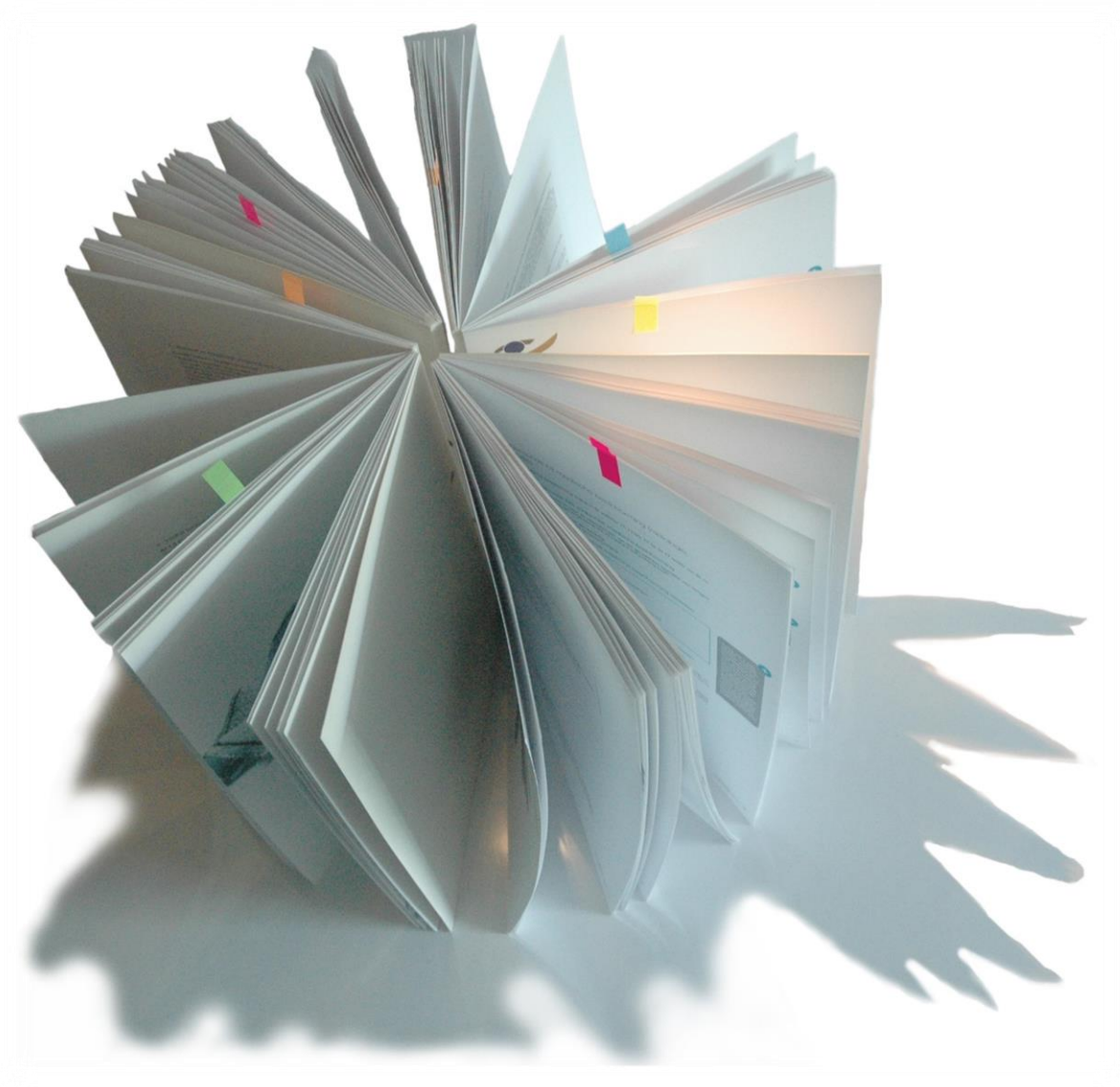


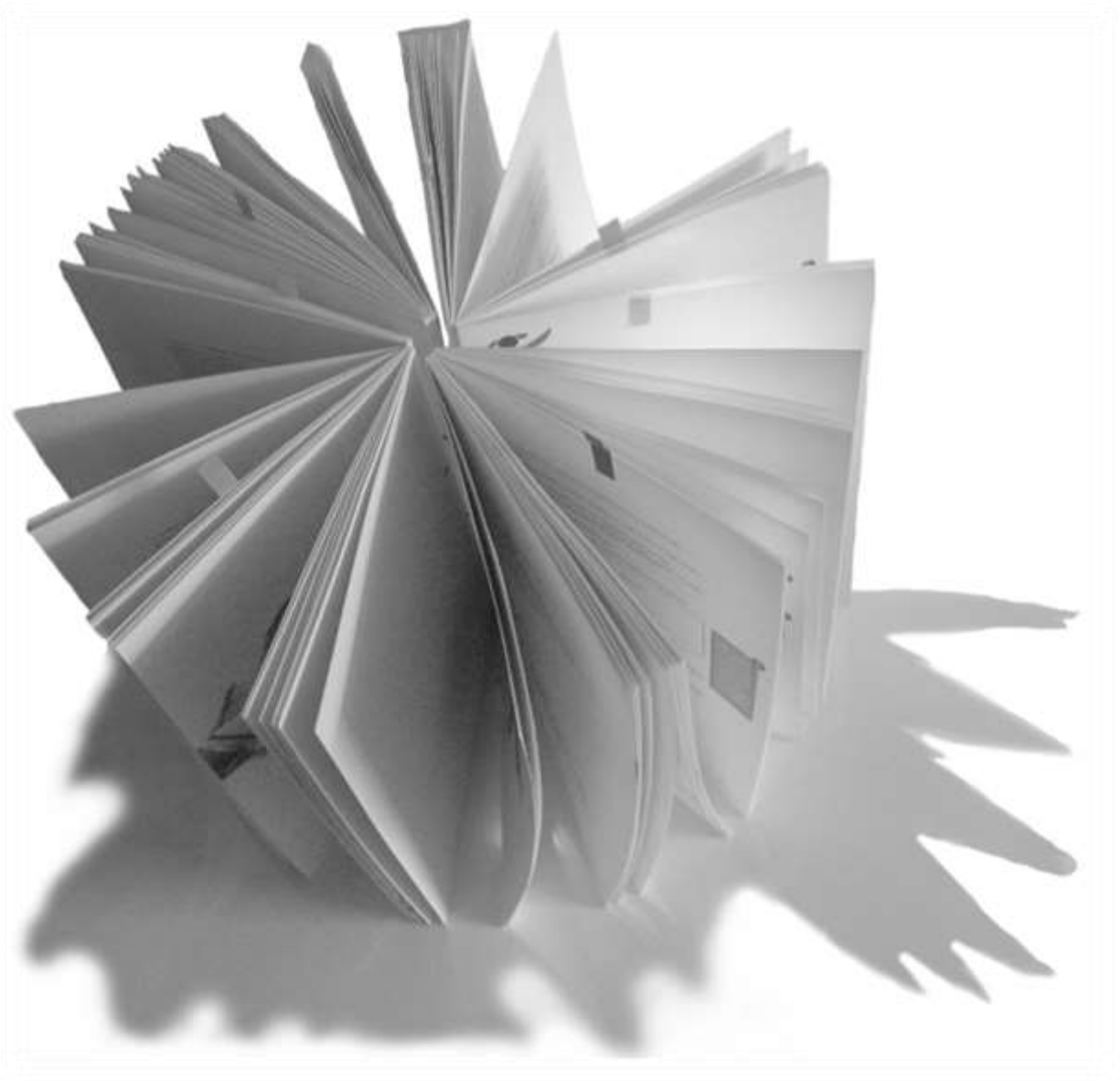


INAMI



Bulletin d'information 2025/4

1^{re} Partie
Évolution de la législation en
matière d'assurance soins
de santé et indemnités



3^e trimestre 2025

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

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2025	04.07.2025	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'arrêté royal du 12 février 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit que, pour le titulaire dont l'incapacité de travail atteint une durée de quinze ans au cours de la période allant du 1^{er} septembre 2024 au 31 août 2029, l'indemnité d'invalidité ne sera pas augmentée au 1^{er} septembre de l'année concernée (par dérogation au coefficient normal de revalorisation = 2 %).

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2025	04.07.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit que, pour le titulaire dont l'incapacité de travail atteint une durée de cinq ans au cours de la période allant du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2029, l'indemnité d'invalidité ne sera pas augmentée au 1^{er} septembre de l'année concernée (par dérogation au coefficient normal de revalorisation = 2 %).

Moniteur belge	Date	Titre
08.09.2025	29.08.2025	Arrêté royal portant exécution de l'article 196 ^{ter} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et déterminant les critères de calcul et la procédure de la responsabilité financière globale des organismes assureurs applicable à partir de l'exercice budgétaire 2015

Résumé des modifications

L'arrêté royal porte exécution de l'article 196^{ter}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, afin de définir les modalités pratiques de mise en œuvre de la responsabilité financière globale des organismes assureurs.

Ce nouveau système de responsabilité financière des organismes assureurs permet d'entamer un processus de rattrapage qui aboutit à ce que la responsabilité financière des organismes assureurs de 2015 à ce jour puisse être définitivement clôturée par l'INAMI, ce qui n'était pas possible jusqu'à maintenant avec le calcul de la clé normative individuelle.

Pour les années qui viennent, il sera également possible de clôturer définitivement et immédiatement la responsabilité financière des organismes assureurs lors de la clôture des comptes de l'exercice concerné. Cette clôture accélérée par rapport au système actuel de responsabilité financière individuelle respecte les délais fixés pour la clôture des comptes.

Les principes de base de la responsabilité financière des organismes assureurs ne changent pas. Le montant global de celle-ci reste identique. La différence se trouve au niveau de la répartition entre les organismes assureurs (clé de répartition du résultat collectif plutôt qu'imputation de leurs résultats individuels).

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2025 – Édition 2	08.09.2025	Arrêté royal modifiant l'article 37bis, § 1 ^{er} , E., de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans l'article 37bis, § 1^{er}, E., 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le numéro d'ordre "474272" est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2025	18.09.2025	Arrêté royal modifiant l'article 6 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1 ^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète l'alinéa 1^{er} de l'article 6 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, comme suit :

"h) l'intervention de l'assurance dans le coût de la prestation 107251 dans le cadre de la réalisation de l'euthanasie, visée à l'article 3, § 1^{er}, A., I., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."

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

Moniteur belge	Date	Titre
27.08.2025 – Édition 2	28.07.2025	Arrêté royal modifiant l'article 25, § 3bis, 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

Dans l'article 25, § 3bis, 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, le nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de la prestation 590833 est remplacé par "4".

Moniteur belge	Date	Titre
12.09.2025	29.08.2025	Arrêté royal modifiant les articles 1 ^{er} et 11, § 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

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 1 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le texte en néerlandais :
 - => le mot "geneesheer" est à chaque fois remplacé par le mot "arts" ;
 - => le mot "geneesheer-verstrekker" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-verstrekker" ;
 - => le mot "geneesheerverstrekker" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-verstrekker" ;
 - => le mot "ziekenhuisgeneesheer" est remplacé par le mot "ziekenhuisarts" ;
 - => le mot "geneesheer-stagemeester" est remplacé par le mot "arts-stagemeester" ;
 - => le mot "geneesheer-specialist" est à chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist" ;
 - => les mots "geneesheer, specialist" sont remplacés par le mot "arts-specialist" ;
 - => les mots "geneesheer specialist" sont remplacés par le mot "arts-specialist" ;
 - => le mot "geneesheren" est à chaque fois remplacé par le mot "artsen" ;
 - => le mot "geneesheren-ziekenfondsen" est remplacé par le mot "artsen-ziekenfondsen" ;
 - => le mot "geneesheren-specialisten" est remplacé par le mot "artsen-specialisten" ;
- au § 4bis, II, A, c), les mots "(à l'exclusion des prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420)" sont insérés entre les mots "l'article 11" et les mots ", de chirurgie"

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 11, § 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 :

- dans les libellés des prestations 350372-350383, 350453-350464 et 350475-350486, le mot "consultation" est remplacé à chaque fois par le mot "concertation"
- la 15^e règle d'application suivant la prestation 350254-350265 est remplacée.

Moniteur belge	Date	Titre
12.09.2025	29.08.2025	Arrêté royal modifiant l'article 14, c), II., 1., A., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
17.11.2025	29.08.2025	Arrêté royal modifiant l'article 14, c), II., 1., A., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - <i>Corrigendum</i>

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 14, c), II., 1., A., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- après la première règle d'application suivant le libellé de la prestation 251613-251624, la règle d'application suivante est insérée : "La prestation 251613-251624 couvre la rémunération du médecin qui opère, ainsi que le cas échéant, la lipostructure et la liposuction."
- après la première règle d'application suivant le libellé de la prestation 251635-251646, la règle d'application suivante est insérée : "La prestation 251635-251646 couvre la rémunération du médecin qui opère, ainsi que le cas échéant, la lipostructure et la liposuction."

Moniteur belge	Date	Titre
15.09.2025	08.09.2025	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, le deuxième alinéa sous 2.5. Intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels, est remplacé
- au IV. DOCUMENTS DE DEMANDE, le 4.3. Questionnaire COSI est remplacé
- au V. DELAIS DE RENOUVELLEMENT, le 5.2. Exceptions est remplacé

- le VI. CARACTERISTIQUES MINIMALES REQUISES POUR LES APPAREILS AUDITIFS REMBOURSABLES, est remplacé
- au VIII. PROCEDURE DE DEMANDE POUR LA LISTE DES PRODUITS ADMIS, alinéa 5, les 6 et 8 sont remplacés.

Moniteur belge	Date	Titre
24.09.2025	08.09.2025	Arrêté royal modifiant l'article 8 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 8 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 :

- le paragraphe 2 est remplacé
- au § 4, 5°, les mots "figurant sur la prescription" sont abrogés
- au § 8, 3°, la phrase "- autres lésions cutanées justifiant, selon le médecin prescripteur, des soins de plaie(s) simple minutieux." est remplacée par la phrase "- autres affections cutanées nécessitant un traitement avec une pommade cutanée spécifique ou un produit médicamenteux."
- au § 8bis, 2° alinéa, le mot "prescripteur" est remplacé par le mot "traitant"
- au § 9, 3° alinéa, b), le mot "prescripteur" est remplacé par les mots "médecin traitant"
- au § 12, 4°, 1^{er} alinéa, les mots "figurant sur la prescription" sont abrogés.

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2025 – Édition 2	08.09.2025	Arrêté royal modifiant les articles 20 et 25 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 dans l'article 20 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le texte en néerlandais :
 - => le mot "genesheer-specialist" est remplacé à chaque fois par le mot "arts-specialist" ;
 - => le mot "genesheer" est remplacé à chaque fois par le mot "arts" ;
- au paragraphe 1^{er}, d) :
 - => dans le libellé de la prestation 474250-474261, les mots "Tubage gastrique" sont remplacés par les mots "Mise en place d'une sonde (naso-)gastrique" ;
 - => la prestation 474272-474283 est abrogée ;
- au paragraphe 2, A., 7., un second alinéa est ajouté, rédigé comme suit : "Le médecin spécialiste en neurologie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, peut également attester les prestations 474250-474261 et 474294-474305 de la rubrique d), pédiatrie."

L'arrêté royal abroge les numéros d'ordre "474272-474283," dans l'article 25, § 4, 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.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2025	18.09.2025	Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1 ^{er} , A., l., 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 du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités introduit prestation 107251-107262 qui prévoit des honoraires pour le médecin pratiquant l'euthanasie.

3. Autres arrêtés royaux		
Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2025	02.06.2025	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2024

Résumé des modifications

L'intervention pour l'année 2024 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
09.07.2025	02.07.2025	Arrêté royal déterminant les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2025

Résumé des modifications

Les montants des frais d'administration attribués aux organismes assureurs pour l'année 2025 sont fixés à :

- 1.375.165.000 EUR pour les cinq unions nationales
- 24.396.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de HR Rail.

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2025	18.06.2025	Arrêté royal modifiant les montants de l'arrêté royal du 29 janvier 2024 fixant les montants du financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé par le régime de la gestion globale des travailleurs salariés et par le régime de la gestion globale des travailleurs indépendants pour l'année 2024

Résumé des modifications

Pour l'année 2024, les montants destinés au financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé, sont respectivement de 6.674.792 milliers d'EUR pour l'ONSS-Gestion globale et de 656.311 milliers d'EUR pour le Fonds pour l'équilibre financier du statut social des travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
10.07.2025	18.06.2025	Arrêté royal fixant les montants du financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé par le régime de la gestion globale des travailleurs salariés et par le régime de la gestion globale des travailleurs indépendants pour l'année 2025

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, les montants destinés au financement alternatif des moyens additionnels alloués au financement des soins de santé, sont respectivement de 7.327.884 milliers d'EUR pour l'ONSS-Gestion globale et de 723.955 milliers d'EUR pour le Fonds pour l'équilibre financier du statut social des travailleurs indépendants.

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2025	02.07.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public

Résumé des modifications

Des honoraires spécifiques sont octroyés pour le sevrage aux benzodiazépines pour autant que les conditions fixées en annexe I soient remplies.

Moniteur belge	Date	Titre
15.07.2025	04.07.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 1^{er} est complété par les 31° et 32°
- il est inséré un article 13/1
- à l'article 14, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le 7°, les mots "dans le cas où cela concerne un produit pour lequel une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "7°" et les mots "une justification de la proposition";
 - => l'article est complété par le 8°;
- il est inséré un article 22/1
- à l'article 23, les modifications suivantes sont apportées :
 - => dans le 6°, les mots "dans le cas où cela concerne un produit pour lequel une évaluation clinique commune n'a pas été entamée," sont insérés entre les mots "6°" et les mots "une justification de la proposition";
 - => l'article est complété par le 7°.

Moniteur belge	Date	Titre
25.07.2025	18.07.2025	Arrêté royal portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission chargée de négocier et de conclure la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs

Résumé des modifications

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission chargée de négocier et de conclure la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs est approuvé.

Moniteur belge	Date	Titre
25.07.2025	18.07.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 novembre 2023 fixant à partir de l'année civile 2023 l'intervention financière pour différentes mesures prévues relativement aux secteurs fédéraux de la santé

Résumé des modifications

L'INAMI accorde une intervention financière pour les mesures reprises dans les accords sociaux concernant les secteurs fédéraux de la santé. Il verse les interventions, d'une part, au Fonds social Maribel pour les établissements et services de santé et, d'autre part, au Fonds social Maribel du secteur public, comme prévu dans l'arrêté royal du 16 novembre 2023.

L'arrêté royal fixe les nouvelles dispositions pour l'année 2025 et à partir de 2026.

Les montants pour 2025 sont les montants indexés de 2024, auxquels la norme de croissance (2,5 %) a été appliquée pour les mesures salariales. Il s'agit d'une adaptation de la rubrique budgétaire et d'une actualisation des montants.

Moniteur belge	Date	Titre
25.07.2025	18.07.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 juin 2017 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux

Résumé des modifications

Sous réserve des conditions énoncées, le montant de l'intervention pour 2024 est identique aux montants fixés pour 2019.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2025	18.07.2025	Arrêté royal 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 kinésithérapeutes

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 125.924,10 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé à 37,24 EUR.

Pour l'année 2026, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2025	18.07.2025	Arrêté royal 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 sages-femmes

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 87.566,61 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé selon la formule reprise au § 1^{er}, 2^o.

Pour l'année 2026, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2025	18.07.2025	Arrêté royal 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 pharmaciens

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 119.196,27 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé selon la formule reprise au § 1^{er}, 2^o.

Pour l'année 2026, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2025	18.07.2025	Arrêté royal 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 technologues orthopédiques

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 220.958,94 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé selon la formule reprise au § 1^{er}, 2^o.

Pour l'année 2026, les montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur au 1^{er} mars de l'année concernée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.08.2025	18.07.2025	Arrêté royal 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 logopèdes

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 131.349,91 EUR par organisation professionnelle représentative et le montant complémentaire est fixé selon la formule reprise au § 1^{er}, 2°.

Pour l'année 2026, 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
19.09.2025	08.09.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 février 2007 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 médecins

Résumé des modifications

Pour l'année 2025, le montant de base est fixé à 146.816,26 EUR et le montant complémentaire est fixé à 56,30 EUR par vote valable émis.

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2025	29.08.2025	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté royal a pour objet de procéder à certaines adaptations qui doivent permettre à un plus grand nombre de médecins de pouvoir exercer la fonction de médecin conseil et à rendre la fonction plus attractive.

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2025	08.09.2025	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

Résumé des modifications

Une intervention financière annuelle de 482.000 EUR est octroyée pour une période de deux ans à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2025 – Édition 2	21.09.2025	Arrêté royal concernant la convention entre le Comité de l'assurance et l'hôpital dans le cadre des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine comment un hôpital peut poser sa candidature pour créer un CPVS ainsi que les conditions et obligations de la convention qui sera conclue avec le Comité de l'assurance.

La convention a pour objet de couvrir intégralement les frais de soins de santé fournis de manière ambulatoire aux victimes de violences sexuelles dans une structure CPVS de l'hôpital.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2025	18.09.2025	Arrêté royal modifiant 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

Résumé des modifications

L'arrêté royal complète 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, par un alinéa rédigé comme suit :

"En ce qui concerne la prestation 107251-107262 visée à l'article 3, § 1^{er}, A., I., de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle."

4. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2025	02.07.2025	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° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

Dans la liste partie I, titre 1, chapitre II, section 5 de l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la mention de sondes est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.07.2025	04.07.2025	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° a), 19°, 20° 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 :

- dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 2, de la liste jointe comme annexe 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° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, des dénominations sont remplacées
- des dispositions sont insérées au § 10000 dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, de la liste jointe comme annexe
- des dispositions sont insérées au § 30100 dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, de la liste jointe comme annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées
- dans la Partie I, Titre 3, de la liste jointe comme annexe du même arrêté, les mots "FSA" sont chaque fois remplacés par les mots "Magis Pharma".

Moniteur belge	Date	Titre
14.08.2025	11.08.2025	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° a), 19°, 20° 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 sondes sont ajoutées dans la partie I, titre 1, chapitre II, section 5, tableau intitulé "Sondes avec lubrifiant intégré" de la liste jointe comme annexe 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° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- des produits sont supprimés dans la partie I, titre 1, chapitre III, section 2, de la liste jointe comme annexe au même arrêté
- une disposition est insérée Dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, § 10000, de la liste jointe comme annexe au même arrêté
- une disposition est insérée Dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, § 130000 de la liste jointe comme annexe au même arrêté
- une disposition est insérée Dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, § 30100 de la liste jointe comme annexe au même arrêté
- dans la Partie I, Titre 2, Chapitre I, de la liste jointe comme annexe au même arrêté, le § 30000 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
10.09.2025	29.08.2025	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° a), 19°, 20° 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 ajoute une nouvelle section dans la partie I, titre 1, chapitre II, de la liste jointe comme annexe 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° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Moniteur belge	Date	Titre
12.09.2025	04.09.2025	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° a), 19°, 20° et 20° <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- dans la partie II, titre 2, chapitre III de la liste jointe comme annexe 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° a), 19°, 20° et 20*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les paragraphes 1 et 2 sont supprimés
- dans la Partie III, Titre 3 de la liste annexée au même arrêté, le formulaire C51) Notification pour une intervention pour des aliments diététiques (denrées alimentaires), est supprimé.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2025	14.05.2025	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
- au chapitre IV à l'annexe I, le paragraphe 9560000 est inséré.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2025	15.05.2025	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 insère une spécialité au chapitre VIII à l'annexe I de 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.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2025	14.07.2025	7 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
- l'inscription de spécialités est remplacée à l'annexe I
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
 - => le point XXIII.30. est inséré et rédigé comme suit : "Les médicaments anti-TNF destinés au traitement d'une affection hémato-oncologique grave ou d'une maladie immunitaire grave. : B-389" ;
 - => le point VII.4.5. est inséré et rédigé comme suit : "Les avermectines. : B-390".
- au chapitre I de l'annexe I, des spécialités sont supprimées.

Moniteur belge	Date	Titre
22.08.2025 – Édition 1	12.08.2025	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
- aux points A. 2. et D. 2. de l'annexe V, sont apportées les modifications suivantes :
 - => 7,42 est remplacé par 7,18 ;
 - => 4,452 est remplacé par 4,308 ;
 - => 2,45 est remplacé par 2,37.
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
 - => le point VII.1.35 est inséré et rédigé comme suit : "Clofazimine pour le traitement d'une infection à mycobactérie non-tuberculeuse : B-391" ;
 - => le point VII.1.36 est inséré et rédigé comme suit : "Association d'un carbapénème avec un inhibiteur de la déhydropeptidase pour le traitement d'une infection à mycobactérie non-tuberculeuse: B-392." ;
 - => le point VII.9.1 est modifié et rédigé comme suit : "Les vaccins seuls ou associés contre la coqueluche, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'Haemophilus influenzae type b, l'hépatite B, les oreillons, les pneumocoques, la rage, la rougeole, la rubéole, le tétanos, la varicelle et vaccins contre l'influenza. : B-201.".
- à l'annexe IV, des codes ATC libellés sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
29.08.2025	26.08.2025	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
08.09.2025	01.09.2025	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 II.23 est inséré et rédigé comme suit : "Les anti-TNF et inhibiteurs de l'interleukine destinés au traitement des maladies intestinales inflammatoires. : Fb-18." ;
 - => le point VII.9.6 est inséré et rédigé comme suit : "Les vaccins contre le virus respiratoire syncytial (VRS). : B-393." ;
 - => le point XVI.15. est inséré et rédigé comme suit : "Les médicaments topiques destinés au traitement du vitiligo.: Fb-17".
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2025	15.09.2025	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
30.09.2025	24.09.2025	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
08.10.2025 – Édition 2	24.09.2025	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 :

- à l'annexe I
- à l'annexe II, sont apportées les modifications suivantes :
 - => le point I.15.5 est inséré et rédigé comme suit : "Farmacologische behandeling van volwassen cardiomyopathiepatiënten met wildtype of erfelijke transthyretrine-amyloïdose (ATTR-CM) .: Fa-30."
- à l'annexe IV, des codes ATC sont ajoutés.

Moniteur belge	Date	Titre
30.09.2025	25.09.2025	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
08.10.2025 – Édition 2	25.09.2025	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

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

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2025	16.07.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
21.08.2025	12.08.2025	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques

Résumé des modifications

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

Moniteur belge	Date	Titre
12.09.2025	01.09.2025	Arrêté ministériel modifiant 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 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. Dispositions générales", est complété par le point 1.5
- au chapitre "C. Oto-rhino-laryngologie", à la condition de remboursement C- § 08, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé
- au chapitre "D. Urologie et néphrologie", à la condition de remboursement D- § 07, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé
- au chapitre "E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive", à la condition de remboursement E- § 08, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé
- au chapitre "F. Chirurgie thoracique et cardiologie", à la condition de remboursement F- § 18, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé
- au chapitre "G. Chirurgie vasculaire", à la condition de remboursement G- § 08, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé
- au chapitre "H. Gynécologie", à la condition de remboursement H- § 03, le point "5.1. Règles de non-cumul" est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
12.09.2025	03.09.2025	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "H. Gynécologie" 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 au chapitre "H. Gynécologie" 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 "H.2. Uterus" est complété par la prestation 186491-186502 et ses modalités de remboursement
- la condition de remboursement H- § 07 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

5. Règlements		
Moniteur belge	Date	Titre
08.07.2025	23.06.2025	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

L'annexe 5b est remplacée.

6. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé	
Moniteur belge	
08.07.2025	

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé

La règle interprétative 1 est supprimée avec effet au 1^{er} juillet 2025.

Moniteur belge
24.07.2025

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 37 de la nomenclature des prestations de santé

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01

Question

La consultation physique, qui doit avoir eu lieu pendant l'année civile en cours ou au moins au cours d'une des deux années civiles précédant la consultation à distance et qui constitue une condition pour prouver l'existence d'une relation thérapeutique, doit-elle être effectivement attestée ou facturée à la mutualité ?

Réponse

La réponse est affirmative : la consultation doit être effectivement attestée ou facturée à la mutualité.

Cette décision produit ses effets le 1^{er} août 2022.

Moniteur belge
24.09.2025

Règle interprétative relative aux prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé

Règle interprétative n° 2 : Clarification concernant la possibilité d'attester une prestation comme ayant été dispensée par un aide-soignant

Question

La prestation "Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques" (codes 425736, 425751, 425073) peut-elle être attestée comme ayant été dispensée par un aide-soignant et remboursée par l'assurance maladie si chaque élément de la prestation a été effectué par un prestataire de soins habilité à cet effet ?

Réponse

La prestation "Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques" (codes 425736, 425751, 425073) comprend différents actes dont certaines (préparation) ne relèvent pas de la compétence d'un aide-soignant et d'autres (administration) en relèvent. Si le dossier infirmier montre que chaque partie de la prestation a été dispensée par des prestataires de soins compétents, cette prestation peut être remboursée par l'assurance maladie, même si elle est attestée comme ayant été dispensée par un aide-soignant.

Dans ce contexte, un refus systématique de remboursement de cette prestation lorsqu'elle est attestée comme ayant été dispensée par un aide-soignant est injustifié.

La règle interprétative précitée entre en vigueur le 28 mars 2019.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 3 de la nomenclature des prestations de santé

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 01

Question

La prestation 474250-474261 peut-elle être attestée par un médecin pour l'alimentation d'un enfant prématuré au moyen d'une sonde ?

Réponse

Non, l'administration d'alimentation, de liquides ou de médicaments au moyen d'une sonde ne peut pas être attestée par la prestation 474250-474261. Il s'agit d'un acte infirmier.

En revanche, la mise en place d'une sonde (naso-)gastrique chez un enfant de moins de 7 ans est bien une prestation technique effectuée par un médecin.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, d), de la nomenclature des prestations de santé

RÈGLE INTERPRÉTATIVE 05

Question

La prestation 474250-474261 peut-elle être attestée par un médecin pour l'alimentation d'un enfant prématuré au moyen d'une sonde ?

Réponse

Non, l'administration d'alimentation, de liquides ou de médicaments au moyen d'une sonde ne peut pas être attestée par la prestation 474250-474261. Il s'agit d'un acte infirmier.

En revanche, la mise en place d'une sonde (naso-)gastrique chez un enfant de moins de 7 ans est bien une prestation technique effectuée par un médecin.

Cette décision produit ses effets le 13 mars 2002.

7. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
07.07.2025	27.06.2025	Convention nationale TO/2025 entre les technologues orthopédiques et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 27 juin 2025. - Notification point 20

Résumé des modifications

La nouvelle convention nationale entre les technologues orthopédiques et les organismes assureurs fait suite à la nouvelle nomenclature qui a été publiée. Cette convention a été élaborée sur base des textes actuels des conventions nationales bandagistes-O.A. et orthopédistes-O.A., dont certaines dispositions ont été actualisées :

- l'article 1 définit l'objet de la convention
- l'article 2 renvoie aux nouveaux articles de nomenclature 27/1, 28/1 et 29/1
- l'article 3 définit les conditions d'adhésion pour les technologues orthopédiques. Un paragraphe spécifique pour les pharmaciens et pharmaciens hospitaliers a été ajouté (petite bandagisterie)
- l'article 4 fixe la valeur de la nouvelle lettre-clé O à 1,033400 EUR au 1^{er} juillet 2025. Le mécanisme standard d'indexation basé sur l'évolution de l'indice santé est d'application
- l'article 5 définit les engagements des dispensateurs conventionnés
- l'article 6 définit les engagements des organismes assureurs
- l'article 7 concerne spécifiquement les prestations sur mesure
- l'article 8 se rapporte aux frais de déplacement pouvant être portés en compte aux bénéficiaires au-delà de 25 km
- l'article 9 porte sur l'objectif budgétaire du secteur et les mesures de correction en cas de dépassement
- l'article 10 porte sur la compétence de la Commission de conventions en matière de contestations et d'interprétations de la convention et/ou de la nomenclature
- l'article 11 porte sur la possibilité de création de groupes de travail
- l'article 12 fixe la date d'entrée en vigueur et la durée de validité de la convention.

Moniteur belge	Date	Titre
18.07.2025	21.03.2025	Sixième Avenant à la Convention du 1 ^{er} janvier 2022 entre les pharmaciens et les organismes assureurs

Résumé des modifications

L'avenant comporte quatre adaptations :

- la pérennisation du programme de sevrage aux benzodiazépines et produits apparentés

L'objectif du présent avenant est de fixer un cadre structurel pour le remboursement de la prestation "Sevrage aux benzodiazépines". Cette prestation permet au patient de diminuer graduellement la dose journalière de benzodiazépine ou de produit apparenté consommée. Le projet d'arrêté royal prévoit l'octroi d'un honoraire pour cette prestation. Les deux textes sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

- l'adaptation du public-cible du pharmacien de référence (changement de nom du pré-trajet diabète)

Le "Trajet de démarrage" pour les patients atteints d'un diabète de type 2 remplace le "Pré-trajet" depuis le 1^{er} janvier 2024.

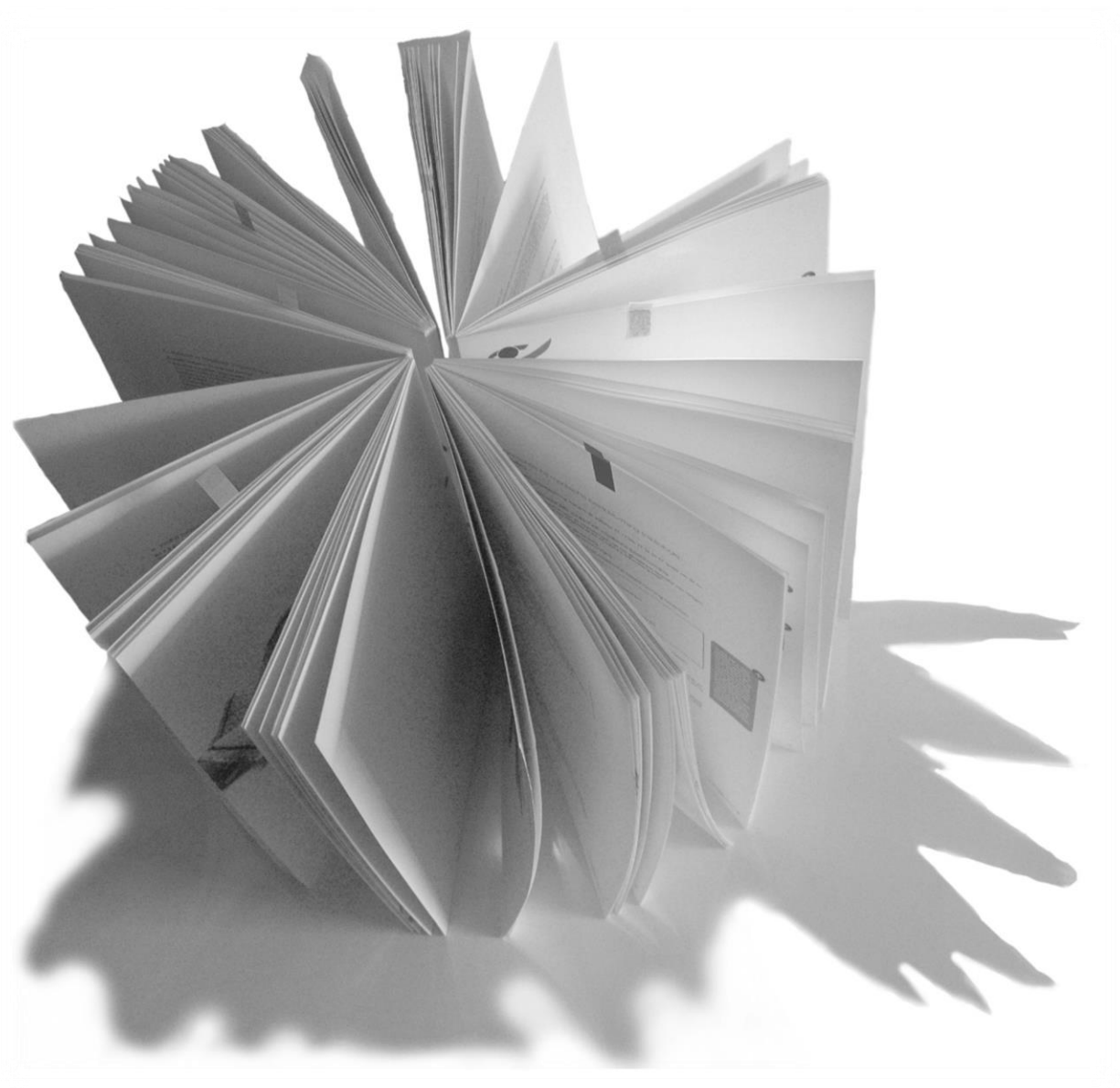
- l'adaptation du choix des médicaments pour le BUM asthme

Le Bon usage des médicaments (BUM) consiste en un accompagnement et un suivi personnalisés par le pharmacien de référence en concertation avec le patient et le médecin traitant. Depuis la mise en œuvre des BUM Asthme, de nouvelles spécialités contenant des corticoïdes inhalés ont été commercialisées. Celles-ci sont désormais incluses dans une nouvelle classe ATC de médicaments.

- la mention d'un délai entre l'entretien d'information et l'entretien de suivi pour le BUM BPCO

Contrairement au cas du BUM Asthme, le BUM BPCO ne prévoit pas de délai.

2^e Partie Jurisprudence



I. Cour d'appel de Mons, 10 avril 2025

FAM – Non indemnisable – Dommage sans lien avec une prestation de soin

Le juge d'appel suit la décision du juge de première instance et confirme que la demande du patient est non fondée faute de preuves. Il n'est pas démontré qu'un lien existe entre le dommage allégué et la prestation de soins. Il n'y a pas non plus lieu de donner suite à la demande d'expertise. Il n'est donc pas question de dommage indemnisable, le recours est déclaré non fondé.

R.G. : 2024/R.G./54

... c./FAM

...

I. Faits pertinents – Antécédents

1. Le litige qui oppose les parties a pour objet l'indemnisation des dommages dont se plaint ... et qui résulteraient de soins de santé qu'elle a reçus.

Les faits pertinents peuvent être résumés comme suit :

- ... expose avoir fait l'objet de diverses prestations de soins de santé entre 2011 et 2021, dont notamment :
 - une intervention chirurgicale en 2011 (retrait d'une pierre au rein droit)
 - des séances de lithotritie à l'hôpital ..., puis à l'hôpital de ...
 - une intervention chirurgicale en 2019 (retrait de pierres à la vésicule)
- elle affirme avoir "attrapé plusieurs staphylocoques ainsi que d'autres bactéries lors de ses séjours à l'hôpital"
- elle affirme également que "lorsqu'elle se présentait à l'hôpital et qu'un traitement lui était administré, il n'était jamais tenu compte des différentes bactéries dont elle était affectée", que "chaque pathologie a été traitée séparément (infection urinaire, gastro entérite, diarrhée chronique, douleurs,...)", qu'à "aucun moment, il n'a été tenu compte du caractère résistant des germes dont elle était affectée et qui auraient nécessité une prise en charge globale" et qu'en conséquence, elle est désormais "sujette à de multiples infections et que les bactéries résistent aux antibiotiques qui lui sont administrés"
- le 25 janvier 2021, elle adressa au Fonds des accidents médicaux (ci-après : le FAM) une demande d'avis sur la responsabilité éventuelle d'un prestataire de soins dans le dommage subi, ainsi que sur la gravité de celui-ci (art. 12 de la loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé)
- dans un avis du 22 décembre 2021, le FAM considéra que "le dommage allégué n'a pas de lien établi avec une prestation de soins de santé" de sorte que "le Fonds n'est pas compétent pour procéder à une éventuelle indemnisation".

2. Par une lettre recommandée remise à la poste le 21 mars 2022, et parvenue au greffe du tribunal le lendemain, ... assigna le FAM à comparaître devant le tribunal de première instance du Hainaut, division de Mons.

La demande, telle que libellée au dispositif de ses dernières conclusions de première instance, avait pour objet de :

"Dire la demande de la concluant recevable et fondé ;

Partant y faisant droit,

Condamner la défenderesse à payer à la concluante le montant provisionnel forfaitaire de 5.000 EUR ;

À titre subsidiaire et avant dire droit, désigner un médecin expert et lui confier la mission :

- identifier les prestations de soins de santé qui ont causé un dommage à la concluante
- déterminer si le dommage de la concluante présente une certaine gravité au sens de la Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation de dommages résultant de soins de santé.

En tout état de cause désigner un médecin expert aux fins de déterminer le préjudice de la concluante :

- respectant les règles du Code judiciaire, après avoir pris connaissance des dossiers des parties, s'entourant de tous renseignements utiles et recourant à tous avis, consultations, examens médicaux, spécialisés nécessaires
- examiner la concluante
- décrire les blessures encourues, les lésions causées et les traitements qu'elle a endurés
- déterminer le taux et la durée des incapacités temporaires, appréciés en fonction de son emploi habituel et de sa capacité économique générale
- dire si les blessures sont consolidées, dans l'affirmative fixer la date de consolidation
- déterminer s'il subsiste une incapacité permanente et déterminer le taux des incapacités permanentes économique, personnelle et ménagère
- donner son avis sur l'intensité et la durée des souffrances subies et à subir par la concluante en vue de la détermination par le Tribunal d'un dommage moral éventuel
- donner son avis sur l'éventuel préjudice esthétique de la concluante et, plus généralement, sur tout dommage généralement quelconque (préjudice d'agrément, etc.)
- répondre aux faits directoires des parties, de leur conseil ou éventuel conseiller médical
- adresser ses préliminaires contenant avis provisoire aux parties, à leur conseil et éventuel conseiller médical puis formuler ses observations, constatations et conclusions dans un rapport motivé détaillé qu'il affirmera sous serment conformément à l'article 979 du Code judiciaire et qu'il déposera au greffe de céans dans les trois mois du jour où la mission lui aura été notifiée.

Réserver à statuer sur le surplus ;"

3. Par son jugement du 7 novembre 2023, le tribunal statua comme suit :

"Reçoit la demande de Madame

La dit non fondée et l'en déboute.

Délaisse à Madame ... ses propres frais et dépens et la condamne à payer au FONDS DES ACCIDENTS MÉDICAUX , service spécial de l'INAMI, une indemnité de procédure de 975,00 EUR.

Condamne Madame ... à payer l'État belge (SPF FINANCES) la somme de 165.00 EUR à titre de droits de greffe en application de l'article 269, § 1^{er}, alinéa 2, 1°, du Code des droits d'enregistrement, d'hypothèque et de greffe".

4. ... releva appel de ce jugement, non signifié, au moyen d'une requête parvenue au greffe de la cour le 20 décembre 2023.

...

IV. Fondement de l'appel

8. Suivant l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, "le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

- 1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

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

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

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

9. ... ne précise pas sur quel alinéa de la disposition précitée elle fonde son action.

Elle fait certes état d'une "prestation de soins inadaptée" et de "soins mal conduits", mais sans désigner de prestataire, ni préciser la date de la prestation incriminée.

Elle ne produit aucun rapport émanant d'un homme de l'art, ni aucune autre pièce probante, de nature à rendre vraisemblable la responsabilité d'un quelconque prestataire de soins déterminé.

En tant qu'elle est basée sur les numéros 2°, 3° ou 4° de la disposition précitée, l'action est par conséquent manifestement non fondée.

- 10.... écrit toutefois qu'il "appartient au FAM de prendre en compte les situations où un dommage résulte d'un accident médical sans responsabilité, définie à l'article 2, 7° de la loi".

Il convient par conséquent d'examiner si l'action pourrait être fondée sur l'article 4, 1° de la loi précitée du 31 mars 2010.

A. L'existence d'un accident médical sans responsabilité

- 11.L'"accident médical sans responsabilité" est défini par l'article 2, 7° de la loi du 31 mars 2010 comme "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient, et qui entraîne pour le patient un dommage anormal".

12. Il a déjà été souligné que ... n'identifiait aucune prestation de soins de santé précise, à l'origine de l'accident dont elle se déclare victime.

Sous le titre "la démonstration d'un dommage résultant d'une prestation de soins de santé" (conclusions additionnelles de synthèse, p. 7), elle se plaint de "l'absence de coordination entre les différents intervenants médicaux", ainsi que de l'absence de "proposition d'administration [d'un traitement] par intraveineuse", ou encore "du fait que parfois les antibiotiques étaient mal adaptés ou prescrits sans qu'aucun antibiogramme ne soit effectué".

Elle écrit également que "les complications actuelles sont apparues immédiatement après l'administration d'un traitement antibiotique inapproprié et l'absence de coordination entre les prestataires de soins" (p. 8).

Il n'est toutefois pas possible de relier ces affirmations, vagues et imprécises, à une ou plusieurs prestations de soins de santé déterminées.

13. Il incombe également à ... d'établir que le dommage qu'elle invoque ne résulte pas de son état de santé.

À cet égard, elle soutient qu'elle a développé une résistance bactérienne due à une mauvaise utilisation des antibiotiques, conséquence directe des prestations de soins reçues.

Elle n'identifie toutefois pas les prestations de soins de santé qui auraient causé cette résistance bactérienne.

Elle ne produit aucun rapport médical, ni aucune autre pièce probante, rendant vraisemblable le fait que la résistance bactérienne qu'elle invoque serait la conséquence d'une ou plusieurs prestations de soins de santé, plutôt que la résultante de son état de santé.

14. Enfin, à supposer que le dommage dont elle se prévaut soit la conséquence d'une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins et qui ne résulte pas de son état, ... devrait encore établir le caractère anormal de ce dommage.

Au sens de la disposition précitée, le dommage est anormal lorsqu'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible, étant précisé que l'échec thérapeutique et l'erreur non fautive de diagnostic ne constituent pas un accident médical sans responsabilité.

... affirme que "la résistance bactérienne et les infections urinaires récurrentes constituent des conséquences inhabituelles et imprévisibles d'une prestation de soins conforme à l'état actuel de la science".

Elle ne produit toutefois aucune pièce à l'appui de cette affirmation.

Or, le FAM fait valoir, à juste titre, que :

"il n'est pas établi qu'il existait une technique de traitement alternative plus pointue qui aurait permis d'éviter tant la survenance des infections urinaires répétées que leur résistance aux antibiotiques subséquentement développée.

Madame ... n'avance d'ailleurs à cet effet, aucun argument permettant d'apprécier, au regard de l'état actuel de la science, le caractère anormal du dommage qu'elle allègue".

B. La gravité du dommage subi

15. À titre surabondant, il convient de rappeler que pour pouvoir bénéficier de l'intervention du FAM, le dommage causé par un accident médical sans responsabilité, doit répondre à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, qui dispose que :

"Le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

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

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

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

4° le patient est décédé".

... ne précise pas sur quel alinéa elle se fonde pour établir la gravité de son dommage.

Elle ne démontre pas subir une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %, ni une incapacité temporaire de travail répondant aux conditions de l'article 5, 2° de la loi du 31 mars 2010.

Elle écrit seulement que "le dommage est grave au sens de l'article 5 de la loi, dans la mesure où il a entraîné :

- des troubles graves dans les conditions d'existence de Madame ..., notamment une perte significative de qualité de vie
- des dépenses importantes liées à la prise en charge médicale consécutive".

Elle n'établit toutefois pas que les infections urinaires auxquelles elle est sujette, ni la résistance bactérienne dont elle se prévaut, occasionnent des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence.

Aucune pièce justificative n'est produite à cet égard.

16. En conclusion, c'est à bon droit que tant le FAM que le jugement entrepris ont considéré que ... restait en défaut d'établir que les conditions énoncées par les articles 2, 7°, 4, 1° et 5 de la loi du 31 mars 2010 étaient rencontrées dans son chef.

L'appel formé par ... doit par conséquent être déclaré non fondé et le jugement entrepris confirmé.

Il n'y a pas davantage lieu de faire droit à la demande d'expertise, formulée à titre subsidiaire, en l'absence d'indice sérieux de nature à rendre vraisemblable la réunion des conditions d'indemnisation rappelées ci-avant.

17. Par application des articles 1017 et suivants du Code judiciaire, il convient de condamner... aux frais et dépens de l'appel, liquidés au profit du FAM à la somme de 1.883,72 EUR (indemnité de procédure d'appel de base pour une demande non évaluable en argent).

PAR CES MOTIFS ;

La cour, statuant contradictoirement, dans les limites de sa saisine ;

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

Déclare l'appel recevable, mais non fondé.

En conséquence :

Confirme le jugement entrepris.

...

II. Tribunal de première instance néerlandophone de Bruxelles, 9 octobre 2025

FAM – Non indemnisable – Complication prévisible – En-dessous du seuil de gravité

Le juge de première instance se rallie à la position du FAM. Le demandeur n'est pas d'accord avec l'avis du FAM, qui conclut qu'il n'y a ni responsabilité du prestataire de soins, ni dommage anormal et donc pas d'AMSR. Le juge souligne l'importance de la charge de la preuve et de l'application correcte du double contrôle. Selon le tribunal, le dommage était inévitable et son caractère imprévisible ne peut se limiter à l'appréciation d'un certain pourcentage de risque ; il s'agit d'une complication prévisible. De plus, aucun élément concret n'est avancé pour démontrer que le dommage est disproportionné par rapport à la complication survenue. Les demandes du demandeur sont donc déclarées non fondées dans leur intégralité.

R.G. 2024/243/A

... c./RIZIV en ...

...

II. FEITEN EN SITUERING GESCHIL

2.1.

Het geschil heeft betrekking op een medisch schadegeval bij eisende partij, ..., in de nasleep van een heelkundige ingreep.

Tweede verwerende partij, dr. ... heeft de ingreep uitgevoerd en nadien nog geneeskundige zorgen verstrekt, doch betwist elke aansprakelijkheid en weigert diengevolgens over te gaan tot vergoeding van de schade.

Eerste 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 eveneens over te gaan tot vergoeding van de schade.

Met haar vordering in deze procedure beoogt ... de verwerende partijen alsnog te doen veroordelen tot betaling van een schadevergoeding.

De feiten kunnen worden samengevat als volgt.

2.2.

Op ..., na wekenlange klachten van een onstabiel gevoel, ging ... op dat ogenblik 29 jaar oud, op consultatie bij dr. ..., arts-specialist in de neurologie bij het ... te Medische beeldvorming toonde een Arnold-Chiari malformatie type 1, door het FMO omschreven als een aandoening die meestal tijdens de zwangerschap ontstaat, waarbij de schedel van het kind niet genoeg plaats heeft voor de hersenen en een deel van de kleine hersenen uit de schedel is gezakt in de richting van de nek.

Op ... werd ... gezien door dr. ..., arts-specialist in de neurochirurgie bij het ... te ... die een heelkundige decompressie voorstelde, door het FMO omschreven als een behandeling waarbij bot of weke delen worden verwijderd om de spinale zenuwen te ontlasten.

Op ... onderging ... de heelkundige ingreep benoemd als een decompressie ter hoogte van de craniocervicale overgang met partiële cerebellaire tonsillectomie en een plastie van het foramen magnum, uitgevoerd door dr.

Op ... werd ... uit het ziekenhuis ontslagen.

Wegens wondproblemen en een subcutane zwelling ter hoogte van de nek, consulteerde ... haar huisarts meerdere malen vanaf ... en vervolgens dr. ... vanaf

In conclusies hekelt ... het gegeven dat dr. ... van deze afspraken geen verslagen bijhield.

Op ... werd een controle MRI uitgevoerd, die vochtcollectie ter hoogte van de operatieregio aantoonde, alsook een slank supratentorieel ventrikelsysteem, door het FMO omschreven als onderling verbonden holtes in de hersenen, en een normaal vierde ventrikel.

Op ... werd vervolgens door (o.m.) dr. ... een ventriculoperitoneale (VP) shunt geplaatst, die vloeistof afvoert van de hersenventrikels naar de buik.

In conclusies benadrukt ... dat zij op ... haar huisarts consulteerde wegens nek- en hoofdpijn, dat zij op ... door dr. ... werd gezien, en dat zij vanaf ... een verdoofd gevoel ervoer in haar zitvlak en billen. In conclusies betwist ... evenwel dat hij ... op ... heeft gezien.

Op ... werd ... door haar huisarts naar de spoeddienst verwezen omwille van een heroptreden van de wondproblematiek. Er werd lokale zorg toegebracht en antibiotica toegediend.

In conclusies benadrukt ... dat zij op ... opnieuw door haar huisarts naar de spoeddienst werd verwezen wegens de klachten van het verdoofd gevoel in haar zitvlak en billen, dat zij op ... door dr. ... werd gezien, en dat deze laatste de betreffende klachten toeschreef aan constipatie of hyperventilatie en haar doorverwees naar abdominale heelkunde.

Op ... werd ... opnieuw gezien door neuroloog dr. ... omwille van de gevoelsstoornissen ter hoogte van de onderste ledematen, waarop een nieuwe MRI-scan werd ingepland, ter uitsluiting van een syrinx, door het FMO omschreven als een holte, meestal gevuld met vocht, in het ruggenmerg.

Op ... werd ... opnieuw opgenomen in de spoeddienst wegens de wondproblematiek. Een nieuwe MRI wees op vochtdensiteit *anterior* van het merg en de ontwikkeling van een syrinx, door dr. ... omschreven als een kleine buisvormige holte te vergelijken met een cyste in het ruggenmerg, gevuld met vocht, waardoor druk op het ruggenmerg ontstaat en die een verklaring vormt voor het neurologisch verloop vanaf

Op ... gebeurde een drainage van een abces epiduraal.

Op ... werd ... overgebracht naar het ... te ..., dienst neurochirurgie.

In conclusies benadrukt ... dat het aanvragen van advies bij het ... geschiedde na heftig aandringen van haar moeder.

In de eerste dagen na overbrenging naar ... werd nazicht uitgevoerd van de geïmplanteerde VP-derivatie en voor het overige een afwachtende houding aangenomen.

Op ... werd ... overgebracht naar de revalidatiedienst met aanhoudende neurologische klachten en neuropathische pijnen, waarna zij op ... het ziekenhuis heeft verlaten.

Van ... tot en met ... werd ... opnieuw aangenomen in ..., dienst neurochirurgie, omwille van recidiverende klachten. Een aanpassing van de shunt-klep werd doorgevoerd.

Vervolgens revalideerde zij verder in een revalidatiecentrum.

Van ... tot ... werd ... opnieuw opgenomen in ... wegens klachten van hoofdpijn, evenwichtsstoornissen, spraakmoeilijkheden, een gevoel van verlamming van de aangezichtsspieren, een toenemende ganginstabiliteit, vermoedelijk omwille van shunt-dysfunctie. Op ... werd de VP-shunt verwijderd en op ... werd een nieuwe VP-shunt geplaatst, die nadien nog werd gereviseerd.

... geeft aan dat bij deze laatste opname een infectie van meningo-encefalitis werd vastgesteld.

Op ... werd ... opnieuw overgebracht naar het revalidatiecentrum.

Op ... vond een nieuwe dringende transfer plaats naar ... wegens progressief ontstaan van hoofdpijn, spraakmoeilijkheden en een rechterhemibeeld. Op ... werd de peritoneale katheter verwijderd en vervangen door een atriale katheter (VA-shunt).

... benadrukt in conclusies dat haar gezondheidstoestand sedert de plaatsing van de atriale katheter plots wat opklaart.

Vervolgens werd ... opnieuw overgebracht naar het revalidatiecentrum.

In de weken en maanden nadien blijkt er een gunstige evolutie, doch in ... werd ... nog opgenomen wegens een shunt-dysfunctie en er zijn blijvende klachten van dubbelzicht, een slapend gevoel ter hoogte van de billen en pijnklachten. Tevens werd in ... een gastric bypass uitgevoerd.

2.3.

Uit het verslag van kinesist dr. ... van ... blijkt dat ... problemen heeft met de proprioceptie en coördinatie van de ledematen. Ze stapt met hulpmiddelen (twee krukken), zonder dewelke het risico op vallen groot is. Verder heeft ze ook een verminderde coördinatie en zijn dubbeltaken moeilijk, wat de kans op evenwichtsverlies vergroot. Ook heeft ze een verminderd zicht. Indien haar ogen worden afgedekt, valt zij naar achter. De kracht in het linkerbeen is met 40% afgenomen ten opzichte van rechts. Ook heeft zij thoracale klachten die musculair zijn.

... geeft in conclusies aan dat zij voor langere afstanden is aangewezen op een elektrische rolstoel en dat al deze problemen tot op heden aanwezig zijn en haar dagelijks leven bepalen.

... was primair arbeidsongeschikt vanaf Deze arbeidsongeschiktheid werd verlengd tot aan de pensioenleeftijd op

2.4.

Waar ... van mening is schade te hebben geleden als gevolg van gezondheidszorg, na de heelkundige ingreep op ... en de navolgende ingrepen en verwickelingen, diende zij bij brief van ... 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 neurochirurgie en in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, aan als deskundigen om een tegensprekelijk deskundigenonderzoek uit te voeren.

Het voorlopig verslag en het definitief verslag van de FMO-deskundigen werden opgesteld op respectievelijk ... en

In zijn advies, aan ... ter kennis gebracht bij brief van ..., besloot het FMO dat de schade van ... niet veroorzaakt werd door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, dr. ..., zodat er geen sprake is van een 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 medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. Het FMO oordeelde derhalve dat hij niet diende over te gaan tot vergoeding en verklaarde de aanvraag ontvankelijk doch ongegrond.

2.5.

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

...

2. Gegrondheid van de vordering lastens dr. ...: het bestaan van een medisch ongeval met aansprakelijkheid

4.2.

Ten gronde voert ... in de eerste plaats aan dat haar schade, zijnde instabiliteit, nystagmus, de noodzaak om gebruik van hulpmiddelen bij het stappen, een gedaalde kracht bij voornamelijk haar rechterbeen, en sensibele stoornissen, te wijten is aan fouten en tekortkomingen van dr. ... in verband met de door hem op ... uitgevoerde ingreep wegens Arnold-Chiari malformatie type 1.

Zo was volgens ... de preoperatieve oppuntstelling ondermaats, inzoverre preoperatief geen beeldvorming werd genomen van de cervicale wervelzuil. Aldus kon niet worden opgemerkt of zich reeds een syrinx voordeed in het ruggenmerg en van welke grootte, hoewel de afwijking ter hoogte van het cervicale ruggenmerg integraal deel uitmaakt van de Chiari-problematiek. Bovendien zou de medische beeldvorming van bedenkelijke kwaliteit zijn geweest. ... geeft aan dat het om preoperatieve tekortkomingen gaan, die hebben bijgedragen tot de ontoereikendheid van de postoperatieve opvolging.

Verder meent ... dat ook de postoperatieve opvolging door dr. ... gebrekkig was. Zij stelt dat de klachten die zij had na de ingreep van ... niet ernstig werden genomen door ..., dat uiteindelijk door een andere arts, dr. ... pas op ... een nieuwe MRI werd ingepland ter uitsluiting van een syrinx, en dat de diagnose van de infectie door een meningo-encefalitisbacterie pas eind ... werd gemaakt. ... verwijt dr. ... de gebrekkige postoperatieve opvolging van de complicaties en de te late diagnose van de infectie.

... meent dat deze tekortkomingen haar schade hebben veroorzaakt en dat dr. ... dienvolgens aansprakelijk is.

Het standpunt van ... kan niet worden bijgetreden, gelet op hetgeen volgt.

4.3.

... moet als eisende partij bewijzen dat dr. ... een buitencontractuele fout of onzorgvuldigheid, dan wel een contractuele wanprestatie heeft begaan in oorzakelijk verband met de schade waarvan zij vergoeding vraagt.

Aangezien het daarbij gaat om rechtsfeiten, kan zij aan de op haar rustende bewijslast voldoen door alle bewijsmiddelen van recht.

De fout of onzorgvuldigheid waarvoor een schadeverwekker op buitencontractuele grondslag aansprakelijk kan zijn, bestaat in een gedraging die, ofwel, een schending inhoudt van een specifieke rechtsnorm, waarbij de betrokkene verplicht is iets niet te doen of iets op een bepaalde manier wel te doen, ofwel een schending inhoudt van de algemene zorgvuldigheidsnorm. Een schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm komt neer op een verkeerd optreden dat moet worden beoordeeld naar de maatstaf van de normaal, vooruitziende en zorgvuldige persoon, geplaatst in dezelfde omstandigheden. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de concrete, objectieve omstandigheden waarin de schadeverwekker zich bevond en dus, in geval van medische aansprakelijkheid, ook met zijn eventuele specialisatie. Ter beoordeling van een eventuele schending van de algemene zorgvuldigheidsnorm dient aldus de vergelijking te worden gemaakt met het gedrag dat een arts met dezelfde specialiteit, geplaatst in dezelfde tijd en ruimte, zou hebben gesteld.

De contractuele wanprestatie dekt dezelfde lading, maar dan beoordeeld in het raam van de contractuele bedingen die de contractspartijen tot wet strekken.

De graad van zorgvuldigheid die de arts aan de dag moet leggen, moet verder worden beoordeeld in het licht van de vraag of op de arts de verplichting rust om een bepaald resultaat te bereiken, dan wel enkel om een bepaalde inspanning te leveren of bepaalde middelen aan te wenden om een bepaald resultaat te bereiken zonder belofte dat hij daar ook in zal slagen. In de regel rust op de arts enkel een inspanningsverbintenis. Zo belooft de chirurg inderdaad niet dat het resultaat van de behandeling de genezing van de patiënt zal zijn. Hij verbindt er zich enkel toe als een nauwgezette en gewetensvolle chirurg de middelen die de huidige medische wetenschap hem ter beschikking stelt, te zullen aanwenden om het verhoopte of gewenste resultaat (de genezing of de verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt) te realiseren. Daaruit volgt dat de aansprakelijkheid van een chirurg slechts betrokken is in geval van bewijs, te leveren door het slachtoffer, van een specifiek gebrek aan voorzorg van die chirurg.

4.4.

In hun verslag komen de FMO-deskundigen tot het besluit dat door dr. ... geen medische fout werd begaan:

“De indicatie om de Arnold-Chiari malformatie bij mevrouw ... heelkundig te behandelen werd terecht gesteld.

Wat betreft informed consent: patiënte erkent dat de ingreep besproken werd en dat ze geïnformeerd heeft toegestemd.

De ingreep zelf en de nabehandelingen gebeurden zoals een normaal vooruitziend en zorgvuldig zorgverlener, in dezelfde omstandigheden en rekening houdende met de stand van de wetenschap op het ogenblik van de feiten, zou hebben gehandeld” (p. 14 eindverslag).

Meer in het bijzonder worden de door ... aangeklaagde fouten door de FMO-deskundigen weerlegd als volgt:

- wat de preoperatieve fout betreft, aangaande de vermeende, onvoldoende medische beeldvorming:

“De beeldvorming is eerder summier. Prof. Verlooy merkt op dat MRI preoperatief geen cervicale zuil toonde wat inderdaad correct is. Prof. Herregodts stelt hier tegenover dat de nystagmus en gevoel van instabiliteit bij neurologisch onderzoek en de belangrijke tonsillaire cerebellaire herniatie de beslissing tot de ingreep rechtvaardigde waarop prof. Verlooy antwoordt dat niet beelden maar patiënten behandeld worden en dat volgens hem niet zorgvuldig is gehandeld.

Retrograad bekeken was de ingreep niet dringend maar er waren wel klachten, neurologische symptomen en de beeldvorming van ernstige inklemming. De Arnold-Chiari I opereren was dus wel geïndiceerd in

Dr. ... stelt dat de aanwezigheid of afwezigheid van een syrinx cervicaal geassocieerd met de schedelbasisafwijking Arnold-Chiari geen verschil uitmaakt voor wat betreft de toegepaste neurochirurgische behandeling. Er wordt steeds een verbreding van het foramen magnum en plastie van de dura, al dan niet met tonsillaire cerebellaire decompressie uitgevoerd” (p. 13 eindverslag).

En, in antwoord op het bevinden van de raadsarts van ... aangaande het voorlopig besluit van de FMO-deskundigen:

“Zoals uitgebreid besproken werd tijdens de expertisезitting kan inderdaad kritiek gegeven worden op de kwaliteit van de beeldvorming (MRI hersenen waarop de fossa posterior en ingeklemde tonsillen van het cerebellum limiet gevisualiseerd zijn) en het minimaal neurologisch nazicht (er werd preoperatief geen MRI full spine uitgevoerd om mogelijke begeleidende cyste/afwijkingen in het ruggenmerg – syrinx – op te sporen).

Feit is echter dat mevrouw ... preoperatief een duidelijke nystagmus en evenwichtsproblemen/instabiliteit had en de MRI hersenen een duidelijke tonsillaire inklemming vertoonde ter hoogte van het foramen magnum. Door de combinatie van de klinische symptomen van hersenstamlijden en het MRI-beeld was voldaan aan de voorwaarden tot heelkundige behandeling middels verbredingsplastie van de fossa posterior/foramen magnum.

Het gegeven of er al dan niet begeleidende afwijkingen zouden geweest zijn in het spinaal kanaal is enkel een theoretische beschouwing. Zelfs in de hypothese dat er spinale afwijkingen – syrinx – zou geweest zijn, blijft de eerste behandeling steeds een verbredingsplastie van de fossa posterior/foramen magnum en daarna postoperatieve opvolging middels beeldvorming van de spinale afwijkingen” (p. 28 eindverslag).

- o wat de postoperatieve fout betreft, aangaande de vermeend gebrekkige opvolging:

“Prof. Verlooy stelt dat de uitvalsverschijnselen erger zijn dan wat normaal kan verwacht worden waarop prof. Herregodts stelt dat de uitval gelinkt is aan de complicatie van de opgetreden meningo-encefalitis. Deze was klinisch niet zo duidelijk (lage CRP bij bloedonderzoek, pas gediagnosticeerd na kweek van CSV). Mogelijks heeft de inname van Dalacin het klinisch beeld onderdrukt (‘gedecapiteerd’ beeld van bacteriële meningo-encefalitis)” (p. 13-14 eindverslag).

En, met betrekking tot het voorzienbaar karakter van de complicaties en het disproportioneel karakter van de daaruit volgende schade:

“De oorzaak van de schade bij mevrouw ... is de durale bres die na de verbredingsplastie van de fossa posterior voor de Arnold-Chiari I malformatie is opgetreden. Door deze durale bres is in een tweede tijd een infectie opgetreden van het hersenvocht met een meningo-encefalitis tot gevolg.

(...)

Het optreden postoperatief van een bacteriële meningo-encefalitis is een ernstige complicatie met hoge mortaliteit (10-20% bij volwassenen), ondanks adequate antibiotische therapie in hospitaalmiddelen. Zoals hierboven beschreven zijn er veel verwickelingen, zoals ook het geval is bij mevrouw ...” (p. 15 eindverslag).

4.5.

... werpt geen formele of procedurele argumenten op tegen het verloop van het deskundigenonderzoek en de wijze van totstandkoming van het deskundigenverslag. Zo betwist zij niet het tegensprekelijk karakter van het onderzoek, de eerbiediging van de rechten van verdediging of de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de aangestelde deskundigen.

Weliswaar is het juist, zoals ... stelt, dat de deskundigenonderzoeken georganiseerd door het FMO niet bindend zijn en niet *ipso facto* dezelfde waarde hebben als een gerechtelijk deskundigenonderzoek. De wet bepaalt dit niet. De voorbereidende werken van de Wet Medische Ongevallen vermelden trouwens dat het deskundigenonderzoek slechts dezelfde waarde heeft als een gerechtelijk deskundigenonderzoek, indien het FMO een onafhankelijke deskundige aanstelt, die bevoegd is in de materie waaronder de schade thuishoort, en het waakt over het goede verloop van het deskundigenonderzoek en het tegensprekelijk karakter daarvan (MvT, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 52, nr. 2240/1, p. 59). Enkel in dat geval kan de rechtbank haar oordeel erop steunen zonder beroep te doen op eventuele andere bewijselementen.

Luidens artikel 24 WMO is ook het advies van het FMO niet bindend. Indien de aanvrager, de betrokken zorgverlener of zijn verzekeraar zich niet kan vinden in het advies van het FMO betreffende de al dan niet uitkering van een vergoeding, is er verhaal mogelijk bij de bodemrechter die volle rechtsmacht heeft, de bewijswaarde van de voorafgaandelijk door het FMO georganiseerde expertise(s) volledig vrij kan beoordelen, en, indien hij dit noodzakelijk acht, zelf ook nog een gerechtsdeskundige kan aanstellen.

De rechtbank herinnert er verder aan dat de besluiten van een gerechtelijk deskundigenonderzoek evenmin bindend zijn voor de rechter. Krachtens artikel 962, vierde lid, Gerechtelijk Wetboek is de rechter niet verplicht het advies van de deskundigen te volgen, indien het strijdig is met zijn overtuiging.

De vrije bewijswaarde van het deskundigenonderzoek neemt evenwel niet weg dat aan het verslag van de deskundige, in geval van eerbiediging van de procedurele waarborgen voor de partijen bij de uitvoering van het deskundigenonderzoek, in beginsel een groot gezag op technisch gebied toekomt, omdat de deskundige precies om zijn technische kennis werd aangesteld.

4.6.

... formuleert wel inhoudelijke kritiek tegen het besluit van de deskundigen over de voorliggende medisch-technische kwesties, doch deze kritiek kan niet overtuigen.

Wat in de eerste plaats de vermeende preoperatieve tekortkomingen betreft, betwist ... immers niet het besluit van de deskundigen dat de ingreep van ... hoe dan ook geïndiceerd was, ongeacht het bestaan van de syrx in het ruggenmerg, zodat de voorafgaandelijke vaststelling ervan niet onontbeerlijk was om de ingreep uit te voeren zoals ze is uitgevoerd. ... beweert weliswaar dat deze gebrekkige beeldvorming een adequate postoperatieve opvolging belet of bemoeilijkt heeft, doch voor de voorbereiding en de uitvoering van de ingreep als dusdanig heeft dit geen impact gehad.

Het is overigens niet duidelijk hoe het gebrek aan kennis van het bestaan van de syrx de verdere opvolging na de ingreep volgens ... precies heeft bemoeilijkt. Immers, van zodra de syrx aan de hand van nieuwe beeldvorming na de ingreep, meer bepaald op ..., werd ontdekt, werd beslist een afwachtende houding aan te nemen, ook door de artsen bij ... waarnaar ... in ... werd overgebracht, terwijl zij aan de artsen bij ... klaarblijkelijk geen fouten aanwrijft. Er is op geen enkel ogenblik een behandeling opgestart in verband met de syrx. Pas in ... werd de oorspronkelijk geplaatste VP-shunt vervangen en pas in ... werd de nieuw geplaatste VP-shunt vervangen door een ventriculoatriale-shunt. Het is bijgevolg in het geheel niet duidelijk hoe een eerdere ontdekking van de syrx de verwickelingen of het verloop van de schade zou kunnen hebben doen vermijden of beperken.

Al het voorgaande wordt door de door ... voorgelegde richtlijnen, die, zoals dr. ... terecht aangeeft, dateren van na de ingreep op ... en slechts een zwakke aanbeveling inhouden van een volledige medische beeldvorming, niet weerlegd, nu deze aanbeveling de indicatiestelling tot het uitvoeren van de ingreep en de latere plaatsing van de shunt niet in vraag stelt en deze aanbeveling ook geen afbreuk doet aan de vaststelling dat nooit enig gevolg werd gegeven aan de latere vaststelling van het bestaan van de syrx.

Dat het gebrek aan medische beeldvorming een preoperatieve fout uitmaakte en dat deze fout mee heeft geleid tot een gebrekkige postoperatieve opvolging, wordt derhalve niet aangetoond.

Wat vervolgens de postoperatieve opvolging betreft, is het evenmin duidelijk welke tekortkomingen dr. ... precies worden verweten, of anders gesteld, wat dr. ... volgens ... precies had moeten doen om tegemoet te komen aan de maatstaf van de normaal vooruitziende arts-specialist, geplaatst in dezelfde omstandigheden.

Na de ingreep van ... en de vaststelling op ... van vochtcollectie ter hoogte van de operatieregio, werd op ... door dr. ... een VP-shunt geplaatst. De indicatiestelling om deze shunt te plaatsen en de eigenlijke plaatsing ervan, worden door ... niet bekritiseerd. De rechtbank stelt verder vast dat om en bij de anderhalve maand is verstreken tussen de ingreep van ... en de plaatsing van de VP-shunt. De rechtbank ziet geen reden om aan te nemen dat dit een abnormaal lange periode is en dat dr. ... sneller had moeten ingrijpen, mede gelet op het gegeven dat de klachten van verhoogde druk eerst nog moeten optreden en moeten worden vastgesteld.

Verder verwijt ... een te late diagnose van de infectie die heeft geleid tot meningo-encefalitis, doch zij erkent dat eind ... antibiotica werd toegediend. In hun verslag stellen de deskundigen in dit verband dat op de beeldvorming van ... wel een collectie te zien was maar dat er geen infectieuze klachten waren en het bloedonderzoek geen aanwijzingen toonde voor een ontsteking/infectie, dat de infectie zich heeft uitgebreid tot de hersenen en aanleiding heeft gegeven tot een meningo-encefalitis *“die eerst klinisch niet manifest was”*, en dat de inname van het antibacterieel middel Dalacin eind ... het klinisch beeld mogelijk heeft onderdrukt (p. 13-14 eindverslag).

... voert aan dat zij nochtans reeds op ... klachten van nekstijfheid ondervond die symptomatisch zijn voor de betreffende infectie en dat zij vervolgens door dr. ... werd gezien op ..., ... en Weliswaar hekelt ... terecht het gegeven dat dr. ... geen verslagen kan voorleggen van zijn consultaties, doch de consultatie bij dr. ... op ... wordt door dr. ... betwist en ... kan, ondanks de talrijke consultaties bij de huisarts, geen andere stukken neerleggen die wijzen op klachten van nekstijfheid.

De rechtbank ziet derhalve ook hier geen reden om aan te nemen dat dr. ... een fout heeft begaan door de diagnose van de infectie te missen of te laat vast te stellen.

Ook een gebrek in de postoperatieve opvolging in hoofd van dr. ... wordt derhalve niet aangetoond.

4.7.

Het bestaan van een fout in oorzakelijk verband met de schade bij de preoperatieve of postoperatieve zorg, wordt niet aangetoond.

Gelet op de procedurele waarborgen van het voorliggend FMO-deskundigenonderzoek, ziet de rechtbank ook geen reden om een nieuw, gerechtelijk deskundigenonderzoek te bevelen.

Waar ... geen andere fout aan dr. ... aanwrijft, zoals een fout in de diagnose of indicatiestelling of een peroperatieve fout in de eigenlijke uitvoering van de ingreep van ..., is haar vordering lastens hem ongegrond.

3. Gegrondheid van de vordering lastens het FMO: het bestaan van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid

4.8.

In ondergeschikte orde stelt ... een vordering in lastens het FMO op grond van artikel 4, 1°, WMO, krachtens hetwelk het FMO gehouden is tot vergoeding van het slachtoffer of diens rechthebbenden *“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”*.

Tussen deze partijen bestaat betwisting over de vraag of aan alle voorwaarden van een vergoedbaar medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is voldaan.

4.9.

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 zijn 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.

De bewijslast dat alle voorwaarden zijn vervuld, ligt bij de eisende partij.

Het weze hier reeds opgemerkt dat, anders dan het FMO lijkt voor te houden, het gegeven dat ... in hoofddeorde een vordering instelt lastens dr. ... gesteund op diens aansprakelijkheid of dat zij in haar gedinginleidende dagvaarding haar vordering uit de aansprakelijkheid van dr. ... ook richtte tot het FMO, zodat het volgens het FMO *“meer dan duidelijk (is) dat deze (ondergeschikte) vordering jegens het Fonds voornamelijk dient als een laatste redmiddel om een vergoeding te trachten bekomen”* (conclusies p. 17), niet betekent dat zij hoe dan ook faalt in haar bewijslast dat alle voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld. Het gegeven dat de schadelijder de aansprakelijkheid van de tussenkomende zorgverlener inroept, sluit immers niet uit dat het schadegeval niet voortvloeit uit de toestand van de patiënt en dat het schadegeval voor de patiënt abnormale schade voortbrengt. Van zodra vaststaat dat het schadegeval niet het gevolg is van de aansprakelijkheid van de zorgverlener, kan de schadelijder, zonder zichzelf tegen te spreken, nog steeds trachten aan te tonen dat alle voorwaarden van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid zijn vervuld.

In het voorliggend geval wordt niet betwist dat de eerste en de derde toepassingsvoorwaarden zijn vervuld.

Waar de vordering van ... lastens het FMO in ondergeschikte orde wordt ingesteld en de rechtbank oordeelt dat het schadegeval niet het gevolg is van de aansprakelijkheid van dr. ... is ook de tweede voorwaarde 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.

4.10.

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 (MvT, *Parl. St. Kamer*, 2009-2010, 52, nr. 2240/1, 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 ook hier bij de eisende partij.

Daarbij dient nog te worden benadrukt dat bij het onvoorzienbaarheidscriterium, 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, vaststaat, 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 voortvloeiende schade tot gevolg. Er dient in dat geval dan ook niet te worden nagegaan of de effectief opgetreden schade afwijkend, 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 onvoorzienbaarheidscriterium. Samengevat: als vastgesteld wordt dat de complicatie niet voorzienbaar of abnormaal was, stopt de oefening en is het onvoorzienbaarheidscriterium 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, dit wil zeggen disproportionaliteit, schuilt in de schade op zich.

4.11.

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

Op de vraag om advies te geven *“over het vermijdbare karakter van de schade door te preciseren of in casu alternatieve behandelingsmethoden konden worden toegepast”* met een vergelijkbare succesratio en die de patiënt niet zouden hebben blootgesteld aan een identiek risico op dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt (p. 16):

“Een Arnold-Chiari type I malformatie is een aangeboren afwijking in de vorm van de cranio-cervicale overgang met een mechanische compressie van het cerebellum en de hersenstam tot gevolg. Enige afdoende behandeling is neurochirurgische decompressie door verbreding van het foramen magnum. Er zijn geen afdoende alternatieve behandelingen.”

Zoals terecht door het FMO opgeworpen, brengt ... geen argumenten aan tegen dat besluit van de FMO-deskundigen inzake de vermijdbaarheid van de schade en spitst ze haar betoog in conclusies uitsluitend toe op de vraag of het onvoorzienbaarheids criterium is vervuld.

4.12.

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

Wat in de eerste plaats het voorzienbaar karakter van de complicatie betreft, antwoorden de FMO-deskundigen in hun eindverslag als volgt op de vraag om te *“oordelen of de opgetreden schade in voorkomend geval het gevolg is van een voorzienbare complicatie die inherent is aan de toegepaste behandeling”* en aan te geven *“hoe vaak deze complicatie optreedt, met medische literatuur ter staving en rekening houdende met de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie”* (p. 15):

“De opgetreden schade is het gevolg van voorzienbare complicaties die inherent zijn aan de toegepaste behandeling:

De oorzaak van de schade bij mevrouw ... is de durale bres die na de verbredingsplasie van de fossa posterior voor de Arnold-Chiari I malformatie is opgetreden. Door deze durale bres is in een tweede tijd een infectie opgetreden van het hersenvocht met een meningo-encefalitis tot gevolg.

Op basis van literatuurgegevens (bijlage 1 – publicatie – Passias et al. Complication rate following Chiari malformation surgical management for Arnold-Chiari type I based on surgical variables: a national perspective. J. Craniovert. Junct. and Spine (2020) 11:169-172 en bijlage 2 – publicatie – Atchley et al. Incidence and management of postoperative pseudomeningocele and cerebrospinal fluid leak after Chiari malformation type I decompression. Neurosurg Focus (2023) Vol. 54, March.) bedraagt de kans op verwikkelingen bij een ingreep ter hoogte van het foramen magnum met verbredingsplastie 8-18%. Van deze complicaties zijn 30,5% gerelateerd aan een CSV-probleem. Van deze CSV-gerelateerde complicaties dient in 18,6% de operatiewonde gereviseerd te worden en bij 14% van de patiënten een derivatie geplaatst te worden.”

Samen met haar raadsarts werpt ... op dat de opeenvolging van complicaties en de overeenkomstige vermenigvuldiging van voormelde percentages ertoe leiden dat sprake is van een incidentiegraad van slechts 3,9% voor een lekkage van hersenvocht ($((8\%+18\%)/2 \times 30,5\% = 3,9\%)$) en van een incidentiegraad van slechts 0,546% voor de plaatsing van een derivatie zoals onder de vorm van een shunt ($3,9\% \times 14\% = 0,546\%$), hetgeen dermate lage percentages zijn dat volgens haar wel degelijk sprake is van een onvoorzienbare complicatie.

Terecht brengt het FMO hier evenwel tegen in dat de door de deskundigen aangehaalde percentages met deze berekening verkeerd worden toegepast. De deskundigen lijken in hun verslag inderdaad op ongelukkige wijze aan te geven dat de betreffende percentages steeds moeten worden toegepast op de voormelde subcategorie (“*van deze complicaties...*”), doch uit de literatuur waar de deskundigen naar verwijzen en die het FMO citeert in zijn conclusies (p. 25-26) blijkt dat de betreffende percentages steeds moeten worden toegepast op het totaal van de onderzochte patiënten die een ingreep zoals de ingreep bij ... hebben ondergaan. Van alle 59 patiënten die dergelijke ingreep hebben ondergaan en die door de betreffende studie werden onderzocht, blijken er 18 patiënten (of 30,5%) te kampen te hebben gehad met complicaties gerelateerd aan hersenvocht, waarvan er 11 patiënten (of 18,6% van alle patiënten) nood hadden aan een interventie en waarvan er 3 patiënten (of 5,1% van alle patiënten) nood hadden aan een permanente derivatie.

Op voormelde berekening van de raadsarts van ... antwoorden ook de deskundigen met de stelling dat de ernstige complicaties die zij ontwikkeld heeft volgens de literatuurgegevens “*goed gekend en vrij frequent*” zijn (verslag p. 29).

Besluitend kan worden gesteld dat uit deze studie, die als dusdanig door ... niet wordt betwist, blijkt dat 5,1% van de patiënten die een ingreep zoals de ingreep bij ... hebben ondergaan, een derivatie of shunt dient geplaatst te worden als gevolg van een complicatie gerelateerd aan hersenvocht. De noodzaak tot plaatsing van een shunt kan op zich dan ook niet als een onvoorzienbare complicatie worden beschouwd.

Bij dit alles stelt de rechtbank wel vast dat de deskundigen op de vlakte blijven, en bijvoorbeeld geen literatuurverwijzingen opnemen, aangaande de precieze rol en de incidentiegraad van de bacteriële infectie, die naar hun bewoordingen *“in een tweede tijd”* is opgetreden en klaarblijkelijk los moet worden gezien van de noodzaak tot plaatsing van een shunt. Uit de hierboven geciteerde passage van hun verslag (p. 15) blijkt evenwel duidelijk dat zij deze infectie mee in rekening hebben genomen om alsnog te besluiten tot een voorzienbare complicatie. ... en haar raadsarts beperken er zich evenzeer toe te stellen dat bij voormelde incidentiegraden nog geen rekening wordt gehouden met de incidentie van de meningo-encefalitis, doch deze enkele stelling kan niet volstaan als bewijs dat een dergelijke bacteriële infectie op zichzelf een onvoorzienbare complicatie uitmaakt, in weerwil van het besluit van de deskundigen.

Het bewijs van een onvoorzienbare complicatie wordt niet geleverd.

Nu vaststaat dat de complicatie, bestaande uit een lekkage van hersenvocht met een infectie van het hersenvocht en een meningo-encefalitis tot gevolg, niet onvoorzienbaar was, stelt zich nog de vraag of de uiteindelijk opgelopen schade van ... disproportioneel is ten opzichte van deze complicatie.

In dit verband antwoorden de FMO-deskundigen in hun verslag als volgt op de vraag om advies te geven *“over het disproportionele karakter van de schade door aan te geven of de schadelijke gevolgen al dan niet disproportioneel zijn ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij dergelijke complicaties”* (p. 15):

“Het optreden postoperatief van een bacteriële meningo-encefalitis is een ernstige complicatie met hoge mortaliteit (10-20% bij volwassenen), ondanks adequate antibiotische therapie in hospitaalmiddelen. Zoals hierboven beschreven zijn er veel verwickelingen, zoals ook het geval is bij mevrouw

Eenmaal de complicaties opgetreden zijn is de blijvende schade niet disproportioneel ten opzichte van de gevolgen die normaal mogen worden verwacht bij dergelijke complicaties”.

Verder wijzen de deskundigen nog *“op de hoge mortaliteit van 50% bij het optreden van meningo-encefalitis als postoperatieve complicatie”* (p. 27 verslag).

... stelt weliswaar in conclusies dat de opeenstapeling van complicaties heeft geleid tot disproportionele schade, doch zij voert geen concrete argumenten aan die voormeld besluit van de deskundigen weerlegt en die haar standpunt ondersteunen. Het gegeven dat de schade ernstig is, al dan niet in de zin van artikel 5 WMO, volstaat niet om aan te nemen dat de schade ook disproportioneel is ten opzichte van de opgetreden complicatie.

Ook hier ziet de rechtbank dan ook geen reden om af te wijken van het advies van de deskundigen.

Het bestaan van abnormale schade en dus van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid in de zin van artikel 2, 7°, WMO wordt niet aangetoond.

4.13.

De rechtbank besluit dat ook de vordering van ... lastens het FMO gesteund op een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid ongegrond is.

...

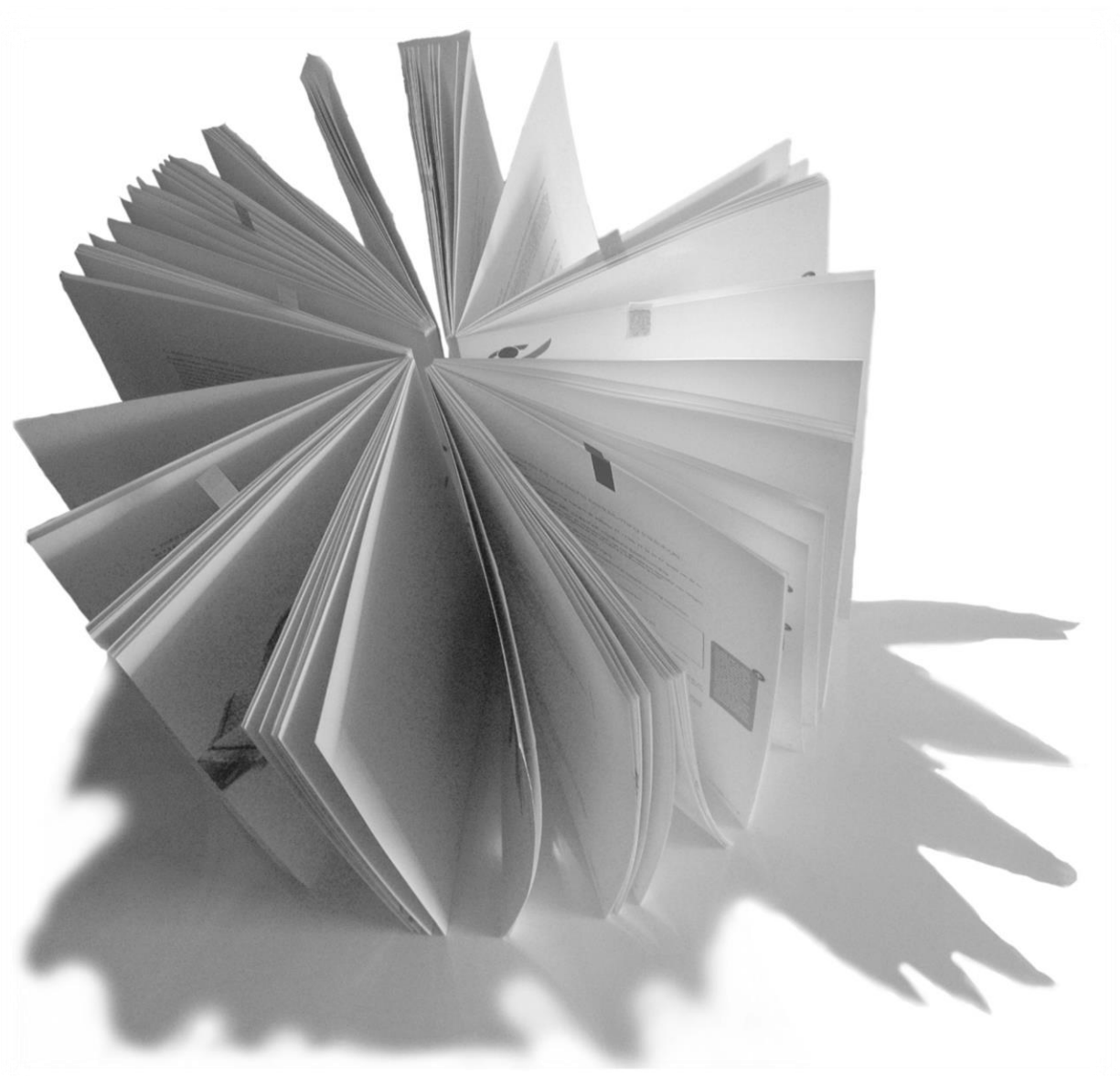
**OM DEZE REDENEN
DE RECHTBANK**

Spreekt recht in eerste aanleg en op tegenspraak,

Verklaart de vorderingen van ... lastens dr. ... en lastens het FMO ontvankelijk doch ongegrond,

...

3^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Nombre de malades de longue durée

Maladie de longue durée - Durée moyenne - Nombre de malades sous contrat de travail

Question n° 243 posée le 26 mai 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP¹

Nous avons lu votre note de politique générale et soutenons votre volonté de réduire le nombre de malades de longue durée. Toutefois, la note ne mentionne pas de chiffres sur la durée moyenne des maladies de longue durée, ni sur le nombre de malades de longue durée disposant encore d'un contrat de travail actif.

Ces données nous semblent essentielles afin de pouvoir formuler une politique efficace en matière de maladies de longue durée.

1. Disposez-vous de chiffres sur la durée moyenne des maladies de longue durée ? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous les communiquer ?
2. Combien de malades de longue durée disposent-ils encore d'un contrat de travail ?

Réponse

Vous trouverez ci-dessous les réponses à vos questions pour l'exercice 2023. Pour cette année, les statistiques définitives concernant le nombre de personnes en invalidité de longue durée ne sont pas encore disponibles. Les chiffres pour l'année de service 2023 sont donc provisoires.

1. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous le nombre de sorties d'invalidité, ventilé par durée d'invalidité, tant pour le régime des travailleurs salariés que celui des indépendants. La première année d'invalidité, la période d'incapacité primaire, n'est pas prise en compte.

Pour déterminer la durée d'une période d'invalidité, celle-ci doit être clôturée. Par conséquent, seuls les cas pour lesquels la période d'invalidité est terminée sont pris en compte pour calculer la durée d'invalidité. Il s'agit donc du nombre de bénéficiaires dont la reconnaissance médicale d'invalidité a pris fin au cours de l'année 2023.

Nombre de sorties d'invalidité par durée en invalidité et par régime – 2023 :

Durée invalidité	Salariés	Indépendants	Total
< 1 an	18.967	1203	20.170
>= 1 an- et < 2 ans	8.166	591	8.757
>= 2 ans- et < 3 ans	4.918	434	5.352
>= 3 ans- et < 4 ans	3.648	375	4.023
>= 4 ans- et < 5 ans	2.929	257	3.186
>= 5 ans- et < 10 ans	9.650	924	10.574
>= 10 ans	11.822	739	12.561
Total	60.100	4.523	64.623

1. Bulletin n° 023, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 102.

2. Actuellement, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ne dispose pas de moyen permettant de déterminer le nombre de malades de longue durée encore sous contrat de travail. L'INAMI travaille actuellement à l'élaboration d'une base juridique qui permettra, à l'avenir, de déterminer ce nombre. En attendant l'enrichissement de ces données, il peut être indiqué qu'au 31 décembre 2023, 78.752 personnes atteintes d'une maladie de longue durée dans le régime des travailleurs salariés disposaient de l'accord du médecin-conseil pour une reprise du travail autorisée. Cela correspond à 15,95 % du nombre total de personnes en maladie de longue durée au 31 décembre 2023. Ces 78.752 personnes sont donc actives à temps partiel sur le marché du travail dans le cadre de la politique de réinsertion.

II. Santé bucco-dentaire des personnes handicapées

Personnes à besoins particuliers - Honoraire complémentaire - Plan d'action "santé bucco-dentaire"

Question n° 250 posée le 28 mai 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante GIJBELS¹

Dans le cadre de la Journée mondiale de la santé, organisée le 7 avril dernier, je souhaite attirer l'attention sur un problème important souvent ignoré : la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a souligné à plusieurs reprises que les personnes handicapées présentent un risque accru de problèmes de santé et notamment d'une mauvaise santé bucco-dentaire. En Belgique, ce groupe de personnes a souvent un accès insuffisant à des soins bucco-dentaires spécialisés, ce qui nuit à leur santé globale et à leur qualité de vie.

Les personnes en situation de handicap ont souvent des besoins spécifiques en matière de soins, qui ne sont pas toujours suffisamment reconnus dans le cadre des soins bucco-dentaires généraux. Il est important non seulement de créer un accès plus large aux soins bucco-dentaires, mais également de développer des stratégies de soins spécifiques qui répondent aux besoins uniques de ce groupe vulnérable. Une approche faite sur mesure, combinant efficacement la prévention et le traitement, est essentielle pour garantir à ces personnes l'égalité d'accès aux soins et leur permettre ainsi d'améliorer leur santé et leur qualité de vie.

1. Le gouvernement a-t-il déjà pris des initiatives concrètes pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ? Si ce n'est pas encore le cas, avez-vous l'intention de prendre de telles initiatives ? Dans l'affirmative, quelles mesures vous paraissent appropriées ?
2. Selon vous, quel rôle revient aux hygiénistes bucco-dentaires dans le cadre des soins aux personnes en situation de handicap ? Êtes-vous disposé à veiller, dans le cadre de la réforme de la nomenclature, à ce que les hygiénistes bucco-dentaires disposent d'un éventail plus large de possibilités en termes de prestations qu'ils peuvent effectuer ?
3. Quelles mesures sont prises pour favoriser la coopération entre les praticiens de l'art dentaire, les hygiénistes bucco-dentaires et les autres professionnels des soins (tels que les médecins et les ergothérapeutes), afin d'améliorer l'intégration des soins aux personnes en situation de handicap et de permettre l'administration à ces dernières de soins plus personnalisés ?
4. Comment le gouvernement cherche-t-il à sensibiliser davantage au lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale ? Les soins bucco-dentaires préventifs seront-ils intégrés à cette approche ?

1. Bulletin n° 019, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 186.

Réponse

En réponse aux points 1 et 2, je peux vous informer que la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) se penche sur cette problématique depuis des années. La définition utilisée par la CNDM est plus large que la notion de handicap et fait référence aux "personnes à besoins particuliers". Cette notion a été définie à la suite du projet pilote "Soins bucco-dentaires pour les personnes à besoins particuliers" qui s'est tenu en 2009-2010, et de l'"Étude de faisabilité Soins bucco-dentaires pour les personnes à besoins particuliers" de 2014. À la suite de ce projet pilote et de cette étude de faisabilité, un honoraire complémentaire a été introduit en 2015 pour certains soins réalisés auprès de personnes à besoins particuliers.

Les personnes à besoins particuliers sont définies comme des personnes qui présentent un handicap physique, sensoriel et/ou mental, ainsi que les personnes âgées vulnérables. Le prestataire de soins peut attester un honoraire complémentaire pour certains soins dont la réalisation prend plus de temps en raison d'un handicap ou d'une limitation fonctionnelle permanente de nature physique ou mentale chez le patient. Invoquer une de ces conditions d'intervention relève de la responsabilité du prestataire de soins de santé et son utilisation doit être motivée dans le dossier du patient.

Actuellement, cet honoraire complémentaire est de 29,50 EUR (après revalorisation au 01.01.2024) et il n'y a pas d'intervention personnelle. Cet honoraire complémentaire est limité à deux par jour par patient. En plus des honoraires, un montant de 29,50 EUR peut donc être attesté maximum deux fois par patient par jour, quel que soit le nombre de séances ou les codes de nomenclature. Le prestataire de soins peut attester cet honoraire complémentaire pour une liste de soins dentaires dont certains soins conservateurs et extractions et, depuis juillet 2024, également pour certains actes préventifs.

Les hygiénistes bucco-dentaires qui ont déjà accès aux codes de nomenclature pour le détartrage et le nettoyage prophylactique chez des handicapés physiques ou mentaux, ont également accès aux codes de supplément d'honoraires pour personnes à besoins particuliers.

Ajout au point 2 par le SPF

L'agrément d'une nouvelle profession paramédicale (depuis 2018), à savoir les hygiénistes bucco-dentaires, est une étape importante pour la santé bucco-dentaire qui vise à améliorer l'accès à des soins bucco-dentaires préventifs de qualité.

L'examen buccal est un acte indépendant pour ces professionnels, tout comme le nettoyage professionnel (y compris l'élimination de la plaque dentaire) des dents naturelles et des dispositifs dentaires de remplacement et de régulation, à l'aide d'instruments et de matériaux spécifiques (autres que ceux destinés à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne). L'hygiéniste bucco-dentaire peut donc effectuer ces actes préventifs essentiels sous sa propre responsabilité. Ce professionnel est également compétent pour instruire les patients et leur donner tous les conseils préventifs importants. Les hygiénistes bucco-dentaires sont notamment formés aux soins bucco-dentaires destinés à des groupes cibles spécifiques.

En réponse aux points 3 et 4, je peux vous communiquer que depuis la sixième réforme de l'État, certaines compétences ont été partagées avec les entités fédérées. C'est particulièrement le cas pour la prévention bucco-dentaire. Les entités fédérées sont responsables de la promotion et de la prévention bucco-dentaires collectives, tandis que l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) travaille sur les soins préventifs. Le gouvernement est pleinement conscient de l'importance de la santé bucco-dentaire comme élément de la santé générale. Je soutiens le plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire 2023-2030 de l'Organisation mondiale de la Santé et la Déclaration de Bangkok, qui soulignent l'importance de politiques efficaces pour améliorer la santé bucco-dentaire de la population : "pas de santé sans santé bucco-dentaire".

Pour améliorer la santé bucco-dentaire de la population belge d'ici 2030, l'INAMI développera un plan d'action "santé bucco-dentaire" avec mon soutien, et nous allons inviter les entités fédérées à participer à ce plan d'action afin d'améliorer la coordination et l'efficacité des politiques de santé bucco-dentaire. Le but de ce plan est de mettre en place des actions communes pour atteindre les objectifs de soins de santé à l'horizon 2030. Une attention particulière sera accordée à une meilleure collaboration entre les différents prestataires de soins de santé impliqués dans la santé bucco-dentaire.

III. Exercice d'une activité bénévole par une personne en incapacité de travail

Nombre de personnes en incapacité de travail exerçant une activité bénévole, ventilé par année, par pathologie et par région

Question n° 267 posée le 5 juin 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DEMESMAEKER¹

Un travailleur en incapacité de travail peut exercer une activité bénévole compatible avec son état de santé, sans mettre un terme à son incapacité de travail. Il appartient au médecin-conseil de la mutualité de constater la compatibilité de l'activité bénévole avec son état de santé général.

Toutefois, la personne en incapacité de travail ne doit pas demander d'autorisation pour exercer une activité bénévole. En revanche, le médecin-conseil de sa mutualité doit constater la compatibilité de l'activité bénévole avec son état de santé général.

Dans le cas de maladies psychiques (burn-out, dépression, etc.), le bénévolat peut certainement contribuer à soutenir le processus de guérison.

Pourriez-vous me fournir les données suivantes, ventilées par année, pour ces trois dernières années :

1. Le nombre de personnes en incapacité de travail exerçant une activité bénévole, ventilé par année, par pathologie et par région;
2. Le nombre de personnes en incapacité de travail dépassant l'indemnité de bénévolat maximale autorisée, en utilisant la même ventilation ?

Réponse

1. Les données ci-dessous concernent la période 2020-2023. Les données pour l'année 2024 ne sont pas encore disponibles.

Les tableaux 1 à 3 ci-dessous indiquent le nombre de titulaires ayant commencé une activité volontaire et pour lesquels le médecin conseil a déterminé que cette activité est compatible avec l'état de santé général du titulaire, en commun pour le régime général et pour le régime des indépendants.

Il est nécessaire de noter que les données ci-dessous ne peuvent donner qu'une image partielle du nombre de titulaires qui ont commencé une activité volontaire pendant la période d'incapacité de travail. En effet, pour exercer un travail volontaire, il n'est pas nécessaire que les titulaires en incapacité de travail obtiennent l'autorisation du médecin conseil avant de reprendre l'activité. De ce fait, certains titulaires qui ont repris une activité volontaire peuvent ne pas figurer dans les statistiques ci-dessous.

1. Bulletin n° 023, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 114.

Veillez trouver dans les tableaux 1 et 2 ci-dessous le nombre de titulaires ayant commencé une activité autorisée à temps partiel en tant que volontaire respectivement pendant la période d'incapacité de travail primaire et la période d'incapacité de travail de longue durée, ventilés par région. La région est déterminée sur la base du lieu de domiciliation du titulaire. La rubrique "Étranger" indique que le titulaire est domicilié à l'étranger.

Nombre de titulaires ayant commencé une activité autorisée à temps partiel en tant que volontaire pendant la période d'incapacité de travail primaire, ventilé par région - période 2020 - 2023:

Région	2020	2021	2022	2023
Bruxelles	43	65	58	94
Flandre	834	1.199	1.473	1.709
Wallonie	152	222	270	333
Étranger	9	19	27	22
Total	1.038	1.505	1.828	2.158

Nombre de titulaires ayant commencé une activité autorisée à temps partiel en tant que volontaire pendant la période d'incapacité de travail de longue durée, ventilé par région - période 2020 – 2023 :

Région	2020	2021	2022	2023
Bruxelles	147	264	345	337
Flandre	3.602	5.117	5.746	6.456
Wallonie	633	884	1.083	1.246
Étranger	41	78	92	94
Total	4.423	6.343	7.266	8.133

Veillez trouver dans le tableau 3 ci-dessous le nombre de titulaires ayant commencé une activité autorisée à temps partiel en tant que volontaire, ventilé suivant les six principaux groupes de maladies. Les autres groupes de maladies sont regroupés dans une catégorie "autres". Ces données ne concernent que les titulaires en période d'incapacité de travail de longue durée. Pour la période d'incapacité primaire, nous ne disposons pas des informations concernant le groupe de maladies.

Nombre de titulaires ayant commencé une activité autorisée à temps partiel en tant que volontaire pendant la période d'incapacité de travail de longue durée, ventilé selon six principaux groupes de maladies - période 2020 - 2023:

	2020	2021	2022	2023
Tumeurs	162	288	296	320
Troubles psychiques	2.530	3.576	4.016	4.449
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	243	335	421	417
Maladies du système cardiovasculaire	117	146	189	219
Maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif	968	1.335	1.623	1.908
Lésions traumatiques et intoxications	103	186	188	223
Autres	300	477	533	597
Total	4.423	6.343	7.266	8.133

2. En ce qui concerne le nombre de titulaires en incapacité de travail qui dépassent la rémunération maximale autorisée pour le travail volontaire, nous ne disposons pas des informations nécessaires pour répondre à cette question.

IV. La combinaison d'une incapacité de travail avec un mandat politique

Mandat politique – Activité – Autorisation – Cumul indemnités et revenus

Question n° 269 posée le 5 juin 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DEMESMAEKER¹

En Belgique, les acteurs politiques n'exercent pas tous leur mandat à temps plein; certains l'exercent parallèlement à une profession à titre de travailleur salarié, d'indépendant ou de fonctionnaire.

1. Une personne en incapacité de travail peut-elle :
 - poursuivre son mandat en tant que membre d'un conseil communal ?
 - continuer à exercer sa fonction de membre d'un collège communal ?
2. Quelles sont les règles en la matière et qui en assure le contrôle ?
3. Combien de personnes en incapacité de travail de longue durée ont-elles exercé un mandat politique au cours des trois années écoulées ? Combien ont assumé ce mandat en tant que membre d'un conseil communal, combien en tant que bourgmestre et combien en tant qu'échevin ? Je voudrais une ventilation par région.

Réponse

1. Pour être reconnu en incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités, il est nécessaire que l'assuré social cesse toute activité (voir les conditions énoncées à l'art. 100, § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994). Cette notion d'activité est très large selon la jurisprudence. Ainsi, la Cour de cassation a déclaré, dans un arrêt du 18 mai 1992, qu'il fallait entendre par "travail" toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales, et ce, même si elle est accomplie sans rémunération au titre de service d'amis.

- a) L'exercice d'un mandat politique constitue donc également une activité qui doit être arrêtée pour être reconnu en incapacité de travail.
- b) Pendant la période de reconnaissance de l'incapacité de travail, il est toutefois possible d'exercer une activité (comme exercer un mandat politique) avec l'autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur.

2. Pour reprendre l'exercice du mandat politique pendant la période de l'incapacité de travail reconnue, l'assuré social concerné doit informer l'organisme assureur et demander l'autorisation du médecin-conseil au plus tard le dernier jour ouvrable avant la reprise.

Le médecin-conseil ne peut accorder l'autorisation que si l'assuré social concerné conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical et si l'activité est compatible avec son état de santé.

1. Bulletin n° 024, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 199.

L'organisme assureur et le Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sont habilités à effectuer les contrôles nécessaires.

3. Dans le cadre d'une activité autorisée pendant la période d'incapacité de travail, un titulaire peut cumuler ses indemnités, sans réduction, avec les revenus issus :

- d'un mandat de conseiller communal
- d'un mandat de membre du conseil d'un centre public d'action sociale, à l'exclusion du mandat de président de ce conseil
- d'une fonction de juge social, de juge consulaire ou de conseiller social.

Ces titulaires ne relèvent pas du champ d'application de l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui précise les règles de cumul entre les revenus issus d'une activité autorisée et les indemnités d'incapacité de travail.

Le tableau ci-dessous indique, pour cette catégorie, le nombre de titulaires en incapacité de travail de longue durée disposant d'une autorisation en cours au 31 décembre, pour la période 2020-2022, en regroupant les salariés et les indépendants. Les chiffres sont ensuite ventilés par région. La région est déterminée sur la base du lieu de résidence du titulaire.

Nombre de titulaires invalides disposant d'une autorisation en cours au 31 décembre - 2020-2022 - par région - Titulaires ne relevant pas du champ d'application de l'article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996:

Nombre de titulaires	2020	2021	2022
Bruxelles	12	14	12
Flandre	127	76	82
Wallonie	73	53	64
Total	212	143	158

Au total, 158 titulaires en incapacité de travail de longue durée disposaient d'une autorisation en cours au 31 décembre 2022 pour exercer une activité ne relevant pas du champ d'application de l'article 230. Il n'est toutefois pas possible d'identifier, au sein de ce total, le nombre de titulaires exerçant une activité autorisée en tant que conseiller communal.

Un titulaire qui souhaite exercer, pendant sa période d'incapacité de travail, une activité à temps partiel en tant qu'échevin ou bourgmestre doit en faire la demande auprès du médecin-conseil, soit en tant que travailleur salarié rémunéré, soit en tant qu'indépendant rémunéré. Toutefois, nous ne disposons pas des informations nécessaires pour identifier séparément les titulaires exerçant une telle activité.

V. Les inégalités sociales de santé et d'invalidité mises en évidence par la Mutualité chrétienne

Réduction des inégalités de santé – Prévention – Réintégration - Accessibilité des soins - Renforcement de la première ligne de soins

Question n° 313 posée le 25 juin 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante THÉMONT¹

Une étude de la Mutualité chrétienne relayée par *Le Soir* dresse un constat implacable : en Belgique, en 2022, le risque de mourir ou de sombrer dans l'invalidité dépend encore fortement de l'endroit où l'on vit et donc, de son niveau de vie.

Les chiffres sont sans appel : la mortalité est deux fois plus élevée dans les quartiers les plus pauvres que dans les plus riches (1,4 % contre 0,7 %). Le taux d'invalidité y est deux fois et demie plus élevé (16 % contre 6 %). Depuis 2009, le nombre de personnes en incapacité de travail a bondi de 43 %, voire davantage dans certaines catégories de revenus.

Les principales causes d'invalidité aujourd'hui ne sont ni les cancers ni les maladies rares, mais des troubles musculosquelettiques et mentaux, liés directement aux conditions de travail.

Ces données témoignent d'un échec collectif à enrayer la fracture sanitaire et sociale. Elles interpellent aussi quant à l'efficacité des politiques de prévention, d'accès aux soins, et de soutien aux travailleurs en difficulté.

1. Quels objectifs chiffrés le gouvernement entend-il se fixer pour réduire l'écart de mortalité entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches ? À quelle échéance ?
2. Allez-vous lancer une campagne nationale de prévention ciblée dans les quartiers populaires, accompagnée d'un renforcement des soins de première ligne et des maisons médicales ? Avec quel financement ?

Réponse

1. La réduction des inégalités de santé, et notamment de l'écart de mortalité entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches, est une priorité transversale de notre politique de santé. Plutôt que de nous limiter à un seul indicateur chiffré, nous avons choisi de mettre en place une stratégie cohérente et intégrée qui s'articule autour de trois axes complémentaires :

1° Éviter que les personnes ne tombent malades.

La prévention est au coeur de notre action, tant en matière de santé générale que de prévention des risques liés au travail. Les campagnes sont mises en place par les parties prenantes concernées, avec le soutien des pouvoirs publics. Il s'agit par exemple d'actions visant à réduire le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, ainsi qu'à prévenir les troubles musculosquelettiques et les problèmes de santé mentale liés aux conditions de travail.

1. Bulletin n° 024, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 212.

Dans ce cadre, nous renforçons également l'accessibilité des soins de santé mentale de première ligne, en particulier grâce au rôle accru des psychologues de première ligne.

2° Éviter que les personnes qui tombent malades ne soient contraintes de quitter le marché du travail.

La prévention en entreprise relève principalement de la compétence de mon collègue, le ministre Clarinval. Toutefois, une collaboration étroite est organisée entre nos cellules stratégiques respectives afin de garantir la cohérence des actions et de renforcer les initiatives de santé au travail qui permettent de maintenir les travailleurs dans l'emploi, même en cas de problèmes de santé.

3° Assurer que les personnes qui ont dû interrompre leur activité professionnelle puissent retourner au travail le plus rapidement possible.

Nous développons le rôle des coordinateurs "Retour au travail" et investissons dans un accompagnement personnalisé, afin de faciliter une réintégration adaptée aux capacités de chacun. Dans ce cadre, plusieurs priorités figurant dans l'accord de gouvernement sont mises en œuvre :

- le déploiement de la plateforme *TRIO*, qui doit renforcer la communication entre les différents médecins concernés
- une implication accrue du secteur des médecins traitants, afin d'assurer une meilleure continuité des soins et de l'accompagnement
- une collaboration systématiquement renforcée avec les services régionaux de l'emploi, afin de créer davantage de passerelles entre le système de santé et le marché du travail
- enfin, un accent particulier sur les reprises partielles du travail, qui constituent un levier essentiel pour permettre une réintégration progressive et durable.

Nous agissons toujours à partir de la conviction que le travail contribue au rétablissement des personnes ayant des problèmes de santé. Les personnes qui travaillent malgré des problèmes de santé se sentent généralement mieux que celles qui connaissent les mêmes problèmes mais ne travaillent pas. Car le travail est bien plus qu'un revenu : il donne un sens, un rythme et une place dans la société.

Notre objectif chiffré est de réduire progressivement l'écart d'espérance de vie en bonne santé entre groupes socio-économiques, et ce conformément aux indicateurs de santé publique suivis au niveau fédéral et communautaire. Une première évaluation intermédiaire est prévue à l'horizon 2028, avec l'ambition de dégager une tendance claire à la réduction des écarts d'ici 2030, en cohérence avec les objectifs européens de réduction des inégalités de santé.

2. En 2025, une Commission pour la fixation des objectifs de soins de santé a été mise sur pied. Cette dernière a rendu son premier rapport en mai au Conseil général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui, sur cette base, a fixé les priorités pour la législature. Parmi ces priorités figurent l'accessibilité des soins, la prévention et le renforcement de la première ligne de soins. La Commission pour la fixation des objectifs de soins de santé doit maintenant poursuivre son travail et fixer des objectifs SMART (spécifique; mesurable; ambitieux; réaliste; temporel) pour chacune de ces priorités. Des groupes d'experts ont été créés à cet effet. Un rapport est attendu au premier semestre 2026.

VI. Congé parental d'accueil

Nombre de congé parental d'accueil, ventilé selon la durée du congé et le genre - Régime salarié - Régime indépendant

Question n° 316 posée le 25 juin 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante LANJRI¹

Les parents d'accueil peuvent prendre un congé parental d'accueil, qui est aujourd'hui de six semaines par parent d'accueil (hormis pour les enfants handicapés et en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants mineurs) et qui sera encore augmenté de cinq semaines supplémentaires (pour les deux parents conjointement) à partir de janvier 2027. Je vous ai demandé en mars 2025 de me fournir le nombre de cas de congé parental d'accueil. Dans votre réponse, vous n'avez indiqué que les cas pour lesquels le congé parental d'accueil a débuté dans le courant de l'année de service 2022 (question n° 126 du 21.03.2025, *Questions et réponses*, Chambre, 2024-2025, n° 12).

Je souhaiterais à présent vous poser la même question, mais en ce qui concerne les cas pour lesquels le congé parental d'accueil a débuté dans le courant de l'année de service 2023. Je suis consciente du fait que vous aviez fait observer dans votre réponse précédente que vous ne possédiez pas encore de données relatives aux congés ayant débuté fin 2023 et s'étant achevés dans le courant de 2024, mais voudriez-vous au moins communiquer les chiffres provisoires relatifs au nombre de personnes qui ont pris un congé parental d'accueil en 2023 ?

Pouvez-vous fournir pour 2023 le nombre de cas de congé parental d'accueil, ventilés selon la durée du congé et selon le sexe, pour le régime des travailleurs salariés et le régime des travailleurs indépendants?

Réponse

Les tableaux 1 et 2 ci-dessous présentent le nombre de cas de congé parental d'accueil, ventilé selon la durée du congé et le genre, pour le régime salarié et le régime indépendant.

Pour les situations où le congé est étalé sur les années 2023 et 2024, le nombre total de jours relatifs à ce congé est comptabilisé dans l'année au cours de laquelle l'accueil de l'enfant ouvrant le droit au congé a eu lieu, à savoir 2023.

1. Nombre de cas de congé parental d'accueil, ventilés par durée du congé et par sexe pour le régime général :

2023	Nombre de semaines du congé parental d'accueil														Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Hommes	1	6	6	11	8	37	10	10	23		2			1	115
Femmes	1	5	5	4	12	37	7	16	56	1	6			2	152
TOTAL	2	11	11	15	20	74	17	26	79	1	8	0	0	3	267

1. Bulletin n° 023, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 139.

2. Nombre de cas de congé parental d'accueil, ventilés par durée du congé et par sexe pour le régime des indépendants :

2023	Nombre de semaines du congé parental d'accueil											Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
Hommes			1	2	2	2	4		1	1			13
Femmes	1	1			3	2	3	2		3		1	16
TOTAL	1	2	2	2	5	4	7	2	1	4	0	1	29

Afin de vous aider à interpréter correctement ces tableaux, je souhaite apporter les précisions suivantes concernant le congé parental d'accueil :

- la durée de base du congé parental d'accueil est de maximum six semaines par titulaire
- trois semaines supplémentaires ont été accordées au 1^{er} janvier 2023 dans le cadre du renforcement progressif du congé parental d'accueil. Si deux parents accueillent un même enfant, ces trois semaines supplémentaires peuvent être réparties entre ces deux parents. Dans ce cas, la durée maximum pour les deux parents réunis est de 15 semaines (6+6+3). Ce congé a à nouveau été renforcé d'une semaine supplémentaire au 1^{er} janvier 2025 mais ce renforcement concerne uniquement les cas dont le congé a débuté au plus tôt à cette date. Les effets de cette mesure ne sont donc pas encore visibles pour les congés ayant pris cours en 2023 :
- ce congé peut être doublé si l'enfant est atteint d'un handicap
- ce congé peut être prolongé de deux semaines par parent en cas d'accueil simultané de plusieurs enfants
- les tableaux repris ci-dessus reprennent uniquement les cas pour qui le congé parental d'accueil a débuté dans le courant de l'année 2023. Pour les congés qui ont débuté fin 2023 et qui se sont terminés début 2024, il a été tenu compte des jours indemnisés en 2023 et en 2024.

VII. Procédures de recours contre des décisions prises par le médecin-conseil

Nombre de recours introduits - Nombre de jugements prononcés – Suivi ou pas de l'avis du médecin-conseil - Durée d'un dossier devant le tribunal du travail

Question n° 340 posée le 8 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP¹

Le médecin-conseil de la mutualité joue un rôle-clé dans l'évaluation de l'incapacité de travail. Lorsqu'un travailleur n'est pas d'accord avec la décision que celui-ci a prise, il peut introduire un recours auprès du tribunal du travail.

1. À combien de reprises en 2022, 2023 et 2024 un travailleur a-t-il introduit un recours auprès du tribunal du travail contre une décision prise par un médecin-conseil ?
2. À quelle fréquence le tribunal du travail a-t-il suivi l'avis du médecin-conseil ?
3. À quelle fréquence l'avis du médecin-conseil n'a-t-il pas été suivi ?
4. Quel est le délai moyen qui s'écoule entre l'introduction du recours et la décision du tribunal ?

Réponse

1. Le tableau ci-dessous indique le nombre de recours introduits contre une décision du médecin-conseil, par année.

2022	2023	2024	Total
3474	3963	4885	12322

2 et 3. Le tableau ci-dessous mentionne le nombre de jugements prononcés pour les recours introduits en 2022, 2023 et 2024, le nombre de cas dans lesquels le Tribunal du travail a suivi la décision du médecin-conseil et le nombre de cas dans lesquels l'avis du médecin-conseil n'a pas été suivi. Comme vous le constaterez, le nombre de jugements prononcés diffère du nombre de recours introduits repris au point 1: cela s'explique par le fait que bon nombre de procédures sont toujours en cours devant le tribunal du travail.

Nombre de jugements prononcés	Décision du médecin-conseil confirmée	Décision du médecin-conseil non suivie	Recours partiellement fondé	Renvoi au rôle général-recours sans objet-désistement
6506	4494	1627	61	414

1. Bulletin n° 023, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 139.

4. La durée d'un dossier devant le tribunal du travail, entre l'introduction d'un recours par l'assuré et le prononcé du jugement, dépend de nombreux facteurs, dont notamment :

- le délai entre le dépôt du recours et la première date d'audience, qui est extrêmement variable selon les arrondissements judiciaires
- la désignation d'un expert médical, qui allonge la procédure de plusieurs mois
- dans les cas où l'expertise médicale est défavorable à l'assuré et confirme la décision du médecin-conseil, il arrive que l'assuré ne souhaite pas activer le dossier. Celui-ci peut alors rester inscrit au rôle général pendant plusieurs années.

En fonction de ces facteurs, qui varient d'un dossier à l'autre, le délai de traitement peut donc varier de quelques mois à plusieurs années.

Concernant la durée moyenne entre l'introduction d'un recours et le prononcé du jugement par le tribunal, il est impossible de vous communiquer celle-ci, tous les organismes assureurs ne reprenant pas cette donnée dans leurs statistiques ou ne disposant pas d'une application IT leur permettant de déterminer cette durée.

La durée moyenne d'un dossier "ordinaire" (hors cas particuliers susvisés) est toutefois estimée à 12 ou 13 mois par les organismes assureurs.

VIII. Fit notes

Responsabilisation des médecins - Certificat d'aptitude - Evaluation du potentiel de travail – Option

Question n° 344 posée le 9 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP¹

Nous apprécions votre engagement à réduire le nombre de malades de longue durée dans notre pays. Votre note de politique générale précise que les certificats d'aptitude, ou *fit notes*, deviendront obligatoires, alors que les Mutualités libres l'interprètent comme une possibilité pour les médecins généralistes, et non comme une obligation.

Cette divergence d'interprétation crée une confusion quant à l'application et à la mise en pratique concrète des *fit notes*.

1. Pouvez-vous confirmer explicitement que les *fit notes* deviendront obligatoires pour les médecins généralistes et, dans l'affirmative, de quelle manière seront-ils imposés ?
2. Si les *fit notes* deviennent effectivement obligatoires, quelles mesures prendrez-vous pour veiller à ce que l'ensemble des parties, dont les médecins généralistes et les mutualités, interprètent correctement cette obligation et la respectent ?
3. Dans quelle mesure considérez-vous les *fit notes* comme un moyen de pression pour mettre fin à l'octroi d'allocations aux malades de longue durée ? Si le médecin estime qu'un patient est suffisamment en forme pour accomplir certaines tâches dans le cadre d'un emploi, il est tout de même difficile pour le malade de longue durée de refuser cette forme de reprise partielle du travail, non ?

Réponse

Suite à votre question, je tiens à préciser que le médecin traitant aura la possibilité d'indiquer, via le certificat d'incapacité de travail, ce que le travailleur en incapacité est encore capable de faire pendant la période d'incapacité de travail. Il s'agit donc d'une option (et non d'une obligation) pour le médecin traitant, qui doit pour cela disposer des informations nécessaires (ce qui n'est pas toujours le cas et, si nécessaire, ce médecin peut contacter le conseiller en prévention-médecin du travail à ce sujet).

C'est d'ailleurs ce qui ressort de ma note de politique générale, dont je rappelle ci-dessous le passage pertinent dans le cadre de la "responsabilisation des médecins" : "Dans la première phase de l'incapacité de travail, ce rôle [de médecins traitants] est renforcé. Lors de l'établissement ou de la prolongation d'un certificat médical ou d'un certificat d'incapacité de travail, le médecin traitant étudiera la possibilité d'un travail adapté ou d'un autre travail. Dans certains cas, le certificat médical sera transformé en certificat d'aptitude (*fit note*), dans lequel le médecin pourra éventuellement indiquer ce que le travailleur malade est encore capable de faire pendant la période de maladie".

1. Bulletin n° 024, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 216.

Lors de l'évaluation du potentiel de travail de l'assuré reconnu en incapacité de travail par le médecin-conseil ou le membre de l'équipe multidisciplinaire de la mutualité, à effectuer à intervalles réguliers pendant la période d'incapacité reconnue, il sera tenu compte des informations communiquées par le médecin traitant.

Si l'on estime que l'assuré dispose d'un potentiel de travail suffisant, un renvoi est effectué en vue du démarrage d'un "trajet Retour au Travail". Comme vous le savez, les mesures de responsabilisation existantes applicables aux travailleurs reconnus en incapacité de travail sont renforcées d'une part, et de nouvelles mesures de responsabilisation sont également introduites d'autre part. Celles-ci peuvent, selon le cas, entraîner une retenue accrue sur le montant de l'indemnité ou une cessation de l'octroi de l'indemnité lorsque l'assuré ne respecte pas l'obligation imposée sans justification valable.

IX. Le basculement de demandeurs d'emploi vers les indemnités de maladie

Reconnaissance de l'incapacité de travail – Conditions légales - Impact de la pathologie sur la capacité de gain - Datamining - Mesures de responsabilisation spécifiques

Question n° 354 posée le 14 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DEMESMAEKER¹

Contrairement aux allocations de chômage, les indemnités de maladie ne sont pas limitées dans le temps. En outre, ces dernières sont généralement plus avantageuses financièrement que le revenu d'intégration. Il existe donc un risque qu'un groupe de demandeurs d'emploi tente abusivement de recourir aux indemnités de maladie. Ce risque est d'autant plus réel qu'on sait que les périodes de chômage contrôlé sont assimilées à des jours de travail pour l'octroi du droit à l'indemnité et que l'indemnité d'incapacité de travail est calculée sur la base du dernier salaire journalier brut servant également de base au calcul de l'allocation de chômage.

1. Quelles mesures prendrez-vous pour éviter que des demandeurs d'emploi basculent de manière excessive et/ou abusive vers les indemnités de maladie ?
2. Des directives seront-elles communiquées aux mutualités et au Conseil médical de l'invalidité (CMI) en ce qui concerne la reconnaissance de l'incapacité de travail et de l'invalidité des demandeurs d'emploi ?
3. Les demandeurs d'emploi peuvent-ils bénéficier d'indemnités de maladie au motif d'un épuisement professionnel ?
4. Vous attellerez-vous à instaurer un suivi actif du basculement des demandeurs d'emploi vers les indemnités de maladie ? Dans l'affirmative, quels chiffres feront-ils l'objet d'un suivi ? En 2021, ma collègue Valerie Van Peel n'est pas parvenue à obtenir une réponse à la question visant à connaître le nombre de demande d'indemnités de maladie introduites par des demandeurs d'emploi et que les mutualités rejettent. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité possède-t-il désormais ces chiffres ?
5. Vous semble-t-il souhaitable et faisable de ne plus assimiler à des jours de travail les jours de chômage contrôlé pour le droit aux indemnités de maladie ?
6. Une attention particulière sera-t-elle accordée aux personnes basculant du chômage aux indemnités de maladie dans le cadre des trajets de retour au travail ? Dans l'affirmative, de quelle manière ?

1. Bulletin n° 024, Chambre, session ordinaire 2024-2025, p. 220.

Réponse

Pour pouvoir prétendre à des indemnités d'incapacité de travail, l'assuré doit être reconnu incapable de travailler, et cette reconnaissance n'est possible que si les conditions légales requises sont remplies (e. a., une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner dans les professions que la personne concernée pourrait exercer du fait de sa formation professionnelle ("professions de référence"). Cette reconnaissance de l'incapacité de travail ne résulte pas en elle-même de la simple présence d'une certaine pathologie, mais de l'impact de cette pathologie sur la capacité de gain de l'assuré. Les différentes conditions d'incapacité de travail à remplir sont définies à l'article 100, § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et s'appliquent tant aux assurés liés par un contrat de travail qu'aux assurés non liés par un contrat de travail.

À partir du 1^{er} janvier 2026, il est prévu la création d'une base de données qui stockera les différents certificats électroniques d'incapacité de travail envoyés (dans un premier temps, les certificats envoyés aux organismes assureurs). À partir de cette base de données, il sera notamment possible de faire du *datamining*. Ce *datamining* portera sur tous les certificats électroniques d'incapacité de travail, donc également sur les certificats des assurés qui ne sont pas liés par un contrat de travail.

En application de l'accord de gouvernement, des mesures de responsabilisation spécifiques sont également prévues pour les assurés sans contrat de travail dans le cadre des trajets de retour au travail. Sous réserve de la présence d'un potentiel de travail suffisant, la personne concernée doit:

- s'inscrire, dans les quatorze jours suivant le renvoi, auprès du service ou de l'institution compétent des régions et des communautés participant à la réinsertion socioprofessionnelle en vue d'un accompagnement par ce service ou cette institution
- donner suite à l'invitation du conseiller du service ou de l'institution compétent des régions et des communautés participant à la réinsertion socioprofessionnelle ou d'un partenaire du service précité ou de l'institution précitée pour un moment de contact dans le cadre de sa réintégration.

Une collecte de données plus étendue par mon administration et les organismes assureurs est en cours. Les chiffres actuellement disponibles ne permettent pas de formuler une réponse précise à la question de savoir combien d'indemnités sont refusées par les mutualités aux chômeurs qui en font la demande.

Le tableau ci-dessous fournit des données sur le nombre d'assurés qui ont été reconnus en incapacité de travail au cours de la période 2019-2023, avec une ventilation entre le nombre d' "actifs" et le nombre de "chômeurs".

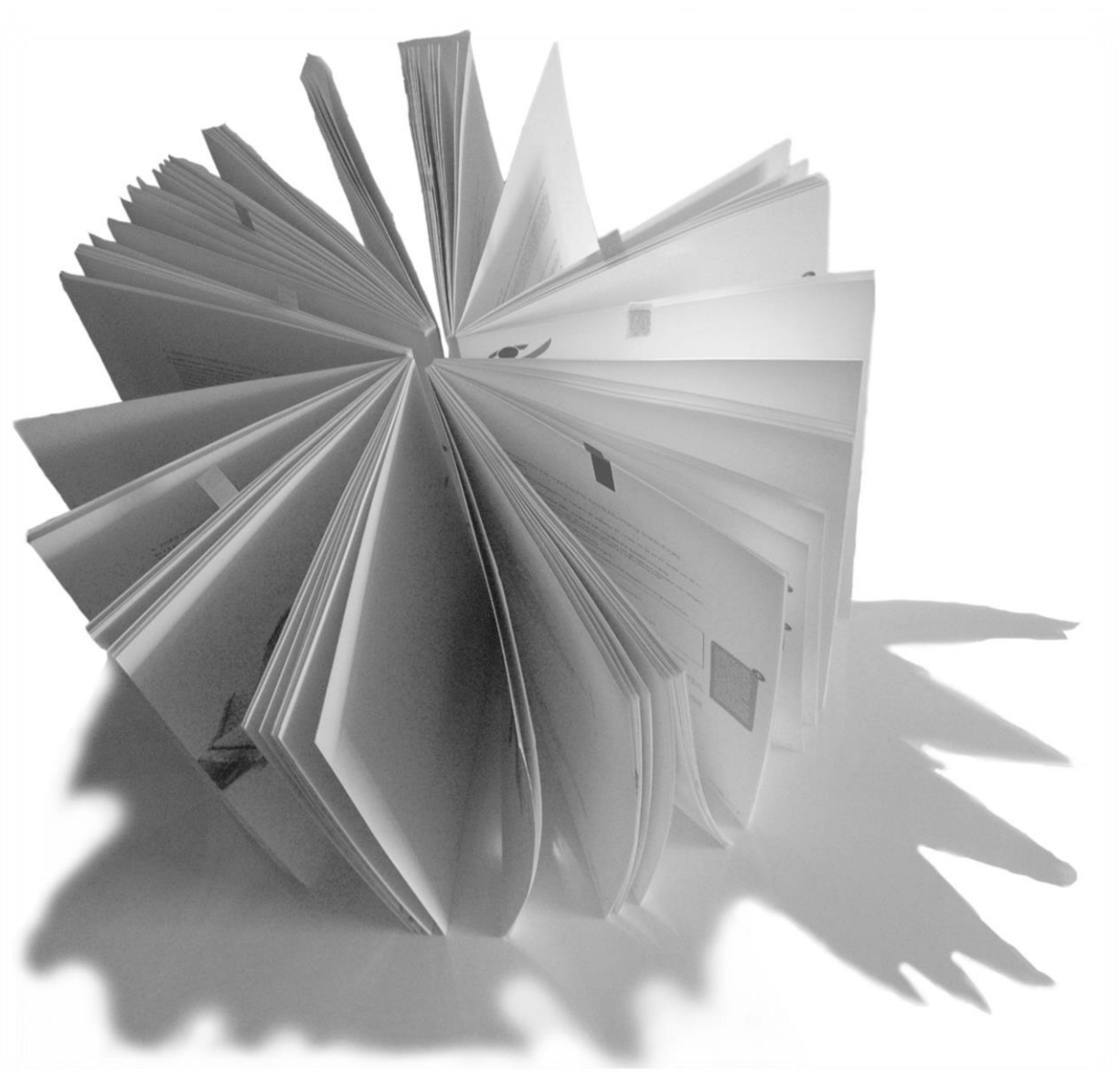
Entrées en ITP	2019	2020	2021	2022	2023
Actif	394.581	404.578	411.772	410.636	410.912
Chômeur	64.057	42.589	42.724	43.417	40.835
Total	458.638	447.167	454.496	454.053	451.747

Entrées en ITP	2019	2020	2021	2022	2023
Actif	86 %	90 %	91 %	90 %	91 %
Chômeur	14 %	10 %	9 %	10 %	9 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Enfin, je ne suis pas favorable à l'idée de ne plus prendre en compte les jours de chômage contrôlé comme des jours assimilés à des jours de travail pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail. Cela signifierait qu'un très grand nombre de chômeurs seraient privés du droit de pouvoir encore demander des indemnités d'incapacité de travail de l'assurance indemnités (secteur de la sécurité sociale) en cas d'incapacité de travail. Une réforme très profonde de l'assurance chômage est déjà prévue, qui restreindra le droit aux allocations de chômage et réduira considérablement le groupe des bénéficiaires aux indemnités en vertu de l'octroi des allocations de chômage (les "titulaires de chômage contrôlé" dans le cadre de l'assurance indemnités). Il n'est pas opportun, pendant la période de chômage indemnisé limitée dans le temps, de priver également ces assurés de leur droit aux indemnités d'incapacité de travail. Nul ne choisit de tomber gravement malade

4^e Partie

Directives de l'INAMI



L'octroi d'une prime de reprise du travail par l'assurance indemnités

I. Introduction

L'article 110/1 de la loi coordonnée¹ prévoit l'octroi d'une prime de reprise de travail de 1.000 EUR à l'employeur auprès duquel un titulaire, qui se trouve en période d'invalidité, reprend², à partir du 1^{er} avril 2023, une activité exercée avec l'autorisation du médecin-conseil. Ce montant est majoré pour atteindre 1.725 EUR à condition qu'aussi bien la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil que la reprise du travail chez l'employeur sur base de cette autorisation commence au plus tôt le 1^{er} janvier 2024.³

Le Roi est chargé, de déterminer, par un arrêté délibéré en Conseil des Ministres⁴, les conditions dans lesquelles cette prime de reprise du travail est accordée. Les conditions d'octroi de la prime de reprise du travail, à charge de l'assurance indemnités, sont ainsi fixées, sous le titre III de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996, dans les articles 245*duodecies* à 245*quaterdecies* (formant le chapitre VI).

L'organisme assureur compétent pour payer cette prime est celui auquel le titulaire est affilié ou inscrit à la fin de la période de travail autorisé, à justifier pour obtenir la prime, fixée à trois mois⁵.

L'employeur ne peut obtenir qu'une seule prime pour le même travailleur⁶.

Cette mesure s'applique également pour un titulaire reconnu invalide dans le cadre de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants. L'article 38/1 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit :

- l'octroi d'une prime de reprise de travail à l'employeur auprès duquel un titulaire reconnu invalide dans le cadre du régime indépendant reprend une activité avec l'autorisation du médecin-conseil (art. 23 ou art. 23*bis* de l'A.R. du 20.07.1971), dans les mêmes conditions que celles prévues pour les employeurs auprès duquel un titulaire reconnu invalide dans le cadre du régime salarié (al. 1^{er})
- le refus de l'octroi de cette dernière prime de reprise de travail si l'employeur ouvre aussi, pour un même titulaire, un droit à une prime de reprise du travail à la suite d'un même travail autorisé effectué avec l'autorisation du médecin-conseil dans le cadre du régime salarié (al. 2).

1. art. 110/1 de la loi coordonnée a été inséré par la loi programme du 26.12.2022 (M.B., 30.12.2022) dans le cadre de la mise en œuvre des décisions prises lors du conclave budgétaire (notifications budgétaires 2023 – 2024).

2. Cette mesure s'applique à la fois aux travailleurs déjà liés par un contrat de travail avec l'employeur au début de l'incapacité de travail et aux nouveaux travailleurs engagés par la suite.

3. Art. 171 et 172 de la loi-programme du 22.12.2023 (M.B., 29.12.2023).

4. L'A.R. du 17.07.2023 (M.B., 31.07.2023).

5. Art. 245*duodecies*, al. 1^{er}, 4^o, et art. 245*quaterdecies*, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996.

6. Art. 245*terdecies* de l'A.R. du 03.07.1996.

Par arrêté royal du 28 septembre 2025 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la prime de reprise du travail, il a été décidé d'ancrer structurellement cette mesure. Ceci signifie que la date de fin initialement prévue est supprimée et que la mesure est dorénavant à durée indéterminée. Il est également stipulé qu'à partir du 1^{er} janvier 2026, la demande d'octroi de la prime de reprise du travail puisse exclusivement être introduite par voie électronique par l'employeur.

II. Conditions générales

2.1. Début de la période couverte par l'autorisation octroyée par le médecin-conseil et de l'activité autorisée

Aussi bien la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil que la reprise du travail chez cet employeur sur base de cette autorisation débutent durant la période d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2023.

Dans ce contexte, il convient de noter que la date de la décision du médecin-conseil n'est pas déterminante et elle peut donc, le cas échéant, se situer avant le début de la période d'invalidité (et avant le 01.04.2023).

➤ *Exemple* : un travailleur est reconnu en incapacité de travail à partir du 1^{er} avril 2022. Le 1^{er} mars 2023, il envoie la demande d'autorisation au médecin-conseil pour reprendre une activité salariée pendant la période d'incapacité de travail avec effet au 3 avril 2023. Le 28 mars 2023, le médecin-conseil accorde à l'assuré l'autorisation de reprendre le travail à partir du 3 avril 2023. Le 3 avril 2023, l'intéressé effectue le premier jour de reprise du travail.

⇒ Le fait que le médecin-conseil ait pris sa décision avant le début de la période d'invalidité (et avant le 01.04.2023) n'affecte pas la possibilité d'ouvrir un droit à la prime de reprise du travail.

Si le travailleur a déjà exercé l'activité en question pendant la période d'incapacité primaire avec l'autorisation du médecin-conseil et a définitivement cessé cette activité pendant la période d'incapacité primaire (ou même pendant la période d'invalidité), l'employeur ouvre également un droit à la prime de reprise du travail si cet assuré reprend la même activité pendant la période d'invalidité sur la base d'une nouvelle autorisation du médecin-conseil à partir du 1^{er} avril 2023.

➤ *Exemple* : un travailleur est reconnu en incapacité de travail à partir du 1^{er} avril 2022. À partir du 1^{er} septembre 2022, il exerce une activité avec l'autorisation du médecin-conseil auprès de l'employeur X. En raison d'une aggravation de l'état de santé, il cesse cette activité à partir du 1^{er} décembre 2022. À partir du 15 mai 2023, il reprend la même activité auprès de l'employeur X avec l'autorisation du médecin-conseil. Cet employeur X ouvre un droit à la prime de reprise du travail (au plus tôt) le 15 août 2023.

Dans le cadre de la vérification de la condition qu'aussi bien la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil que la reprise du travail chez l'employeur sur base de cette autorisation débutent durant la période d'invalidité, il est prévu que si cependant le travail autorisé est précédé d'une période de travail non autorisé (visé à l'art. 101 de la loi coordonnée du 14.07.1994) chez le même employeur, la date de début de la reprise du travail chez cet employeur pendant la période d'incapacité de travail reconnue est prise en compte pour vérifier si cette condition est remplie.

Sans cet ajustement, la condition susmentionnée serait remplie dans l'exemple suivant bien que la reprise du travail ait en fait déjà commencé pendant l'incapacité primaire (entrée en invalidité le 15.12.2025) :

- travail non autorisé : du 1^{er} novembre 2025 au 31 décembre 2025 ;
- travail autorisé : du 1^{er} janvier 2026 au 30 juin 2026.

2.2. Occupations ouvrant le droit à la prime de reprise du travail et durée nécessaire de l'occupation concernée

Le travailleur exerce le travail autorisé, durant **au moins trois mois** sur base :


- d'un contrat de travail à durée indéterminée
- d'un contrat de travail à durée déterminée qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins trois mois calculés de date à date
- d'un contrat dans le cadre d'une formation en alternance ("apprenti") qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins trois mois calculés de date à date
- d'une désignation temporaire à durée déterminée qui a, au début du travail autorisé, une durée prévue d'au moins trois mois calculés de date à date
- une désignation temporaire à durée indéterminée dans un établissement d'enseignement des Communautés, des provinces, des institutions subordonnées aux provinces, aux communes, aux associations de communes et des institutions d'utilité publique
- d'une nomination statutaire
- d'un stage en vue d'une nomination statutaire dans le secteur public.

⇒ *Assimilation éventuelle à du travail autorisé :*

Les heures durant lesquelles le titulaire n'a exercé aucune activité et pour lesquelles l'employeur doit payer une rémunération, le pécule de vacances ou le complément ou l'avance conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis* ainsi que les heures de vacances légales et les heures de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire prises par le titulaire et payées en vertu du régime des vacances annuelles des travailleurs salariés, sont assimilées à des heures de travail autorisé effectivement exercé.

Les codes temps de travail de la ZIMA 002 à prendre en considération :

Code	Description
1	toutes les données relatives au temps de travail couvertes par une rémunération avec cotisations ONSS, à l'exception des vacances légales et complémentaires des ouvriers
2	vacances légales pour ouvriers
3	vacances complémentaires pour ouvriers
4	absence premier jour par suite d'intempéries secteur de la construction (rémunération incomplète)
5	congé-éducation payé ou congé formation flamand
10	rémunération garantie deuxième semaine, jours fériés et jours de remplacement pendant la période de chômage temporaire, fonction de juge social
11	incapacité de travail avec complément ou avance conformément à la CCT 12bis/13bis
12	vacances en vertu d'une CCT rendue obligatoire ou repos compensatoire (construction, commerce de combustibles, industrie de l'habillement et de la confection, industrie et commerce du diamant, batellerie, culture et transformation primaire du lin et/ou du chanvre)
14	jours de vacances supplémentaires en cas de début ou de reprise d'activité
16	jours de vacances transférés pris dans les 12 mois (à partir du 01.01.2025)
17	jours de vacances transférés pris durant la période du 13 ^e au 24 ^e mois (à partir du 01.01.2026)
20	jours de repos compensatoire non rémunérés dans le cadre d'une diminution du temps de travail avec rémunération horaire majorée
41	jours d'absence totale rémunérée avec position de non-activité
42	jours de disponibilité totale avec traitement d'attente et maintien du droit à l'avancement
80	heures supplémentaires à ne pas récupérer et non soumises aux cotisations de sécurité sociale
101	jours de navigation des marins dans le secteur de la marine marchande, des travaux de dragage ou du remorquage maritime et des marins qui effectuent des travaux d'installation et d'entretien en mer (à partir du 01.01.2018)
102	jours de congé des marins dans le secteur de la marine marchande, des travaux de dragage ou du remorquage maritime et des marins qui effectuent des travaux d'installation et d'entretien en mer (à partir du 01.01.2018)

 **Remarque :** la période couverte par le salaire différé octroyé dans le secteur de l'enseignement ne peut pas être pris en considération pour remplir la condition prévoyant que la durée de l'exercice de l'activité autorisée est au moins de trois mois.

⇒ *Prolongation éventuelle de la période de trois mois :*

Si le titulaire n'a, durant la période précitée de trois mois, exercé aucune heure de travail autorisé durant un ou plusieurs mois civils, la période de trois mois est prolongée du nombre de mois qui correspond au nombre de mois civils durant lesquels aucune heure de travail autorisé n'a été exercée.

⇒ *Interruption(s) dans la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil :*

Différentes périodes d'occupation autorisée par le médecin-conseil peuvent être prises en compte pour démontrer la période minimale de trois mois de travail autorisé. Le fait que le cas puisse même comporter une rechute d'invalidité (avec, par conséquent, une période de travail autorisé pendant la "première" période d'incapacité de travail et une période de travail autorisé pendant la "deuxième" période d'incapacité de travail (après la rechute), n'y change rien. Bien entendu, il faut que toutes les conditions réglementaires requises soient également remplies pour la "première" période de travail autorisé (par ex., la date de début de cette première période couverte par l'autorisation et le premier jour de cette reprise de travail dans le cadre de cette (première) autorisation doivent se situer dans la période d'invalidité).

➤ *Exemple :* à partir du 1^{er} juin 2025, un travailleur exerce une activité auprès d'un employeur X pendant la période d'invalidité avec l'autorisation du médecin-conseil. À partir du 1^{er} août 2025, il cesse l'activité en raison d'une aggravation de l'état de santé (= fin de l'autorisation du médecin-conseil). Le 1^{er} décembre 2025, son état de santé est suffisamment rétabli et il exerce à nouveau cette activité auprès de l'employeur X avec l'autorisation du médecin-conseil. Le 1^{er} janvier 2026, l'employeur X ouvre un droit à la prime de reprise du travail.

⇒ *Travail visé et travail exclu :*

✓ Travail visé :

- un travail rémunéré relevant de la sécurité sociale belge des travailleurs salariés (loi ONSS du 27.06.1969 – assujettissement à au moins un secteur (donc aussi une occupation statutaire)
- une *activité similaire* donnant lieu à un assujettissement à une législation de sécurité sociale d'un pays étranger auquel la Belgique est liée par un instrument international ou supranational de coordination en matière de sécurité sociale
- une activité similaire au service d'une organisation internationale ou supranationale.

X Travail exclu:

- un travail exercé, en dehors du circuit normal du travail, dans une entreprise relevant de la Commission paritaire 327 pour les entreprises de travail adapté, les ateliers sociaux et les 'maatwerkbedrijven'
- un flexi-job
- un travail occasionnel (visé à l'art. 8*bis* ou 31*ter* de l'A.R. du 28.11.1969 portant exécution de la loi du 27.06.1969 révisant l'arrêté-loi du 28.12.1944 relatif à la sécurité sociale des travailleurs ou à l'art. 2/4 de la loi du 27.06.1969 révisant l'arrêté-loi du 28.12.1944 relatif à la sécurité sociale des travailleurs)
- un travail qui est déjà en cours au début de la période d'incapacité primaire et pour laquelle l'application de la loi ONSS du 27 juin 1969 est limitée au secteur des soins de santé en ce qui concerne le régime d'assurance obligatoire d'assurance maladie-invalidité
- un travail de pompier volontaire, d'ambulancier volontaire ou de volontaire de la protection civile.

III. Procédure

3.1. Demande

L'employeur adresse une demande, par voie électronique, à l'organisme assureur (**au plus tôt** après la fin des trois (premiers) mois de travail adapté).

Si l'introduction par voie électronique d'une telle demande n'est pas possible, l'employeur utilise un formulaire papier (modèle joint en annexe 1) pour transmettre la demande signée. **À partir du 01.01.2026, il ne sera toutefois plus possible pour l'employeur d'introduire un formulaire papier.**

La demande est, sous peine de déchéance, introduite au plus tard deux ans après l'expiration du mois civil au cours duquel a été exercé le troisième mois de travail autorisé.

3.2. Vérification et décision

L'organisme assureur auquel le travailleur est affilié à la fin de la période susvisée de trois mois de travail autorisé examine la demande introduite par l'employeur et lui notifie sa décision (modèle joint en annexe 2 ou 3).

L'organisme assureur vérifie à cet effet si les conditions sont satisfaites sur base des informations qui lui ont été transmises par l'employeur directement ou par l'intermédiaire de la Banque carrefour de la sécurité sociale.

⇒ (délai de) Recours devant le tribunal du travail (voir annexe 3)

A. DÉLAI DE TROIS MOIS⁷ SI L'EMPLOYEUR EST UN "ASSURÉ SOCIAL" (UNE PERSONNE PHYSIQUE)⁸ :

*"Le tribunal du travail connaît des contestations relatives aux droits et obligations des personnes, (et de leurs ayants droit) qui, autrement qu'en vertu d'un contrat de louage de travail ou d'un contrat d'apprentissage, bénéficient des lois et règlements prévus au 1° (e.a., la législation en matière de sécurité sociale)."*⁹.

B. DÉLAI D'UN MOIS SI L'EMPLOYEUR N'EST PAS UN "ASSURÉ SOCIAL" (UNE PERSONNE MORALE)¹⁰ :

"Sans porter préjudice aux dispositions de l'article 52, § 3, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail.

*Les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification."*¹¹.

7. Art. 23 de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social.

8. Assuré social au sens de l'art. 2, al. 1^{er}, 7^o, de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social : "les personnes physiques qui ont droit à des prestations sociales, qui y prétendent ou qui peuvent y prétendre, leurs représentants légaux et leurs mandataires" et mentions visées à l'art. 14 de la même loi.

9. Art. 580, 3^o, du Code judiciaire auquel renvoie l'art. 628, al. 1^{er}, 14^o, du Code judiciaire (en ce qui concerne les compétences territoriales).

10. Assuré social au sens de l'art. 2, al. 1^{er}, 7^o, de la loi du 11.04.1995 instituant "la Charte" de l'assuré social : "les personnes physiques qui ont droit à des prestations sociales, qui y prétendent ou qui peuvent y prétendre, leurs représentants légaux et leurs mandataires".

11. Art. 167, al. 1^{er} et 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994.

IV. Paiement

L'organisme assureur paie la prime à l'employeur après avoir vérifié que toutes les conditions sont remplies.

L'organisme assureur procède à ce paiement au plus tard à la fin du deuxième mois civil qui suit le mois civil durant lequel l'employeur a introduit la demande.

Si l'employeur n'introduit toutefois une demande complète qu'après le mois civil durant lequel la fin de la période susvisée de trois mois de travail autorisé se situe, l'organisme assureur procède à ce paiement au plus tard le dernier jour du deuxième mois civil qui suit le mois civil durant lequel l'employeur a introduit la demande précitée.

V. Fiche fiscale

En ce qui concerne l'établissement des fiches fiscales, ainsi que d'éventuelles rectifications à la suite d'une récupération de la prime de reprise de travail accordée à un employeur, le Service public fédéral Finances a précisé :

Si et pour autant que la prime de reprise de travail constitue en effet un revenu imposable chez le bénéficiaire, elle doit être mentionnée sur une fiche 281.50.

Vous pouvez trouver davantage d'info sur cette fiche, y compris les cas où aucune fiche 281.50 ne doit être établie, dans les Avis aux débiteurs de revenus



<https://www.minfin.fgov.be/myminfin-web/pages/public/fisconet/compare/e17236fb-75bb-45a7-9d57-8755ed31df2e/6bb95e31-4aff-40dc-800b-50d51572de6c/6bb95e31-4aff-40dc-800b-50d51572de6c>

Pour une récupération d'une prime au cours de la même période imposable que celle durant laquelle la prime a été accordée, la récupération peut être imputée directement sur les montants qui ont été accordés à tort, de sorte que seule la différence positive doit être mentionnée sur la fiche 281.50.

S'il était encore prévu dans la législation d'exonérer ces primes de l'impôt sur les revenus, la prime devrait être mentionnée sur la fiche 281.93 dans la catégorie d'allocations, subsides, emprunts, primes, etc.'

Applicable à partir du 1^{er} novembre 2025.

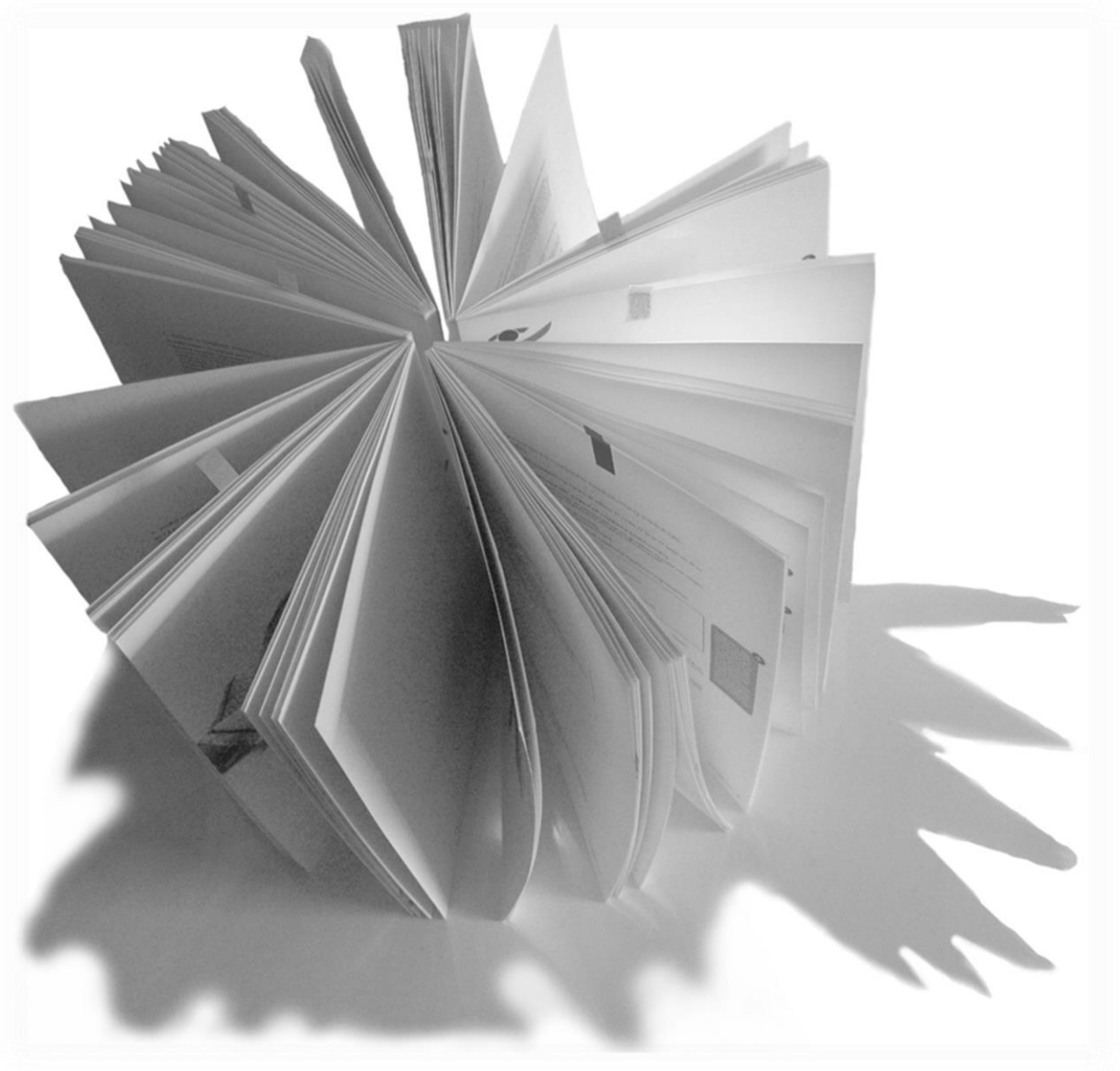
Remplace la circulaire 2023/231 du 28 août 2023.



Circulaire O.A. n° 2025/253 – 442/5 du 31 octobre 2025.

5^e Partie

Données de base



I. Cotisation à payer par certains titulaires

D'application à partir du 1^{er} janvier 2026.

À partir du 1^{er} janvier 2026, les taux des cotisations personnelles à payer par certains titulaires sont adaptés aux taux que l'indice des prix à la consommation a atteint au 31 octobre 2025, soit 135,44 (base 2013 = 100).

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

1. Cotisation d'assurance continuée

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

a) Cotisation par jour ouvrable :

○ 21 ans et plus	2,27 EUR
○ 18 à 21 ans	1,72 EUR
○ 14 à 18 ans	1,147 EUR

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

○ 21 ans et plus	56,75 EUR
○ 18 à 21 ans	43,00 EUR
○ 14 à 18 ans	28,50 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2026

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

2. Cotisation des étudiants

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

Par trimestre : 78,93 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2026

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

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

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

Par trimestre :

Normal : 931,12 EUR

Si revenu < au plafond des revenus annuels prévu à l'article 134, 3° alinéa de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : 465,55 EUR

Si revenu < au montant prévu pour bénéficiaire de l'intervention majorée : 78,93 EUR

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

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

Date d'application : 1^{er} janvier 2026

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

4. Cotisation des membres des communautés religieuses

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

Par trimestre :

a) Titulaire de moins de 65 ans 119,24 EUR

b) Titulaire de plus de 65 ans 34,09 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2026

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

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

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

Par trimestre : 53,70 EUR

Date d'application : 1^{er} janvier 2026

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



Circulaire O.A. n° 2025/255 – 270/102, 273/103, 274/104, 276/153, 2790/106, 2791/102, 2792/101 et 83/530 du 6 novembre 2025.

II. 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)

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 2026

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

(A)

2025	Indice santé	Moyenne
Mars	135,91	
Avril	134,77	
Mai	134,54	
Juin	135,04	135,07


(B)

(B) = 135,07 **2,72 %**

(A) = 131,49

Calcul du montant au 1^{er} janvier 2026

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 %
1 ^{er} janvier 2026	36,77	2,72 %

 Circulaire O.A. n° 2025/257 – 65/36 du 12 novembre 2025.

III. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1^{er} janvier 2026

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2026.

Le 20 octobre 2025, le Conseil général de l'INAMI a approuvé le budget des soins de santé pour 2026. Ce budget prévoit un indice santé de 2,72 % pour l'assurance soins de santé.

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention 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°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

A partir du 1^{er} janvier 2026, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 29 avril 1996 s'élève à 2,29 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 7,18 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 34,45 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 34,45 EUR;
- d) Les autres bénéficiaires : de 47,47 EUR.

2.2 A partir du deuxième jour

A 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 7,18 EUR;
- b) Les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,18 EUR;
- c) Les **autres** bénéficiaires : de 20,20 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 1,68 EUR/km.



Circulaire O.A. n° 2025/269 – 370/2471, 3910/2321 du 25 novembre 2025.

IV. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1^{er} janvier 2026

Applicable à partir du 1^{er} janvier 2026.

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1^{er} janvier 2026** 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 7,18 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 34,45 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 34,45 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 47,47 EUR.

2. A partir du deuxième jour :

A 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 7,18 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé: de 7,18 EUR;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 20,20 EUR

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


A 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 7,18 EUR ;
- b) pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 7,18 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 7,18 EUR ;
- d) pour les autres bénéficiaires : de 20,20 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 7,18 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 20,20 EUR ;
- c) pour les autres bénéficiaires : de 33,67 EUR.

 Circulaire O.A. n° 2025/276 – 170/1181, 175/606, 176/547 du 27 novembre 2025.

Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus
Mme Nuray Özdemir
Mme Marleen Stevens
Mme Liesbeth Verbruggen
Mme Céline Faufeder
M. Paul-André Briffeuil
Mme Charlotte Lefebre
Mme Evelyne Christophe

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726