculé par séjour, en additionnant les dépenses réglementaires de l'assurance obligatoire soins de santé et l'intervention personnelle réglementaire".

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2024	07.05.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 10 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations :

- au troisième alinéa, les mots "les prestations 114170 et 114192 reprises au point B de l'article 3, § 1^{er}, visé à l'alinéa 2 et" sont insérés entre les mots "En ce qui concerne" et les mots "les prestations reprises au point C ; II,".

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2024	26.11.2024	Arrêté royal fixant le budget global en 2024 des moyens financiers pour l'ensemble du Royaume pour les prestations en matière de spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et l'impact des éléments du budget annuel qui n'ont pas ou pas entièrement produit leurs effets.

Résumé des modifications

Le budget global des moyens financiers pour les spécialités pharmaceutiques visées dans l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b), c) et e), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixé à 5.849.986.000 EUR pour l'exercice 2024. C'est sur base de ce budget qu'il sera constaté s'il y a un dépassement et, dans ce cas, si une cotisation indemnitaire est due par l'industrie pharmaceutique.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2024	19.11.2024	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique qui participent au service de garde médicale dans la section MIC d'une maternité

Résumé des modifications

Les honoraires forfaitaires pour la participation au service de garde médicale s'élèvent à 356,89 EUR par nuit et sont dus quel que soit le nombre de médecins de garde qui étaient présents cette nuit-là.

Moniteur belge	Date	Titre
04.12.2024	26.11.2024	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 août 2012 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire

Résumé des modifications

L'intervention financière pour le fonctionnement des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art est fixée de la manière suivante :

- pour les années 2024 à 2027 incluse, le montant de base visé à l'article 3, § 1, 1^o, est fixé à 9.500,00 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire visé au § 1^{er}, 2^o, est fixé à 100,48 EUR par vote valable émis
- pour les années 2025 à 2027 incluse, les montants visés au § 2 sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
09.12.2024	29.11.2024	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2024

Résumé des modifications

Le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 21,708.408 millions d'EUR en 2024.

Moniteur belge	Date	Titre
23.12.2024	15.12.2024	Arrêté royal fixant la date d'entrée en vigueur de dispositions de la loi du 12 mai 2024 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments et la loi du 29 mai 2024 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les litiges relatifs aux décisions-cadres concernant l'accès rapide ou précoce

Résumé des modifications

Les dispositions de l'article 12 de la loi du 12 mai 2024 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments entrent en vigueur le 1^{er} avril 2025.

Les dispositions des articles 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 27, 28 et 29 de la loi du 12 mai 2024 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026

Les dispositions de l'article 26, 5°, 6°, 8°, 9°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 23°, 24° et 30° de la loi du 12 mai 2024 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne la modernisation des procédures de remboursement en vue d'un accès rapide et durable aux médicaments entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

5. Arrêtés ministériels		
Moniteur belge	Date	Titre
08.10.2024	27.09.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 remplace le point "4.4. Dérogation à la procédure" à la condition de remboursement C- § 01 au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} 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.

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2024 – Édition 1	23.09.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "B. Neurochirurgie" 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 "B. Neurochirurgie" :

- au point "B.2.4.2 Deep Brain Stimulation", les modifications suivantes sont apportées :
 - => le libellé des prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171636-171640, 171651-171662 sont remplacés ;
 - => la catégorie de remboursement des prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566, 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684, 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802 et 171813-171824 est remplacé par "I.A.a" ;
 - => la catégorie de remboursement des prestations 171636-171640 et 171651-171662 est remplacée par I.F.a ;
 - => la prestation 171614-171625 et ses modalités de remboursement sont supprimées ;
 - => les modalités de remboursement des prestations 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802, 171813-171824, 171673-171684, 171710-171721, sont remplacées ;

- les conditions de remboursement B-§08 et B§-09 sont remplacées.

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes 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 :

- la liste nominative "Neurostimulateur DBS Epilepsie, électrodes et accessoires, associée aux prestations 171496-171500, 171511-171522, 171533-171544, 171555-171566 ; 171570-171581, 171592-171603, 171673-171684 , 171695-171706, 171710-171721, 171732-171743, 171754-171765, 171776-171780, 171791-171802, 171813-171824 est modifiée.

Moniteur belge	Date	Titre
21.10.2024	16.10.2024	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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.

Moniteur belge	Date	Titre
28.10.2024	22.10.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
14.11.2024	05.11.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté ministériel remplace l'inscription de spécialités au chapitre IV-B de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2024	07.11.2024	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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
28.11.2024	07.11.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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>
02.12.2024	07.11.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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, le point XXIII.29. est inséré
- à l'annexe IV, le code ATC est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
20.11.2024	13.11.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2024	05.11.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
29.11.2024	21.11.2024	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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.

Moniteur belge	Date	Titre
20.12.2024 – Édition 1	19.12.2024	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 ^{er} 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

L'arrêté ministériel apporte des modifications :

- à l'annexe I
- à l'annexe II sont apportées les modifications suivantes :
 - => le point VIII.1.42. est inséré, rédigé comme suit : "Inhibiteur bispécifique GPRC5D : A-164" ;
 - => le point IX.12. est inséré, rédigé comme suit : "Immunosuppresseurs entéraux à libération modifiée pour le traitement de néphropathie à immunoglobulines A primitive : B-387".
- à l'annexe IV, un code ATC est ajouté.

Moniteur belge	Date	Titre
31.10.2024	23.10.2024	Arrêté ministériel modifiant la mention de l'adresse de l'INAMI dans les règlements d'ordre intérieur

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- remplace les mots "à l'Institut national" par les mots "au siège central de l'Institut national" et abroge les mots "avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles" dans :
 - => le règlement d'ordre intérieur de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament ;
 - => le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des médicaments.
- remplace les mots "à l'Institut national" par les mots "au siège central de l'Institut national" et les mots ", Avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles" sont abrogés dans :
 - => le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques ;
 - => le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Moniteur belge	Date	Titre
16.12.2024	24.11.2024	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 ^{er} , 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o 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 les modifications suivantes :

- des moyens sont ajoutés dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 1 de la liste annexé 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^{er}, 5^o a), 19^o, 20^o et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- des modifications sont apportées dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5 du même arrêté
- une disposition est supprimée au § 10000 dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I de la liste annexée au même arrêté.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2024	04.12.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 ^{re} 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 L- § 30 au chapitre "L. Orthopédie en traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} 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 "1. Critères concernant l'établissement hospitalier" est remplacé
- au point "3.3. Conditions de garantie", deuxième alinéa, les mots "à 100 %" sont abrogés
- dans le titre du point 4.1., les mots "Première implantation/Première utilisation" sont remplacés par les mots "Première implantation"
- le point "7. Divers" ancien, devenant le point 8, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
19.12.2024	12.12.2024	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- au chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la Liste, jointe comme annexe 1^{re} 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, les modifications suivantes sont apportées :
=> le point "L1.4. Tige" est complété par les prestations 185371-185382 ; 185393-185404 et 185415-185426 et leurs modalités de remboursement ;
=> la condition de remboursement L- § 39 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 39601 associée aux prestations 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426.

6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
11.10.2024 – Édition 1	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 concernant la procédure de demande pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, les formulaires B-Form-I-20 et B-Form-I-21 auquel il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
07.11.2024	28.10.2024	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 concernant la procédure de demande pour les prestations relatives aux neurostimulateurs et accessoires pour stimulation cérébrale profonde en cas d'épilepsie réfractaire, les formulaires B-Form-I-04, B-Form-I-05, B-Form-I-06, B-Form-I-07, B-Form-I-08 et B-Form-II-02, auxquels il est fait référence au chapitre "B. Neurochirurgie" de la liste, sont supprimés.

Moniteur belge	Date	Titre
22.11.2024	28.10.2024	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 au 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 :

- un Chapitre VIII^{sexies} intitulé "Notification du dépistage du cancer du col de l'utérus" est inséré
- une annexe 100 est insérée.

7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge

07.10.2024

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 46

Question

Dans quelles conditions un bénéficiaire de moins de 18 ans ayant une surdité unilatérale (congénitale/acquise) entre-t-il en ligne de compte pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son par dérogation à la procédure tel que mentionné au point 4.4. de la condition de remboursement C- §01 ?

Réponse

L'élargissement des conditions de remboursement d'un implant cochléaire à la surdité unilatérale (congénitale/acquise) concerne la population pédiatrique. Un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans entre en ligne de compte pour le remplacement de l'implant et/ou du processeur de son par dérogation à la procédure tel que mentionné au point 4.4. de la condition de remboursement C- §01 s'il répondait, avant implantation, à toutes les conditions visées au point 2 de la condition de remboursement C- §01 et qu'il a été implanté avant l'âge de 18 ans.

La suppression de la règle interprétative 46 entre en vigueur le 1^{er} novembre 2024.

Moniteur belge

27.11.2024

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

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 4

Question

Que faut-il comprendre sous 2.1.2. Exceptions, d. par "Cette règle est également d'application pour les bénéficiaires qui au moment de la délivrance ont plus de 65 ans mais pour lesquels la règle ci-dessus était déjà d'application avant leur 65^e anniversaire." ?

Réponse

Cette phrase signifie qu'une délivrance d'un appareil auditif basée sur cette exception doit déjà avoir eu lieu avant le 65^e anniversaire du bénéficiaire."

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} août 2015.

Moniteur belge

18.12.2024 – Édition 2

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 31, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 3

Question

Est-il nécessaire que la période d'essai soit entièrement accomplie pour pouvoir bénéficier du remboursement de l'"Intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels lorsqu'en définitive aucun appareil auditif n'est délivré après les tests", tel que décrit à l'article 31, 2.5 ?

Réponse

Étant donné que cette disposition vise à rembourser les frais matériels consentis (embouts individuels adaptés, haut-parleurs, coquilles, etc.), il est nécessaire et suffisant pour bénéficier de l'intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels consentis, que la période d'essai ait commencé et que des frais matériels aient été consentis (embouts individuels adaptés, haut-parleurs, coquilles, etc.). Le bénéficiaire peut mettre fin à la période d'essai de manière anticipée.

La présente règle interprétative produit ses effets au 1^{er} juin 2024.

8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
16.12.2024	10.12.2024	Indicateurs pour le comportement en matière de prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par les médecins généralistes et les porteurs du diplôme de médecin

Résumé des modifications

Le caractère inutilement coûteux ou superflu des prestations des dispensateurs de soins peut être évalué sur base d'indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales, établis par le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ).

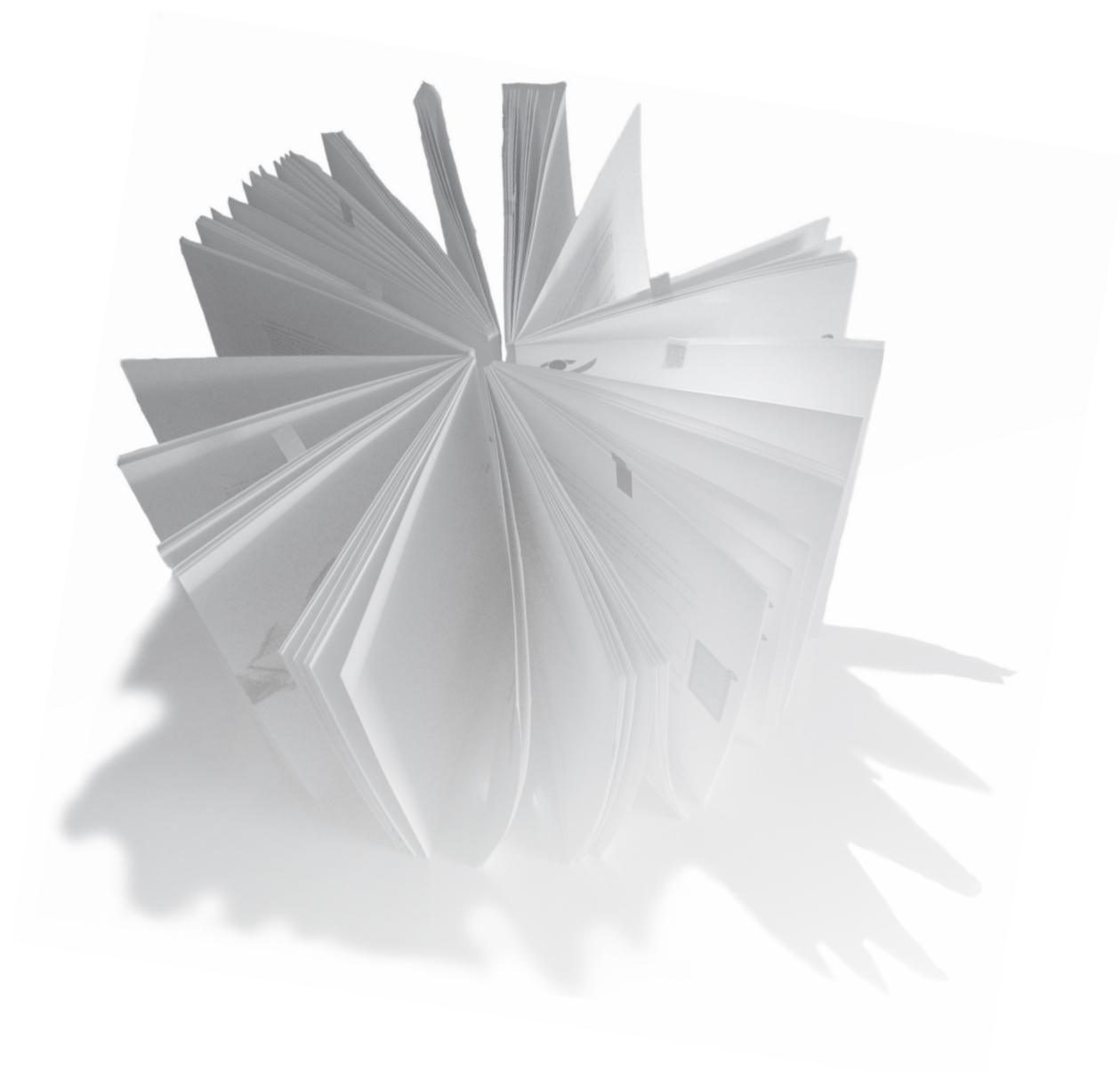
Le CNPQ a adopté deux indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales pour soutenir les médecins généralistes dans une prescription efficace des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le but est de contrer les effets indésirables potentiels et le coût élevé associés à une utilisation inutile et prolongée des IPP réduire l'utilisation inutile et prolongée des IPP.

Pour réduire l'utilisation inutile (prolongée) des IPP, le CNPQ a adopté deux indicateurs :

- le premier indicateur évalue la prévalence des patients que le prescripteur traite par IPP
- le deuxième indicateur est une mesure de la durée moyenne de traitement par IPP.

2^e Partie

Jurisprudence



I. Tribunal de 1^{re} instance de Liège, division Liège, 6 septembre 2023

RC – Grave – Rapport d'expertise contradictoire – Recouvrement de l'indemnisation

Le juge de première instance suit l'avis du FAM, tant en ce qui concerne la force probante du rapport d'expertise contradictoire que la responsabilité du prestataire de soins concerné. Le tribunal considère que l'expertise a été menée dans le respect du principe du contradictoire. Le juge estime également qu'il est question d'une faute dans l'exécution de la prestation de soins concernée (i.e. pose d'un stimulateur cardiaque) et que le lien de causalité avec le dommage subi par le patient (i.e. perforation de la paroi du colon transverse par l'aiguille du fil du stimulateur cardiaque ayant entraîné notamment un choc septique) a été suffisamment prouvé. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.

R.G. 21/4593/2023

FAM c./...

...

II. Les antécédents

1. Le 18 novembre 2014, ..., né le ... a présenté des phénomènes douloureux dans le membre supérieur gauche ainsi qu'au niveau sternal. Il a été admis immédiatement aux urgences où des examens approfondis ont été réalisés.

L'électrocardiogramme a montré des signes d'un infarctus antéro-inféro-latéral (STEMI). Une coronarographie a mis en évidence des lésions coronaires bitronculaires sévères à 80 %.

Une échocardiographie trans-thoracique a mis en évidence des fonctions valvulaires correctes, une hypertrophie ventriculaire gauche concentrique modérée et une absence d'épanchement péricardique.

... a été admis au Service des soins intensifs pour surveillance.

Le 19 novembre 2014, il a reçu un double pontage pour lésions coronaires bitronculaires sévères par l'intervention du Docteur ..., chirurgien cardiaque à l'hôpital Le chirurgien a décidé de placer un pacemaker sur le patient. Lors de la mise en place des drains péricardiques et des câbles de pacemaker, une perforation de la paroi du colon transverse est survenue du fait de l'aiguille du fil de pacemaker.

Cette perforation a entraîné un état de choc septique sur médiastinite et péritonite fécales. Le 24 novembre 2014, ... a bénéficié d'une reprise chirurgicale effectuée par le Professeur ... consistant en la mise en place d'un système de rinçage continu du médiastin, une colectomie transverse et une double colostomie percutanée.

... a alors vu son état général se dégrader rapidement. Le 17 décembre 2014, ... est décédé (suite à une demande d'euthanasie).

2. Le 14 septembre 2015, ... ayants droit de feu ... représentés par l'ASBL ... ont introduit une demande d'avis auprès du Fonds des Accidents Médicaux (ci-après le FAM).

Les ayants droit de feu ... estimaient que les prestataires de soins n'avaient pas suffisamment pris en compte, en préopératoire, les antécédents du patient qui présentait d'une part une gastrectomie partielle et d'autre part avait également subi une néphrectomie. Ils ne comprenaient pas pourquoi l'intervention chirurgicale avait été avancée sans qu'un motif bien précis ne leur soit donné et estimaient que, du fait de l'avancement de la date de l'intervention chirurgicale, la mise au point préopératoire nécessaire n'avait pas pu être réalisée de façon complète.

Les ayants droit invoquaient également une faute dans la réalisation de l'acte chirurgical du 19 novembre 2014 en lui-même, en précisant : *"le côlon était sans doute plus haut que d'habitude et ils ne comprennent pas pourquoi le chirurgien pendant l'intervention chirurgicale ne s'est pas rendu compte de la perforation du côlon et de l'estomac"*.

Enfin, les ayants droit alléguaient également un manquement dans la prise en charge postopératoire, en reprochant aux prestataires de soins d'avoir attendu jusqu'au 24 novembre 2014 pour réintervenir alors que, d'après eux, ... présentait déjà une dégradation de son état général dès le 21 novembre 2014. Ils estimaient que cela était d'autant plus préoccupant que ... était dans un service de soins intensifs où l'on prenait ses paramètres cardio-pulmonaires, ses constantes biologiques et autres de façon régulière.

3. Le 26 janvier 2016, le FAM a envoyé un accusé de réception conformément à l'article 15, § 1^{er}, de la loi du 31 mars 2010. Il a ensuite mandaté le Docteur ... aux fins de réaliser une expertise contradictoire. Celui-ci a fait appel au Docteur ... en qualité de sapiteur (chirurgien cardio-thoracique).

4. Le 26 octobre 2020, l'expert ... a déposé son rapport en confirmant un manquement du praticien de santé (chirurgien) aux règles de l'art.

5. Le 16 décembre 2020, le FAM a rendu son avis sur la base des constatations effectuées à l'occasion de l'expertise contradictoire mise en place. Sur la phase préopératoire, il considère que les éléments cliniques du cas d'espèce étaient bel et bien constitutifs d'une indication opératoire de double pontage de sorte qu'aucune faute ne peut être retenue dans le chef du Docteur ... quant à cette indication opératoire.

Sur l'intervention en vue de placer un pacemaker, le FAM retient la responsabilité du Docteur ...

Sur le suivi post-opératoire, le FAM ne retient pas de faute à l'encontre du Professeur ... dès lors qu'on ne peut lui reprocher de ne pas être réintervenu avant le 24 novembre 2014 étant donné qu'il n'existait rien qui aurait pu amener un diagnostic plus précoce de perforation du côlon.

Le FAM a clos son avis en indiquant que la responsabilité civile professionnelle du Docteur ... était dûment couverte par un contrat d'assurance souscrit auprès de la S.A. ...

Le FAM a ensuite transmis son avis à la S.A. Le 31 mars 2021, le FAM a écrit à la S.A. ... pour l'inviter à faire une offre d'indemnisation dans le délai légal d'un mois, en application de l'article 32 de la loi du 31 mars 2010.

6. Au vu la contestation présumée de la S.A. ..., conformément à l'article 4, 3^o, de la loi du 31 mars 2010, le FAM a indemnisé les ayants droit. Le dommage correspondait en effet, à son estime, à l'un des critères de gravité visé à l'article 5 de ladite loi, le patient étant décédé des suites de l'intervention. Le FAM a alloué aux ayants-droit du patient un montant total de 168.638,61 EUR aux différents ayants droits, se décomposant comme suit :

...

7. Le 15 décembre 2021, le FAM a introduit la présente procédure.

III. Les prétentions des parties

8. **Le FAM** libelle le dispositif de ses dernières conclusions comme suit :

*"Dire la demande du concluant recevable et fondée ;
À titre principal :*

- *sur la base des premier et deuxième moyens, condamner la S.A. ... à payer au concluant :
...*
- *sur la base des premier et deuxième moyens, condamner la S.A. ... à payer au concluant la somme de 2.640 EUR, à majorer des intérêts compensatoires à dater du 13 janvier 2021 et la somme de 2.000 EUR, à majorer des intérêts compensatoires à dater du 17 février 2021 et ensuite des intérêts judiciaires sur chacune des deux sommes*
- *dire le jugement à intervenir exécutoire par provision, nonobstant tout recours et sans possibilité de cantonnement*
- *condamner la S.A. ... à la totalité des frais et dépens de l'instance, en ce compris à l'indemnité de procédure chiffrée à 7.000,00 EUR, à majorer des intérêts judiciaires à dater de la décision à intervenir jusqu'au jour du parfait paiement.*

À titre subsidiaire :

- *sur la base du quatrième moyen, désigner un expert judiciaire avec la mission détaillée audit moyen*
- *condamner la S.A. ... à provisionner l'expert*
- *réservé à statuer pour le surplus ;"*

9. **La S.A.** ... libelle le dispositif de ses dernières conclusions comme suit :

*"Dire la demande si recevable non fondée, en débouter la demanderesse et la condamner aux entiers dépens de l'instance, en ce compris l'indemnité de procédure ;
Subsidiairement, réduire les montants réclamés dans les termes des présentes conclusions ;"*

IV. L'analyse du tribunal

10. En vertu de l'article 30, alinéa 3, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le requérant, *"après avoir indemnisé le demandeur, est subrogé dans les droits de celui-ci contre le prestataire de soins, et, le cas échéant, contre l'assureur qui couvre la responsabilité civile de celui-ci"*.

Les alinéas 4 et 5 dudit article ajoutent : *"Ni le prestataire de soins, ni l'assureur, ni le juge ne sont liés par le montant de l'indemnisation accordée par le Fonds au demandeur. Si le juge estime que les sommes payées au demandeur par le Fonds ne sont pas dues, elles ne sont pas récupérées"*.

A. Quant à la valeur probatoire de l'expertise du FAM

11. La S.A. ... semble considérer que le FAM était partie à l'expertise et qu'il est impossible de considérer qu'un expert désigné et rémunéré par une partie qui a un intérêt direct au litige présente toutes les garanties requises.

12. Or, le FAM est l'organisateur de la procédure d'expertise dont il doit assurer le déroulement de manière correcte et contradictoire.

Le FAM est légalement tenu d'organiser une expertise lorsque les conditions légales sont réunies. Le FAM désigne l'expert et le rémunère. Il n'est pas représenté à l'expertise par un conseil technique.

À l'instar du tribunal qui n'est pas lié par un rapport d'expertise judiciaire émanant d'un professionnel indépendant et impartial choisi par le tribunal en totale indépendance des parties (voir l'art. 962 du C. jud.), le FAM n'est pas tenu par le rapport de l'expert choisi par lui.

L'article 24 de la loi du 31 mars 2010 précise que l'avis du FAM ne lie ni le patient, ni le prestataire de soins et son assureur, ni le tribunal.

Par conséquent, le rapport de l'expert choisi par le FAM ne peut avoir de valeur probante plus élevée.

La Cour de cassation décide ainsi que *"le droit au procès équitable, dont relève le droit à l'égalité des armes, implique uniquement que chaque partie au procès puisse utiliser les mêmes moyens procéduraux et prendre connaissance, dans les mêmes conditions, des pièces et éléments soumis à l'appréciation du juge qui connaît de la cause"*¹.

13. *In casu*, le tribunal constate que l'expertise a été réalisée de manière contradictoire et chacune des parties a pu, de la même manière, prendre connaissance des pièces et éléments médicaux et faire part de leur position à l'expert ...

La position dans laquelle la S.A. ... se trouve devant le présent tribunal n'est dès lors pas différente de celle qui aurait été la sienne si un expert judiciaire avait conclu dans le même sens que le FAM.

La S.A. ... peut contester le rapport.

14. Il résulte de ces éléments qu'il n'est pas nécessaire de procéder à la désignation avant-dire droit au fond d'un expert judiciaire, comme sollicité à titre subsidiaire.

B. Quant aux responsabilités

PRINCIPES

15. En vertu de l'article 8.4, alinéa 1, du Code civil, celui qui veut faire valoir une prétention en justice doit prouver les actes juridiques ou les faits qui la fondent. L'article 8.4 alinéa 2 poursuit en précisant que celui à charge de qui une obligation a été établie, mais qui se prétend libéré (totalement ou partiellement), doit justifier de cette libération.

Cette répartition de la charge de la preuve correspond à ce qui était déjà consacré sous l'empire du Code civil ancien à l'article 1315.

En règle, l'art médical est chapeauté par une obligation de moyens². La simple constatation d'un résultat non atteint ne suffit ainsi pas à engager la responsabilité du médecin³.

Pour apprécier si un médecin a commis une faute, il convient de comparer son comportement à celui qui aurait été adopté par un médecin normalement prudent et diligent, de la même spécialité, placé dans les mêmes circonstances. Le comportement sera considéré comme fautif s'il n'aurait pas été commis par ce médecin⁴.

1. Cass., 04.10.2005, Pas, 2005, p. 1803 ; Cass., 25.10.2006, Pas., 2006, p. 2161.

2. H. de Rode et J. Paulus, "Responsabilité médicale : questions incontournables", Consilio, 2017, n° 4, p. 183 ; G. Genicot, Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier, 2010, p. 340 ; B. Dubuisson et al., La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-2007, vol. 1, Le fait générateur et le lien causal, Bruxelles, Larcier, 2009, p. 807 ; P. Lucas, "Les fondements de la responsabilité médicale", in Actualités du dommage corporel. La responsabilité médicale, Bruxelles, Éditions Juridoc, 2003, p. 25 ; Cass. fr. (Ch. civ.), 20.05.1936, D.P., 1936, I, p. 88 ; Liège (20^e Ch.), 18.10.2012, Consilio, 2013, n° 2, p. 85 ; Civ. Bruxelles, 21.11.2011, Consilio, 2012, n° 3, p. 96.

3. B. Dubuisson, "Le médecin normalement prudent et diligent : carnet de conduite", in I. Lutte (dir.), États généraux du droit médical et du dommage corporel, Limal, Anthemis, 2018, p. 144.

4. B. Dubuisson, V. Callewaert, B. De Coninck et G. Gathem, La responsabilité civile, Chronique de jurisprudence 1996-2007, Vol. 1 : le fait générateur et le lien causal, Dossier JT n° 74, Larcier 2009, p. 798.

Une faute même légère – *culpa levissima* – entraînera partant la responsabilité du médecin si elle consiste en un comportement qui n'aurait pas été commis par ledit médecin normalement prudent et diligent, placé dans les mêmes circonstances.

L'objet du contrat médical est de procurer au patient les meilleurs soins possibles eu égard à l'état de la science médicale.

Les obligations qui incombent à cet égard à l'hôpital sont de moyens, de sorte que sa responsabilité ne peut être mise en cause – hors faute avérée – si le résultat de l'acte médical n'est pas atteint ou si le patient présente des complications.

Ces situations résultent en effet de l'aléa médical.

En l'espèce

Examen de l'existence d'une faute

16. Le FAM retient la responsabilité du Docteur ... dès lors que : *La "mise en place des fils de pace-maker (...) apparaît avoir été effectuée en méconnaissance des règles de bonne pratique clinique dès lors que vu l'adhésion du côlon à la peau, il fallait décoller les adhérences pour mieux visualiser la position du côlon transverse avant de mettre les fils de pacemaker et ne pas passer l'aiguille à l'aveugle. En effet, étant confronté aux adhésions intrapéritonéales, le prestataire de soins mis en cause aurait dû de manière digitale développer un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau afin de s'assurer de ne pas entrer dans la cavité abdominale. Cette technique pour passer les fils de pace-maker à travers la paroi abdominale est en effet un élément clé pour éviter une lésion ou perforation du côlon. Elle implique une dissection digitale sous le muscle abdominal grand droit, une palpation de la marge costale ainsi que de la trajectoire à travers laquelle les fils seront passés, ce que le prestataire de soins mis en cause n'a pas fait".*

17. La S.A. ... relève que les experts ne retiennent à la charge de son assuré qu'un seul manquement, étant une faute dans le geste opératoire. Il est rappelé que, dans le décours de l'opération, s'est produit une perforation de la paroi du colon transverse lors de la mise en place des drains péricardiques et des câbles de pacemaker. Ainsi que le docteur ... le relève dans son protocole opératoire, le côlon transverse était situé particulièrement haut et était particulièrement adhérent à la paroi abdominale antérieure.

Dans une telle configuration, une perforation de cette nature est aux yeux de l'assuré de la S.A. ..., de son médecin conseil et de la S.A. ... une complication constitutive d'un aléa thérapeutique, rare, certes, mais connue.

Les experts n'ont pas estimé devoir partager cette analyse. D'après le professeur ... : *"confronté à des adhésions suite à la laparotomie, le Dr. ... aurait dû de manière digitale développer un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau afin de s'assurer de ne pas entrer dans la cavité abdominale. Dans ce sens, la complication de perforation était évitable".*

En d'autres termes, les experts estiment que la technique opératoire à l'aveugle du docteur ... généralement adéquate, ne l'est plus dès lors que l'on constate des adhérences. Dans une telle situation, il faut au préalable "décoller" les adhérences.

À l'estime de la S.A. ..., ce raisonnement est sans doute théoriquement correct, mais fondé sur deux erreurs factuelles qui l'invalident en fait.

- La première est que l'existence des adhérences n'est pas prévisible en per-opératoire. D'une part, il n'y avait aucun motif de réaliser un examen per-opératoire destiné à anticiper la difficulté, d'autre part, en tout état de cause et ainsi que l'a relevé le médecin-conseil de la S.A. ... (pièce 1), un CT Scan abdominale n'aurait vraisemblablement pas permis de détecter la particularité qui affectait le patient

- Le second est que s'agissant de tissus mous, les adhérences sont difficilement détectables et il est difficile de réaliser leur résistance et donc de ressentir leur perforation dans le cours de l'intervention elle-même.

Il s'ensuit, selon la S.A. ... que la technique préconisée par l'expert ... n'offre guère plus de garantie que celle effectivement utilisée par l'assuré de la S.A. Dans ce contexte, celle-ci ne saurait être regardée comme fautive.

18. La notion d'aléa ne s'applique pas ici dans la mesure où selon la sapiteur : *"En présence d'adhérences, le Dr ... a omis de développer le plan correct pour le passage des fils. En ce sens, nous estimons que la notion d'aléa thérapeutique n'est pas applicable dans ce cas, étant donné que le risque accidentel de perforation du colon, inhérent au placement des fils de pacemaker, aurait pu être maîtrisé."*

Le sapiteur estime que : *"Ces manœuvres n'ont pas été décrites par le Docteur ... ni dans le protocole opératoire, ni oralement pendant la deuxième séance d'expertise. Il a par contre déclaré avoir passé les fils en sous-cutané (ce qui en principe n'est pas la technique correcte). En présence d'adhérences, le Dr ... a omis de développer le plan correct pour le passage des fils". Le risque n'a donc pas été maîtrisé.*

En conséquence, une perforation du colon transverse a été réalisée. Le rapport d'expertise relève d'ailleurs que *"le colon transverse est traversé par des électrodes cardiaques du pacemaker provisoire"*.

19. Le fait que le colon transverse était situé particulièrement haut et était particulièrement adhérent à la paroi abdominale en raison des antécédents médicaux du patient n'efface pas le fait que le Docteur ... a manqué de prendre les précautions nécessaires en l'espèce et qu'il a préféré une technique décrite comme incorrecte en principe.

En effet, le rapport d'expertise révèle que ce risque était évitable *in casu*, soit en tenant compte d'un colon transverse situé particulièrement haut et particulièrement adhérent à la paroi abdominale. N'ayant pas appliqué les précautions recommandées en ces circonstances, le Docteur ... ne peut prétendre que la perforation ne relève que d'un simple aléa thérapeutique.

Concernant la prévisibilité des adhérences, le Docteur ... déclare lui-même qu'au moment de l'intervention, il y avait un défaut palpable de la paroi abdominale.

Ainsi, lors de la première séance d'expertise, il est relevé que : *"Le Professeur ... demande qu'en est-il des drains thoraciques et la mise en place de ceux-ci. Le Docteur ... signale que le côlon transverse collait à la peau, qu'il existait un défaut de la paroi abdominale. Le Professeur ... demande en ce qui concerne ce défaut et la hernie, qu'en était-il de leur visualisation. Le Docteur ... signale que le défaut était palpable mais non visualisé."*

Le Prof. ... précise : *"en peropératoire dans des cas pareils il faut toujours faire un décollement et visualiser le côlon avant de mettre les drains. Il signale qu'il y a deux perforations du côlon plus dans ce cas qui ont été bien authentifiées."*

20. Concernant la consistance des tissus et la difficulté conséquente de détection de la perforation, la difficulté de détection d'une éventuelle perforation justifie d'autant plus une maîtrise technique telle que préconisée par la littérature scientifique, plutôt que le passage de l'aiguille "à l'aveugle" dans ces tissus.

La technique préconisée par l'expert ... est bien destinée à offrir plus de garanties que celle effectivement utilisée par le Docteur En effet, il peut difficilement être soutenu qu'un passage des fils "à l'aveugle" présente autant de garanties que la technique de développement d'un plan par voie sous-cutanée entre la paroi abdominale et la peau, justement préconisée par la littérature scientifique aux fins de prévenir le risque de perforation du colon.

La faute du Docteur ... est établie.

Examen de l'existence d'un lien causal avec le dommage

21. Selon la S.A. ... si les experts estiment que la technique préconisée par le professeur ... aurait permis d'éviter la complication, ils n'affirment pas pour autant que celle-ci ne serait nécessairement pas survenue. On ne saurait dès lors regarder le lien causal comme établi avec le degré de certitude suffisant.

22. Cependant, c'est à cause de ce geste fautif que le patient a dû bénéficier d'une reprise chirurgicale le 24 novembre 2014 consistant en la mise en place d'un système de rinçage continu du médiastin, colectomie transverse et double colostomie percutanée. Malgré cette reprise chirurgicale, ... a présenté une dégradation progressive de son état général devant notamment subir une hémodialyse. Finalement, ... a formulé une demande d'euthanasie conduisant au décès le 17 décembre 2014.

Il est donc certain qu'en l'absence de perforation fautive, les complications rapides qui sont survenues ne se seraient pas produites tel qu'elles l'ont été en l'espèce. La dégradation progressive de l'état général du patient qui l'a conduit à solliciter une euthanasie est en lien causal certain avec la perforation fautive du côlon.

C. Quant à la contestation de l'indemnisation

a. LE PRÉJUDICE *EX HAEREDE*

23. Le FAM a indemnisé ce poste à hauteur de 2.400,00 EUR représentant une indemnité journalière de 100,00 EUR par jour pendant 24 jours.

24. Sur le principe de l'indemnisation, la S.A. ... s'en réfère à l'appréciation du tribunal. Subsidairement, en ce qui concerne son *quantum*, elle relève que le tableau indicatif préconise une indemnité de 75,00 EUR et faute de motivation particulière, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Dès lors, à l'estime de la S.A. ... l'indemnité ne saurait excéder (24 x 75,00 EUR =) 1.800,00 EUR.

25. Le tribunal estime que le FAM à justifier une motivation particulière car les souffrances de ... étaient telles qu'il a sollicité une euthanasie.

Le FAM est donc fondé à demander le remboursement de ce montant.

b. LE PRÉJUDICE DE MADAME ...

26. Tant en ce qui concerne l'anticipation que la capitalisation, les parties appliquent les mêmes paramètres sous deux réserves :

- le FAM applique les tables *Schryvers* stationnaires alors que la S.A. ... applique les tables *Jaumain* stationnaires
- le FAM tient compte d'une durée de vie médiane.

27. À l'estime de la S.A. ... selon le Professeur Jaumain, l'usage de la rente certaine résulte d'une méprise qui devrait être évitée : *"La valeur d'une rente viagère n'est pas égale à la valeur d'une rente certaine payable pendant une durée égale à la vie moyenne ou autre. Cette confusion conduit à une surestimation du capital alloué à la victime et, par conséquent, à une aubaine pour celle-ci. Cela revient à ignorer purement et simplement l'éventualité du décès de la victime pendant sa vie active. (...) {La rente certaine} n'a aucun rôle à jouer [pour l'évaluation du capital constitutif de la rente indemnitaire]"*

b.1. Les frais funéraires

28. Il est réclamé de ce chef la somme de 279,74 EUR.

29. Sur la base des tables de mortalité stationnaire proposée par M. Jaumain, au taux retenu par le FAM, la S.A. ... estime qu'il y a lieu de limiter l'indemnisation à 169,49 EUR.

30. Il est exact qu'aucune table ne peut faire l'unanimité et que la jurisprudence est partagée.

Toutefois, il n'est pas justifié de retenir de façon habituelle les tables prenant en considération la durée de vie médiane. Le recours à la notion de vie médiane présente en effet l'inconvénient de ne pas tenir compte du fait que les probabilités de décès sont moins grandes au début et qu'elles augmentent au fil des années.

Il sera accordé au FAM la somme de 169,49 EUR.

b.2. Les frais administratifs

31. L'indemnisation de 100,00 EUR qui a été versée par le FAM n'est pas contestée par la S.A. ...

b.3. Les frais de déplacement

32. Il est réclamé de ce chef la somme de 156,42 EUR.

Une indemnisation en frais réel et non au forfait, de 0,33 EUR par km a été retenue par le Fonds. Tenant compte des trajets aller-retour par jour qui ont été effectués par Madame ... entre le 19 novembre 2014 au 17 décembre 2014, correspondant aux visites quotidiennes à l'hôpital pour aller voir son époux, le Fonds arrive au montant suivant : $10 \text{ km} \times 29 \text{ jours} \times 0,33 \text{ EUR} = 95,70 \text{ EUR}$.

En outre, tenant compte de 2 déplacements aller-retour au cabinet notarial ... le Fonds arrive au montant suivant : $24 \text{ km} \times 2 \times 0,33 \text{ EUR} = 15,84 \text{ EUR}$. De plus, en ce qui concerne les déplacements au funérarium ... SPRL, le Fonds a tenu compte de 4 déplacements aller-retour et arrive au montant suivant : $4 \text{ km} \times 4 \times 0,33 \text{ EUR} = 5,28 \text{ EUR}$.

Enfin, Madame ... s'est rendue au cabinet de l'expert les 27 août 2019 et 3 juin 2020. Si l'on tient compte de ces 2 déplacements aller-retour, le Fonds arrive au montant suivant : $60 \text{ km} \times 2 \times 0,33 = 39,60 \text{ EUR}$.

33. La S.A. ... demande d'exclure de ces frais les déplacements au cabinet de l'expert, qui ne sont pas indemnisables.

34. Les frais de déplacements du domicile de Madame ... au cabinet de l'expert découlent directement et sans contestation possible de la perforation du côlon par le Docteur Madame ... n'aurait en effet pas dû les exposer si la faute précitée n'avait pas été commise. Dès lors, ces frais sont constitutifs du dommage subi par Madame ... et doivent donc être indemnisés.

Le FAM est donc fondé à demander le remboursement de ce montant.

b.4. Le préjudice ménager (tant temporaire que permanent ; tant passé que futur)

35. Le FAM a indemnisé ce préjudice à hauteur de 7.395,00 EUR pour le préjudice passé et 3.354,19 EUR pour le préjudice futur.

Pour le préjudice ménager passé, -date-pivot fixée au 15 septembre 2021-, le FAM a indemnisé l'ayant-droit à hauteur de 3,00 EUR par jour pendant 2.465 jours, du 17 décembre 2014 au 15 septembre 2021.

36. À l'estime de la S.A. ... l'expert a retenu une incapacité ménagère totale du 18 novembre au 17 décembre 2014, soit pendant 30 jours, tout en précisant que les suites normales de l'intervention auraient conduit en tout état de cause à une incapacité ménagère, de 100 % du 18 novembre 2014 au 30 novembre 2014, de 60 % du 1^{er} décembre au 31 décembre 2014 et de 40 % du 1^{er} janvier 2015 au 28 février 2015.

Il y a donc lieu de déduire :

- 12 jours d'incapacité ménagère totale, soit 36 EUR
- 31 jours d'incapacité ménagère à 60 %, soit 55,80 EUR
- 59 jours d'incapacité ménagère à 40 % soit 70,80 EUR.

Il y a lieu dès lors de limiter l'indemnisation à 7.232,40 EUR.

37. Le raisonnement de la S.A. ..., auquel le FAM ne réplique pas, est correct. L'indemnisation du préjudice permanent passé doit être limitée à 7.232,40 EUR.

38. En ce qui concerne le préjudice futur, la S.A. ..., -estimant devoir retenir les tables de mortalité stationnaire Jaumain, 2020 ; un taux d'intérêt technique de 1 %, une contribution aux tâches de 35 % sous déduction d'une part personnelle de 20 %-, propose le calcul qui figure en pièce 3, pour un total de 3.190,02 EUR.

39. Pour les raisons exposées ci-avant, il n'est pas justifié de retenir les tables se basant sur la durée de vie médiane.

Il sera dès accordé au FAM la somme de 3.190,02 EUR.

b.5. Le préjudice économique (tant temporaire que permanent ; tant passé que futur)

40. Il est, du chef du préjudice économique passé, réclamé la somme de 67.467,05 EUR et, du chef du préjudice économique futur, la somme de 30.601,42 EUR. À l'estime du FAM, le seul intérêt financier de la S.A. ... ne permet pas de justifier que la différence entre les résultats obtenus sur la base de chaque table pèse sur la collectivité.

41. En ce qui concerne le préjudice passé, la S.A. ... se réfère à Justice. La somme réclamée est justifiée et sera accordée.

42. En ce qui concerne le préjudice futur, la S.A. ..., -estimant devoir retenir les tables de mortalité stationnaire Jaumain, 2020 ; un taux d'intérêt technique de 1 %, une contribution personnelle d'un tiers- propose le calcul qui figure en pièce 4, pour un total de 25.352,18 EUR.

43. Pour les raisons exposées ci-avant, il n'est pas justifié de retenir les tables se basant sur la durée de vie médiane. Il sera dès accordé au FAM la somme de 25.352,18 EUR.

b.6. Le préjudice moral

44. Le FAM a alloué un montant forfaitaire de 20.000 EUR pour les raisons suivantes : ... a assisté à la dégradation rapide de l'état général de son mari du 24 novembre 2014 au 17 décembre 2014. Cette dégradation de l'état général est suffisamment attestée par la demande d'euthanasie formulée par ... de son vivant, l'euthanasie d'un proche étant un événement traumatique en soi démontrant à quel point il n'est plus en mesure de supporter la souffrance et la perspective de fin certaine.

45. La S.A. ... estime que le poste doit être réduit à 15.000 EUR tel que préconisé par le tableau indicatif à défaut d'explication.

46. Le raisonnement qui a conduit à majorer l'indemnisation du préjudice *ex haerede* de ... n'est pas totalement transposable au préjudice moral de sa veuve résultant du décès.

Bien que douloureuses, les circonstances du décès, tenant compte des différents paramètres, dont notamment l'âge du défunt, ne justifient pas de s'écarter du montant de 15.000 EUR préconisé par le tableau indicatif.

c. LE PRÉJUDICE DES ENFANTS ET PETITS-ENFANTS

47. Ces derniers ont été indemnisés conformément au tableau indicatif, au taux préconisé respectivement pour les enfants (soit 6.000 EUR) et les petits-enfants (soit 1.500,00 EUR) non cohabitants.

48. Sous réserve de la preuve des liens de filiation, la S.A. ... ne contestait pas les montants alloués.

La preuve des liens de filiation a été déposée par le FAM de sorte qu'il y a lieu de lui octroyer le remboursement des montants déboursés.

d. LES FRAIS ET HONORAIRES DES EXPERTS

49. Ce poste du dommage fait de la part de la S.A. ... l'objet d'un "référé à Justice".

Les montants de 2.640 EUR et 2.000 EUR doivent être remboursé au FAM.

e. LES INTÉRÊTS ET LES DÉPENS

50. Le calcul des intérêts ne fait pas l'objet de contestations.

Ils devront toutefois être revus sur les postes :

- 169,49 EUR (frais funéraires) : intérêts à calculer jusqu'au 12 janvier 2021
- 7.232,40 EUR (dommage ménager passé) : intérêts à calculer jusqu'au 12 janvier 2021

51. La S.A. ... sollicite que les dépens soient majorés des intérêts judiciaires au taux légal à dater du jugement jusqu'à complet paiement.

Cette demande est légale⁵. Les dépens ne sont dus qu'à partir de la condamnation et ne sont, en tant que tels, pas productifs d'intérêts avant cette date⁶.

PAR CES MOTIFS,

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

LE TRIBUNAL,

Statuant contradictoirement,

Dit la demande du Fonds des Accidents Médicaux recevable et fondée dans les limites ci-après ;

...

5. Les dépens ne sont dus qu'à partir de la condamnation et ne sont comme tels productifs d'intérêts avant cette date. Encore faut-il, pour que la partie bénéficiant de la condamnation aux dépens obtienne qu'ils produisent intérêts, qu'elle les ait demandés et que le jugement les lui alloue car les intérêts ne sont pas dus de plein droit sur les dépens.

Comme sur toute autre somme, sauf dans les cas où la loi les fait courir de plein droit, l'article 1153 du code civil subordonne la prise de cours des intérêts à deux conditions, à savoir l'exigibilité de la dette et une sommation de la payer. Il appartient donc au demandeur qui sollicite la condamnation aux dépens de postuler en outre *ad futurum*, c'est-à-dire à partir du prononcé de la décision, les intérêts judiciaires qui seront calculés au taux légal sur les dépens, indemnité de procédure comprise. (Liège (7^e Ch.), 02.04.2009, J.L.M.B., 2011/10, p. 482.).

6. Cass. (1^{re} rech.), 30.03.2001, Pas., 2001/4, p. 541 ; Jur. Anv., 2003, p. 110).

II. Tribunal de 1^{re} instance néerlandophone de Bruxelles, 14 novembre 2024

Non indemnisable - Complication prévisible

Dans cette affaire, le juge suit la position du FAM et le rapport d'expertise et décide que le dommage subi par le patient, en l'occurrence une perforation intestinale à la suite d'une intervention abdominale effectuée par laparoscopie, n'était pas la conséquence d'un accident médical sans responsabilité (AMSR). Le juge estime qu'en ce qui concerne le critère d'imprévisibilité, l'anormalité du dommage ne peut se limiter à l'appréciation d'un certain pourcentage de risque (en l'occurrence de 0,03 % à 0,18 %). Eu égard aux facteurs d'aggravation du risque, le juge conclut dès lors que la complication était prévisible. Le juge constate ensuite qu'il n'y a aucun élément démontrant un dommage disproportionné et souligne à cet égard que le caractère temporaire du préjudice et l'évolution favorable de la situation du patient révèle plutôt un dommage proportionnel. Le tribunal conclut dès lors que le FAM a considéré à bon droit qu'il n'existait pas de dommage imprévisible et donc anormal et qu'il ne pouvait donc plus être question d'un AMSR. La demande du patient est donc infondée.

R.G. 2023/2570/A

... c./INAMI

...

II. Feiten en situering geschil

2.1.

Het geschil heeft betrekking op een medisch schadegeval als gevolg van een heelkundige ingreep bij eisende partij, ...

Verwerende partij, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bijzondere dienst Fonds voor Medische Ongevallen (hierna, het "FMO"), meent dat het schadegeval geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid uitmaakt in de zin van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (Wet Medische Ongevallen, hierna "WMO") en weigert dienvolgens over te gaan tot vergoeding van de schade.

Met haar vordering in deze procedure beoogt ... het FMO alsnog te doen veroordelen tot betaling van een schadevergoeding.

De feiten kunnen worden samengevat als volgt.

2.2.

Op 16 september 2016 onderging ... op dat ogenblik ... jaar oud en werkzaam als gezinshelpster in de thuiszorg, een heelkundige ingreep benoemd als een profylactische bilaterale salpingo-oöphorectomie (BSO), waarbij de beide eileiders en eierstokken worden verwijderd, met tevens de plaatsing van ureterstents, uitgevoerd door dr. ... met assistentie van dr. ...

Deze ingreep werd uitgevoerd nadat bij ... een familiale mutatie was vastgesteld met een verhoogd risico op de ontwikkeling van borstkanker en eierstok- en eileiderkanker. Tevens was een preventieve bilaterale borstamputatie met reconstructie ingepland.

De plaatsing van de ureterstents bleek aangewezen omwille van de zogenaamde “frozen pelvis” en vele verklevingen, waar in 2005 reeds een abdominale hysterectomie was uitgevoerd bij ... zoals bevestigd bij gynaecologische echografie van 23 augustus 2016 ter voorbereiding van de ingreep van 16 september 2016.

Het FMO benadrukt dat de ingreep moeizaam verliep en werd bemoeilijkt door de uitgebreide verklevingen van de beide ovaria met de wand van het bekken en met de dikke darm, doch de aansprakelijkheid van de tussengekomen artsen staat niet ter discussie.

Na de ingreep deed zich een aantal complicaties en klachten voor, bestaande uit epigastrische last vastgesteld op 18 september 2016 en diffuse abdominale last met onvoldoende pijncontrole op 19 september 2016. Een abdominale CT-scan wees op een perforatie ter hoogte van de dikke darm (proximale sigmoïd), een hematoom nabij het buikvlies (preperitoneale ruimte), een zich instellende obstructie (dunnedarmileus) en tekenen van een buikvliesontsteking (peritonitis) in twee kwadranten in de onderbuik.

Op 20 september 2016 werd een laparoscopische exploratie uitgevoerd, gevolgd door een openbuikoperatie (laparotomie) waarbij onder meer een colostoma (dikkedarmstoma) werd geplaatst.

Een CT-scan op 28 september 2016 wees op een subcutaan abces ter hoogte van de wonde van de openbuikoperatie, gevolgd door lokale behandeling en drainage.

Op 3 oktober 2016 kon ... het ziekenhuis verlaten met een vervolgspraak op 12 oktober 2016, doch op 24 oktober 2016 diende zij zich aan op de spoedgevallendienst wegens malaise, abdominale krampen en afwezige stoelgangproductie uit het stoma. Na een symptomatische behandeling werd zij daags nadien uit het ziekenhuis ontslagen.

Op 2 november 2016 diende ... zich opnieuw aan op de spoedgevallendienst wegens epigastrische pijn en malaise. Een nieuwe abdominale CT-scan wees op een duidelijke mechanische doorgangshinder, vermoedelijk ten gevolge van vergroeiingen of adhesies (bride). Op 17 november 2016 verliet zij opnieuw het ziekenhuis.

Op 23 november 2016 werden de ureterstents verwijderd zonder complicaties en werd rechts een nieuwe ureterstent geplaatst.

Bij de verdere opvolging bleek er sprake te zijn van een lithiaseproblematiek (vorming van stenen). Er volgen ureterorenoscopieën met plaatsing van nieuwe ureterstents rechts.

Op 2 februari 2017 werd de transit hersteld en de colostoma verwijderd.

... stelt nog last te hebben van rechterflankpijn, krampen met uitstraling naar de lies. In het kader van de FMO-expertise maakt zij tevens melding van pijn in de rechterhelft van de buik met hinder bij huishoudelijk werk (vgl. tevens de e-mail van haar raadsarts dr. ..., hernomen op p. 32 van het FMO-deskundigenverslag). In haar aanvraag om advies bij het FMO maakt zij, naast lichamelijke letsels, melding van twee extra operaties, stoma, nazorg, loonverlies, langdurige afwezigheid, psychische problematiek en grote littekens.

2.3.

Waar ... van mening is ernstige schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, diende zij op 16 augustus 2017 bij het FMO een aanvraag om advies in overeenkomstig artikel 12 WMO.

Het FMO stelde vervolgens op grond van artikel 17, § 2, WMO dr. ..., arts-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, en dr. ..., arts-specialist in de gynaecologie en de verloskunde, aan als deskundigen om een tegensprekelijk deskundigenonderzoek uit te voeren.

Het voorlopig en definitief verslag van de FMO-deskundigen werd opgesteld op respectievelijk 13 januari 2021 en 15 februari 2021.

In zijn advies van 21 september 2021 besloot het FMO dat de schade van ... niet veroorzaakt werd door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de betrokken zorgverleners, zodat er geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval met aansprakelijkheid, en dat de aangevoerde schade niet als abnormaal kan worden beschouwd in de zin van artikel 2, 7°, WMO, zodat er ook geen sprake is van een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Het FMO oordeelde derhalve dat hij niet diende over te gaan tot vergoeding en verklaarde de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond.

2.4.

... kon zich met het advies van het FMO niet verzoenen zodat zij overging tot dagvaarding.

III. Vorderingen van de partijen

3.1.

De vordering van ... strekt er in hoofddorde toe het advies van het FMO van 21 september 2021 "*te hervormen*", te zeggen voor recht dat er in hoofde van ... sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO en het FMO te veroordelen tot betaling aan haar van een bedrag van 12.665,72 EUR, meer interesten zoals uiteengezet in conclusies.

In ondergeschikte orde vordert ... de aanstelling van een gerechtsdeskundige met als opdracht de rechtbank te informeren en te adviseren over het al dan niet bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in hoofde van ... en meer concreet met de opdracht om te beoordelen of er *in casu* sprake is van abnormale schade in de zin van artikel 2, 7°, WMO.

3.2.

Het FMO besluit in hoofddorde tot de ontvankelijkheid doch ongegrondheid van de vordering van ... en vordert dat wordt gezegd voor recht dat er geen sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO en dienovereenkomstig te zeggen dat het FMO niet gehouden is tot betaling van een vergoeding aan ... op grond van artikel 4, 1°, WMO, zodat de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aan de orde is.

In ondergeschikte orde vordert het FMO dat wordt gezegd voor recht dat de schade van ... niet ernstig is in de zin van artikel 5 WMO en dat het FMO dienovereenkomstig niet gehouden is tot betaling van een vergoeding aan ... op grond van artikel 4, 1°, WMO.

In meer ondergeschikte orde, in het geval dat de rechtbank zou besluiten tot het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en van ernstige schade en het FMO bijgevolg toch gehouden is tot de betaling van een schadevergoeding, vordert het FMO de vordering van ... slechts gedeeltelijk gegrond te verklaren overeenkomstig de schadebegroting in zijn conclusies.

3.3.

Voor het overige van de vorderingen van de partijen, inzonderheid de gevorderde interesten en gerechtskosten, verwijst de rechtbank naar de laatste conclusies van de partijen.

IV. Beoordeling door de rechtbank

4.1.

Waar de ontvankelijkheid van de vordering van ... niet wordt betwist en zich evenmin enige ambts-halve op te werpen grond van onontvankelijkheid aandient, is de vordering ontvankelijk.

4.2.

Krachtens artikel 4 WMO is het FMO overeenkomstig het gemeen recht gehouden tot vergoeding van het slachtoffer of diens rechthebbenden in de volgende gevallen:

1° wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

2° wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;

3° wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan een van de in artikel 5 bepaalde voorwaarden inzake ernst;

4° wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

Tussen partijen bestaat geen betwisting over het feit dat er in deze zaak geen medisch ongeval met aansprakelijkheid voorligt. Het FMO wordt dan ook niet aangesproken op grond van artikel 4, 2°, 3° of 4°, WMO.

Tussen partijen bestaat daarentegen wel betwisting over de vraag of een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid voorligt in de zin van artikel 4, 1°, WMO.

4.3.

Een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid wordt door artikel 2, 7°, WMO omschreven als volgt:

“een ongeval dat verband houdt met een verstrekking van gezondheidszorg dat geen aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, dat niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat voor de patiënt abnormale schade met zich meebrengt. De schade is abnormaal 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 is geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid”.

Opdat sprake is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid dienen aldus de volgende vier voorwaarden te zijn vervuld:

1. het schadegeval houdt verband met een verstrekking van gezondheidszorg,
2. het schadegeval is niet het gevolg van de aansprakelijkheid van een zorgverlener,
3. het schadegeval vloeit niet voort uit de toestand van de patiënt, en
4. het schadegeval brengt voor de patiënt abnormale schade voort.

Het wordt niet betwist dat de eerste drie toepassingsvoorwaarden in voorliggend geval zijn vervuld. Wat de kwalificatie van het schadegeval als een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid betreft, gaat de discussie tussen partijen derhalve uitsluitend over de vraag of de schade “abnormaal” is in de zin van deze wetsbepaling.

Verder volgt uit artikel 4, 1°, WMO dat, opdat het FMO gehouden is tot vergoeding, de schade bovendien ernstig moet zijn, in de zin van artikel 5 WMO, dat het volgende bepaalt:

“De schade is ernstig genoeg indien aan één van de volgende voorwaarden is voldaan: 1° de patiënt is getroffen door een blijvende invaliditeit van 25 % of meer;

2° de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

3° de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;

4° de patiënt is overleden.”

Ook het feit dat de schade ernstig is, wordt door het FMO betwist.

Ter beoordeling van de gegrondheid van de vordering van ... dient zodoende te worden onderzocht of de schade als gevolg van het schadegeval:

1. abnormaal is, en
2. ernstig is.

4.4.

Het abnormaal karakter van de schade wordt door artikel 2, 7°, WMO omschreven als volgt:

“De schade is abnormaal 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.”

Uit deze omschrijving van het abnormaal karakter van de schade, gelezen in samenhang met de parlementaire werkzaamheden (Parl. St., Kamer, Doc. 52, 2240/001, p. 24 e.v.), kan worden besloten dat de schade als abnormaal moet worden beschouwd, wanneer de schade:

- ofwel naar alle waarschijnlijkheid niet was opgetreden bij een juiste toepassing van de hoogste stand van de wetenschap (“vermijdbaarheidscriterium”), hetgeen in essentie betekent dat er een andere, toepasbare behandelingstechniek bestaat die dezelfde of een vergelijkbare succesratio heeft en die waarschijnlijk niet tot dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst zou hebben geleid
- ofwel niet redelijkerwijze te verwachten was door de patiënt (“onvoorzienbaarheidscriterium”), telkens in het licht van de concrete karakteristieken van de patiënt en met als standaard een zorgverstrekking volgens de hoogste stand van de wetenschap op het moment van die zorgverstrekking.

Het betreft alternatieve criteria: zodra één van beide elementen aanwezig is, is de schade abnormaal en moet niet meer nagegaan worden of ook het andere aanwezig is.

De bewijslast dat aan één van deze criteria is voldaan, ligt bij de eisende partij.

Daarbij dient nog te worden benadrukt dat bij het onvoorzienbaarheids criterium, de abnormaliteit van de schade niet kan beperkt worden tot de appreciatie van een bepaald risicopercentage dat een bepaalde complicatie zich bij een bepaalde zorgverstrekking zou kunnen voordoen. Het abnormale karakter moet immers niet beoordeeld worden in de verhouding zorgverstrekking-complicatie, maar in de verhouding zorgverstrekking-schade. De complicatie vormt daarin de tussenschakel, maar vormt voor het onderzoek naar de abnormaliteit een onlosmakelijk geheel, in die zin dat als de abnormaliteit van het schadeverwekkende incident, de complicatie, vast staat, dat ook zo is voor de concrete schade die dat incident heeft veroorzaakt.

De abnormaliteit van de complicatie heeft dus noodzakelijkerwijze de abnormaliteit van de eruit gevolgde schade tot gevolg. Er dient in dat geval dan ook niet te worden nagegaan of de effectief opgetreden schade afwijken, abnormaal of onvoorzienbaar was ten opzichte van de schade die normaal gezien voorkomt bij een dergelijke complicatie. Er anders over oordelen zou het begrip abnormale schade grotendeels uithollen nu kan aangenomen worden dat in zeer vele gevallen er geen abnormaliteit zal zijn in de loutere verhouding complicatie-schade. Indien de complicatie op zichzelf beschouwd echter wel voorzienbaar of “normaal” was, dient daarentegen wel nog te worden nagegaan of de concrete schade die eruit voortvloeide, voorzienbaar was, hetgeen niet het geval is indien de schade groter was dan deze die gebruikelijk is bij het zich voordoen van de complicatie en niet te wijten is aan de toestand van de patiënt (proportionaliteitscriterium). Indien de complicatie dus voorzienbaar was, doch de schade die uit de complicatie voortvloeide disproportioneel en dus niet voorzienbaar was, is ook voldaan aan het onvoorzienbaarheids criterium. Samengevat: als vastgesteld wordt dat de complicatie niet voorzienbaar of abnormaal was, stopt de oefening en is het onvoorzienbaarheids criterium ingevuld, ongeacht de vraag of de daaruit voortvloeiende schade voorzienbaar of normaal is ten aanzien van de complicatie; in het tegengestelde geval dat de complicatie op zichzelf wel voorzienbaar was, moet nog bijkomend nagegaan worden of er al dan niet een abnormaliteit schuilt in de schade op zich.

4.5.

Welnu, wat het abnormaal karakter van de schade betreft, bestaat in het voorliggende geval tussen de partijen eensgezindheid dat het vermijdbaarheids criterium niet is ingevuld.

Op de vraag om te beschrijven “of de schade vermijdbaar was: met name of er alternatieve behandelingsmethoden bestaan” met een vergelijkbare succesratio en die met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie(s) of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst zou(den) hebben geleid, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt (p. 22-23):

“Er waren in dit specifiek geval geen alternatieve behandelingstechnieken”.

Zoals terecht door het FMO opgeworpen, brengt ... geen argumenten aan tegen dat besluit van de FMO-deskundigen inzake de vermijdbaarheid van de schade en bouwt zij haar argumentatie in het kader van het bestaan van abnormale schade uitsluitend op rond het zogenaamde onvoorzienbaarheids criterium, zodat kan worden aangenomen dat zij ook van oordeel is dat het vermijdbaarheids criterium niet is ingevuld.

Rijst de vraag of het onvoorzienbaarheids criterium is ingevuld, dit wil zeggen of de complicatie onvoorzienbaar was dan wel de daaruit volgende schade disproportioneel was.

In dat verband benadrukken beide partijen, net zoals de FMO-deskundigen in hun verslag (vgl. p. 18 bovenaan en p. 19 als antwoord op de vraag 2.a.), dat het onderscheid moet worden gemaakt tussen twee verschillende, duidelijk van elkaar af te bakenen complicaties die door de ingreep van 16 september 2016 zijn veroorzaakt, te weten:

- enerzijds, de perforatie van het sigmoïd waarvoor een stoma diende aangelegd te worden, en
- anderzijds de verwikkelingen met de peroperatorioir preventief geplaatste ureterstents en de ingrepen die daaruit voortvloeiden.

Het besluit van de FMO-deskundigen dat de tweede complicatie, dit zijn de verwikkelingen met de peroperatorioir preventief geplaatste ureterstents en de ingrepen die daaruit voortvloeiden, geen onvoorzienbare complicatie uitmaakt doch gekend is en regelmatig voorkomt met een risicofrequentie van 56,9% of 75,9% al naargelang de duur dat de stents ter plaatse blijven (p. 21), wordt door ... niet betwist.

Wat het abnormaal karakter van de schade betreft, is de discussie tussen de partijen aldus beperkt tot de vraag of de eerste complicatie, dit wil zeggen de perforatie van het sigmoïd waarvoor een stoma diende aangelegd te worden, als onvoorzienbaar kan worden beschouwd.

... is van mening dat dit het geval is nu dergelijke complicatie bij de uitgevoerde ingreep blijkens het FMO-deskundigenverslag slechts voorkomt bij 0,03% tot 0,18%. ... stelt onder verwijzing naar rechtspraak dat deze risicofrequentie zo laag is, dat de bewuste complicatie als onvoorzienbaar moet worden beschouwd.

Terecht brengt het FMO daar evenwel tegen in dat uit het deskundigenverslag en de daarin aangehaalde medisch-wetenschappelijke literatuur blijkt dat dat risicofrequentie van een perforatie bij laparoscopische abdominale ingrepen ondergerapporteerd zijn, waar de FMO-deskundigen bij de bespreking van bepaalde literatuur stellen dat het percentage *“algemeen [...] 0.4 tot 100% [was] (maar dit laatste betrof 4 van slechts 4 ingrepen in die groep)”* (p. 32), zodat de opgegeven percentages niet als doorslaggevend kunnen worden beschouwd.

Bovendien benadrukt het FMO terecht dat de FMO-deskundigen in hun verslag (p. 20) opmerkten *“dat patiënte door voorgaande ingrepen een verhoogd risico vertoonde op complicaties”*, meer bepaald de eerdere abdominale hysterectomie en de vaststelling van een *frozen pelvis*. De gynaecologische echografie uitgevoerd ter voorbereiding van de ingreep van 16 september 2016 bevestigde het bestaan van de verklevingen.

Ter beoordeling van de voorzienbaarheid van de schade dient inderdaad rekening te worden gehouden met de voorafbestaande toestand van de patiënt en diens objectief voorspelbare evolutie.

Uit de stukken blijkt bovendien dat de tussenkomende artsen hadden gewezen op het verhoogde risico op complicaties als gevolg van de reeds bestaande verklevingen en daarbij zelf uitdrukkelijk de mogelijkheid van een darmperforatie hadden voorzien:

- In hun verslag van de consultatie van 23 augustus 2016, *“gevalideerd”* op 27 augustus 2016 (stuk 3 FMO), voorafgaand aan de bewuste ingreep van 16 september 2016, stellen de tussenkomende artsen, dr. ... en dr. ... het volgende:

“Gezien de ‘frozen pelvis’ en vele verklevingen op gynaecologische echografie wordt de ingreep gepland in het groot OK op 5 oktober 2016. Er zullen ook ureterstents geplaatst worden.

De patiënte is akkoord met een laparoscopische BSO met plaatsen van ureterstents en is op de hoogte van de risico’s (darmperforatie, ureterbeschadiging, nieuwe adhesievorming, conversie naar laparotomie, infecties, bloedingen).”

- In zijn verslag van een eerdere consultatie van 18 juni 2016, “gevalideerd” op 19 juni 2016 (stuk 7 FMO), stelt dr. ... het volgende:

“Ik heb haar uitgelegd dat een bilaterale salpingo-oöphorectomie via laparoscopische weg niet altijd evident is gezien ze reeds gekend is met ‘frozen pelvis’”.

In het postoperatief verslag werd dan ook vermeld dat de ingreep “werd bemoeilijkt door extensieve adhesies van beide ovaria met de pelviene wand en mesocolon” (stuk 30 FMO).

Uit één en ander blijkt onomwonden dat er een verhoogde kans was op complicaties zoals een perforatie en dat deze complicatie voorzienbaar was.

Het gegeven dat de complicatie voorzienbaar was, volstaat evenwel niet om het onvoorzienbaarheids criterium uit te sluiten. Bij een voorzienbare complicatie moet nog worden onderzocht of de schade, dit zijn de verwikkelingen met bijhorende schade die uit de complicatie voortvloeiden, als onvoorzienbaar, dit wil zeggen als disproportioneel, kunnen worden beschouwd ten opzichte van de complicatie. De vraag of de schade abnormaal of disproportioneel is, die wordt gesteld in het kader van het onderzoek naar het vervuld zijn van het onvoorzienbaarheids criterium, is geheel anders dan de vraag of de schade ernstig is in de zin van artikel 5 WMO. Het is denkbaar dat de schade als gevolg van een bepaalde complicatie helemaal niet zo ernstig is doch wel als abnormaal of disproportioneel kan worden beschouwd ten opzichte van die complicatie, net zoals de schade bij een bepaalde complicatie zeer ernstig kan zijn zonder evenwel abnormaal of disproportioneel te zijn ten opzichte van die complicatie. ... kan er zich in haar betoog dat de schade disproportioneel is, dan ook niet toe beperken te verwijzen naar haar argumentatie dat de schade ernstig is in de zin van artikel 5 WMO.

De rechtbank ontmoet hoe dan ook geen concrete argumenten waaruit zou blijken dat, rekening houdende met de voorafbestaande toestand van de patiënt en haar objectief voorspelbare evolutie, de schade die zich heeft voorgedaan en zoals ze zich heeft voorgedaan als gevolg van de complicatie, zoals de tijdelijke plaatsing van een stoma, ondanks de mogelijk ernstige ongemakken, ongeschiktheden, sociale, relationele of psychische gevolgen ervan, als disproportioneel kan worden beschouwd ten opzichte van de opgetreden complicatie van een perforatie. De uiteenzetting van ... in conclusies (p. 9-10) aangaande de ernst van de schade dat de plaatsing van een stoma een ernstige invloed had op haar levensomstandigheden of dat zij gedurende minstens zes opeenvolgende maanden arbeidsongeschikt was, is, voor zover al kan worden aangenomen dat deze ernstige invloed en arbeidsongeschiktheid uitsluitend het gevolg zijn van de perforatie en niet van de andere complicatie met betrekking tot de ureterstents, onvoldoende om te besluiten tot het disproportioneel karakter van de schade, te meer daar de FMO-deskundigen in hun eindverslag (p. 23) van oordeel zijn dat de levensomstandigheden enkel waren verstoord tijdens de periode van tijdelijke schade en zich vanaf consolidatie op 17 juli 2017 geen aanrekenbare verstoring van de levensomstandigheden voordeed. Hoewel het abnormaal karakter en het ernstig karakter van de schade niet met elkaar mogen worden verward, wijzen het tijdelijk karakter van de schade en de gunstige evolutie van de toestand van ... veeleer in de richting dat de schade niet disproportioneel was. Het disproportioneel karakter van de schade wordt niet aangetoond en zelfs niet voldoende aannemelijk gemaakt om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.

Gelet op al het voorgaande oordeelt de rechtbank dat de FMO-deskundigen en het FMO in dienst advies terecht besloten dat het onvoorzienbaarheids criterium niet is ingevuld.

4.6.

Bij gebreke aan overtuigende stukken of verslagen die het gedocumenteerd en gemotiveerd FMO-deskundigenonderzoek tegenspreken en bij gebrek aan gegronde kritiek op de wijze waarop het deskundigenonderzoek gevoerd werd, acht de rechtbank de aanstelling van een gerechtsdeskundige niet aangewezen.

4.7.

Waar het bestaan van abnormale schade en dus van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO niet wordt aangetoond, dient de vraag of de schade ernstig was in de zin van artikel 5 WMO niet te worden onderzocht.

De vordering van ... is in het geheel ongegrond.

4.8.

Waar de vordering van ... ongegrond is, wordt zij beschouwd als de in het ongelijk gestelde partij en verwezen in de kosten van het geding.

Wat de rechtsplegingsvergoeding betreft, is de vordering van ... een in geld waardeerbare vordering gelegen in de schaal tussen 10.000,01 EUR en 20.000,00 EUR, zodat het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding gelijk is aan 1.650,00 EUR.

OM DEZE REDENEN, DE RECHTBANK,

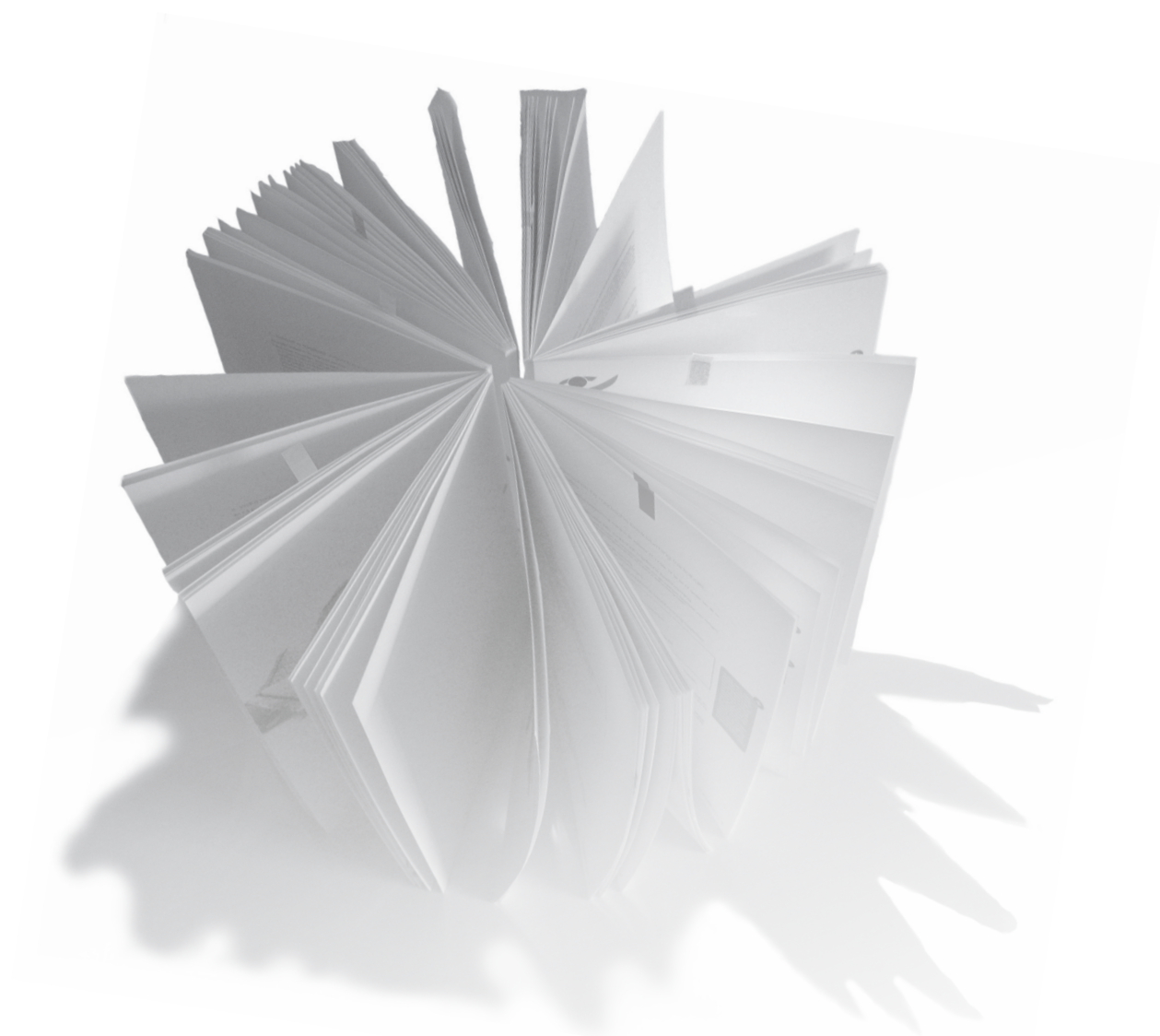
Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

Verklaart de vordering van ... lastens het FMO ontvankelijk doch ongegrond,

...

3^e Partie

Questions et réponses parlementaires



I. Incapacité de travail en Belgique - Enjeux fédéraux face aux inégalités de genre

Inégalités persistantes entre hommes et femmes en matière de santé et d'incapacité de travail – Approche intersectorielle des politiques publiques – Renforcement des politiques en matière de prévention et protection au travail

Question n° 64 posée le 24 octobre 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 Monsieur le Représentant CRUCKE¹

Plusieurs articles de presses, se basant sur diverses études académiques sérieuses, mettent en lumière les inégalités persistantes entre hommes et femmes en matière de santé et d'incapacité de travail en Belgique.

Depuis les années 2000, l'augmentation du nombre de personnes en incapacité de travail concerne majoritairement les femmes. Cette situation est exacerbée par des facteurs socioéconomiques tels que les responsabilités familiales, le travail à temps partiel et la sous-représentation dans des postes à responsabilités, qui pèsent plus lourdement sur les femmes.

Cette problématique nous met devant notre manque d'attention sur des questions spécifiques à la santé des femmes, comme la ménopause, l'endométriose et d'autres conditions sous-diagnostiquées.

Les mutualités libres appellent les décideurs à combler ce fossé en renforçant l'égalité des genres dans les politiques de santé et de travail.

1. Les chiffres montrent une augmentation disproportionnée de l'incapacité de travail chez les femmes, notamment en raison de troubles psychiques et musculosquelettiques. Quelle est votre lecture en la matière ? Quelles sont les enjeux et perspectives de cette problématique qui nuit autant à l'égalité de genre en Belgique qu'à notre développement socioéconomique ?
2. Les maladies chroniques comme la fibromyalgie et les troubles auto-immunes affectent davantage les femmes, souvent sous-diagnostiquées. Quelles sont les pistes au niveau fédéral pour améliorer la prise en charge de ces maladies ? Quelles sont les coûts financiers qui y sont liés ?
3. La ménopause et la périménopause, ainsi que leurs conséquences sur la santé, restent largement ignorées dans les politiques de santé actuelles. Votre SPF prévoit-il un travail de fond pour permettre une meilleure reconnaissance et prise en charge de ces maladies qui semblent largement méconnues par le public ?

1.. Bulletin n° 005, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 309.

4. Certaines recommandations des mutualités libres appellent à une politique d'égalité des genres plus transversale, incluant la santé et le marché du travail. Quelles actions intersectorielles peuvent être envisagées pour assurer une prise en compte des spécificités féminines dans les politiques publiques fédérales de santé ?

Réponse

Face à l'évolution importante de l'incapacité de travail, il est important d'appréhender de manière globale et transversale les défis majeurs qu'elle pose pour l'assuré social, pour le monde du travail, le contexte socio-économique et pour la société.

Il est fondamental d'apporter des réponses appropriées en renforçant le principe selon lequel la santé devrait être présente dans toutes les politiques publiques (approche intersectorielle).

La réduction des inégalités sociales de santé et, parmi celles-ci, des inégalités de santé entre les femmes et les hommes, renvoie à des déterminants sociaux de la santé (comme p. ex., les questions d'ordre structurel liées à l'accès aux offres de soins de santé, les questions liées à la précarité économique qui touche principalement les femmes, l'accès à un revenu suffisant, etc.) sur base desquels il importe de pouvoir renforcer cette approche intersectorielle des politiques publiques en matière de santé mais aussi de renforcer nos politiques en matière de prévention et protection au travail. Ces inégalités de santé entre les femmes et les hommes, et qui sont malheureusement le reflet de ces mêmes inégalités constatées au niveau sociétal, doivent nous amener à sensibiliser tous les acteurs politiques, quels que soient leurs niveaux de pouvoir, sur l'importance de pouvoir développer une approche plus intégrée au regard de cette problématique.

L'étude "Santé des femmes" publiée par Sciensano offre un aperçu détaillé de l'état actuel de la santé des femmes en Belgique. Les inégalités de genre commencent à se creuser dès l'adolescence, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Les résultats montrent que les femmes sont plus susceptibles de souffrir de troubles psychologiques par rapport aux hommes, ce qui a des répercussions sur leur bien-être général et leur capacité à participer pleinement à la vie sociale et professionnelle.

L'étude aborde plusieurs dimensions de la santé des femmes, notamment la prévalence des troubles psychosociaux, les impacts du statut social et professionnel, ainsi que les différences de genre dans l'accès aux soins et aux services de santé.

Mon administration a invité à cet effet les experts de Sciensano, qui ont porté cette étude, afin de pouvoir exposer les principaux éléments de cette étude lors de la séance du Comité de gestion de l'assurance indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Cette présentation a pu être réalisée en date du 16 octobre 2024.

Il est en effet important pour mon administration de pouvoir relayer ces éléments au sein de son Comité de gestion (composé des représentants des partenaires sociaux ainsi que des mutualités) afin de pouvoir examiner par la suite dans quelle mesure les résultats peuvent être utilisés pour le secteur de l'assurance indemnités. Cette présentation a permis de fournir une compréhension plus approfondie des défis spécifiques auxquels les femmes sont confrontées en matière de santé et de discuter des implications pour les politiques de santé publique et les interventions ciblées.

Renforcer le développement des connaissances du secteur de l'assurance indemnités de manière continue, dans une approche holistique et intersectorielle, constitue un défi majeur permanent auquel mon administration et moi-même nous nous associons afin de pouvoir garantir la bonne performance et gouvernance de notre assurance soins de santé et indemnités, et, d'autre part, à pouvoir en améliorer les conditions d'accès et d'octroi tout en réduisant ces inégalités.

En ce qui concerne la prise en charge de la ménopause et périménopause et de leurs conséquences sur le bien-être et la santé des femmes, dans la sphère privée comme professionnelle, la Conférence interministérielle santé a approuvé ce 4 décembre 2024 ma proposition de créer un groupe de travail interfédéral pour l'élaboration d'une politique coordonnée, efficace et inclusive, autour de la ménopause en Belgique. La première mission de ce groupe de travail sera de dresser un inventaire complet des initiatives existantes en Belgique autour de la ménopause. Cet état des lieux permettra de comprendre où nous en sommes et d'identifier les lacunes. Sur cette base, le groupe émettra des recommandations pour élaborer un plan d'action structuré. Ce projet marque un tournant vers une meilleure reconnaissance de la ménopause comme un enjeu de santé publique.

II. Intervention médicale durant une reprise progressive du travail.

Incapacité de travail – Reprise d'une activité avec l'autorisation du médecin-conseil - Règle de cumul - Fourniture mensuelle de données - Projet e-Gov 3.0

Question n° 68 posée le 28 octobre 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 Monsieur le Représentant VAN QUICKENBORNE¹

Il ressort de la pratique que, lorsqu'un travailleur engagé dans le système de reprise progressive du travail subit une intervention médicale, la mutualité n'est nullement informée formellement du changement de l'état de santé de l'intéressé. Dans les mois suivant l'intervention médicale, la mutualité ne reçoit évidemment pas de fiche de paie de l'employeur découlant de l'emploi à temps partiel, puisqu'il n'y a pas eu d'activité professionnelle en raison de l'intervention médicale.

Cette information est pourtant essentielle, car la fiche de paie active et garantit les allocations partielles. Comme cette information n'est pas communiquée, les allocations ne sont pas versées ou sont payées en retard, au moins temporairement. En outre, le citoyen n'est nullement informé d'éventuels devoirs administratifs et ne se rend compte du problème que trop tard, c'est-à-dire lorsqu'il ne perçoit plus de salaire ni d'allocations.

De plus, les bénéficiaires d'allocations ne sont souvent guère à l'aise sur les plans numérique et financier, et l'aspect administratif est particulièrement complexe pour ces personnes. De surcroît, ce sont surtout les citoyens qui ont du mal à joindre les deux bouts et qui sont touchés par une intervention médicale résultant de leur travail qui se retrouvent démunis, et ils n'ont pas les moyens de boucler un mois sans salaire.

1. Avez-vous connaissance de ce problème ?
2. Avez-vous déjà reçu des signalements à ce sujet ? Dans l'affirmative, combien au cours de chacune des cinq dernières années ? Dans la négative, prévoyez-vous de lutter contre ce problème ?
3. Comment comptez-vous simplifier l'administration en la matière ? Prévoyez-vous de mieux organiser l'échange d'informations ? Estimez-vous que l'échange d'informations devrait être automatique et prévoyez-vous de l'organiser de la sorte ? Dans quel délai ?

Réponse

Depuis le 1^{er} avril 2018, lorsqu'un travailleur salarié reconnu en incapacité de travail reprend une activité avec l'autorisation du médecin-conseil, une règle de cumul s'applique qui tient compte du travail effectivement réalisé (et les heures assimilées telles que les heures couvertes par le salaire garanti) pour réduire le montant de l'indemnité d'incapacité de travail, le cas échéant. Ainsi, le montant des revenus professionnels acquis dans le cadre d'une telle activité autorisée n'a pas d'incidence sur le montant de l'indemnité d'incapacité de travail. Pour que la mutualité du travailleur puisse appliquer ce régime de cumul, l'employeur doit remettre chaque mois à la mutualité une attestation électronique de prestations (DRS ZIMA 002).

1. Bulletin n° 004, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 260.

Dans cette attestation électronique, l'employeur doit indiquer, pour chaque code de prestation, le nombre d'heures correspondant à la période de référence applicable (généralement un mois civil). Il s'agit des mêmes codes de prestations que ceux utilisés dans la déclaration trimestrielle des prestations à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) (Déclaration multifonctionnelle (DmfA)). En outre, l'indication du nombre d'heures pour chaque code concerne non seulement le nombre d'heures de travail effectivement prestées ou assimilées, mais aussi le nombre d'heures d'incapacité de travail (en raison d'une hospitalisation, p. ex.). Si, au cours d'un mois concerné, le travailleur n'a effectué aucune prestation pour cause de maladie et qu'aucune heure assimilée ne peut être distinguée (p. ex., les heures couvertes par le salaire garanti ou par le salaire dû à un jour férié), la mutualité recevra une attestation dans laquelle seules les heures relevant du code de prestation pour maladie (code 50) sont mentionnées, de sorte que l'assuré bénéficiera de l'intégralité des indemnités pour le mois concerné.

Cette obligation pour l'employeur d'envoyer une attestation électronique des prestations reste d'application pendant la période où le travailleur ne peut plus exercer l'activité autorisée en raison d'une aggravation de l'état de santé, sauf si :

- le travailleur a expressément notifié à sa mutualité que l'exercice de l'activité autorisée par le médecin-conseil est temporairement interrompu en raison d'une aggravation de son état de santé (un modèle de formulaire est disponible)
- l'exercice de l'activité autorisée est définitivement interrompu en raison de l'aggravation de son état de santé. La cessation définitive est communiquée par le travailleur à la mutualité (un modèle de formulaire est disponible) et peut également être déduite par la date de fin de la période de référence indiquée dans l'attestation de prestations (à condition toutefois, que la date de fin de cette période de référence ne soit pas le dernier jour d'un mois civil).

En ce qui concerne votre question de savoir si j'ai déjà reçu des notifications relatives à la situation que vous avez soulevée, je vous informe que le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés m'a fourni un rapport d'évaluation de la règle de cumul réformée en 2018. Ce rapport comprend également un volet consacré à la déclaration mensuelle de l'employeur et identifie un nombre de préoccupations qui se posent dans cette fourniture mensuelle de données pour appliquer de manière adéquate la règle de cumul.

Mon administration est actuellement impliquée dans le projet e-Gov 3.0 (programme pour la construction d'une nouvelle sécurité sociale digitale) qui vise, entre autres, à rendre cette collecte de données plus facile. Ce projet représente donc une importante opportunité pour remédier à ces difficultés au cours des prochaines années.

III. La lutte contre l'épuisement professionnel sur base de données et directives

Professionnels de la santé – Milieu hospitalier - Prévention primaire - Mesure pour l'accompagnement des personnes en burn-out

Question n° 117 posée le 28 novembre 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 Monsieur le Représentant VAN QUICKENBORNE¹

Environ 40.000 des plus de 500.000 personnes en incapacité de travail de longue durée (8 %) ne travaillent plus en raison d'un épuisement professionnel, et ce chiffre augmente au fil des ans.

Il est actuellement presque impossible de savoir qui reçoit les soins adéquats fondés sur des preuves au sein de ce groupe important, et donc où adapter les soins et l'accompagnement. Des données et des directives sont pourtant disponibles.

Pour ce qui est des données, prenons l'exemple du secteur des soins de santé, en particulier les hôpitaux. Des études du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (rapport 325a du KCE en 2019 et rapport 353a en 2022) montrent comment des enquêtes et des jeux de données existants peuvent être exploités pour détecter les syndromes d'épuisement professionnel sur le lieu de travail et déterminer la qualité de la réponse de l'employeur.

De telles données peuvent fournir des enseignements. Ainsi, la présence d'un risque élevé d'épuisement émotionnel (à savoir l'une des trois dimensions fondamentales du risque d'épuisement professionnel) varie entre 7 % et 76 % des infirmiers au sein des hôpitaux étudiés. En d'autres termes, dans certains hôpitaux, 7 % du personnel infirmier présente un risque élevé, tandis que ce taux atteint 76 % des infirmiers dans d'autres hôpitaux. Des variations d'ampleurs comparables sont également constatées pour les deux autres dimensions fondamentales de l'épuisement professionnel, à savoir le risque de diminution de l'aptitude et le risque de dépersonnalisation. De tels jeux de données existants sont pourtant peu utilisés pour ajuster la politique des ressources humaines sur place et pour prévenir l'épuisement professionnel.

Des directives et des parcours de soins très bien pensés existent pour le traitement de l'épuisement professionnel. Je fais notamment référence au parcours de soins conçu par le centre pour l'environnement et la santé (Centrum voor Omgeving en Gezondheid) de la KU Leuven, pour le compte du Centre de connaissances en matière d'incapacité de travail de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Un tel parcours de soins comprend un trajet prévoyant des consultations en médecine générale et en psychologie (dix sessions). Cependant, nous devons là aussi constater que nous ne savons pas dans quelle mesure les 40.000 personnes absentes de longue durée en raison d'un épuisement professionnel reçoivent chacune l'accompagnement et les soins adéquats fondés sur des preuves. Nous ne pouvons donc pas non plus optimiser ces soins et cet accompagnement sur la base de données, le cas échéant. Pourtant, l'INAMI et les mutualités disposent de toutes les données relatives aux soins pour assurer un suivi plus systématique et transparent.

1. Bulletin n° 005, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 331.

1. Avez-vous une idée de la mesure dans laquelle la prévention et le traitement de l'épuisement professionnel se fondent sur des preuves ? Dans l'affirmative, pouvez-vous l'appuyer à l'aide de données chiffrées relatives aux cinq dernières années ?
2. Comment comptez-vous mieux utiliser les jeux de données et directives existants dans les soins (données des hôpitaux, données de l'INAMI et des mutualités relatives au traitement, parcours de soins) afin de prévenir et de traiter les cas d'épuisement professionnel ?
3. Que pensez-vous de la possibilité de fournir d'une manière plus systématique des retours de tels jeux de données aux prestataires de soins et aux hôpitaux impliqués dans la prévention, l'accompagnement et le traitement de l'épuisement professionnel ?
4. Quelle approche visez-vous pour adapter la prévention et le traitement de l'épuisement professionnel afin de corriger les anomalies dans les chiffres relatifs aux prestataires de soins ?

Réponse

J'attache une haute importance à l'accompagnement et au soutien des professionnels de la santé confrontés dans leur quotidien à des situations de travail impliquant un haut niveau d'exigences.

Ces situations de travail sont présentes de manière plus significative en milieu hospitalier compte tenu de la grande variété de tâches à effectuer ainsi que des attentes importantes en termes de performance et de qualité des soins.

Ces différentes exigences constituent de véritables défis mais aussi de réels risques pouvant impacter la charge physique et psychique de ces travailleurs. Il est donc primordial d'agir de manière préventive.

La prévention primaire de ces risques au travail constitue à ce titre une réponse importante. Sur ce point, je rejoins pleinement mon collègue, le ministre du Travail, compétent en la matière. Afin de sensibiliser les secteurs quant à l'importance de la prévention des risques, il a mis en place des outils et des instruments de sensibilisation.

Nous savons que la chronicité du stress professionnel, et plus particulièrement son maintien dans la durée, constitue un facteur important de risques pouvant conduire à l'épuisement professionnel et à une situation de burn-out.

L'incapacité de travail est malheureusement la conséquence de ces situations. La prévention des risques psycho-sociaux, qui relève de la compétence de mon collègue, forme un enjeu fondamental en vue de garantir la bonne santé au travail mais aussi, et de manière plus globale, dans notre société.

Durant cette législature, j'ai pris différentes mesures en vue de soutenir et accompagner les personnes en incapacité de travail afin de leur donner toutes leurs chances de reprendre le travail dans les meilleures conditions. Différents trajets ont ainsi pu voir le jour afin d'offrir davantage d'opportunités à ces personnes.

Parallèlement, j'ai pris un certain nombre de mesures. Je souhaite mettre en avant trois initiatives que j'ai prises en matière d'accompagnement des personnes en burn-out :

- 1) Programme de prévention du burn-out de FEDRIS

(*Programme de prévention du burn-out – Agence fédérale des risques professionnels*). Ce programme a été déployé après l'évaluation positive de l'étude pilote de FEDRIS.

2) Dans le cadre du Plan d'action fédéral pour le bien-être mental au travail, l'INAMI travaille à la mise en œuvre d'une attention renforcée pour le domaine du travail dans l'approche de première ligne des problèmes de santé liés au stress (y compris le burn-out). L'évaluation de la convention de soins psychologiques de première ligne est incluse dans ce cadre (*EPCAP EINDVERSLAG FINAL 5 JULI 2023_OK-gecomprimeerd.pdf*).

3) Un financement a été prévu à partir de 2024 pour l'amélioration qualitative fondamentale des conditions de travail dans les établissements publics de soins de santé fédéraux, par le déploiement de nouveaux collaborateurs ou d'un temps de travail supplémentaire visant à soutenir la mise en œuvre et la réalisation des mesures qualitatives convenues pour améliorer les conditions de travail dans les soins de santé. Ce collaborateur peut assurer le suivi de divers dossiers, tels que la formation, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'orientation de carrière, la reconnaissance des compétences acquises, etc.

Mesurer et évaluer l'impact des différentes mesures prises de même qu'informer de manière systématique sur l'ensemble de ces mesures constituent des éléments essentiels de la politique que j'entends mener.

À cet effet, le nouveau Baromètre "Retour au Travail" compile une série de données-clés qui sont essentielles pour suivre l'évolution de l'incapacité de travail et de la politique de Retour au Travail. Ce nouvel instrument nous montre l'impact des mesures prises et nous fournit des informations sur la voie à suivre à l'avenir.

IV. La réforme des soins psychologique de première ligne

Convention finançant les soins psychologiques de première ligne – Résultats positifs – Symptômes psychologiques en diminution – Qualité de vie quotidienne et résilience en augmentation – Accès au soins plus rapide – Adhésion croissante au système de la convention – Réduction de l'absentéisme et du présentéisme – Nouvelle approche innovante

Question n° 165 posée le 24 décembre 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 TATON¹

Depuis le 1^{er} septembre 2021, 410.022 personnes ont fait appel à un psychologue ou un orthopédagogue conventionné dans le cadre des soins de première ligne. Il s'agissait de 145.533 enfants et adolescents (jusqu'à 23 ans) et de 264.489 adultes. Ces nouveaux chiffres viennent d'être annoncés dans le *dashboard Mental Health Care* de l'Agence intermutualiste.

La réforme de nos soins de santé mentale, que vous avez lancée au cours de cette législature est non seulement un investissement sans précédent pour rendre les soins psychologiques beaucoup plus accessibles et abordables, mais aussi un véritable changement systémique, aussi bien dans l'approche que dans la manière d'aborder nos soins de santé mentale. L'objectif de cette réforme est de créer une santé mentale maximale et de garantir des soins de santé mentale de qualité : proches, accessibles et à bas seuil.

Grâce à la nouvelle convention, les personnes qui rencontrent des difficultés psychologiques et pour lesquelles une aide professionnelle est indiquée peuvent s'adresser à un psychologue ou à un orthopédagogue conventionné.

L'aide peut être donnée dans un cabinet, mais aussi en dehors : chez le médecin généraliste, à l'école, dans une structure pour les jeunes, au CPAS ou en prison. La première séance est complètement gratuite. À partir de la deuxième séance, les adultes paient 11 EUR de ticket modérateur par séance individuelle, ou 4 EUR lorsqu'ils ont droit à l'intervention majorée. Les séances de groupe coûtent 2,5 EUR. Les jeunes de moins de 24 ans peuvent bénéficier de cette offre gratuitement.

En Belgique, 410.022 personnes ont déjà fait usage de cette offre. Il s'agissait plus précisément de 145.533 jeunes et de 264.489 adultes.

1. Quel bilan dressez-vous de la réforme systémique des soins de santé mentale que vous avez initiée et qui visait avant tout à les rendre les plus accessibles possible en limitant les barrières financières ?
2. Quels termes de la convention souhaiteriez faire encore évoluer à l'avenir ?

1. Bulletin n° 007, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 167.

Réponse

Je considère que les résultats atteints au moyen de la convention (INAMI) (Institut national d'assurance maladie-invalidité) finançant les soins psychologiques dans la première ligne est positif. Les chiffres du tableau de bord le confirment, avec un nombre croissant de citoyens qui trouvent le chemin de la convention et une hausse du nombre de psychologues et d'orthopédagogues cliniciens conventionnés. Une équipe scientifique de la KULeuven et de l'Université de Liège a rédigé un rapport qui évalue la convention et formule des recommandations. J'ai également fourni ce rapport à la commission à l'époque. Le rapport a établi différents constats.

Au niveau des patients et de la communauté, l'étude montre qu'après une moyenne de six séances : les symptômes psychologiques diminuent et la qualité de vie quotidienne et la résilience augmentent. Par ailleurs, les patients accèdent plus vite aux soins : 40 % des patients entrent pour la première fois dans le système de soins par le biais de cette convention, et le délai médian de recours aux soins psychologiques est de quatre ans (contre une moyenne de 10 à 15 ans en Belgique). Enfin, il apparaît que les populations dans des positions socio-économiques ou sociodémographiques vulnérables et précaires sont effectivement touchées, et que les pratiques innovantes favorisent leur accès aux soins.

Au niveau du psychologue/orthopédagogue clinicien conventionnés, l'étude montre une adhésion croissante à la philosophie et au système de la convention des soins de première ligne.

Dans l'ensemble, il a été constaté que la validité clinique des soins psychologiques conventionnels dispensés dans le cadre des soins primaires par le biais de la convention est prouvée et qu'ils ont un effet positif sur la réduction de l'absentéisme et du présentéisme.

Sur base des recommandations de l'étude scientifique d'évaluation de la convention (EPCAP 1.0 et EPCAP 2.0) et de retours du terrain et de partenaires comprenant des associations de patients et de familles, la convention a été réadaptée pour la période 2024-2026.

Ainsi, la collaboration avec les autres acteurs de la première ligne est renforcée, principalement au moyen des missions de soutien, l'article 8 de la Convention INAMI, qui renforcent les compétences en matière de soins psychologiques d'acteurs comme les enseignants, les médecins généralistes, etc. En 2025, des démarches spécifiques seront entamées avec Domus Medica et la SSMG pour développer la collaboration et les échanges avec les médecins généralistes.

Le travail de proximité, dans des lieux où se rassemblent des personnes vulnérables est aussi encouragé spécifiquement au sein de la fonction des interventions communautaires. Il s'agit, entre autres, d'interventions de groupe psychoéducatives et à bas seuil, qui renforcent la connaissance du bien-être mental et la résilience de ces groupes.

Cette approche innovante nécessite cependant aussi une adaptation de la pratique traditionnelle indépendante et un changement de culture pour les psychologues et orthopédagogues et les acteurs de la première ligne. Ils sont soutenus par des programmes de formation mis à disposition par le SPF Santé publique.

V. Les demandes au Fonds de retour au travail

Doublement du nombre de trajets entamés en 2024 -
Groupe cible étendu – Informer davantage d'employeurs –
Harmoniser la communication

Question n° 187 posée le 9 janvier 2025 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 DÉSIR¹

En 2024, vous lanciez avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) deux nouveaux dispositifs de soutien au retour au travail des malades de longue durée à destination :

- le Fonds retour au travail
- les primes de reprise au travail pour les employeurs.

À ce jour, moins de vingt demandes ont été enregistrées auprès du Fonds de retour au travail par des travailleurs en incapacité de longue durée pour bénéficier d'accompagnement à un retour à l'emploi. Selon les données INAMI, le succès de cette mesure mise en œuvre depuis avril 2024 semble en effet bien limité.

Par ailleurs, les primes de réussite et les primes de formation pour les malades de longue durée, encourageaient les travailleurs en incapacité de longue durée à faire appel aux trajets de réintégration INAMI sont remplacées par des primes versées directement aux employeurs pour l'engagement (ou le maintien au travail) de personnes en incapacité de travail. La suppression de ces primes a suscité de vives réactions des mutualités, qui y voyaient la clé de voûte de ces trajets, et un incitant certain pour les malades. Leur indignation portait aussi sur l'augmentation parallèle des primes destinées aux employeurs. À l'heure actuelle, il apparaît que la suppression de ces primes a tendance à rendre moins attractifs les trajets INAMI.

À l'heure ou la future Arizona envisage des mesures fortes en matière de réintégration des malades longue durée, quelle évaluation faites-vous du Fonds de retour au travail ?

1. Pouvez-vous fournir une évaluation qualitative des dossiers traités par le Fonds retour au travail ?
2. Pouvez-vous fournir la liste des organismes vers lesquels les bénéficiaires ont été dirigés dans le cadre de ce Fonds ?
3. Quels sont les moyens que l'INAMI compte mettre en œuvre pour augmenter le nombre de dossiers traités par le Fonds ?
4. Quel est le nombre de primes de retour au travail qui ont été versées aux employeurs ?
5. Pouvez-vous fournir une évaluation de l'impact de la suppression des primes de réussites et de formation et de leur impact sur l'attractivité sur les trajets de réintégration ?

1. Bulletin n° 006, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 234.

Réponse

Je commencerai par répondre à votre dernière question. Pour pouvoir décrire l'impact de la suppression des primes de formation et d'accompagnement, il faut certainement envisager la situation au-delà du seul fonds ReAT et des primes de reprise du travail. Ces deux mesures sont nouvelles, c'est-à-dire qu'elles s'ajoutent à ce qui existait déjà, à savoir les trajets dans les services pour l'emploi et les reprises partielles du travail.

En 2024, nous constatons que le nombre de trajets entamés auprès du Forem, d'Actiris, du *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding* (VDAB) et de l'*Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens* (ADG) augmente considérablement, passant de 5.612 en 2022 à 8.520 en 2023 et, pour les six premiers mois de 2024, on dénombre déjà 6.261 trajets. En outre, nous constatons que le nombre de personnes qui s'adressent spontanément au service pour l'emploi, ce qu'on appelle la "route C", augmente de mois en mois. La suppression de ces primes n'a donc certainement pas eu d'impact négatif sur la motivation à entamer un accompagnement. Au contraire, on constate presque un doublement du nombre de trajets entamés en 2024 par rapport à 2022. Alors que ces primes ont été supprimées le 1^{er} janvier 2024.

Il est exact qu'actuellement, le Fonds ReAT attire un nombre plutôt limité de personnes intéressées. Mais c'est surtout dû au fait que le groupe cible qui peut y avoir accès est, pour l'instant, encore fortement délimité : il ne comprend que les personnes dont le contrat a été rompu par l'employeur pour force majeure médicale. À partir du mois d'avril de cette année, ce groupe sera étendu à toutes les personnes en incapacité de travail reconnue depuis plus d'un an. Je tiens à souligner que le système de *vouchers* ne remplace pas les trajets des services publics pour l'emploi. Il s'agit d'un système qui permet également aux prestataires privés de mettre leurs services gratuitement à la disposition du groupe cible des malades de longue durée. Vous conviendrez qu'avec une offre plus diversifiée, nous pouvons également atteindre un groupe plus important.

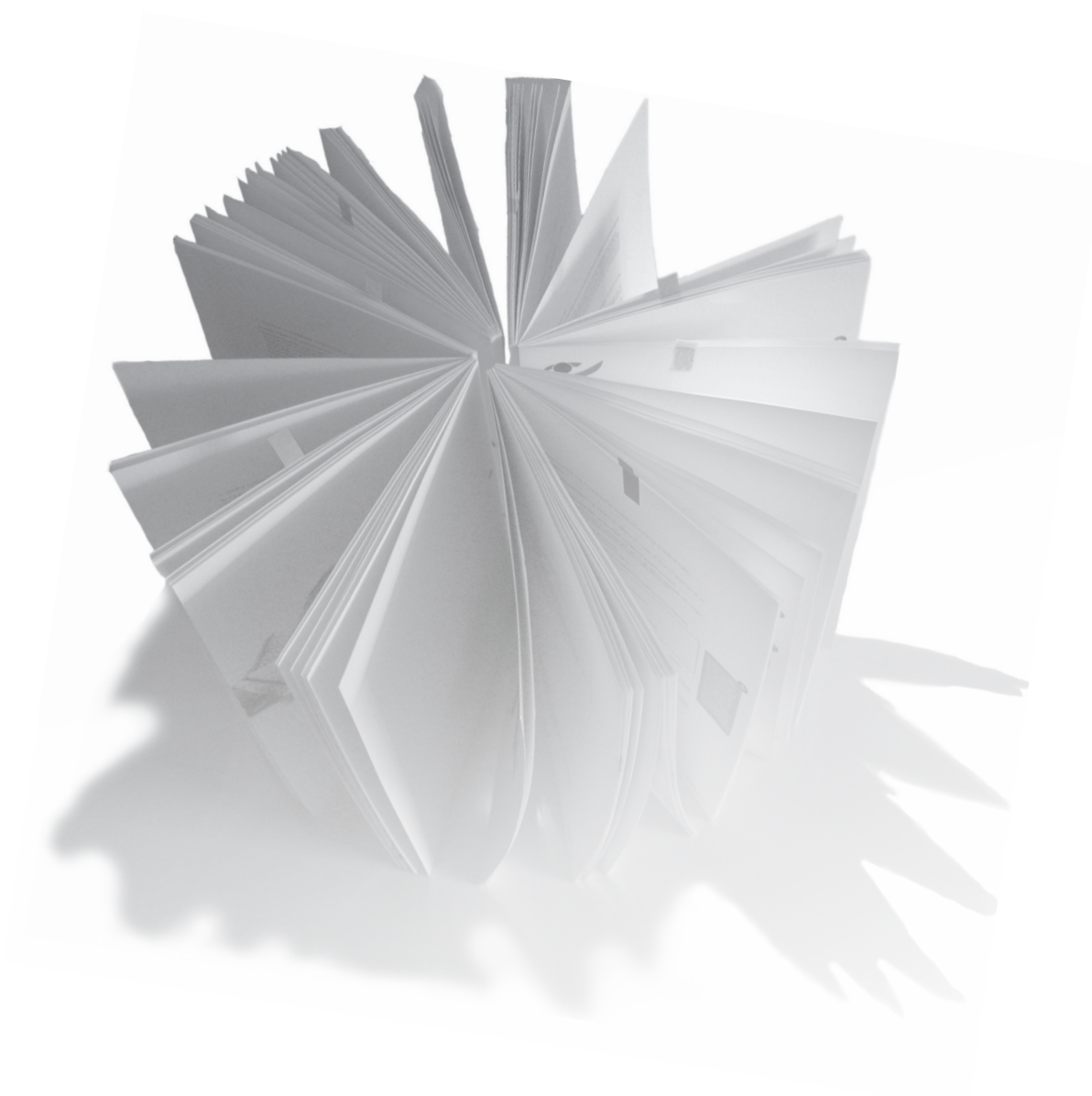
Aujourd'hui, il est encore trop tôt pour procéder à une évaluation qualitative des trajets. Il y a encore trop peu de cas pour ce faire. En ce qui concerne les prestataires de services agréés et les lieux où l'accompagnement peut avoir lieu, permettez-moi de vous renvoyer au site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (<https://webapps.riziv-inami.fgov.be/silverpages/Service-Provider>). Vous y verrez que les intéressés peuvent bénéficier d'un accompagnement par l'intermédiaire du Fonds ReAT dans 439 lieux répartis sur l'ensemble du territoire belge.

Pour pouvoir mieux atteindre le groupe cible actuel, en particulier les personnes dont le contrat de travail a été rompu par l'employeur pour force majeure médicale, l'INAMI envoie des informations sur le fonds ReAT à chaque personne pour laquelle l'employeur verse une contribution au fonds ReAT. Lorsque le groupe cible sera étendu à toutes les personnes en incapacité de travail reconnue depuis plus d'un an, les coordinateurs ReAT pourront également rediriger activement les intéressés vers ce type de service. En outre, l'INAMI se concerte régulièrement avec Federgon, l'organisation faîtière des prestataires de services RH, sur la manière d'harmoniser la communication.

Jusqu'au deuxième trimestre 2024 inclus, environ 1.690 primes de reprise du travail ont été octroyées. Ce chiffre est passé d'environ 60 au troisième trimestre 2023 à 660 au deuxième trimestre 2024. Cela ne représente encore qu'une fraction du nombre de personnes qui reprennent le travail par le biais d'une reprise partielle du travail. Ce sont les secrétariats sociaux, entre autres, qui s'engagent à informer davantage d'employeurs de l'existence de la prime.

4^e Partie

Directives de l'INAMI



L'indemnisation du congé de naissance dans le régime des travailleurs

La **loi du 10 août 2001** relative à la conciliation entre l'emploi et la qualité de vie (publiée au M.B. du 15.09.2001) a instauré un congé de paternité pour les travailleurs liés par un contrat de travail (art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail). Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2002.

La **loi du 13 avril 2011** modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité (publiée au M.B. le 10.05.2011) a élargi, sous certaines conditions, à compter du 20 mai 2011, le droit au "congé de paternité" à un droit pour le coparent ("congé de naissance").

La **loi-programme du 20 décembre 2020** (publiée au M.B. le 30.12.2020) a porté le droit au congé de paternité ou de naissance de dix jours à :

- quinze jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1^{er} janvier 2021
- vingt jours pour les naissances qui ont lieu à partir du 1^{er} janvier 2023.

L'**arrêté royal du 10 janvier 2021** modifiant l'article 223*bis* 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 (publié au M.B. le 18.01.2021) apporte, dans ce cadre, les adaptations nécessaires à l'article 223*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé.

Le **règlement du 20 janvier 2021** modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. le 24.02.2021) adapte le règlement des indemnités du 16 avril 1997 à la suite des modifications précitées.

La **loi du 7 octobre 2022** (publiée au M.B. le 31.10.2022) remplace les notions de congé de paternité et de congé de naissance par la seule notion de congé de naissance et a apporté quelques adaptations supplémentaires au texte de l'article 30 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail concernant l'information à apporter par le travailleur à son employeur et le (non-) renouvellement d'un contrat de travail pour l'exécution d'un travail temporaire ou d'un contrat de travail à durée déterminée.

L'**arrêté royal du 23 septembre 2022** 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 (publié dans le M.B. le 30.09.2022) prévoit notamment, dans le cadre de la transposition de la Directive européenne (EU) 2019/1158 (*directive équilibre vie professionnelle-vie privée*), que les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage d'attente s'ils justifient, au cours d'une période de six mois, 133 heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité de justifier, en raison de leur régime de travail, 400 heures de travail durant ces six mois.

Le **règlement du 19 juin 2024** modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (publié au M.B. le 13.09.2024) rend mensuelle, à partir du 1^{er} janvier 2025 (au plus tôt*), la déclaration par l'employeur des données du congé de naissance transmises à la mutualité. Le volet de la feuille de renseignements (à compléter par l'organisme assureur et par l'employeur) est adaptée en conséquence. Un premier paiement mensuel est ainsi possible à partir du mercredi 1^{er} janvier 2025.

(* les données relatives aux jours de congés de naissance précédant le 01.01.2025 qui n'auraient pas encore été déclarées auparavant sont toutefois déclarées au plus tard le lundi 03.02.2025).

La présente circulaire explique le congé de naissance pour les travailleurs salariés et précise les mesures d'exécution dans le cadre du secteur des indemnités.

L'explication concerne en premier lieu le droit au congé de naissance visé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, donc le droit au congé de naissance pour les travailleurs liés par un contrat de travail. Toutefois, elle concerne également les titulaires non liés par un contrat de travail dans l'assurance indemnités et maternité qui travaillent dans des circonstances similaires et peuvent bénéficier, sur la base de la réglementation du travail qui leur est applicable, de ce type de congé *aux mêmes conditions* que les assurés liés par un contrat de travail au sens de la loi du 3 juillet 1978 susvisée.

I. Congé de naissance – Droit du travail

I.1. Durée de la période du congé de naissance

La durée du congé de naissance s'élève à **vingt jours** au maximum pour les naissances qui ont lieu depuis le 1^{er} janvier 2023.

L'intéressé ne peut prendre des jours de congé de naissance que durant les jours pendant lesquels il aurait travaillé normalement suivant son régime de travail (*cf. infra*, I.2).

Un travailleur à temps partiel (notion uniforme) peut également prétendre à vingt jours de congé de naissance. Le nombre moyen d'heures de travail par semaine du travailleur (facteur Q - notion uniforme) n'a, en d'autres mots, pas d'impact à cet égard.

Le nombre moyen de jours de travail par semaine (régime de travail – notion uniforme) a par contre un impact à cet égard.

Le Roi peut en outre fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, des modalités particulières en ce qui concerne le droit au congé de naissance à l'égard de certains travailleurs salariés qui ne sont pas engagés dans un régime de travail étalé sur cinq jours par semaine (*cf. art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail*)¹. Cette disposition n'a toutefois pas encore été mise en œuvre.

En cas de changement d'employeur pendant la période de 4 mois à compter du jour de l'accouchement, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur ne pourra pas revendiquer auprès de son nouvel employeur les jours de congés de naissance qu'il a déjà épuisés chez son ancien employeur mais pourra toutefois encore épuiser le solde des jours de congé de naissance auxquels il a droit chez son nouvel employeur (20 jours à répartir sur les occupations exercées **successivement** chez A puis chez B). L'octroi du droit au congé de naissance étant associé à un événement unique, à savoir la naissance d'un enfant, ce droit au congé devrait, de manière générale, n'être accordé qu'une seule fois.

*En cas d'occupations (à temps partiel) **simultanées** chez deux employeurs différents*, (le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a communiqué que) le travailleur pourra par contre invoquer la formulation générale de l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, pour revendiquer, à l'égard de chaque employeur, un droit à vingt jours de congé de naissance (20 jours pris dans le cadre de l'occupation exercée à temps partiel chez A et 20 jours pris dans le cadre de l'occupation à temps partiel chez B).

1. La loi-programme du 02.08.2002 a modifié à cet égard les dispositions de l'art. 30, § 3, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail.

I.2. Délai dans lequel le congé de naissance doit être pris

Le congé de naissance doit être pris **dans les quatre mois à compter du jour de l'accouchement**. Le jour de l'accouchement est compris dans la période de quatre mois. Le travailleur qui souhaite faire usage du droit au congé de naissance doit en informer son employeur au préalable². Les vingt jours peuvent être pris en une seule fois ou être répartis.

À cet égard, le Service public fédéral Emploi, Travail, Concertation sociale nous a confirmé qu' il n'était pas requis que le travailleur soit lié par un contrat de travail au moment de la naissance de l'enfant. Il suffit, que le travailleur soit lié par un contrat de travail dans les quatre mois à compter de la naissance de l'enfant et qu'il puisse ainsi prendre tout ou partie du congé de naissance, au cours de la période totale ou partielle de quatre mois à compter de la naissance de l'enfant, couverte par un contrat de travail.

Les jours de congé de naissance ne peuvent être pris que durant les jours pendant lesquels le travailleur aurait normalement travaillé conformément à son régime de travail.

Lorsque l'exécution du contrat de travail a déjà été suspendue pour une raison autre que le congé de naissance, la personne concernée ne peut prétendre à un congé de naissance pendant cette période de suspension.



Exemple :

Un employé à temps plein (qui travaille du lundi au vendredi) est reconnu en incapacité de travail du 1^{er} janvier au 31 août inclus. Son épouse accouche le 15 mars. Étant donné que la période de quatre mois à compter de la date de l'accouchement s'inscrit entièrement dans une période pendant laquelle l'exécution du contrat de travail était déjà suspendue (pour cause d'incapacité de travail), la personne concernée ne peut pas prendre de congé de naissance et ne peut par conséquent prétendre à des indemnités de congé de naissance.

I.3. Bénéficiaires du congé de naissance

Il existe un **système de classement** pour prendre les vingt jours de congé suite à la naissance d'un enfant.

En principe, *un seul* travailleur peut prendre le congé de naissance pour un même enfant dans l'ordre de priorité suivant :

- 1) *le travailleur du côté duquel la filiation est établie*

Si la filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") est établie, seul ce(tte) travailleur(se) peut prétendre à un congé de naissance.

Peu importe que le père ou la coparente prenne ou non les vingt jours de congé de naissance.

L'existence ou l'inexistence d'un lien de filiation du côté du père ou de la coparente ("co-mère") doit être évaluée au moment où le coparent souhaite prendre le congé de naissance (c-à-d. au moment où la demande est introduite). Si, à ce moment, toutes les conditions d'octroi dans le chef du coparent sont remplies, il peut prétendre au congé de naissance, même si le père biologique devait reconnaître ultérieurement l'enfant, sauf en cas de mauvaise foi de la mère ou du coparent (par ex., lorsqu'il peut être démontré que la mère ou le coparent savait que le lien de filiation du côté du père serait encore établi par la reconnaissance).

2. C'est désormais explicitement prévu à l'art. 30, § 3/1, de la loi du 03.07.1978 relatives aux contrats de travail.

En l'absence de lien de filiation du côté du père ou de la coparente, le droit au congé de naissance revient ensuite :

2) *au travailleur qui cohabite légalement avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi;*

3) *au travailleur qui, pendant une période ininterrompue de trois ans précédant la naissance, cohabite de manière permanente et affective avec la mère (chez laquelle l'enfant a sa résidence principale) et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.*

Il s'agit d'une période de cohabitation de minimum trois ans *précédant la naissance*, à savoir au moins une période de trois ans calculée de date à date et donc pas trois années civiles, par exemple la mère et le coparent d'un enfant né le 15 mars 2025 doivent au moins avoir cohabité de façon permanente depuis le 15 mars 2022.



Remarque : la condition du 2) et du 3) relative à la résidence principale de l'enfant n'est pas applicable lorsque l'enfant est mort-né.

I.4. Indemnité de congé de naissance

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur reçoit son salaire normal (*cf.* art. 30, § 2, de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

Pour les jours suivants, l'intéressé a droit à une indemnité versée par sa mutualité (*cf.* art. 223bis de l'A.R. du 03.07.1996) : au maximum **17 jours** pour les naissances depuis le 1^{er} janvier 2023.

I.5. Congé de naissance pris par un travailleur de week-end

Pour les travailleurs de week-end (régime de travail de deux jours par semaine - 24h/24h) employés en application d'une convention collective de travail conclue sur la base de la convention collective de travail n° 42, au Conseil national du travail le 2 juin 1987 concernant l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises, le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale nous a confirmé qu'ils avaient également droit à 20 jours de congé de naissance (pour les naissances à partir du 01.01.2023). Il n'y a donc plus lieu de leur appliquer un régime d'indemnisation spécifique.

L'indemnisation totale dont ils pourraient bénéficier est toutefois limitée en fonction du montant total maximal des indemnités journalières (17 indemnités) auquel un travailleur occupé à concurrence de 5 jours (en moyenne) de travail par semaine pourrait prétendre (*cf. infra*, II.3).

La loi du 17 mars 1987 relative à l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises³ (art. 4, § 2) prévoit en outre que le travailleur qui s'absente à l'occasion notamment de la naissance d'un enfant dont la filiation est établie à son égard, a droit à une rémunération journalière égale à 1/5^e ou 1/6^e de la rémunération afférente à la durée hebdomadaire moyenne de travail du travailleur, selon que le régime de travail des autres travailleurs de l'entreprise comprend 5 ou 6 jours par semaine.

I.6. Congé de naissance et naissance multiple

Dans le cas d'une naissance multiple, les jours de congé de naissance ne sont accordés qu'une seule fois.

3. Cette réglementation a pour but de permettre aux entreprises d'introduire, sous certaines conditions, de nouveaux régimes de travail qui doivent permettre l'extension ou l'adaptation du temps d'exploitation de l'entreprise et ce, dans une perspective de promotion de l'emploi (*loi du 17.03.1987 relative à l'introduction de nouveaux régimes de travail dans les entreprises, art. 1^{er} et CCT n° 42 conclue en date du 02.06.1987 au sein du Conseil national du travail, art. 6).*

I.7. Congé de naissance si l'enfant naît sans vie

Un titulaire peut seulement prendre un congé de naissance à condition que la mère ait "accouché". Il est question d'accouchement dès que un enfant vient au monde vivant (viable), quelle que soit la durée de la grossesse.

Par contre, si l'enfant est mort-né, le droit au congé de naissance et l'octroi des indemnités est seulement possible, en cas de grossesse d'une durée d'au moins 180 jours⁴.

La condition éventuelle relative à la résidence principale de l'enfant n'est, pour rappel (*cf. supra*, I.3), pas applicable lorsque l'enfant est mort-né.

I.8. Interdiction de cumul avec d'autres risques

I.8.1. REPOS DE MATERNITÉ ET CONGÉ DE NAISSANCE

Le droit au congé de maternité exclut, pour un même parent, le droit au congé de naissance (c'est expressément stipulé).

Une mère qui prend un repos de maternité ne peut jamais prendre, comme "coparente", un congé de naissance pour le même enfant.

I.8.2. CONGÉ DE MATERNITÉ CONVERTI ET CONGÉ DE NAISSANCE

Le travailleur qui, en application de l'article 39, alinéa 6, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, prend le congé de maternité converti, n'a plus droit au congé de naissance.

Toutefois, si l'intéressé avait précédemment pris des jours de congé de naissance, ces jours sont maintenus.

I.8.3. CONGÉS D'ADOPTION ET DE NAISSANCE

Le droit au congé de naissance est déduit du droit au congé d'adoption (c'est expressément stipulé). Le congé d'adoption prime donc sur le congé de naissance.

Cela signifie *concrètement* qu'un coparent qui a opté pour l'adoption de l'enfant du partenaire et, dans ce cadre, exerce le droit au congé d'adoption, ne peut plus exercer par la suite le droit au congé de naissance.

Si l'intéressé a pris totalement ou non les jours de congé de naissance et souhaite ensuite prendre un congé d'adoption, la période de congé d'adoption sera diminuée des jours de congé de naissance qui ont été pris.

Comme le congé d'adoption ne peut être pris que par semaine ou par multiple de semaines (il doit s'agir d'une période ininterrompue) et que le congé de naissance peut être réparti sur un ou plusieurs jours, le congé d'adoption doit être diminué :

- d'une semaine pour un coparent qui a déjà pris entre un et cinq jours de congé de naissance
- de deux semaines pour un coparent qui a déjà pris entre six et dix jours de congé de naissance
- de trois semaines pour un coparent qui a déjà pris entre onze et quinze jours de congé de naissance
- de quatre semaines pour un coparent qui a déjà pris entre seize et vingt jours de congé de naissance.

4. Suivant l'application par analogie de la règle qui vaut en cas de repos de maternité : l'art. 39, al. 2, de la loi sur le travail du 16.03.1971 ("Lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, l'interruption du travail est accordée à condition que la grossesse ait duré un minimum de 180 jours à dater de la conception") et l'art. 114, al. 4, de la loi coordonnée le 14.07.1994 ("Lorsque la titulaire accouche d'un enfant sans vie, les al. 1^{er} à 3 s'appliquent, pour autant que la grossesse ait duré un minimum de cent-quatre-vingts jours à dater de la conception").

II. Congé de naissance et secteur des indemnités

II.1. Conditions relatives à la qualité de titulaire et conditions d'assurabilité

II.1.1. NOTION DE TRAVAILLEUR

a) L'intéressé ne peut prétendre aux indemnités de congé de naissance qu'à condition qu'il soit toujours lié par un contrat de travail (ou qu'il travaille dans des conditions similaires).

Le travailleur qui reçoit une indemnité pour rupture du contrat de travail ne peut cependant pas prétendre aux indemnités.

Il doit par conséquent s'agir d'un titulaire visé à l'article 86, § 1^{er}, 1^o, a), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à l'exception du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail visée à l'article susmentionné.

Un chômeur contrôlé ne peut donc en principe pas prétendre à des indemnités de congé de naissance.



Exception : le travailleur à temps partiel volontaire et le travailleur à temps partiel avec maintien des droits, tels que visés dans la réglementation chômage (il s'agit également de chômeurs contrôlés), peuvent par contre prendre un congé de naissance vu qu'ils sont liés par un contrat de travail.

b) Un membre du personnel contractuel dans la fonction publique peut également prétendre au congé de naissance. Si ce membre du personnel, à la suite du régime de congé qui lui est applicable, a droit à la rémunération pour plus de trois jours, il a uniquement droit aux indemnités pour le congé de naissance pour le solde du congé (en application de l'art. 103, § 1^{er}, 1^o, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

II.1.2. CONDITIONS D'ASSURABILITÉ

Il ne suffit pas que l'assuré social soit lié par un contrat de travail (ou travaille dans des circonstances similaires). Les conditions d'assurabilité en vigueur doivent également être remplies dans le cadre de l'assurance maternité.

En ce qui concerne en particulier le *stage d'attente*, la personne concernée doit donc accomplir un stage d'attente de **six** mois au cours duquel elle doit apporter la preuve de 120 jours de travail ou assimilés (travailleur à temps plein) ou 400 heures de travail ou assimilées (travailleur à temps partiel) et les conditions relatives au montant du salaire à justifier doivent être remplies.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel accomplissent toutefois également⁵ leur stage d'attente, s'ils justifient, au cours d'une période de six mois, 133 heures de travail ou assimilées, à condition qu'ils se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir, en raison de leur régime de travail, 400 heures de travail durant ces six mois.



Remarque : les jours couverts par une indemnité accordée pendant le congé de naissance sont assimilés à des jours de travail dans le cadre du contrôle des conditions d'assurabilité.

II.2. Procédure d'obtention des indemnités de congé de naissance

(art. 10 et art. 52^{sexies}, § 1^{er}, du règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994)

L'intéressé doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Aucune formalité spécifique n'est requise en l'espèce.

5. Suite à l'implémentation de la Directive européenne (EU) 2019/1158 équilibre vie professionnelle - vie privée (*cf. supra*).

Les pièces justificatives suivantes doivent être jointes à cette demande :

Pièce justificative à joindre par le travailleur salarié du côté duquel la filiation est établie :

un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il existe un lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère).

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite légalement avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement légalement
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.

Pièces justificatives à joindre par le coparent qui cohabite de fait avec la mère biologique de l'enfant :

- un extrait d'acte de naissance (qui permet en particulier à la mutualité de contrôler s'il n'existe pas de lien de filiation légal du côté du père ou de la co-mère)
- une déclaration sur l'honneur signée par l'assuré dans laquelle il confirme remplir les conditions pour prétendre audit congé en vertu de l'ordre de priorité fixé à l'article 30, § 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et qu'il n'est pas uni avec la mère par un lien de parenté entraînant une prohibition du mariage dont ils ne peuvent être dispensés par le Roi.

La mutualité peut, par voie de consultation des données du Registre national des personnes physiques, contrôler les conditions restantes :

- si la mère et le coparent cohabitent effectivement pendant une période ininterrompue d'au moins trois ans précédant la naissance de l'enfant (le caractère affectif de cette cohabitation peut uniquement être démontré par voie de déclaration sur l'honneur)
- si l'enfant a été inscrit à la même adresse que celle de la mère et du coparent.



Remarque : si l'enfant naît sans vie, l'intéressé doit fournir à la mutualité un acte d'un enfant (né) sans vie. Un acte d'enfant (né) sans vie peut aussi être établi, à la demande, en cas de grossesse de moins de 180 jours, plus particulièrement si la grossesse a une durée de 140 à 179 jours (suivant l'art. 58, § 2, de l'Ancien C. civ.). La mutualité doit donc toujours procéder à une vérification de la durée de la grossesse mentionnée sur l'acte d'un enfant (né) sans vie (mention obligatoire) avant d'accorder les indemnités. En cas de maternité d'une durée de 140 à 179 jours, l'intéressé n'ouvre en effet pas de droit aux indemnités de congé de naissance.

Après réception de la demande, la mutualité transmet à l'intéressé la feuille de renseignements (*volet à compléter par le titulaire*). Il convient de renvoyer cette feuille de renseignements complétée et signée à la mutualité.

L'employeur (ou son mandataire) doit faire le nécessaire en ce qui concerne le *volet à compléter par l'employeur* remplacé par la ZIMA 001 (*cf. infra*, II.4).

II.3. Calcul du montant de l'indemnité de congé de naissance

(art. 223bis de l'A.R. du 03.07.1996)

L'indemnité de congé de naissance s'élève à 82 % de la rémunération perdue de l'intéressé. Le plafond salarial maximum est d'application (art. 87, al. 1^{er}, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996).

L'article 52quinquies du règlement des indemnités du 16 avril 1997 stipule que la rémunération perdue est déterminée en application des articles 23 à 28 du même règlement.

Les articles 23 à 28 du règlement précité doivent être combinés aux règles décrites aux articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne".

En application de l'article 2 de l'arrêté royal précité du 10 juin 2001, est prise en considération comme rémunération journalière moyenne, lorsque le travailleur prend son congé de naissance (de façon étalée), la rémunération journalière moyenne :

- à laquelle le travailleur peut prétendre au moment où le risque, qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, se produit (plus précisément, le premier jour du congé de naissance) si l'intéressé n'a pas d'**occupation stable**
- à laquelle le travailleur a pu prétendre le dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre où le risque, qui donne lieu à l'octroi de l'indemnité, se produit en cas d'**occupation stable** (l'occupation en question est demeurée stable à partir de ce dernier jour du deuxième trimestre précité jusqu'à la date de début du congé de naissance).



Remarques :

1) Pour le travailleur intérimaire et le travailleur saisonnier, la rémunération perdue est déterminée conformément à l'article 27 du règlement, *sans que soit appliqué à cette rémunération le coefficient de réduction fixé sur la base de cette disposition.*

2) Si le travailleur - en cas de changement d'employeur - prend le solde du congé de naissance dans le cadre de l'emploi chez l'employeur précédent, il n'est pas tenu compte, pour le calcul des indemnités, de la rémunération journalière moyenne issue de l'emploi chez l'autre employeur. Compte tenu des dispositions de l'arrêté royal du 10 juin 2001 établissant la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne", seule la rémunération journalière moyenne issue du contrat de travail auquel l'intéressé est lié *au début du congé de naissance* est en effet pertinente pour le calcul de l'indemnité du congé de naissance.

Pour déterminer la rémunération journalière moyenne, il n'est cependant pas tenu compte du nombre de jours ouvrables (semaine de six jours) que compte la période de congé de naissance mais bien du nombre moyen de jours au cours desquels l'intéressé aurait normalement travaillé au début du congé (régime de travail).

=> Limitation de l'indemnisation journalière en fonction du plafond salarial journalier

Le plafond salarial journalier étant applicable, le montant de l'indemnité journalière doit, le cas échéant, être limité au montant maximum de l'indemnité journalière.

Le montant maximum de l'indemnité journalière s'élève à 82 % du plafond salarial journalier. Celui-ci est exprimé dans un régime de 6 jours par semaine (179,5442 EUR à partir du 01.05.2024). Il doit, si nécessaire, être converti en fonction du régime de travail de l'intéressé au début du congé de naissance (x 6 jours / nombre moyen de jours de travail du régime de travail de l'intéressé) :

- en fonction d'une semaine de six jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève à 147,2262 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.05.2024)

- en fonction d'une semaine de 5 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève à 176,6714 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.05.2024)
- en fonction d'une semaine de 2 jours de travail, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élèverait ainsi à 441,6786 EUR (congé de naissance débutant à partir du 01.05.2024)
- ... (cf. *infra*, II.3.1).

=> Limitation de l'indemnisation totale en fonction d'un régime de 5 jours de travail par semaine

Le montant total des indemnités à octroyer pour le congé de naissance ne peut en outre pas être supérieur au montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de naissance auquel un travailleur peut prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine, à savoir le montant maximal total des 17 indemnités (en cas de naissance depuis le 01.01.2023).



Exemple :

Pour les congés de naissance débutant à partir du 1^{er} mai 2024, le montant maximal de l'indemnité journalière de congé de naissance s'élève, en fonction d'une semaine de 5 jours, à 176,6714 EUR. En cas de naissance en janvier 2025, le montant total maximal de toutes les indemnités journalières du congé de naissance ne peut dès lors pas être supérieur à 3.003,39 EUR (17 jours x 176,67 EUR par jour).

Cette limitation peut avoir un impact important pour les travailleurs du week-end, en particulier, pour ceux qui travaillent à temps plein et prennent la totalité des 20 jours de congé de naissance auxquels ils peuvent prétendre (cf. *supra*, I.5). Pour obtenir la rémunération journalière moyenne à prendre en considération afin de calculer le montant de leur indemnité journalière de congé de naissance, il ne faut en effet diviser, que par deux jours de travail (en moyenne) par semaine, leur rémunération (hebdomadaire) à temps plein (voir ex., sous II.3.1.2, avec deux jours de travail par semaine).

II.3.1. SITUATIONS GÉNÉRALES

II.3.1.1. Employé payé forfaitairement mensuellement

- L'intéressé **travaille à temps plein** (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 3.500 EUR :

Rémunération perdue : $\frac{3.500 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 161,5385 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $161,5385 \text{ EUR} \times 82 \% = 132,4616 \text{ EUR} = 132,46 \text{ EUR}$

Montant inférieur à l'indemnité maximum : $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 132,4616 \text{ EUR}$

- L'intéressé travaille à temps plein (5 jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 5.000 EUR :

Rémunération perdue : $\frac{5.000 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 230,7692 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $230,7692 \text{ EUR} \times 82 \% = 189,2307 \text{ EUR}$ à limiter à **176,6714 EUR**

II.3.1.2. Ouvrier avec régime de travail hebdomadaire

- L'intéressé travaille à temps plein (semaine de cinq jours) et gagne un salaire brut hebdomadaire de 500 EUR :

Rémunération perdue : $500 \text{ EUR} / 5 = 100 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $100 \text{ EUR} \times 82 \% = 82 \text{ EUR}$

Montant inférieur à l'indemnité maximum : $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 82 \text{ EUR}$

- L'intéressé travaille deux jours par semaine et gagne un salaire brut hebdomadaire de 1.200 EUR :

Rémunération perdue : $1.200 \text{ EUR} / 2 = 600 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité : $600 \text{ EUR} \times 82 \% = 492 \text{ EUR}$

Mais à limiter à : $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 2) = 441,6786 \text{ EUR}$

S'il s'agit d'un travailleur du week-end qui ne prend que quelques jours (par ex., 7 jours) de congé de naissance, le montant total des indemnités (par ex., 4 indemnités journalières) ne dépasse pas le montant total maximal de toutes les indemnités journalières auquel un travailleur peut prétendre, pour un congé de naissance, dans un régime de travail de 5 jours par semaine :

441,68 EUR par jour x 4 jours < 17 jours x 176,67 EUR par jour

(pas de limitation à appliquer)

S'il s'agit par contre d'un travailleur du week-end qui prend davantage de jours (par ex., 10 jours) de congé de naissance, le montant total des indemnités (par ex., 7 indemnités journalières) dépasse le montant total maximal de toutes les indemnités journalières auquel un travailleur peut prétendre, pour un congé de naissance, dans un régime de travail de 5 jours par semaine :

441,68 EUR par jour x 7 jours > 17 jours x 176,67 EUR par jour

(limitation à appliquer)

II.3.1.3. Travailleur salarié avec salaire annuel fixe

L'intéressé est un travailleur salarié avec salaire annuel de 28.800 EUR. L'intéressé travaille 4 jours par semaine :

Rémunération perdue : $\frac{28.800 \text{ EUR}}{(52 \times 4)} = 138,4615 \text{ EUR}$

Indemnité : $138,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 113,5384 \text{ EUR} = 113,54 \text{ EUR}$

Indemnité inférieure au montant maximum: $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 4) = 220,8393 \text{ EUR} > 113,5384 \text{ EUR}$

II.3.1.4. Travailleur avec deux occupations

- Le travailleur travaille chez l'employeur A à temps partiel (5 demi-jours par semaine) et gagne un salaire mensuel forfaitaire de 1.541,30 EUR :

Salaire perdu : $\frac{1.541,30 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 71,1369 \text{ EUR}$

Indemnités: $71,1369 \text{ EUR} \times 82 \% = 58,3323 \text{ EUR}$

Montant plus bas que l'indemnité maximale : $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 58,33 \text{ EUR}$

- L'intéressé travaille chez l'employeur B à temps partiel (19 h/semaine – 5 demi-jours par semaine) et a un salaire horaire de 14,50 EUR :

Salaire perdu : $(14,50 \text{ EUR} \times 19) / 5 = 55,1000 \text{ EUR}$

Indemnités : $55,1000 \text{ EUR} \times 82 \% = 45,182 \text{ EUR}$

Montant plus bas que l'indemnité maximale : $147,2262 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 176,6714 \text{ EUR} > 45,182 \text{ EUR}$

S'il prend 20 jours de congé de naissance dans le cadre de chaque occupation, l'intéressé a donc droit à 1.759,67 EUR d'indemnités (17 jours x 103,51 EUR par jour). Ce montant total est plus bas que le montant total maximal de toutes les indemnités de congé de naissance auxquelles le travailleur pourrait prétendre dans un régime de travail de 5 jours par semaine (17 jours x 176,67 EUR par jour).

II.3.2. SITUATIONS PARTICULIÈRES

II.3.2.1. Travailleur salarié qui a repris une activité comme travailleur salarié avec l'autorisation du médecin-conseil

(art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 230 de l'A.R. du 03.07.1996)

L'intéressé est lié par un contrat de travail qui fixe les conditions et le volume de l'activité. En fonction de ce contrat de travail, l'intéressé a droit à 3 jours de congé de naissance payés par l'employeur et 17 jours à charge de la mutualité.

Les indemnités de congé de naissance sont calculées sur la base du salaire de l'activité autorisée. Le montant des indemnités de congé de naissance doit aussi être pris en compte comme "revenu professionnel" pour l'application de l'article 230, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Dans ce contexte, il faut entendre par "revenu professionnel", tout revenu tel que visé à l'article 17, § 1^{er}, 5^o, ou à l'article 23, § 1^{er}, 4^o, du code des impôts sur les revenus 1992 qu'un titulaire acquiert par l'exercice d'une activité personnelle, ainsi que toute indemnité, rétribution ou rente qui lui est accordée en raison de la perte de ce revenu.



Exemple :

L'intéressé a été reconnu comme étant incapable de travailler à partir du 2 décembre 2024 et peut prétendre à une indemnité d'incapacité de travail s'élevant à **78,46 EUR**.

Cf. le montant du salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps plein (38 h./semaine (factor S)) : 3.400 EUR

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail : $(3.400 \text{ EUR} / 26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$

Il a repris une activité autorisée comme employé à mi-temps le 1^{er} février 2025 (19 h./semaine (facteur Q) - 5 demi-jours/semaine). Le salaire mensuel forfaitaire pour un mois normal de travail à temps partiel s'élève à 1.700 EUR. Son épouse a accouché le samedi 1^{er} mars 2025. L'intéressé prend 20 jours de congé de naissance à partir du lundi 3 mars 2025 jusqu'au vendredi 7 mars 2025 (5 jours), à partir du lundi 10 mars 2025 jusqu'au vendredi 14 mars 2025 (cinq jours) et à partir du lundi 17 mars 2025 jusqu'au vendredi 21 mars 2025 (cinq jours) et du lundi 24 mars 2025 jusqu'au vendredi 28 mars 2025 (cinq jours). Les trois premiers jours, à partir du lundi 3 mars 2025 jusqu'au 5 mars 2025, sont payés par l'employeur.

Montant de l'indemnité de congé de naissance :

$\frac{1.700 \text{ EUR} \times 12}{52 \times 5} = 78,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 64,3384 \text{ EUR} = 64,34 \text{ EUR}$

Montant de l'indemnité d'incapacité de travail pendant le congé de naissance :

Toutes les heures de congé de naissance reprises dans le cadre de l'activité autorisée (déclarées sous le code de prestation indicatif "52") constituent des heures assimilées pour le paiement de la fraction d'occupation (application de la règle de cumul visée à l'art. 230, § 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996). Elles doivent donc être prises en compte comme heures de travail prestées dans le cadre de l'activité autorisée.

Puisque l'intéressé a repris le travail à mi-temps (ou 50 %), ses indemnités sont réduites de 30 % (= la part de la fraction d'occupation dépassant 1/5^e soit 20 %), 78,4615 EUR x 0,7 = 54,9231 EUR = **54,92 EUR**.

Pour les jours de congé de naissance pris dans le cadre de l'exercice de l'activité autorisée, il peut cumuler les indemnités de congé de naissance avec les indemnités d'incapacité de travail (ex. : pour le jeudi 06.03.2025, il perçoit une indemnité d'incapacité de travail de 54,92 EUR **et** une indemnité de congé de naissance de 64,34 EUR).

II.3.2.2. Travailleur salarié volontaire à temps partiel et travailleur à temps partiel avec maintien de droits qui ont droit à l'allocation de garantie de revenus

Pour les jours de congé de naissance pour lesquels l'intéressé maintient le droit à l'allocation de garantie de revenus, celui-ci peut uniquement prétendre à l'indemnité de congé de naissance calculée sur la base du salaire issu de son activité (*cf.* art. 242, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.3. Travailleur qui a interrompu ou interrompt partiellement sa carrière professionnelle

Si le travailleur a au début du congé de naissance interrompu sa carrière professionnelle partiellement, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne qui découle de l'occupation exercée durant cette interruption de carrière partielle (moyennant réduction des prestations de travail). Si l'intéressé prend encore des jours de congé de naissance après la fin de la période d'interruption partielle de carrière, il faut encore tenir compte de la rémunération journalière moyenne qui serait prise en considération si ses prestations de travail n'avaient pas été diminuées (suivant l'application de l'art. 35 du règlement des indemnités du 16.04.1997).

Si la période d'interruption de carrière débute seulement **après** le début du congé de naissance, il faut diminuer les indemnités relatives aux jours de congé de naissance pris pendant cette interruption de carrière partielle à concurrence du montant de l'indemnité d'interruption converti en jour ouvrable (en application des art. 232 et 236 de l'A.R. du 03.07.1996).

II.3.2.4. Travailleur qui est aussi indépendant à titre complémentaire

Si le travailleur exerce aussi une activité comme travailleur indépendant à titre complémentaire, il n'existe pas d'interdiction formelle de continuer à exercer l'activité indépendante complémentaire les jours de congé de naissance. L'intéressé ne peut toutefois pas avoir l'intention de consacrer son congé de naissance à gonfler de manière importante le volume de son activité comme travailleur indépendant durant cette période (pas d'exercice d'une activité complémentaire pendant les heures de suspension de l'exécution du contrat de travail pour congé de naissance).

II.4. Feuille de renseignements indemnités - Volet employeur (période de référence)

L'employeur doit (le cas échéant, après une demande expresse de la mutualité) compléter le volet employeur de la feuille de renseignements indemnités (remplacée par la ZIMA 001). Il doit, si nécessaire, l'actualiser à la fin de chaque mois, jusqu'à la fin de congé de naissance.

Dans la **version électronique de la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001** – utilisation généralisée de la version électronique depuis le 01.07.2019), la période de référence correspond à la période complète couverte par le congé de naissance (donc tant la période payée par l'employeur que celle à charge de la mutualité).

Dans cette période de référence, tous les jours de congé de naissance pris doivent être mentionnés par le code applicable "nature du jour" :

- le code nature du jour 1 pour les trois premiers jours payés par l'employeur
- le code nature du jour 6.10 pour les dix-sept jours (maxima) payés par la mutualité.

Au fur et à mesure que le congé de naissance à *charge de l'assurance* est pris par le travailleur, les données requises (le cas échéant, actualisées par le biais d'une déclaration modificative) doivent, si nécessaire, être transmises à la fin de chaque mois.

II.5. Paiement (mensuel)

L'indemnité de congé de naissance est allouée dans les mêmes conditions que celles fixées pour l'octroi de l'indemnité de maternité : la mutualité paie les premières indemnités de congé de naissance dans les trente jours qui suivent la réception de la demande et, par la suite, au plus tard dans les cinq premiers jours du mois pour le mois précédent.

II.6. Mutation

En cas de mutation, la mutualité paie les indemnités pour la période de congé de naissance qui court à partir de la mutation.

III. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

IV. Abrogation

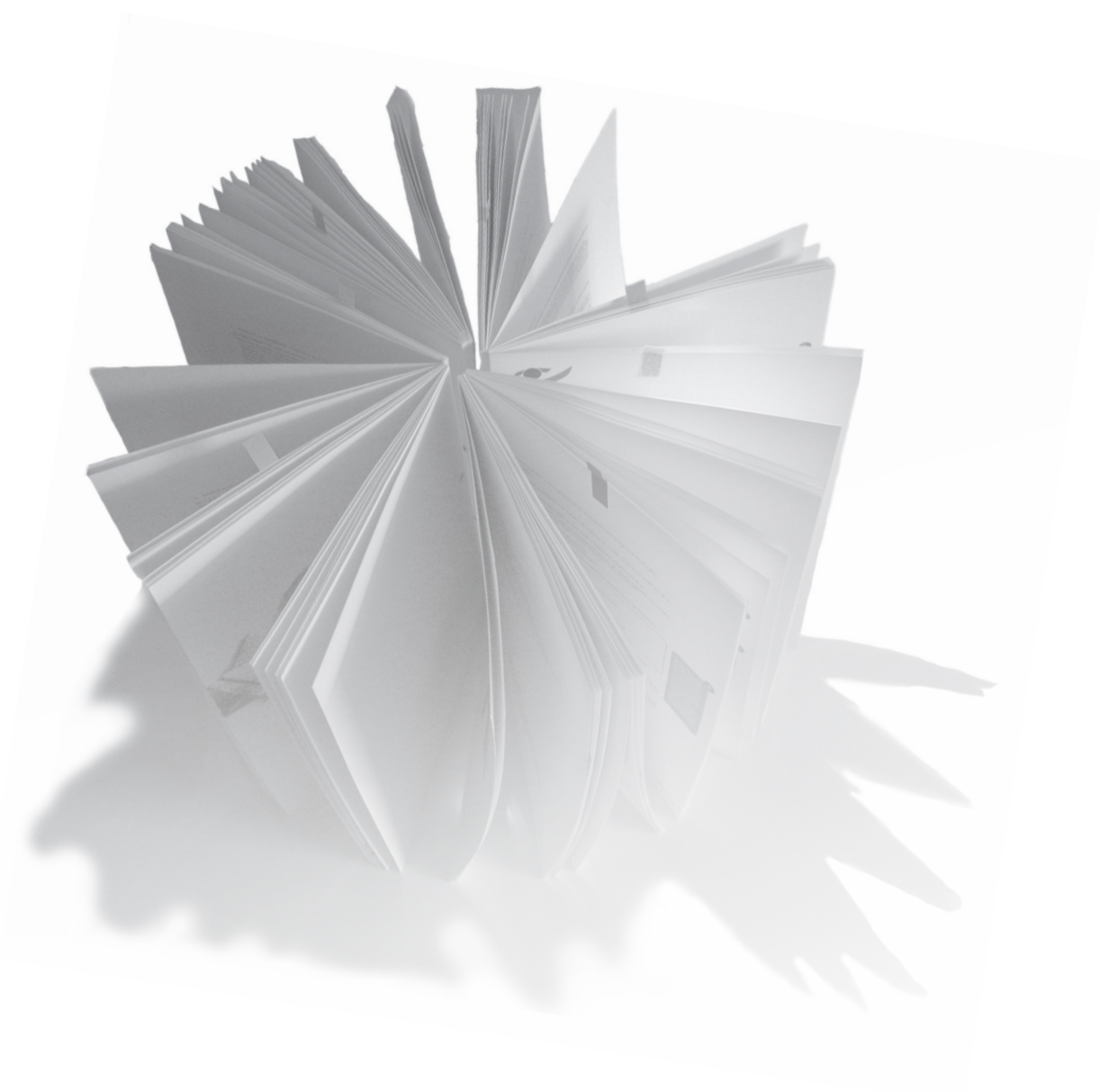
La circulaire O.A. n° 2023/404⁶ du 18 décembre 2023 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2024/429 – 47bis/17 du 19 décembre 2024.

5^e Partie

Données de base



I. Intervention majorée - Moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2024

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), 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, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 17.291,03 EUR et 3.201,04 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2024)	
Titulaires	Personnes à charge
27.370,91 EUR	5.067,11 EUR



Circulaire O.A. n° 2024/349 - 3991/400 du 9 décembre 2024.

II. Secteur de la rééducation fonctionnelle - Indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2025

Le 4 décembre 2024, le Comité général de gestion de l'INAMI a approuvé le projet de budget global 2025, sous réserve des décisions du Conseil des ministres relatives au budget des soins de santé pour 2025. Ce budget tient compte d'un indice santé de 3,34 % pour l'assurance soins de santé.

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 fixant la réduction de la contribution de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

À partir du 1^{er} janvier 2025, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 29 avril 1996 s'élève à 2,24 EUR par prestation effectuée.

L'intervention personnelle visée dans l'article 2, troisième alinéa (en vigueur à partir du 01.08.2006) de 0,25 EUR par prestation dispensée pour les bénéficiaires de la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil reste *inchangée*.

2. Interventions personnelles en cas de séjour dans un centre de rééducation

2.1 Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite pour :

- a) Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 7,03 EUR ;
- b) Les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,30 EUR ;
- c) Les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois au moins la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,30 EUR ;
- d) Les autres bénéficiaires : de 47,08 EUR.

2.2 À partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite pour :

- a) Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 7,03 EUR ;
- b) Les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,03 EUR ;
- c) Les autres bénéficiaires : de 19,81 EUR.

3. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – Transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et pour lesquels le transport est organisé par une firme de taxi ou par le centre même (codes 771971 – 771982)

L'intervention s'élève à 1,65 EUR/km.



Circulaire O.A. n° 2024/362 - 370/2428 et 3910/2235 du 6 décembre 2024.

III. Article 326, § 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Récupération de prestations payées indûment par l'organisme assureur pour les soins de santé (indexation)

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025.

Le 4 décembre 2024, le Comité général de gestion de l'INAMI a approuvé le projet de budget global 2025, sous réserve des décisions du Conseil des ministres relatives au budget des soins de santé pour 2025. Ce budget tient compte d'un indice santé de 3,34 % pour l'assurance soins de santé.

Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 25 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.

Le 1^{er} janvier de chaque année et pour la première fois le 1^{er} janvier 2011, le montant pour les soins de santé est adapté à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la deuxième année antérieure et le 30 juin de l'année antérieure.

Calcul index au 1^{er} janvier 2025

2023	Indice santé	Moyenne
Mars	127,80	
Avril	126,70	
Mai	127,35	
Juin	127,09	127,24

(A)

2024	Indice santé	Moyenne
Mars	131,75	
Avril	130,85	
Mai	131,42	
Juin	131,92	131,49

(B)

$$\frac{(B) = 131,49}{(A) = 127,24} = 3,34 \%$$

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2025

Montant de base	25,00 EUR	
Montant au	En EUR	
1 ^{er} janvier 2011	25,35	1,40 %
1 ^{er} janvier 2012	26,11	2,99 %
1 ^{er} janvier 2013	26,83	2,76 %
1 ^{er} janvier 2014	27,20	1,39 %
1 ^{er} janvier 2015	27,34	0,53 %
1 ^{er} janvier 2016	27,51	0,62 %
1 ^{er} janvier 2017	28,20	2,51 %
1 ^{er} janvier 2018	28,67	1,68 %
1 ^{er} janvier 2019	29,09	1,45 %
1 ^{er} janvier 2020	29,66	1,95 %
1 ^{er} janvier 2021	29,96	1,01 %
1 ^{er} janvier 2022	30,20	0,79 %
1 ^{er} janvier 2023	32,66	8,14 %
1 ^{er} janvier 2024	34,64	6,05 %
1 ^{er} janvier 2025	35,80	3,34 %

 Circulaire O.A. n° 2024/406 – 65/35 du 16 décembre 2024.

IV. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1^{er} janvier 2025

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025.

Le 4 décembre 2024, le Comité général de gestion de l'INAMI a approuvé le projet de budget global 2025, sous réserve des décisions du Conseil des ministres relatives au budget des soins de santé pour 2025. Ce budget tient compte d'un indice santé de 3,34 % pour l'assurance soins de santé.

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du 1^{er} janvier 2025 et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

1. Le jour d'admission

Le jour de l'admission dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de 7,03 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 34,30 EUR ;
- c) pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 34,30 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 47,08 EUR.

2. À partir du deuxième jour

À partir du deuxième jour de séjour dans un hôpital général ou psychiatrique ou dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 7,03 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,03 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 19,81 EUR.

3. À partir du 91^e jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle)

À partir du 91^e jour de séjour, l'intervention de l'assurance est réduite pour les séjours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique :

- a) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de 7,03 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,03 EUR ;
- c) pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 7,03 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 19,81 EUR.

4. Lorsque l'admission dans un hôpital psychiatrique excède une durée de cinq ans

Dès que l'admission dans un hôpital psychiatrique dépasse une durée de cinq ans, l'intervention de l'assurance est réduite :

- a) pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de 7,03 EUR ;
- b) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de 19,81 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 33,01 EUR.



Circulaire O.A. n° 2024/408 – 170/1149, 175/600 et 176/541 du 12 décembre 2024.

[Comité de rédaction](#)

Mme Caroline Marthus
Mme Caroline Lekane
Mme Nuray Özdemir
Mme Espérance Nahimana
Mme Marleen Stevens
Mme Céline Faufeder
M. Jonathan Owczarek
Mme Évelyne Christophe

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726