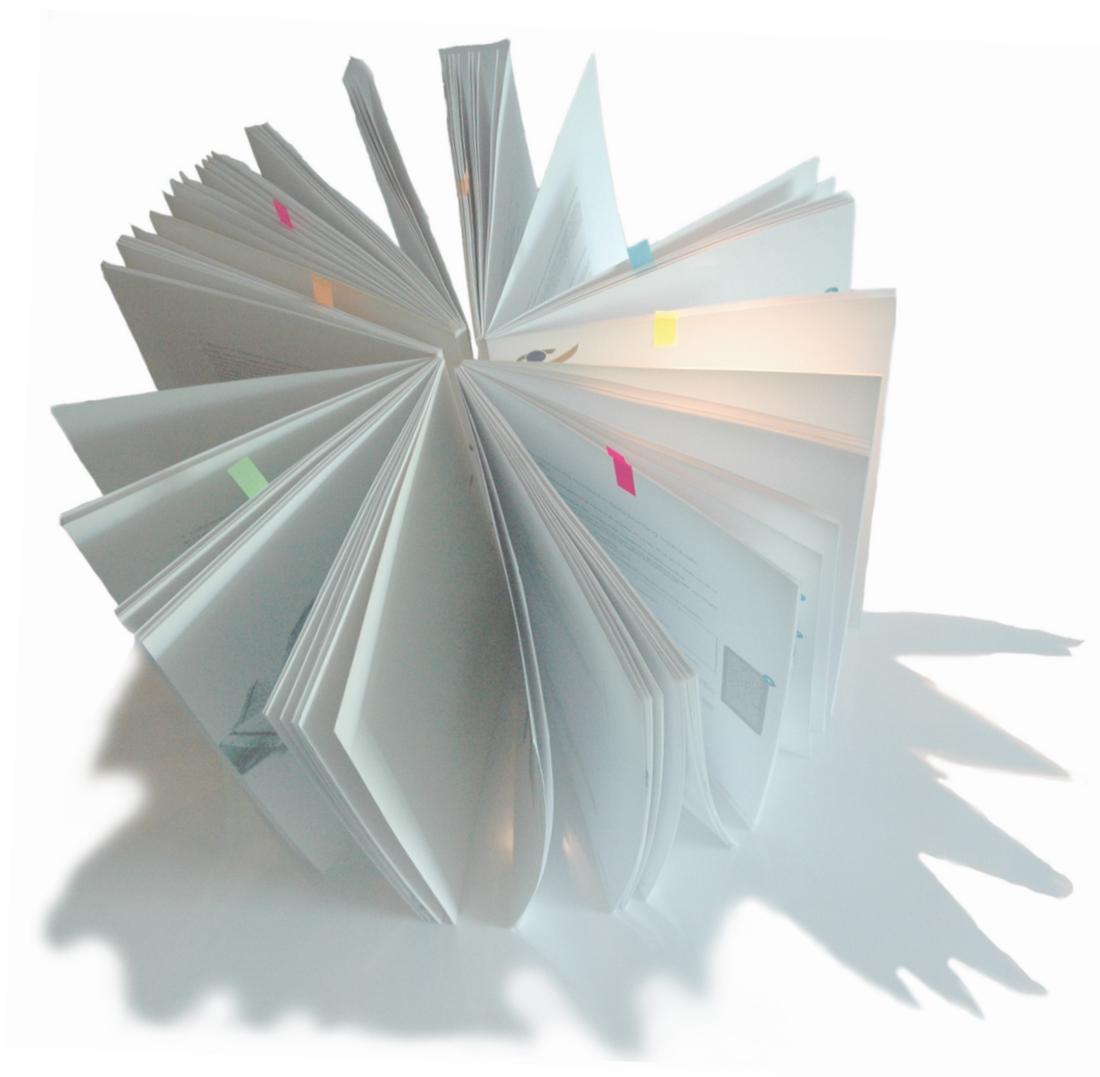




INAMI



Bulletin d'information

2014/2

.be

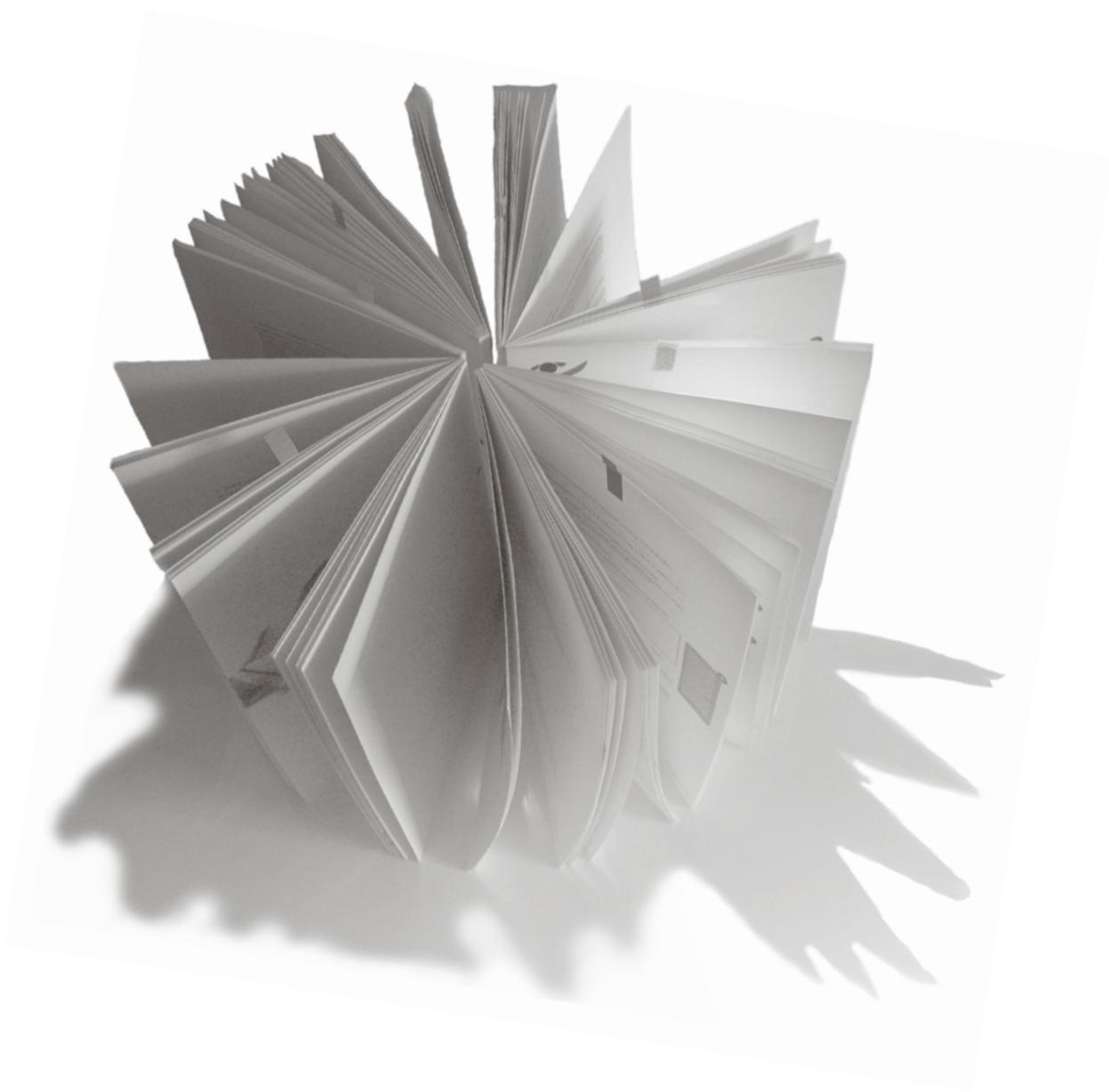
Sommaire

1 ^{re} Partie - Études ¹	169
Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2011-2013), par Inge MEYERS et Paul-André BRIFFEUIL	170
2 ^e Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	185
1 ^{er} trimestre 2014	186
3 ^e Partie - Jurisprudence	197
I. Cour constitutionnelle, 17 juillet 2014 Cour constitutionnelle - Loi coordonnée sur les hôpitaux - Suppléments - Médecins - Hospitalisation	198
Analyse de l'arrêt 107/2014 du 17 juillet 2014 de la Cour constitutionnelle, par Ph. VRAY	210
II. Cour de cassation, 13 janvier 2014 Articles 94, 95, 96 <i>bis</i> , de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux (en sa version applicable avant sa coordination par A.R. du 10.07.2008)	211
III. Cour de cassation, 16 juin 2014 Assurance-indemnités - Conditions de reconnaissance de l'état d'incapacité des travailleurs indépendants - Détermination des périodes d'incapacité de travail - Autorités compétentes Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 7, 9, 10, 19, 20, 59 et 62	213
IV. Cour du travail de Liège, 26 novembre 2013 Absence de capacité de gain initiale - Activités occupationnelles à durées limitées et bénévoles à caractère non productif - Reconnaissance erronée - Absence de faute	217
V. Cour du travail de Liège, division Liège, 9 mai 2014 Code judiciaire, article 1017, alinéa 4 - Compensation des dépens	220
VI. Cour du travail de Liège, division Liège, 23 juin 2014 Code judiciaire, article 772 - Fait nouveau - Réouverture des débats	223
4 ^e Partie - Questions et réponses parlementaires	229
I. Consommation de médicaments Personnes âgées - Maisons de repos - Monitoring - Rôle des infirmiers	230

1. Les articles signés n'engagent que leur(s) auteur(s).

II. SFC/EM	
Traitement - Fin des conventions des centres de référence - Nouvelle convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaires	234
III. Cancer	
Statistiques - Incidence	237
IV. Médicaments	
Marché belge - (In)disponibilité	241
V. Médicaments	
Psychotropes - Surconsommation - Actions de lutte	243
5° Partie - Directives de l'INAMI	247
I. Intervention majorée : nature des revenus pris en compte	248
II. Cotisations personnelles des titulaires inscrits dans le Registre national des personnes physiques	281
III. Renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées. Application du règlement du 17 mars 1999 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social ou du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social - Procédure administrative	284
IV. Déclaration tardive de l'incapacité de travail - Article 9 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 58 ^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants	292
V. Réglementation de l'intervention majorée de l'assurance	295
6° Partie - Données de base	297
Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après un an d'incapacité de travail	298
7° Partie - Statistiques	301
Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1 ^{er} trimestre 2014	302
8° Partie - Prix des publications	323
Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014	324

1^{re} Partie Études



Chronique de jurisprudence du Conseil d'État (2011-2013)

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

Pour la jurisprudence concernant la période 1995-2010, il est renvoyé aux chroniques publiées précédemment aux B.I. n^{os} 2011/2 et 2012/1.

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

1. Conseil d'État (6^e ch.), J.V., arrêt n^o 211.299 du 16 février 2011¹

Chambre de recours - Récusation - Médecins-conseils - Fonction juridictionnelle - Indépendance et impartialité

Suite à la modification apportée par la loi du 12 mars 1998 au Code judiciaire, aux règles relatives à la récusation et, plus spécialement, à l'article 838 du code précité, l'appréciation des causes de récusation relève non plus de la compétence des juridictions dont les membres sont récusés mais de l'instance juridictionnelle immédiatement supérieure.

Le Conseil d'État est compétent pour connaître des recours en cassation introduits contre les décisions de la Chambre de recours instituée auprès du SECM.

Le Conseil d'État est donc compétent pour connaître des requêtes en récusation déposées contre des membres de la Chambre de recours.

C'est moins la survenance d'un fait que sa connaissance par une partie qui justifie que celle-ci considère qu'un juge doit être récusé. Une nouvelle requête en récusation peut dès lors être introduite sur base de faits dont le requérant n'avait pas connaissance au moment de l'introduction de la première requête.

La récusation pour cause de suspicion légitime (art. 828, 1^o du C. jud.) tend à empêcher qu'une affaire soit jugée par un juge ne présentant pas les garanties d'impartialité requises. L'existence d'un doute légitime suffit. Le principe de l'impartialité objective est violé si un juge a des rapports professionnels réguliers et étroits avec une partie, et au surplus perçoit une rémunération non négligeable de ce fait.

1. B.I.-INAMI, 2011/1, p. 76.

Les organismes assureurs, qui emploient les docteurs C. et R., ne sont pas parties au litige porté devant la Chambre de recours. Les organismes assureurs ne sont pas directement intéressés au litige. L'article 142 de la loi ASSI coordonnée ne prévoit pas que le dispensateur de soins effectue le remboursement et le paiement des amendes administratives au profit des organismes assureurs. Au contraire, l'article 191 de cette loi prévoit le produit de ce remboursement et de ces amendes constituent des ressources de l'assurance soins de santé mais non des organismes assureurs. La circonstance que le financement des organismes assureurs pourrait varier en fonction d'éventuel surplus budgétaire, ne constitue qu'un élément trop indirect pour pouvoir justifier que les organismes assureurs auraient un intérêt direct à la cause.

N'étant pas à la cause et n'ayant pas d'intérêt direct à ce qu'un prestataire de soins soit tenu à rembourser des prestations indûment attestées, l'argument pris du lien existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs ne peut être retenu.

L'indépendance des médecins-conseils à l'égard du SECM est par ailleurs suffisamment garantie par le fait qu'ils ne pourraient en aucun cas être sanctionnés en raison des opinions émises dans le cadre de leur fonction juridictionnelle au sein de la Chambre de recours.

(rejet)

2. Conseil d'État (7^e ch.), Z., arrêt n° 218.344 du 8 mars 2012²

Admissibilité d'un pourvoi en cassation/Intérêt

Seuls les recours en cassation qui invoquent une violation de la loi ou la violation d'une règle de forme, soit substantielle, soit prescrite à peine de nullité, pour autant que le moyen invoqué par le recours ne soit pas manifestement non fondé et que cette violation soit effectivement de nature telle qu'elle peut conduire à la cassation de la décision contestée et a pu influencer la portée de la décision sont déclarés admissibles, conformément à l'article 20, § 2, troisième alinéa, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

Un moyen n'est pas admis quand les parties requérantes ne démontrent pas quel intérêt elles pourraient retirer si le moyen était estimé fondé.

(rejet)

2. B.I.-INAMI, 2012/1, p. 62 ; Procédure en cassation contre une décision de la Chambre de recours du 05.05.2011.

3. Conseil d'État (6^e ch.), J.V., arrêts n^{os} 220.619 et 220.620 du 17 septembre 2012³

Chambre de recours - Récusation - Médecins-conseils - Fonction juridictionnelle - Indépendance et impartialité

Le requérant n'établit aucunement qu'il devrait être décidé autrement en l'espèce que dans l'arrêt du Conseil d'État n^o 211.299 du 16 février 2011.

D'autant moins qu'il ressort de l'arrêté royal du 7 juin 2012 que les médecins visés par la requête en récusation ne siègent plus en qualité de représentants des organismes assureurs, mais de membres de la Chambre de recours présentés par des organismes assureurs.

Aucune cause de suspicion tirée de la participation de membres désignés par les organismes assureurs au comité qui dirige le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ne peut être retenue à l'égard de médecins désignés en qualité de membres de la Chambre de recours visée à l'article 144 de la loi coordonnée. Il n'existe pas de lien direct entre le comité dont la composition est déterminée par l'article 140 de la loi coordonnée et les Chambres de recours dont la composition est prévue à l'article 145 de la même loi.

(rejet)

4. Conseil d'État (7^e ch.), C., arrêt n^o 220.644 du 20 septembre 2012⁴

Le remboursement n'est pas une sanction - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État / du juge de cassation - Principe de motivation - Médecin-conseil - Liberté thérapeutique - Recevabilité du moyen - Principes de bonne administration

L'action en remboursement de prestations indûment attestées n'est pas une sanction.

Un moyen qui critique l'examen des faits par le juge du fond ou qui contraint le Conseil d'État à un examen des faits pour lequel il n'est pas compétent en tant que juge de cassation n'est pas recevable.

La remarque selon laquelle le requérant lui-même n'a reçu aucun montant à la suite de son comportement de prescription est trop peu pertinente. Il ressort de l'article 141, § 5, deuxième alinéa, b), de la loi AMI tel qu'il était d'application à l'époque, que cette disposition portait sur les prestations attestées du point de vue de l'assurance maladie et pas de celui du dispensateur de soins.

Le principe de motivation n'est pas violé quand dans la décision contestée, il est expliqué de façon circonstanciée pourquoi la Chambre de recours est d'avis que les actes incriminés sont illégaux et peuvent donner lieu à la sanction infligée.

3. B.I.-INAMI, 2012/3, p. 357.

4. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 25.10.2011.

Dans la décision contestée, est traitée la question des conséquences de l'autorisation du médecin-conseil. Il apparaît, sur la base des constatations factuelles, qu'il était question d'erreur dans le chef des médecins-conseils en ce qui concerne les demandes introduites. Cette partie de la décision n'est en soi pas critiquée concrètement et en droit par le requérant. Le juge du fond a d'ailleurs pu en déduire à juste titre qu'aucune valeur ne pouvait être accordée à l'autorisation du médecin-conseil dans le cas présent.

La liberté thérapeutique que le requérant invoque est dissociée de la possibilité de rembourser les moyens utilisés pour une maladie spécifique. En effet, en principe, un médecin est libre d'utiliser ou de prescrire les moyens qu'il juge indiqués, qu'ils soient ou non remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il n'y a pas de lien avec le fait de remplir une demande d'intervention pour le moyen prescrit, demande qui sera toujours appréciée par le médecin traitant sur la base des critères fixés dans le cadre de l'assurance maladie.

Un moyen qui ne porte pas sur la décision contestée est irrecevable.

Les principes de bonne administration ne sont pas d'application pour la Chambre de recours qui est une juridiction administrative.

(rejet)

5. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 220.766 du 27 septembre 2012⁵

Refus de poser une question préjudicielle - Obligation de motiver - Principe de précaution / Principes de bonne administration

Quand la Chambre de recours explique clairement et de manière univoque dans sa décision pourquoi il n'est pas accédé à la demande de poser une question préjudicielle, l'obligation de motiver le refus de poser une question préjudicielle est respectée.

L'article 4, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, stipule qu'en tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne se prononce pas sur le fond de l'affaire. La constatation des éléments factuels relève de la compétence exclusive du juge administratif. Le moyen qui conteste l'appréciation des faits par le juge administratif est donc irrecevable.

Le requérant doit exposer l'incidence de la prétendue illégalité sur la portée de la décision contestée. Si le requérant ne fournit aucune donnée, un examen plus poussé du moyen obligerait le juge de cassation à juger le fond de l'affaire, ce qui ne fait pas partie de ses compétences.

L'obligation qu'ont les juridictions administratives de motiver leurs décisions et de répondre aux moyens des parties n'a pas pour conséquence de les obliger également à répondre à des suppositions qui ne sont pas motivées ou qui n'ont pas été admises.

Le principe de précaution n'est pas un principe général du droit mais un principe de bonne administration. En tant que tel, il ne peut pas être invoqué pour justifier la cassation d'une décision d'une juridiction administrative comme la Chambre de recours.

5. [Recours contre la décision de la Chambre de recours du 28.11.2011.](#)

Le seul fait que la Chambre de recours aurait été négligente en prenant sa décision, à supposer que cela soit démontré, ne constitue pas une violation du droit de la défense.

(rejet)

6. Conseil d'État (7^e ch.), U., arrêt n° 220.767 du 27 septembre 2012⁶

Recevabilité du moyen - Médecin-conseil - Liberté thérapeutique - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État / du juge de cassation

La requérante n'a pas invoqué la prétendue violation de la disposition de l'arrêté royal n° 35 devant le juge du fond. De ce fait, le moyen est nouveau et il ne peut pas être admis.

Les autres dispositions invoquées par la requérante ne permettent pas de conclure que l'autorisation que le médecin-conseil a délivrée pour le traitement pharmaceutique prescrit implique que le fait que les traitements remplissent les critères de remboursement ne puisse plus être remis en question par la suite.

D'ailleurs, dans la décision contestée, est traitée la question des conséquences de l'autorisation du médecin-conseil. Il apparaît, sur la base des constatations de fait, qu'il était question d'erreur dans le chef des médecins-conseils en ce qui concerne les demandes introduites, si bien que l'autorisation donnée n'a aucune valeur. Cette partie de la décision n'est en soi pas critiquée concrètement par la requérante.

La liberté thérapeutique que le requérant invoque est dissociée de la possibilité de rembourser les moyens utilisés à la suite d'une maladie spécifique. En effet, en principe, un médecin est libre d'utiliser ou de prescrire les moyens qu'il juge indiqués, peu importe qu'ils soient ou non remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il n'y pas de lien avec le fait de remplir une demande d'intervention pour le moyen prescrit, demande qui sera toujours appréciée par le médecin traitant sur la base des critères fixés dans le cadre de l'assurance maladie.

Dans la mesure où le moyen proteste contre l'examen des faits par le juge du fond ou contraint le Conseil d'État à un examen des faits pour lequel il n'est pas compétent en tant que juge de cassation, il n'est pas recevable.

L'affirmation non fondée de la requérante selon laquelle la partie défenderesse sous-estime systématiquement les symptômes du syndrome de fatigue chronique (SFC) ne suffit pas pour démontrer la violation de la liberté thérapeutique du médecin ou le caractère illégal, pour une autre raison, de la décision contestée.

Le fait que la décision contestée mentionne un hôpital où la requérante n'aurait jamais travaillé n'a pas influencé la portée de la décision contestée.

Un moyen qui ne porte pas sur la décision qui fait l'objet d'un pourvoi en cassation est irrecevable.

(rejet)

6. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 25.10.2011.

7. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 220.768 du 27 septembre 2012⁷

Refus de poser une question préjudicielle - Obligation de motiver - Principe de précaution

Quand la Chambre de recours explique clairement et de manière univoque pourquoi il n'est pas accédé à la demande de poser une question préjudicielle, l'obligation de motiver le refus de poser une question préjudicielle est respectée.

L'article 4, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, stipule qu'en tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne se prononce pas sur le fond de l'affaire. La constatation des éléments factuels relève de la compétence exclusive du juge administratif. Le moyen qui conteste l'appréciation des faits par le juge administratif est donc irrecevable.

Le requérant sait donc suffisamment pourquoi sa défense est rejetée. La raison est que pour les autres patients, ce ne sont pas les numéros de nomenclature corrects qui ont été notés et que "l'une et l'autre chose ont été adaptées en fonction du numéro de nomenclature et du logiciel de l'hôpital".

Selon la motivation de la décision contestée, après avoir examiné chaque cas séparément, la Chambre de recours est arrivée à la conclusion qu'à chaque fois, une technique non autorisée avait été utilisée. La décision contestée est motivée et, par conséquent, elle ne viole pas l'article 149 de la Constitution.

Le requérant doit exposer l'incidence de la prétendue illégalité sur la portée de la décision contestée. S'il ne fournit aucune donnée, un examen plus poussé du moyen obligerait le juge de cassation à évaluer le fond de l'affaire, ce qui ne relève pas de sa compétence.

L'obligation qu'ont les juridictions administratives de motiver leurs décisions et de répondre aux moyens des parties n'a pas pour conséquence de les obliger également à répondre à des suppositions qui ne sont pas motivées ou qui n'ont pas été jugées admissibles.

Le seul fait que la Chambre de recours aurait été négligente en prenant sa décision, à supposer que cela soit démontré, ne constitue pas une violation du droit de la défense.

(rejet)

7. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 28.11.2011.

8. Conseil d'État (6^e ch.), B., D. et B., arrêt n° 221.613 du 4 décembre 2012⁸

Recevabilité du recours en cassation - Intérêt - Actuel et certain -
 Recevabilité du moyen - Moyen qui ne peut conduire à la cassation -
 Appréciation des faits - Violation de la foi due aux actes

L'opprobre que jette la condamnation infligée à des médecins anesthésistes requérants suffit à justifier l'actualité de leur intérêt au recours.

L'obligation de motiver les jugements, prescrite par l'article 149 de la Constitution, répond à une règle de forme. Une décision est motivée lorsque le juge indique clairement et sans équivoques les raisons, fussent-elles erronées et illégales, qui l'ont déterminé à statuer comme il l'a fait.

Si le moyen, qui dénonce une appréciation manifestement déraisonnable des faits, tend à obtenir du Conseil d'État une nouvelle appréciation des faits tels qu'ils ont été appréciés par la Chambre de recours, il doit être déclaré irrecevable.

En effet, lorsque le Conseil d'État statue comme juge de cassation administrative, il ne connaît pas du fond des affaires et n'est pas compétent pour examiner un moyen dans lequel, le cas échéant, le requérant prétend remettre en cause l'appréciation de la juridiction administrative suivant laquelle les éléments produits sont ou non convaincants.

Si le moyen s'interprète en ce sens qu'il critique l'interprétation donnée à un acte (listing) établi par l'INAMI pour entamer les poursuites, il revient à dénoncer une violation de la foi due à ce listing, ce que reprochent d'ailleurs les médecins requérants en termes exprès.

L'examen de ce moyen ainsi interprété conduit à examiner si la Chambre de recours a développé une lecture non erronée de ce listing sur lequel elle s'est fondée. Il ressort de ce document que le grief formulé par les médecins requérants est établi. En effet, ce listing ne permet pas de vérifier que les prestations imputées aux requérants relèvent, contrairement à ce qui leur a été reproché, de la préanesthésie. Le moyen est fondé.

(cassation et renvoi)

9. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 222.508 du 14 février 2013⁹

Indépendance et impartialité

La Chambre de recours se prononce en tant que juridiction administrative de plein droit. Elle a un pouvoir discrétionnaire plein et entier, tant pour les faits que pour le droit. Sa décision remplace celle de la Chambre de première instance, qu'elle accepte le recours ou le rejette. Même si la Chambre de recours avait cassé la décision de la Chambre de première instance parce que celle-ci n'est pas une instance indépendante et impartiale, elle n'aurait pas pu renvoyer l'affaire vers cette juridiction mais elle aurait dû se prononcer elle-même sur le recours du requérant parce qu'en tant que juge sur le fond, elle y est tenue à la suite du pourvoi introduit auprès d'elle.

8. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.11.2011.
 9. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 23.04.2012.

Par conséquent, la question de savoir si la Chambre de première instance est ou pas une instance juridique indépendante et impartiale, n'a pas eu d'incidence sur la résolution du litige et n'a dès lors pas pu nuire au requérant.

La Chambre de recours n'est pas un organe du SECM mais une juridiction administrative instituée auprès de ce Service. La loi stipule uniquement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM et ne stipule pas qu'elle fait partie de ce Service ou de l'INAMI.

La Chambre de recours est un organe qui dit le droit, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté dans la Chambre et il ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre ne doit pas rendre des comptes à l'INAMI pour ses décisions.

Seul le magistrat président de la Chambre de recours a un pouvoir de décision. Vu la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat ayant le droit de vote des membres consultatifs présentés par les organismes assureurs et les organisations professionnelles représentatives. Ces membres ont uniquement une voix consultative. D'ailleurs, les membres avec voix consultative siègent à la Chambre de recours non pas en tant que représentants de l'organisme assureur ou de l'organisation professionnelle qui les ont désignés mais en leur nom personnel. Cela implique qu'ils peuvent juger librement et comme bon leur semble qu'ils n'ont pas reçu d'instructions de l'organisme assureur ou de l'organisation professionnelle qui les a présentés.

En soi, le seul fait que des non magistrats font partie d'un organe juridictionnel en raison de leur expertise ne viole pas l'indépendance et l'impartialité dudit organe.

Les organismes assureurs ne sont pas directement concernés par l'action devant la Chambre de recours. Cette action se déroule entre le dispensateur de soins et le SECM.

Ce ne sont pas les organismes assureurs mais l'INAMI qui est le créancier.

La possibilité purement théorique que la Chambre de recours serait constituée de concurrents ne suffit pas pour mettre en doute l'indépendance et l'impartialité de cette juridiction en tant que telle.

En vertu de l'article 145, § 3, alinéa premier de la loi AMI, la Chambre de recours siège à Bruxelles dans les locaux de l'institut. La seule circonstance que les séances se déroulent dans les bâtiments de l'INAMI ne met pas en péril l'indépendance de la Chambre de recours.

Par conséquent, la Chambre de recours offre les garanties prévues dans l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme en matière d'indépendance et d'impartialité.

(rejet)

10. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 222.509 du 14 février 2013¹⁰

Médecin-conseil / Compétence du SECM - Indépendance et impartialité

L'article 153 de la loi AMI stipule que les décisions des médecins-conseils sont contraignantes pour les organismes assureurs. Il n'est donc pas affirmé que ces décisions sont aussi contraignantes pour l'INAMI ou le dispensateur de soins.

10. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 24.04.2012.

Le requérant présente la situation à tort comme si la surveillance du respect de la réglementation était uniquement confiée aux médecins-conseils. Les dispositions évoquées par le requérant n'empêchent pas les organes de contrôle de l'INAMI d'intervenir contre des praticiens de l'art infirmier qui ont mal appliqué la réglementation AMI. Conformément à l'article 139, 3°, de la loi AMI, le SECM est compétent pour contrôler les prestations de soins de santé en termes de réalité et de conformité à la loi et à ses arrêtés d'exécution.

Ce faisant, aucune exception n'est accordée pour les cas qui ont déjà été contrôlés par un médecin-conseil. Le rôle du médecin-conseil de l'organisme assureur est totalement distinct du rôle de l'inspecteur du SECM.

Le fait que le médecin-conseil donne son approbation n'a pas d'incidence sur la responsabilité du praticien de l'art infirmier pour l'application de la loi AMI. Cela ne dégage nullement le praticien de l'art infirmier de son obligation d'attester des prestations uniquement si les conditions fixées par la nomenclature sont remplies. Qu'une approbation ait été accordée ne permet pas de déduire que le praticien de l'art infirmier a correctement appliqué la nomenclature.

La Chambre de recours se prononce en tant que juridiction administrative de plein droit. Elle a un pouvoir discrétionnaire plein et entier, tant pour les faits que pour le droit. Sa décision remplace celle de la Chambre de première instance, qu'elle accepte le recours ou le rejette. Même si la Chambre de recours avait cassé la décision de la Chambre de première instance parce que celle-ci n'est pas une instance indépendante et impartiale, elle n'aurait pas pu renvoyer l'affaire vers cette juridiction mais elle aurait dû se prononcer elle-même sur le recours du requérant parce qu'en tant que juge sur le fond, elle y est tenue à la suite du pourvoi introduit auprès d'elle.

Par conséquent, la question de savoir si la Chambre de première instance est ou pas une instance juridique indépendante et impartiale, n'a pas eu d'incidence sur la résolution du litige et n'a dès lors pas pu nuire au requérant.

La Chambre de recours n'est pas un organe propre du SECM mais une juridiction administrative instaurée auprès de ce service. La loi dispose seulement que la Chambre de recours est instituée auprès du SECM mais elle ne stipule pas si elle fait partie de ce service ou de l'INAMI.

La Chambre de recours est un organe qui dit le droit, dont l'indépendance à l'égard de l'INAMI a été voulue par le législateur. Le SECM n'est pas représenté dans la Chambre et il ne prend pas part à ses délibérations. La Chambre ne doit pas rendre des comptes à l'INAMI pour ses décisions.

Seul le magistrat président de la Chambre de recours a un pouvoir de décision. Vu la technicité de la matière, le législateur a adjoint au magistrat ayant le droit de vote, des membres consultatifs présentés par les organismes assureurs et les organisations professionnelles représentatives. Ces membres ont uniquement une voix consultative. D'ailleurs, les membres avec voix consultative siègent à la Chambre de recours non pas en tant que représentants de l'organisme assureur ou de l'organisation professionnelle qui les ont désignés mais en leur nom personnel. Cela implique qu'ils peuvent juger librement et comme bon leur semble qu'ils n'ont pas reçu d'instructions de l'organisme assureur ou de l'organisation professionnelle qui les a présentés.

En soi, le seul fait que des non-magistrats font partie d'un organe juridictionnel en raison de leur expertise ne viole pas l'indépendance et l'impartialité dudit organe.

Les organismes assureurs ne sont pas directement concernés par l'action devant la Chambre de recours. Cette action se déroule entre le dispensateur de soins et le SECM.

Ce ne sont pas les organismes assureurs mais l'INAMI qui est le créancier.

La possibilité purement théorique que la Chambre de recours serait constituée de concurrents ne suffit pas pour mettre en doute l'indépendance et l'impartialité de cette juridiction en tant que telle.

En vertu de l'article 145, § 3, alinéa premier de la loi AMI, la Chambre de recours siège à Bruxelles dans les locaux de l'institut. La seule circonstance que les séances se déroulent dans les bâtiments de l'INAMI ne met pas en péril l'indépendance de la Chambre de recours.

Par conséquent, la Chambre de recours offre les garanties prévues dans l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme en matière d'indépendance et d'impartialité.

(rejet)

11. Conseil d'État (6^e ch.), D., arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013¹¹

Recevabilité du moyen - Moyen qui ne peut conduire à la cassation - Appréciation des faits - Extrapolation - Renversement illégal de la charge de la preuve

Le moyen n'est pas recevable en ce qu'il critique l'appréciation donnée par la Chambre de recours aux éléments de preuve présentés par l'INAMI et en ce qu'il invite le Conseil d'État à substituer son appréciation à celle de la Chambre de recours.

Par contre, le moyen est recevable et fondé en ce que le requérant reproche à la Chambre de recours d'avoir recouru à une extrapolation pour conclure que certains actes sur lesquels il n'avait pas été enquêté n'avaient pas été accomplis par lui.

C'est à juste titre que le requérant reproche à la Chambre de recours de s'être prononcée sur le raisonnement suivi par la partie adverse en recourant à une extrapolation et non sur des faits matériels dûment constatés auprès des 214 patients pour lesquels les prestations de gingivectomie n'auraient soi-disant pas été effectuées.

La Chambre de recours a procédé, hors de toute disposition législative ou réglementaire l'y autorisant, à un renversement de la charge de la preuve des faits reprochés.

(cassation et renvoi)

12. Conseil d'État (7^e ch.), D., arrêt n° 223.485 du 16 mai 2013¹²

Principe de légalité - Le remboursement n'est pas une sanction - Règle des champs opératoires - Pouvoir discrétionnaire du Conseil d'État / du juge de cassation

Le principe de légalité a pour objectif d'éviter des poursuites judiciaires arbitraires et des jugements arbitraires dans des affaires pénales.

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

12. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 23.04.2012.

Le remboursement que la Chambre de recours peut imposer n'est pas une sanction mais une mesure de rétablissement. Le principe de légalité dans des affaires pénales, tel que formulé par le requérant, ne s'applique pas à une telle mesure.

Le principe de légalité n'interdit pas d'éclaircir les règles par l'interprétation judiciaire, au cas par cas, à condition que le résultat soit cohérent par rapport à l'essence de l'infraction et qu'il soit raisonnablement prévisible. La constatation que le concept de "champ opératoire" n'est pas décrit plus en détail ne signifie pas que ce concept n'est pas clair. Pour déterminer le contenu de ce concept, il faut, comme la Chambre de recours l'a fait à juste titre, se tourner vers sa signification usuelle.

La définition donnée par la décision contestée s'inscrit dans l'objectif du législateur. Un médecin ne peut être rémunéré qu'une seule fois, quel que soit le nombre d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire (art. 15, § 3, de la nomenclature).

Lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent (art. 15, § 4, de la nomenclature). Si plusieurs interventions chirurgicales sont exécutées au cours d'une même séance, il n'est pas justifié que la valeur totale de chaque prestation soit prise en charge par l'assurance maladie et donc par la communauté. Les coûts et la préparation liés à ces interventions de même que le temps consacré à l'exécution sont en effet en grande partie communs. Quand les interventions sont effectuées dans un même champ opératoire, les coûts, la préparation et la durée se recoupent à ce point qu'une seule intervention, la principale, peut être honorée.

En outre, on peut tenir compte de la qualité ou de la fonction particulière des personnes auxquelles la nomenclature s'applique. Lors de l'appréciation du principe de légalité, il faut garder à l'esprit qu'il concerne des personnes qui agissent dans le cadre de leur profession et qui disposent ou peuvent disposer des informations correctes sur le caractère autorisé de l'attestation de leurs prestations à l'assurance maladie.

Dans les circonstances données, la notion de "champ opératoire" n'est pas à ce point vague et imprécise que la portée adéquate ne pouvait pas être déterminée par le requérant. Un neurochirurgien diligent sait, de manière suffisamment précise, ce qu'on entend par cette notion. D'une part, il peut raisonnablement juger des conséquences de son acte et, d'autre part, le juge administratif ne se voit pas attribuer un pouvoir discrétionnaire trop important.

La poursuite de l'examen du moyen obligerait le Conseil d'État à juger l'affaire même, ce qui n'est pas la mission du juge de cassation.

L'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, stipule qu'en tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne se prononce pas sur le fond de l'affaire. Il s'ensuit que le constat des éléments de fait relève de la compétence exclusive du juge administratif et que le moyen contestant l'appréciation des faits par le juge administratif, est irrecevable.

(rejet)

13. Conseil d'État (6^e ch.), B.O., arrêt n° 223.900 du 14 juin 2013¹³

Chambre de recours - Juridiction administrative - Décision - Motivation - Obligation de rencontrer les moyens des parties

La motivation de la décision attaquée ne permet pas de comprendre pourquoi les faits contestés par la requérante et imputés à d'autres personnes que les trois membres du personnel précités ont été retenus.

Elle ne permet pas davantage d'identifier la base légale ou réglementaire de la condamnation de la requérante au remboursement de la valeur des prestations indument perçues à charge de l'assurance soins de santé.

Ce défaut d'indication de la base légale ou réglementaire vicie la décision attaquée en tant que celle-ci se prononce sur les trois griefs formulés à l'encontre de la requérante.

Enfin, dans ses conclusions, la requérante réfutait le troisième grief au motif qu'un troisième intervenant aurait bien été présent. Le point 11 de la décision attaquée expose les motifs pour lesquels la Chambre de recours a considéré que la requérante a porté en compte des prestations irrégulièrement exécutées, mais n'expose pas en quoi le troisième grief serait spécifiquement fondé.

Le moyen est donc fondé en cette seconde branche, dans la mesure où la décision attaquée statue sur le troisième grief formulé à l'encontre de la requérante.

(cassation et renvoi)

14. Conseil d'État (6^e ch.), L., arrêt n° 224.074 du 26 juin 2013¹⁴

Chambre de recours - Juridiction administrative - Décision - Motivation - Obligation de rencontrer les moyens des parties

L'article 19, § 6, de l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le Règlement de procédure des chambres de première instance et des Chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dispose notamment que les décisions de ces juridictions sont motivées.

Cette exigence a la même portée que celle prescrite par l'article 149 de la Constitution.

La décision rendue par la Chambre de recours reproduit intégralement la thèse de l'INAMI sans tenir compte de l'argumentation postérieure du médecin requérant.

La Chambre de recours ne fait pas mention des conclusions déposées postérieurement par le requérant.

13. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 31.05.2012.

14. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 01.03.2012.

Il apparaît ainsi que la Chambre de recours n'a pas exercé les compétences qu'il lui appartient de mettre en oeuvre. Le moyen est fondé.

(cassation et renvoi)

15. Conseil d'État (7^e ch.), V., arrêt n° 224.300 du 9 juillet 2013¹⁵

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

À défaut de motifs, un moyen ne peut pas être pris en considération.

L'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, stipule qu'en tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne se prononce pas sur le fond de l'affaire.

Lorsque la décision contestée s'appuie sur trois motifs et que le moyen relatif à l'un de ces trois motifs est non fondé, les autres moyens axés contre les deux autres motifs ne peuvent entraîner de recours en cassation, même s'ils sont fondés.

(rejet)

16. Conseil d'État (7^e ch.), V.D.V., arrêt n° 224.301 du 9 juillet 2013¹⁶

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

À défaut de motifs, un moyen ne peut pas être pris en considération.

L'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, stipule qu'en tant que juge de cassation, le Conseil d'État ne se prononce pas sur le fond de l'affaire.

Lorsque la décision contestée s'appuie sur trois motifs et que le moyen relatif à l'un de ces trois motifs est non fondé, les autres moyens axés contre les deux autres motifs ne peuvent entraîner de recours en cassation, même s'ils sont fondés.

(rejet)

15. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 27.11.2012.

16. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 27.11.2012.

17. Conseil d'État (6^e ch.), O., arrêt n° 224.943 du 2 octobre 2013¹⁷

Prestation non effectuée - Double facturation d'une même prestation - Infraction matérielle - Intention frauduleuse non requise - Infraction commise librement et en toute conscience - Absence de cause de justification ou d'excuse

Dès lors que l'infraction considérée ne requiert pas l'existence d'une intention frauduleuse, il n'est pas incompatible de considérer, d'une part, qu'en attestant la prestation considérée, le requérant a commis l'infraction librement et en toute conscience, la Chambre de recours motivant d'ailleurs longuement sa décision sur ce point, et, d'autre part, que, n'ayant pas spécifiquement voulu que cette infraction soit commise, le taux de la sanction devait être mineur.

Par ailleurs, la Chambre de recours ayant exposé, dans la partie de sa décision relative à l'existence d'une cause de justification ou d'excuse, les raisons pour lesquelles elle estimait qu'aucune erreur informatique n'est démontrée par le requérant, elle pouvait régulièrement indiquer plus loin qu' "il n'est nullement établi ni même vanté par le Docteur O. que la personne morale pour laquelle il travaille a commis une faute".

(rejet)

18. Conseil d'État (7^e ch.), V.C., arrêt n° 225.366 du 7 novembre 2013¹⁸

Recevabilité du moyen / intérêt / ordre public - Début du délai de recours

À défaut de motifs sur la manière dont la décision contestée a été prise en violation de l'article 149 de la Constitution, le moyen ne peut d'ores et déjà pas être pris en considération en ce qui concerne ce point.

Un moyen est irrecevable lorsque la partie qui le soulève n'est pas partie prenante dans l'affaire.

Un moyen doit servir à appuyer le recours en cassation de la décision contestée.

La recevabilité d'un recours auprès d'une juridiction administrative, relève de l'ordre public et doit, au besoin, faire d'office l'objet d'un examen.

La notification qui fait courir le délai de recours intervient au moment où la lettre recommandée est présentée à l'adresse indiquée, même si la lettre a été présentée sans succès et qu'elle n'a pas été retirée du bureau de poste. L'envoi d'une deuxième lettre non recommandée ne fait pas courir de nouveau délai lorsqu'il s'avère que la première notification est intervenue de façon régulière.

17. B.I.-INAMI, 2013/3, p. 288 ; Recours contre la décision de la Chambre de recours du 13.12.2012.

18. Recours contre la décision de la Chambre de recours du 10.12.2012.

Pour qu'une notification d'une lettre recommandée à la poste soit valable, il suffit que le facteur se soit présenté au domicile de l'intéressé et, s'il n'a pas pu remettre la lettre personnellement à l'intéressé ou à un mandataire, qu'il ait laissé un avis dans la boîte aux lettres informant le destinataire que la lettre est à sa disposition au bureau de poste.

Il n'est pas possible d'émettre des réserves pour la première fois devant un juge de cassation quant au fait que le requérant n'a pas pu prendre connaissance des conclusions de recours de la partie défenderesse.

(rejet)

2^e Partie

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



1^{er} trimestre 2014

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Médicaments

Le délai entre la communication des décisions ministérielles relatives au remboursement des spécialités pharmaceutiques aux demandeurs concernés et leur entrée en vigueur est actuellement de 60 jours.

La loi du 7 février 2014 prévoit la modification suivante¹ :

- les décisions permettant l'ouverture de nouveaux droits (comme les demandes d'admission au remboursement) seront publiées sur le site de l'INAMI
- en ce qui concerne les autres procédures limitant les droits des patients, des firmes pharmaceutiques ou des dispensateurs de soins, la modification n'entrera en vigueur qu'après la publication de l'arrêté ministériel au Moniteur belge.

2. Simplification administrative

Le règlement d'ordre intérieur du Conseil général des soins de santé est modifié en ce sens que toutes les pièces se rapportant à l'ordre du jour sont mises à disposition sous format électronique, sauf demande expresse d'une version sur papier².

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Intervention majorée

Une réforme de l'intervention majorée est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014³. La procédure d'octroi est simplifiée et gagne en transparence.

1. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

2. A.R. du 26.01.2014 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil général de l'INAMI, M.B. du 10.02.2014 (Éd. 2), p. 11640.

3. A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi SSI, M.B. du 29.01.2014 (Éd. 2), p. 8121.

Le droit à l'intervention majorée de l'assurance peut être obtenu de deux manières :

- soit automatiquement, sur la base d'un avantage social dont l'assuré bénéficie, ou d'une situation dans laquelle il se trouve
- soit après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité.

Pour obtenir ce droit sur la base d'une enquête sur les revenus, la qualité en laquelle le bénéficiaire est inscrit auprès de la mutualité n'est plus déterminante, mais c'est la stabilité des revenus modestes qui est prise en compte. Ainsi, une période de référence d'un an est fixée pour les revenus. Si la situation particulière de l'assuré (pensionné, invalide, chômeur de longue durée...) permet toutefois de conclure à la stabilité des revenus, cette période de référence n'est pas applicable.

Afin d'identifier rapidement les ménages exposés à une situation financière difficile et d'accélérer l'octroi de l'intervention majorée de l'assurance, on prévoit d'instaurer à partir de 2015 un "flux pro-actif" : les mutualités communiquent les noms des personnes qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée de l'assurance à l'INAMI qui les transmet ensuite aux instances fiscales.

Les instances fiscales fournissent ensuite les données dont elles disposent à l'INAMI. Le Service du contrôle administratif transmet ensuite un code aux mutualités indiquant si les revenus sont inférieurs ou non au plafond en vigueur. Sur la base de ce code et des données dont elles disposent, les mutualités décident s'il y a lieu de contacter les ménages concernés.

Le ménage se compose de la personne qui bénéficie de l'avantage ou du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou de son cohabitant et de leurs personnes à charge. Si le conjoint conserve la qualité de personne à charge de son conjoint, il continue même en cas de séparation de fait ou de corps et de biens à faire partie de ce ménage.⁴

Si le demandeur est inscrit à sa mutualité comme personne à charge, le ménage est cependant composé du demandeur, du titulaire à charge de celui qui l'a inscrit, du conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou du cohabitant de ce titulaire et de leurs personnes à charge. Une règle spécifique est également prévue dans le cas où un enfant est inscrit comme titulaire pour éviter que les enfants ne soient systématiquement inscrits comme titulaires en vue d'obtenir le droit à l'intervention majorée.

b. Besoins médicaux non rencontrés

La loi du 7 février 2014 instaure une procédure relative aux besoins médicaux non rencontrés.⁵ Elle vise à offrir aux patients un accès aux médicaments ou aux indications qui n'ont pas encore fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché ou d'un remboursement, ou aux indications qui s'adressent à un nombre trop restreint de patients pour faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

La procédure prévoit une intervention complémentaire afin d'améliorer l'accessibilité des traitements.

La réforme proposée complète la compétence du Collège des médecins-directeurs dans le cadre du Fonds spécial de solidarité. Le Collège peut désormais adopter des décisions "de cohorte" qui concernent plusieurs patients. La décision de cohorte est une décision de principe limitée dans le temps. Une fois cette décision adoptée, la demande d'intervention individuelle par patient qui rentre dans le champ d'application d'une décision de cohorte recevra la réponse qui est prévue par cette décision de cohorte. Cela permet aux personnes qui ont besoin d'un traitement d'en bénéficier plus rapidement.

En outre, le Collège des médecins-directeurs peut, sur proposition de la Commission d'avis, prévoir quels groupes de patients bénéficieront d'une intervention et quels groupes de patients n'en bénéficieront pas.

4. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

5. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

Pour soutenir l'adoption des décisions de cohorte, une Commission d'avis est instituée par la loi en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament en vue de compléter l'expertise du Collège des médecins-directeurs avec celle d'autres experts. Cette Commission d'avis complète l'expertise du Collège des médecins-directeurs avec celle d'autres experts. Le Conseil général fixe annuellement le budget alloué à l'exécution des décisions de cohorte.

c. Fonds spécial de solidarité

Les dispositions relatives au Fonds spécial de solidarité sont modifiées en profondeur à partir du 7 mars 2014 pour les soins dispensés à l'étranger.⁶

- Si le médecin traitant délivre une prescription pour des prestations de santé, celle-ci peut donner lieu à un remboursement dans un État membre de l'Union européenne ou un État appartenant à l'Espace économique européen
- La condition relative au caractère digne d'intérêt est, pour des prestations à l'étranger, définie de la même manière que pour les prestations de santé en Belgique
- Bien que les assurés sociaux aient la liberté de se faire traiter en ambulatoire à l'étranger dans un établissement de soins de leur choix, il faut néanmoins veiller à ne pas encourager, par des interventions financières plus favorables, le recours systématique à des soins à l'étranger. Pour les prestations de santé qui ne sont pas reprises dans l'ensemble des prestations remboursées en Belgique, il faut avoir obtenu l'autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs et non du médecin-conseil. En outre, le Fonds spécial de solidarité n'octroie plus d'intervention financière pour les frais de déplacement et de séjour si le lieu du traitement se trouve dans un rayon de 350 km autour de Bruxelles
- Si un bénéficiaire de plus de 19 ans se laisse accompagner pour des raisons médicales, une motivation médicale est requise.

d. Publicité

Depuis le 1^{er} janvier 2014, le citoyen peut consulter la liste des dispensateurs de soins sur le site de l'INAMI. Cette liste comporte le nom, le prénom, le numéro INAMI et la situation d'adhésion aux accords et aux conventions.⁷



voir www.inami.be > Programmes web > rechercher un dispensateur de soins

e. Travailleurs indépendants

Depuis le 15 mars 2014, les travailleurs indépendants actifs qui ne sont pas en ordre de cotisation dans le cadre de leur statut social, ne peuvent plus être inscrits comme personnes à charge.⁸ Il s'agit de travailleurs indépendants actifs qui, s'ils avaient été en ordre de cotisation, auraient eu droit à des soins de santé sans paiement d'une cotisation complémentaire. L'interdiction ne s'applique pas aux conjoints aidants assujettis au mini-statut ni aux travailleurs indépendants bénéficiant d'un droit dérivé aux soins de santé, ni davantage aux étudiants et aux mandataires politiques (ministres, députés...).

6. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

7. Loi du 07.02.2014 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15445.

8. A.R. du 21.02.2014 modifiant l'art. 124, § 1^{er}, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 05.03.2014, p. 18459.

f. Détenus

Les prestations de santé sont refusées tant que le bénéficiaire est incarcéré. Ce refus ne s'applique pas aux soins dispensés pendant la période où le bénéficiaire n'est pas en prison, est en congé pénitentiaire ou sous surveillance électronique. Le texte actualisé (ajout du congé pénitentiaire) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.⁹

g. Carte ISI +

Une nouvelle carte a vu le jour au 1^{er} janvier 2014. Il s'agit de la carte ISI +.¹⁰ Elle est destinée aux assurés sociaux qui ne disposent pas d'une carte d'identité électronique belge. La carte ISI+ permet d'identifier le détenteur étant donné que son numéro d'identification unique y est mentionné.

Concrètement, les assurés sociaux qui n'ont pas droit à une carte d'identité électronique et tous les enfants de moins de 12 ans disposant ou non d'une carte Kids-ID, se verront progressivement délivrer une carte ISI+ à partir de 2014. Les mutualités se chargent de délivrer progressivement et automatiquement la carte ISI+ à leurs membres qui remplissent les conditions.



ISI est l'abréviation de "Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung", alors que le signe + souligne l'aspect complémentaire par rapport aux titres électroniques belges.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ÉLECTIONS MÉDICALES

En 2014, des élections ont de nouveau eu lieu en vue d'élire les représentants des médecins au sein des instances de l'INAMI.¹¹

L'utilisation de la procédure de vote électronique instaurée lors des élections médicales de 2010 est poursuivie.

b. Pharmaciens

À partir du 1^{er} janvier 2015, les pharmaciens auront la possibilité de consulter les données d'assurabilité du patient par l'intermédiaire de "MyCareNet". Dès que l'organisme assureur auprès duquel le patient est affilié constate que celui-ci bénéficie de l'octroi du maximum à facturer, il en informe le pharmacien lors de la consultation des données.¹²

9. Règlement du 16.12.2013 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 16.01.2014 (Éd. 2), p. 3011.

10. Loi du 29.01.2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+, M.B. du 12.02.2014, p. 12214 et l'A.R. du 26.02.2014 portant exécution de la loi du 29.01.2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+, M.B. du 07.03.2014 (Éd. 2), p. 20125.

11. A.R. du 08.02.2014 modifiant l'A.R. du 11.02.2010 fixant les règles concernant les élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'art. 211, § 1^{er}, de la loi SSI, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15471 et l'A.M. du 17.02.2014 modifiant l'A.M. du 11.02.2010 fixant l'organisation pratique des élections médicales telles qu'elles sont prévues à l'art. 211, § 1^{er}, de la loi SSI, M.B. du 25.02.2014 (Éd. 2), p. 15474.

12. A.R. du 13.01.2014 portant exécution de l'art. 3, al. 3, de la loi du 05.06.2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, en ce qui concerne les pharmaciens, M.B. du 13.02.2014, p. 12422.

c. Kinésithérapeutes

AVANTAGES SOCIAUX

La période de paiement des avantages sociaux est prolongée de 15 jours (jusqu'au 15 janvier).¹³

d. Maisons de soins psychiatriques

Les dispositions relatives à l'intervention dans les maisons de soins psychiatriques sont modifiées en exécution des accords sociaux :¹⁴

- une indemnité de 70,68 EUR est accordée depuis le 1^{er} octobre 2013 pour le trajet entre le domicile et le lieu de travail
- depuis le 1^{er} janvier 2014, la prime syndicale n'est plus comprise dans l'intervention de l'assurance.

3. Prestations

a. Médecins

MÉDECINE D'URGENCE

Depuis le 1^{er} décembre 2011, les règles de connexité prévues à l'article 20 de la nomenclature sont également applicables aux médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence et ce, conformément à une règle interprétative.¹⁵

IMAGERIE MÉDICALE

Droit de substitution pour le radiologue

Depuis le 1^{er} avril 2014, le radiologue peut remplacer un examen proposé par le prescripteur par un examen plus indiqué, afin de répondre aux questions diagnostiques sur la base de l'expertise, des directives existantes et du contexte conique spécifique du patient.¹⁶

◦ Coronarographie

Depuis le 1^{er} avril 2014, la valeur relative des prestations de coronarographie reprises à la l'article 17 de la nomenclature est diminuée.¹⁷

13. A.R. du 21.12.2013 modifiant l'A.R. du 23.01.2004 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 06.01.2014, p. 219.

14. A.M. du 21.02.2014 modifiant l'A.M. du 10.07.1990 fixant l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la loi SSI dans les maisons de soins psychiatriques, M.B. du 10.03.2014, p. 20397.

15. Règles interprétatives du 02.12.2013 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 17.02.2014, p. 13032.

16. A.R. du 09.01.2014 modifiant l'art. 17, § 12, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 06.02.2014 (Éd. 2), p. 10711.

17. A.R. du 29.01.2014 modifiant les art. 17, § 1^{er}, 5^o, et 17^{ter}; A, 5^o, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 21.02.2014 (Éd. 2), p. 14392.

o Échographie cardiaque

Depuis le 1^{er} avril 2014, la valeur relative de l'échographie cardiaque est diminuée et un nouveau code de nomenclature est prévu pour le stress-test cardiaque par échographie. Enfin, le supplément octroyé pour l'épreuve pharmacodynamique ne peut plus être attesté que pour un examen de scintigraphie.¹⁸

CHIRURGIE

Depuis le 1^{er} avril 2014, la thoracoscopie exploratrice est portée en compte parce que la prestation est insérée dans le code de nomenclature pour la thoracotomie exploratrice. La valeur de la prestation est diminuée en raison d'un coefficient "travail" moins intensif. Parallèlement, la prestation "thoracotomie pour décaillotage" peut désormais également être effectuée par thoracoscopie et la valeur de cette prestation est augmentée.¹⁹

DERMATOLOGIE

Deux nouveaux codes sont ajoutés depuis le 1^{er} mars 2014 à l'article 21 de la nomenclature, à savoir une dermatoscopie numérisée et une dermatoscopie non numérisée.²⁰ Ces deux dermatoscopies ne sont pas cumulables et ne sont remboursées qu'une fois par an ; elles sont réservées à des patients à haut risque en raison :

- o soit d'antécédents personnels de mélanome
- o soit d'antécédents familiaux de mélanome
- o soit de la présence d'un syndrome de nævus dysplasique.

b. Praticiens de l'art dentaire

ORTHODONTIE

La nomenclature orthodontique a fait l'objet d'une révision en profondeur au 1^{er} avril 2014.²¹ Voici quelques modifications importantes :

- o la demande de traitement orthodontique est remplacée par une notification du traitement
- o l'attestation des codes 305616-305620 pour le suivi du traitement est simplifiée
- o 2 codes de nomenclature sont créés pour l'examen préalable au traitement : un code pour la collecte des données et la confection des modèles, un deuxième code pour l'établissement du plan de traitement

18. A.R. du 29.01.2014 modifiant les art. 17 bis, § 1^{er}, 2., 17 quater, § 1^{er}, 2., et 20, § 1^{er}, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 21.02.2014 (Éd. 2), p. 14391.

19. A.R. du 09.01.2014 modifiant l'art. 14, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.02.2014 (Éd. 2), p. 9606.

20. A.R. du 08.12.2013 modifiant l'art. 21, § 1^{er}, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 16.01.2014 (Éd. 2), p. 3009 et l'A.R. du 08.12.2013 modifiant l'art. 37 bis de la loi SSI, M.B. du 16.01.2014 (Éd. 2), p. 3008.

21. A.R. du 04.12.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 19.02.2014, p. 13597 et l'A.R. du 04.12.2013 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 19.02.2014, p. 13605.

- les possibilités d'interruption du traitement, avec maintien du droit au remboursement sont simplifiées. Il est encore question d'un délai d'interruption (6 mois) au cours de la phase active du plan de traitement.

Les critères d'octroi sont également modifiés dans le cadre des dossiers de patients :

- le critère "trouble congénital généralisé de la croissance" était souvent source de litiges dans le cadre des demandes d'intervention introduites après la date du 15^e anniversaire. Les nouveaux critères de dérogation à la limite d'âge fixée au 15^e anniversaire sont repris dans une liste exhaustive de troubles de croissance craniofaciale. Y sont mentionnés également les cas d'agénésie congénitale d'au moins trois dents définitives ainsi que les situations empêchant le démarrage avant le 15^e anniversaire d'un traitement orthodontique à cause d'un problème médical grave auquel le jeune est confronté
- les critères pour une prolongation de l'intervention de l'assurance sont également revus et renvoient à la même liste exhaustive de troubles de croissance craniofaciale, à laquelle s'ajoutent également deux malformations rares et mesurables de la denture. Ces critères sont un peu plus stricts que par le passé.

Les formulaires de notification et de demande d'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'un traitement orthodontique régulier sont également modifiés.²²

SOINS DENTAIRES

Les points suivants des articles 5 et 6 de la nomenclature sont modifiés à partir du 1^{er} mai 2014 :²³

- les conditions d'intervention pour le placement de deux implants ainsi que pour le placement du pilier des ancrages correspondants dans une prothèse amovible inférieure complète chez des assurés de plus de 70 ans sont simplifiées
- la limite d'âge pour le remboursement de l'examen buccal annuel est relevée : la prestation s'applique à la tranche d'âge des 18 à 65 ans
- le groupe cible qui peut bénéficier d'un remboursement pour des extractions et des sutures s'étend : les prestations sont aujourd'hui remboursées pour les assurés jusqu'à 18 ans et à partir de 53 ans. Pour les autres, un remboursement n'est possible que dans des indications spécifiques
- les prestations de la rubrique "parodontologie" sont également étendues. Le détartrage sous-gingival et l'examen buccal parodontal est remboursé entre 18 à 55 ans.

22. Règlement du 13.01.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11^o, de la loi SSI, M.B. du 28.02.2014, p. 17429.

23. A.R. du 28.02.2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.03.2014, p. 27838.

c. Soins infirmiers

L'article 8 de la nomenclature est modifié depuis le 1^{er} avril 2014.²⁴

- Les prestations du § 1^{er}, 3^o, sont scindées en deux rubriques : d'une part, les prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence et, d'autre part, les prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, ceci pour mieux identifier le lieu précis où les prestations sont dispensées, et par la suite pouvoir prendre des mesures ciblées pour améliorer les prestations attestables pour les personnes handicapées
- Les honoraires forfaitaires et les suppléments pour les patients palliatifs peuvent également être attestés si une partie des soins est dispensée par des hospitaliers, des assistants en soins hospitaliers ou assimilés. Ces honoraires doivent être attestés par un infirmier gradué ou assimilé, une sage-femme ou assimilée ou un infirmier breveté, à condition qu'ils aient effectivement dispensé ces soins
- Dans le cadre de l'intégration d'aides-soignants dans les soins infirmiers à domicile, les codes relatifs à la thérapie de compression sont scindés, d'une part, en un code qui concerne l'application de bandage(s) ou pansement(s) de compression et, d'autre part, en un code pour l'application et/ou enlèvement de bas. En effet, ce dernier acte peut être confié à un aide-soignant
- Désormais, le pseudocode de nomenclature relatif à la préparation des médicaments doit également être complété lorsque cet acte est effectué pour des personnes bénéficiant de forfaits non palliatifs journaliers pour des patients lourdement dépendants. Auparavant, ce n'était le cas que pour des forfaits palliatifs
- Le praticien de l'art infirmier ne doit plus soumettre une prescription médicale du médecin traitant pour pouvoir attester la "préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale", étant donné qu'en principe, il dispose déjà d'un formulaire "annexe 81", signé par le médecin traitant. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la simplification administrative.

d. Kinésithérapeutes

Les modifications apportées à l'article 7 de la nomenclature sont entrées en vigueur le 1^{er} mai 2014.²⁵

- la rubrique "Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques" est scindée en 2 rubriques distinctes : une rubrique "domicile ou résidence communautaires de personnes handicapées" et une rubrique "bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques". Des codes de nomenclature distincts sont prévus pour les prestations de la dernière rubrique
- les codes correspondant aux "petites séances" sont supprimés, à l'exception des prestations pour patients hospitalisés

24. A.R. du 13.01.2014 modifiant l'art. 8 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.02.2014 (Éd. 2), p. 9608, le corr., M.B. du 17.02.2014, p. 12932 et l'A.R. du 13.01.2014 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, M.B. du 05.02.2014 (Éd. 2), p. 9607.

25. A.R. du 21.02.2014 modifiant l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 13.03.2014, p. 21396 et A.R. du 21.02.2014 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, M.B. du 13.03.2014, p. 21395 et le corrigendum, M.B. du 14.05.2014 (Éd..2), p.39150

- par souci de cohérence et tout en gardant les mêmes honoraires, les valeurs M24, M16 et M12 sont attribuées à toutes les séances qui sont respectivement d'une durée globale moyenne de 30 minutes, 20 minutes et de 15 minutes. Les prestations actuellement "non liées à la notion de durée" se voient attribuer une durée globale moyenne de 15 minutes et les prestations de minimum 20 minutes se voient attribuer une durée globale moyenne de 20 minutes. Pour conserver les mêmes honoraires, les valeurs de la lettre-clé M sont automatiquement adaptées
- c'est l'apport personnel du kinésithérapeute et non la séance qui doit atteindre une durée minimum de minutes. Il y a donc lieu de lire : "Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 (20 ou 15) minutes doit comporter au minimum 20 (15 ou 10) minutes d'apport personnel du kinésithérapeute" en lieu et place de : "Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 (20 ou 15) minutes, doit durer chaque fois au minimum 20 (15 ou 10) minutes"
- la nomenclature limite le nombre de prestations attestées par un kinésithérapeute. Jusqu'ici, ces limitations étaient exprimées en nombre de séances attestées par jour. Cette limitation se base désormais sur le nombre de valeurs M attestables. Le nombre de valeurs M attestables par trois mois est limité à 40.000. Par année civile, ce nombre est porté à 156.000.

i La lettre-clé M est spécifique aux prestations de kinésithérapie et représente une valeur exprimée en EUR. Sa valeur est fixée par convention. Les honoraires ou le prix d'une prestation de santé de la nomenclature sont déterminés par deux valeurs : une lettre-clé et un nombre-coefficient. En multipliant ces deux valeurs, on obtient le montant des honoraires ou le prix de la prestation.

e. Logopèdes

Pour la nouvelle année scolaire 2014-2015, une règle interprétative précise qu'il y a lieu d'entendre par "le bénéficiaire qui suit un enseignement spécial" : le bénéficiaire qui est inscrit dans un établissement d'enseignement spécial.²⁶

f. Implants

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Une règle interprétative précise les cas où une orthèse de cheville peut être attestée pour les indications "fracture" et "rupture du tendon d'Achille".²⁷

OTORINOLARYNGOLOGIE

Un nouvel arrêté royal modifie les règles d'application de la nomenclature des implants cochléaires.²⁸ La partie non implantable de l'implant peut être remplacée après 3 ans s'il s'agit d'une prestation ayant été dispensée à un enfant de moins de 8 ans. Dans les autres cas, le délai de remplacement d'un processeur vocal est maintenu à 5 ans.

26. Règles interprétatives du 17.03.2014 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.03.2014, p. 23149.

27. Règles interprétatives du 16.12.2013 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.01.2014 (Éd. 2), p. 6670.

28. A.R. du 15.01.2014 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.02.2014 (Éd.2), p. 9615.

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOLOGIE

L'ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la thoracoscopie exploratrice fait l'objet d'un remboursement à partir du 1^{er} avril 2014.²⁹

CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE

À l'article 35*bis* de la nomenclature, la prestation de matériel pour la "coloscopie gauche" est supprimée du libellé de la prestation "pince pour le prélèvement endoscopique d'une biopsie dans le tractus gastro-intestinal".³⁰

UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

L'intervention accordée pour les agents de renflement utilisés dans le cadre du traitement endoscopique de reflux vésico-urétéral primaire ou secondaire chez un enfant jusqu'à l'âge de seize ans dont la fonction rénale est réduite ou chez un enfant atteint d'une infection récidivante et/ou dans le cadre du traitement endoscopique de l'incontinence après reconstruction préalable du col de la vessie chez des enfants jusqu'à l'âge de seize ans est assortie d'une nouvelle règle interprétative.³¹

g. Spécialités pharmaceutiques

Les dispositions concernant le calcul de la base de remboursement de certains principes actifs et concernant le calcul des honoraires du pharmacien pour les préparations magistrales changent à partir du 1^{er} avril 2014.³²

Les autres honoraires liés à la lettre P demeurent inchangés.

- Les modalités de calcul de la base de remboursement des principes actifs repris dans au moins une formule remboursable du Formulaire thérapeutique magistral ont été adaptées
- Les honoraires du pharmacien pour la délivrance en tant que telle de matières premières ne sont pas modifiés. Les honoraires pour les préparations magistrales produites sous d'autres formes pharmaceutiques bien : ces préparations sont reprises dans un registre subdivisé en 3 classes en fonction du temps requis pour leur préparation, quel que soit le nombre de modules et quelle que soit la préparation à laquelle correspond une lettre P
- Les nouveaux honoraires sont des honoraires "all-in" dans lesquels sont inclus les excipients et les accessoires éventuels, à l'exception :
 - le forfait par module excipient pour les préparations à usage externe sous forme de crèmes, gels, onguents ou pâtes
 - le forfait par rectiole vide.
- Pour les capsules gastro-résistantes, des honoraires supplémentaires peuvent être portés en compte pour toute la préparation
- Les forfaits pour les cachets, les autres honoraires supplémentaires et les notions "aigu" et "chronique" sont supprimés.

29. A.R. du 15.01.2014 modifiant l'art. 35*bis* de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.02.2014 (Éd. 2), p. 9616.

30. A.R. du 15.01.2014 modifiant l'art. 35*bis* de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 05.02.2014 (Éd. 2), p. 9618.

31. Règles interprétatives du 16.12.2013 concernant la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.03.2014, p. 23149.

32. A.R. du 26.02.2014 modifiant l'A.R. du 12.10.2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés, M.B. du 14.03.2014, p. 21648 et l'err., M.B. du 28.03.2014 (Éd. 2), p. 27578.

III. Indemnités

1. Ouvriers mineurs

Les montants des pensions d'invalidité des ouvriers mineurs ont été adaptés à partir du 1^{er} septembre 2013 :³³

- 11.834,87 EUR pour les ouvriers de surface mariés dont l'épouse a cessé toute activité professionnelle et ne bénéficie d'aucune pension ou indemnité
- 13.826,48 EUR pour les ouvriers du fond mariés dont l'épouse a cessé toute activité professionnelle et ne bénéficie d'aucune pension ou indemnité
- 9.470,73 EUR pour les autres ouvriers de surface ainsi que pour les ouvriers de surface divorcés et dont l'épouse n'est pas admise au bénéfice de la pension en tant que épouse divorcée
- 10.865,40 EUR pour les autres ouvriers du fond ainsi que pour les ouvriers de surface divorcés et dont l'épouse n'est pas admise au bénéfice de la pension en tant que épouse divorcée.

Par ailleurs, tant les montants des ménages que les montants pour les isolés sont adaptés hors index.³⁴

IV. Contrôle administratif

1. Simplification administrative

Quelques adaptations sont apportées à l'arrêté royal du 3 juillet 1996 en vue d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande cohérence des textes.³⁵ Dix articles (312 à 321 inclus) sont supprimés étant donné que les sanctions applicables aux organismes assureurs et aux offices de tarification ont été intégrées dans la loi du 14 juillet 1994. En outre, les dispositions relatives au Comité du Service du contrôle administratif n'étaient plus d'actualité.

Un article (327) fait l'objet d'une correction : nouvelle référence au délai de récupération de l'article 326.

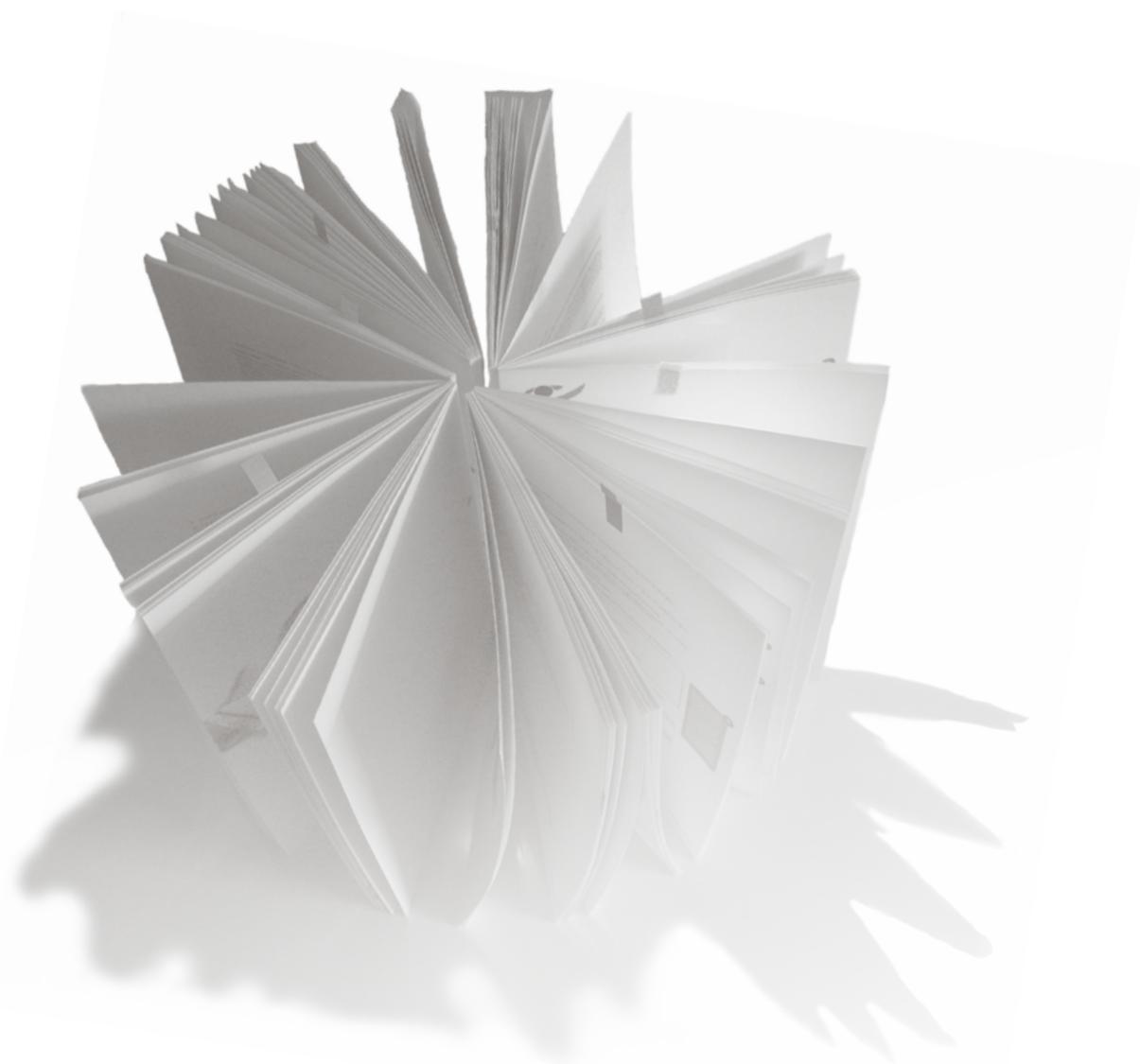
33. A.R. du 29.01.2014 modifiant l'A.R. du 19.11.1970 relatif au régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs, M.B. du 10.02.2014 (Éd. 2), p. 11643.

34. Adaptation hors index au 01.09.2013 du montant de certaines prestations sociales, M.B. du 24.03.2014, p. 23148.

35. A.R. du 13.11.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 15.01.2014, p. 1778.

3^e Partie

Jurisprudence



I. Cour constitutionnelle, 17 juillet 2014

Cour constitutionnelle - Loi coordonnée sur les hôpitaux - Suppléments – Médecins - Hospitalisation

Par son arrêt du 17 juillet 2014, la Cour constitutionnelle a rejeté le recours en annulation introduit à l'encontre des articles de la loi du 27 décembre 2012 qui interdisent désormais aux médecins la réclamation de suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés qui séjournent en chambre commune ou à deux lits.

Arrêt n° 107/2014

...

Quant à l'objet des recours

A.1. Les recours joints (n^{os} 5672, 5680, 5682, 5684, 5688 et 5689) qui sont introduits par des médecins, des sociétés de médecins, des ASBL représentatives des intérêts professionnels de médecins, un patient et un hôpital, tendent tous à l'annulation des articles 23 à 29 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Les parties requérantes dans les affaires n^{os} 5672 et 5682 sollicitent l'annulation de la loi du 27 décembre 2012 précitée, "notamment de ses articles 23 à 29".

...

Quant aux dispositions attaquées

B.1.1. Les recours dans les affaires n^{os} 5680, 5684, 5688 et 5689 tendent à l'annulation des articles 23 à 29 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé.

Les parties requérantes dans les affaires n^{os} 5672 et 5682 sollicitent l'annulation de la loi du 27 décembre 2012, "notamment de ses articles 23 à 29". Dès lors qu'elles n'invoquent pas de griefs à l'encontre des autres dispositions de la loi attaquée, leurs recours ne sont recevables qu'en tant qu'ils portent sur les articles précités.

B.1.2. L'article 23 de la loi du 27 décembre 2012 insère dans la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (ci-après : la loi sur les hôpitaux), un chapitre VI intitulé "Accessibilité financière de l'hôpital".

L'article 24 de la loi du 27 décembre 2012 introduit un article 30/1 dans la loi sur les hôpitaux, qui dispose :

"Le présent article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

Concernant l'imputation de suppléments, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, étendre les dispositions visées à l'article 152, § 2, alinéas 1^{er} et 2, et à l'article 152, § 4, à d'autres catégories de professionnels de santé visés par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, exerçant dans l'hôpital.

Pour l'application de l'alinéa 2, on entend par suppléments, les montants réclamés en surplus des tarifs obligatoires si des conventions ou accords tels que visés au titre III, chapitre V, sections I^{er} et II de la loi sur l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, ou des tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance si de tels conventions ou accords ne sont pas en vigueur".

L'article 25 de la loi du 27 décembre 2012 adapte l'article 98 de la loi sur les hôpitaux à la nouvelle rédaction de l'article 152 de la même loi.

L'article 26 de la loi du 27 décembre 2012 remplace l'article 152 de la loi sur les hôpitaux par la disposition suivante :

"§ 1^{er}. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi après avis de la Commission nationale Médico-Mutualiste.

Le ministre peut demander que la Commission formule un avis dans un délai d'un mois. Si l'avis n'est pas formulé dans le délai voulu ou si le ministre ne peut s'y rallier, il peut soumettre sa propre proposition à la Commission. La Commission rend alors un avis sur cette proposition dans le délai d'un mois. Cet avis est considéré avoir été donné si l'avis n'a pas été formulé dans ce délai.

§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Pour l'application du présent article, on entend par suppléments, les tarifs qui s'en écartent.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les médecins hospitaliers ne peuvent facturer de suppléments pour l'admission en chambre individuelle dans les cas prévus à l'article 97, § 2.

Par dérogation à l'alinéa 2, les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments pour l'admission en chambre individuelle visée à l'article 97, § 2, d), à condition que :

1° le parent accompagnant opte expressément, selon les modalités visées au paragraphe 6, pour une admission en chambre individuelle;

2° le nombre de lits que l'hôpital met à disposition pour l'hébergement des patients souhaitant être admis sans supplément, en application de l'article 97, § 1^{er}, comporte suffisamment de lits pour les enfants qui séjournent à l'hôpital avec un parent accompagnant.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1^{er} et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale est, avant son application, communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

§ 3. Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, à l'exception de la dérogation prévue au paragraphe 2, alinéa 3, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les mesures nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, définir des catégories supplémentaires de patients auxquels les médecins hospitaliers ne peuvent, en vertu du paragraphe 2, facturer de supplément en cas d'admission en chambre individuelle.

§ 5. Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune, appliquer de suppléments aux honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur l'ensemble des composantes desdits honoraires.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre individuelle, appliquer de suppléments sur les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur la partie forfaitaire desdits honoraires.

§ 6. En cas d'admission d'un enfant accompagné par un parent visée à l'article 97, § 2, d), un document distinct est soumis à la signature de ce parent en même temps que la déclaration d'admission. Ce document prévoit la possibilité de choisir une admission ne permettant pas aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments, à savoir une admission en chambre à deux lits ou en chambre commune.

Dans ce document, le parent accompagnant peut renoncer à la possibilité de choix visée à l'alinéa 1^{er} et opter expressément pour un séjour en chambre individuelle.

En cas d'absence du document signé, dans lequel le parent accompagnant fait un choix, les médecins hospitaliers ne peuvent en aucun cas facturer des suppléments".

L'article 27 de la loi du 27 décembre 2012 complète l'article 153 de la loi sur les hôpitaux par l'alinéa suivant :

"Les médecins hospitaliers font savoir au gestionnaire s'ils sont ou non liés dans le cadre de l'accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le gestionnaire en informe le conseil médical".

L'article 28 de la loi du 27 décembre 2012 abroge l'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

L'article 29 de la loi du 27 décembre 2012 fixe la date d'entrée en vigueur des articles 23 à 28 attaqués au 1^{er} janvier 2013.

L'article 33 de la loi du 7 février 2014 a abrogé le paragraphe 6 de l'article 152 de la loi sur les hôpitaux à partir du 1^{er} juillet 2014.

Quant à la genèse des dispositions attaquées

B.2.1. L'objet principal de la loi du 27 décembre 2012 et plus particulièrement de l'article 26 de la loi est de garantir l'accessibilité des patients aux soins dispensés à l'hôpital. Dans ce cadre, l'article 26 interdit aux médecins hospitaliers de facturer aux patients admis en chambre double ou commune des suppléments d'honoraires qui s'écartent des tarifs de l'accord médico-mutualiste si un tel accord est en vigueur ou des tarifs servant de base à l'intervention de l'assurance, à défaut d'un tel accord.

B.2.2. Pour rencontrer l'objectif d'accessibilité aux soins, le législateur avait déjà supprimé, par l'article 54 de la loi-programme du 23 décembre 2009, la possibilité de facturer des suppléments pour les séjours en chambre double.

B.2.3. Malgré l'interdiction des suppléments aux prix des chambres et également, dans certains cas, des suppléments d'honoraires en chambre double et commune, le législateur a constaté que de nombreux patients aux revenus moyens ou faibles se voyaient imposer des suppléments d'honoraires en chambre double ou commune alors qu'ils y demandaient leur admission, précisément pour limiter les frais d'hospitalisation (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2524/004, pp. 5 à 8 et 21).

L'interdiction dorénavant inscrite dans la loi de facturer des suppléments d'honoraires dans les chambres doubles - qui sont devenues la norme dans la plupart des hôpitaux - ou communes a été justifiée comme suit dans l'exposé des motifs :

“L'interdiction des suppléments d'honoraires dans ces chambres s'inscrit donc dans la suite logique de la politique menée depuis de nombreuses années pour garantir l'accessibilité aux soins. Dans leurs “baromètres” respectifs (qui analysent les factures hospitalières), les deux principales mutualités ont pointé l'impact de ces suppléments sur les factures, et prôné leur suppression pure et simple comme condition nécessaire au maintien de l'accessibilité aux soins hospitaliers. Ainsi, la pratique ou non de suppléments d'honoraires en chambres doubles et communes est la principale cause des grandes différences qui subsistent entre institutions hospitalières.

Les différences importantes constatées entre Régions (avec en particulier la situation préoccupante de la Région de Bruxelles-Capitale, malgré le fait que 39 % des admissions concernent des bénéficiaires de l'intervention majorée) trouvent également parmi leurs origines majeures les suppléments d'honoraires (cette fois, tous types de chambres confondus). Seul un petit nombre d'hôpitaux — 20 sur près de 200, en ce compris des hôpitaux psychiatriques — pratiquent encore de tels suppléments. Les maxima qui peuvent être pratiqués, jusqu'à 400 % de suppléments, soit cinq fois le tarif, sont excessifs.

Pour les patients, qui ont délibérément fait le choix d'une telle chambre pour précisément ne pas se voir imposer de surcoûts, la situation est incompréhensible. Les autres médecins et hôpitaux, qui ont une pratique normale, voire à dimension sociale marquée, subissent une concurrence déloyale, de par la surenchère difficilement tenable en matière de rémunérations de certains spécialistes. Le risque réel est que s'instaure en Belgique une médecine à deux vitesses, où les soins de qualité ne seraient réservés qu'aux plus nantis ou à ceux qui peuvent se payer une assurance hospitalisation prenant en charge les suppléments. En période de crise, où des efforts considérables sont demandés aux citoyens, de telles pratiques ne peuvent plus être admises.

Il convient, selon le gouvernement, d'adresser ce problème précis en priorité, ce qui n'exclut pas une réflexion plus large sur le financement hospitalier. Ce dernier s'illustre par une mécanique complexe, avec des équilibres et des jeux de vases communicants.

Le projet de loi vise donc la limitation des suppléments d'honoraires aux seules chambres individuelles. Concernant ces dernières, aucune mesure nouvelle n'est prévue. Les exceptions existant dans le cadre de la loi actuelle, et qui prévoient notamment qu'aucun supplément ne peut être réclamé lorsque l'admission en chambre simple est justifiée pour des raisons médicales, sont maintenues. Afin d'éviter toute discrimination, l'interdiction peut être étendue à d'autres prestataires de soins, par le Roi. L'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2013” (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2524/004, pp. 6 et 7).

Le rapport de la commission du Sénat précise encore :

“Seul un petit nombre d’hôpitaux, vingt sur près de deux cents (hôpitaux psychiatriques compris), continuent à facturer pareils suppléments alors même que les chambres à deux lits sont devenues la norme. Les maxima facturés sont quelquefois ahurissants; les suppléments peuvent aller jusqu’à 400 % du tarif INAMI, soit cinq fois le montant de base.

La ministre renvoie au rapport de la Chambre, où elle cite les chiffres d’une étude réalisée par les mutualités. En ce qui concerne les accouchements, par exemple, la moyenne nationale est de 388 EUR dans une chambre à deux lits, mais, avec les suppléments d’honoraires facturés, le montant peut aller jusqu’à 1.368 EUR.

On part du principe que les suppléments d’honoraires dans les hôpitaux classiques et les hôpitaux de jour pour les chambres communes et les chambres à deux lits représentent un montant d’environ 50 millions d’EUR, réparti de manière plus ou moins égale entre les deux types d’hôpitaux. Les suppléments d’honoraires pour les chambres particulières s’élèvent à quelque 300 millions d’EUR.

Si on ne touche pas aux suppléments pour les chambres particulières, c’est en raison du fait que le choix de ce type de chambre est fait par le patient lui-même. En revanche, les suppléments pour les chambres communes et les chambres à deux lits sont interdits.

En ce qui concerne les hôpitaux de jour, il a été convenu avec les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste que la définition de la notion d’hospitalisation de jour sera fixée à la suite de discussions au sein de celle-ci.

La ministre ne va pas jusqu’à prétendre que le projet à l’examen fait l’unanimité, mais elle indique qu’il bénéficie quand même d’un large soutien. En outre, un supplément n’est pas l’autre. Certains suppléments sont raisonnables et un hôpital pourrait être amené, de par leur suppression, à devoir licencier du personnel. Mais si un supplément représentant 400 % du tarif INAMI pour une chambre à deux lits ne peut plus être facturé, alors la situation pourrait devenir problématique. D’un autre côté, il faut continuer à garantir l’accessibilité des soins.

[...]

Le financement des hôpitaux pose plusieurs problèmes. Le BMF [Budget des moyens financiers] est le même pour tout le monde. Les suppléments ne sont retransférés à l’hôpital en fonction des spécialités qu’à concurrence de 6 jusqu’à 13 %.

On peut travailler dans un hôpital qui ne pratique pas de suppléments et être un professionnel de grande qualité. Les suppléments ne sont pas la garantie d’une politique de soins de qualité.

Pour les suppléments d’honoraires, la ministre n’a pas visé les chambres à un lit. D’ailleurs, suite à la concertation, il a été dit clairement qu’il n’y aurait pas de modification à cette loi-ci sans une négociation avec la médico-mut. Il faudra une large concertation s’il y a un jour une volonté d’aller plus loin.

La suppression des suppléments pour les chambres à deux lits était connue : elle était déjà sur la table lors de l’ancien accord médico-mut, mais il avait été demandé à la ministre de postposer la mesure. Maintenant, la ministre estime avoir le devoir d’avancer dans l’exécution de l’accord de gouvernement et dans la protection des patients contre ces suppléments.

Il n’est pas vrai que les assurances vont en profiter. Dans la plupart des assurances, il y a des franchises, des plafonds. Les patients vont y gagner. Mais il est évident que si un risque couvert par les assurances n’existe plus, on doit en voir les conséquences sur les primes à payer par le patient” (Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-1895/3, pp. 5 et 14).

Quant à l'intérêt des parties requérantes

B.3.1. La Constitution et la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle imposent à toute personne physique ou morale qui introduit un recours en annulation de justifier d'un intérêt. Ne justifient de l'intérêt requis que les personnes dont la situation pourrait être affectée directement et défavorablement par la norme attaquée.

B.3.2. Le Conseil des ministres conteste l'intérêt à agir de l'ensemble des parties requérantes, et ce, quelle que soit leur qualité, médecin hospitalier, société de médecins, ASBL représentative d'intérêts professionnels ou hôpital. Fondant son exception sur l'objectif recherché par le législateur, le Conseil des ministres fait valoir que les dispositions attaquées auraient pour destinataire direct le patient et non les parties requérantes précitées qui invoquent en substance pour justifier de leur intérêt les conséquences pécuniaires qui découlent de l'interdiction de facturer un supplément d'honoraires aux patients hospitalisés en chambre double ou commune.

B.3.3. Même si l'article 152, § 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux précitée, tel qu'il a été remplacé par l'article 26 attaqué de la loi du 27 décembre 2012, "*est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour*", l'article 152, § 2, de cette même loi dispose qu'il est interdit aux médecins hospitaliers de facturer des honoraires supplémentaires aux patients admis en chambre double ou commune.

En leur qualité de médecins hospitaliers ou de sociétés de médecins hospitaliers, auxquels la disposition attaquée peut s'appliquer en ce qui concerne les suppléments d'honoraires qu'ils peuvent réclamer à leurs patients hospitalisés, les parties requérantes justifient de leur intérêt au recours.

B.3.4. Dans chacune des affaires agissent un ou plusieurs médecins hospitaliers ou sociétés de médecins auxquels les dispositions attaquées sont applicables.

Il n'est donc pas nécessaire d'examiner si les autres parties requérantes ont introduit valablement leur recours en annulation.

L'exception est rejetée.

Quant au fond

En ce qui concerne les moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétence

B.4. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 5672 et le troisième moyen dans l'affaire n° 5688 sont pris de la violation des règles répartitrices de compétence. Les parties requérantes soutiennent que l'accessibilité aux soins étant déjà garantie avant l'adoption de la loi attaquée, le seul objectif de cette loi est de limiter la concurrence entre les hôpitaux, qui veulent attirer à eux les meilleurs médecins, alors que cet objectif relèverait de la politique de dispensation de soins dans les institutions de soins, laquelle est de la compétence exclusive des communautés.

B.5. Aux termes de l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles tel qu'il était applicable au moment de l'adoption des dispositions attaquées, les communautés sont compétentes, en ce qui concerne la politique de la santé, en matière de "politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins", à l'exception des matières énumérées de a) à g). Parmi ces exceptions figurent la législation organique (a) et l'assurance maladie-invalidité (c). Ces matières relèvent donc de la seule compétence des autorités fédérales.

B.6. Les articles 24 à 27 attaqués insèrent un nouvel article (art. 30/1) dans le chapitre "Accessibilité financière de l'hôpital" du titre I^{er} "Dispositions générales" ou modifient des dispositions existantes du chapitre VI "Financement des coûts d'exploitation" du titre III "Programmation, financement et agrément des hôpitaux" (art. 98) et du chapitre III "Du statut pécuniaire du médecin hospitalier" du titre IV "Dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers" (art. 152 et 153). Les autres dispositions attaquées y sont directement liées.

Les dispositions attaquées, et en particulier l'article 26, ont pour effet d'étendre le champ d'application des accords conclus entre les organisations professionnelles et les organismes d'assurance, tels qu'ils sont prévus et organisés par l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, au-delà de ce qui concerne l'assurance maladie et invalidité, puisqu'elles touchent à la partie des honoraires qui est supportée par le patient lui-même. Il ne s'ensuit pas pour autant qu'elles empièteraient sur la matière de la dispensation de soins, attribuée aux communautés. Il ressort de l'énumération contenue à l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, de la loi spéciale précitée et des travaux préparatoires que la "législation organique" visée sous le *littera* a) concerne notamment la dispensation des soins dans les hôpitaux. Assurément, toute disposition de la loi sur les hôpitaux ne peut pas relever de la "législation organique" (voy. notamment l'arrêt n^o 108/2000 du 31.10.2000, B.1.4.1), mais les dispositions qui garantissent l'accessibilité des patients aux soins hospitaliers appartiennent aux règles fondamentales de la législation hospitalière, telles qu'elles sont notamment comprises dans la loi sur les hôpitaux.

B.7. Les moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétences ne sont pas fondés.

En ce qui concerne l'ensemble des moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec des dispositions de droit interne et de droit international

B.8. Les dispositions attaquées visent à atteindre un équilibre entre deux objectifs dignes d'intérêt dans la politique hospitalière : la garantie de l'accès égal aux soins de santé dans les hôpitaux, par l'instauration de tarifs fixes et prévisibles, en particulier lorsque le patient fait le choix d'une chambre commune ou double, d'une part, et l'assurance d'une rétribution équitable pour les dispensateurs de soins, par le maintien du principe de la liberté d'honoraires, d'autre part. Le législateur a concrétisé ce double objectif en favorisant la conclusion d'accords entre les organisations professionnelles et les organismes assureurs. Il a incité les médecins à souscrire aux accords conclus, tout en maintenant, en dehors de ces accords, la liberté de fixation des honoraires.

B.9. Les dispositions attaquées, et en particulier l'article 26 qui, en remplaçant l'article 152 de la loi sur les hôpitaux précitée, interdit dorénavant aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre double ou commune, manifestent à la fois la volonté d'accroître le champ d'application des accords en rendant ceux-ci obligatoires pour les médecins qui n'y ont pas adhéré dans des situations que le législateur estime dignes d'intérêt, et d'empêcher, lorsque le patient choisit une hospitalisation en chambre double ou commune, que la part résiduelle de liberté tarifaire n'entraîne la facturation d'honoraires excessifs.

B.10. Bien que les dispositions attaquées réduisent sensiblement la liberté de fixation des honoraires réclamés par les médecins hospitaliers et qu'elles peuvent, dans une certaine mesure, aboutir à freiner les investissements en matière d'équipement technologique des hôpitaux dans lesquels les suppléments d'honoraires sont pratiqués, elles tendent cependant à faire prévaloir, dans des hypothèses déterminées, les intérêts des patients sur ceux des médecins.

B.11. La conciliation de pareils intérêts relève du pouvoir d'appréciation du législateur.

La Cour ne pourrait censurer les choix du législateur que s'ils révélaient une différence de traitement injustifiée ou une disproportion entre les moyens utilisés et les objectifs visés.

B.12. Le principe d'égalité et de non-discrimination n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes.

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité et de non-discrimination est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

B.13. En ce qu'elles réservent, pour une grande part, un traitement identique aux médecins qui ont adhéré aux accords et à ceux qui ont refusé de le faire, les dispositions traitent semblablement des catégories de personnes se trouvant dans des situations essentiellement différentes. De telles mesures sont, en règle, incompatibles avec le principe d'égalité. Elles paraissent d'autant moins justifiables que les médecins dits conventionnés jouissent d'avantages sociaux qui sont refusés aux médecins non conventionnés.

B.14. Toutefois, dès lors que la décision d'adhérer ou non aux accords est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire, les mesures critiquées ne peuvent être tenues, *a priori*, pour discriminatoires. Encore faudra-t-il néanmoins que la pression que font peser les mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée.

B.15. En rendant les limitations critiquées applicables dans les hypothèses prévues à l'article 152, § 2, de la loi sur les hôpitaux tel qu'il a été remplacé par l'article 26 de la loi attaquée, le législateur a pris une mesure qui est raisonnablement justifiée.

En effet, il n'est pas déraisonnable de présumer que les patients qui ont demandé à être admis en chambre double ou commune ne disposent pas des moyens leur permettant de payer des suppléments par rapport au tarif servant de base à l'intervention de l'assurance ou par rapport aux honoraires qui résultent de l'accord.

B.16. Il est vrai également que les mesures attaquées aboutissent à traiter différemment les médecins hospitaliers par rapport aux autres médecins, ces mêmes médecins par rapport à d'autres prestataires de soins en milieu hospitalier et certains médecins spécialistes hospitaliers par rapport à d'autres spécialistes qui n'exercent pas ou pas principalement en milieu hospitalier. Il se peut que ces mesures aient des conséquences différentes pour les médecins qui travaillent dans des hôpitaux privés comparés à ceux qui exercent leurs activités dans des hôpitaux publics. Il est évident que les médecins hospitaliers sont traités différemment des personnes qui exercent d'autres professions libérales.

B.17. Il est vraisemblable que les hôpitaux publics et les hôpitaux privés qui ne facturent pas des suppléments d'honoraires en chambre double ou commune pourront plus aisément supporter les conséquences financières des mesures attaquées que les hôpitaux privés qui facturaient ce supplément d'honoraires jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi attaquée.

B.18. Dès lors que le législateur s'attache à garantir l'accès aux soins en milieu hospitalier en améliorant la sécurité et la transparence tarifaires dans le secteur hospitalier et à éviter les abus qui s'y seraient produits, les mesures qu'il prend ont inévitablement des effets qui ne s'appliquent que dans ce secteur et qu'il serait déraisonnable d'étendre à des secteurs où la nécessité de mesures identiques ne se fait pas sentir de façon comparable.

B.19. Quant aux effets disproportionnés qu'auraient les mesures attaquées, les affirmations des parties requérantes s'appuient sur des hypothèses qui ne sont pas dénuées de vraisemblance mais il n'est pas permis de dire avec certitude que ces effets seront d'une ampleur telle qu'ils rendraient les mesures discriminatoires. Il s'agit d'éléments qui doivent faire l'objet d'une évaluation concrète et qui pourront, le cas échéant, comme il a été rappelé dans les travaux préparatoires (Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-1895/3, pp. 14-15), motiver des corrections et des suggestions dans le cadre des négociations qui se poursuivent au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

B.20. Les moyens ne sont pas fondés.

En ce qui concerne les moyens pris de la violation de l'article 23 de la Constitution

B.21. L'article 23 de la Constitution dispose :

"Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

À cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective;

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique;

[...]"

B.22. Selon les parties requérantes, les dispositions attaquées, qui limitent le montant des honoraires que les médecins hospitaliers peuvent facturer à certains patients, portent atteinte à leurs conditions de travail et violent ainsi le principe de *standstill* garanti par la disposition précitée. Les mêmes dispositions porteraient, de plus, atteinte au droit des patients de bénéficier de soins de qualité.

B.23. L'article 23 de la Constitution implique une obligation de *standstill* qui fait obstacle à ce que le législateur compétent réduise de manière sensible le niveau de protection qu'offre la législation applicable sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général.

B.24.1. L'interdiction faite aux médecins hospitaliers de facturer, dans les conditions rappelées en B.2.1 à B.2.3, des honoraires supplémentaires aux patients admis en chambre double ou en chambre commune ne remet en cause ni le droit au travail ni le droit à une rémunération équitable des médecins visés. Ces derniers, en effet, continuent à percevoir des honoraires tels qu'ils sont applicables en vertu des accords médico-mutualistes à l'ensemble des médecins hospitaliers conventionnés et aux médecins hospitaliers non conventionnés qui ne pratiquent pas de suppléments d'honoraires.

B.24.2. Pour le surplus, les mesures attaquées qui visent à assurer à tous les patients un accès égal aux soins hospitaliers ont pour effet d'accroître la garantie consacrée à l'article 23, alinéa 3, 2^o, de la Constitution et non de la diminuer.

B.24.3. Enfin, les parties requérantes omettent d'étayer la corrélation entre la qualité des soins et le montant des honoraires tarifés aux patients. Elles n'avancent aucune donnée permettant de conclure que la qualité des soins en Belgique serait mieux assurée par les hôpitaux, au demeurant minoritaires, qui réclament des montants d'honoraires supplémentaires aux patients admis en chambre double ou en chambre commune.

B.25. Les moyens ne sont pas fondés.

En ce qui concerne les moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les règles du droit européen de la libre prestation des services et avec la liberté d'établissement

B.26. Dans les affaires n^{os} 5672 et 5689, les parties requérantes soutiennent que les dispositions attaquées porteraient atteinte, notamment, aux articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) qui interdisent les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre, d'une part, et les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union européenne, d'autre part.

Les parties requérantes dans l'affaire n^o 5689 qui sont des médecins hospitaliers ressortissants d'un autre État membre domiciliés en Belgique ou qui pratiquent leurs activités hospitalières en Belgique pendant une partie de la semaine demandent à la Cour de poser une question préjudicielle à la Cour de justice de l'Union européenne, en application de l'article 267 du TFUE.

B.27. Lorsqu'une question qui porte sur l'interprétation du droit de l'Union est soulevée dans une affaire pendante devant une juridiction nationale dont les décisions ne sont pas susceptibles d'un recours juridictionnel de droit interne, cette juridiction est tenue, conformément à l'article 267, troisième alinéa, du TFUE, de poser cette question à la Cour de justice. Ce renvoi n'est cependant pas nécessaire lorsque cette autorité juridictionnelle a constaté "que la question soulevée n'est pas pertinente ou que la disposition communautaire en cause a déjà fait l'objet d'une interprétation de la part de la Cour ou que l'application correcte du droit communautaire s'impose avec une telle évidence qu'elle ne laisse place à aucun doute raisonnable" (CJCE, 06.10.1982, C-283/81, *CILFIT*, pt 21).

B.28.1. L'article 49 du TFUE dispose :

"Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un État membre dans le territoire d'un autre État membre sont interdites. Cette interdiction s'étend également aux restrictions à la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un État membre établis sur le territoire d'un État membre.

La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice, ainsi que la constitution et la gestion d'entreprises, et notamment de sociétés au sens de l'article 54, deuxième alinéa, dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants, sous réserve des dispositions du chapitre relatif aux capitaux".

B.28.2. L'article 56 du TFUE dispose :

"Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des États membres établis dans un État membre autre que celui du destinataire de la prestation.

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un État tiers et établis à l'intérieur de l'Union".

B.28.3. Les restrictions visées par les articles 49 et 56 du TFUE sont les mesures adoptées par un État membre de l'Union européenne qui interdisent, gênent ou rendent moins attrayant l'exercice de la liberté d'établissement ou de la libre prestation des services (CJCE, grande chambre, 28.04.2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c./République italienne*, pt 62; CJUE, grande chambre, 01.06.2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, pt 53; 07.10.2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, pt 29).

Une réglementation d'un État membre de l'Union européenne ne constitue pas une restriction du seul fait que d'autres États membres appliquent des règles moins strictes ou économiquement plus intéressantes aux prestataires de services similaires établis sur leur territoire (CJCE, grande chambre, 28.04.2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c./République italienne*, pt 63; CJUE, 12.09.2013, C-475/11, *Kostas Konstantinides*, pt 47).

B.28.4. Dans son arrêt précité du 12 septembre 2013, la Cour de justice de l'Union européenne a précisé :

"47. En outre, il convient de rappeler qu'une réglementation d'un État membre ne constitue pas une restriction au sens du traité FUE du seul fait que d'autres États membres appliquent des règles moins strictes ou économiquement plus intéressantes aux prestataires de services similaires établis sur leur territoire (voir arrêt Commission/Italie, précité, pt 49 et jurisprudence citée).

48. L'existence d'une restriction au sens du traité ne saurait donc être déduite du seul fait que les médecins établis dans des États membres autres que la République fédérale d'Allemagne doivent, pour le calcul de leurs honoraires pour des prestations fournies sur le territoire du Land de Hesse, se soumettre aux règles applicables sur ce territoire.

49. Toutefois, en l'absence de toute flexibilité du régime en cause au principal, ce qui relève d'une appréciation par le juge national, l'application d'un tel régime, qui serait susceptible d'avoir un effet dissuasif à l'égard des médecins d'autres États membres, serait constitutive d'une restriction au sens du traité.

50. S'agissant de la justification d'une telle restriction, il est de jurisprudence bien établie que des mesures nationales susceptibles de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice des libertés fondamentales garanties par le traité ne peuvent être admises qu'à la condition qu'elles poursuivent un objectif d'intérêt général, qu'elles soient propres à garantir la réalisation de celui-ci et qu'elles n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi (voir, notamment, arrêt du 16.04.2013, Las, C-202/11, non encore publié au Recueil, pt 23 et jurisprudence citée).

51. À cet égard, il incombe à la juridiction de renvoi d'examiner si, à supposer que son application dans des circonstances telles que celles décrites dans la décision de renvoi constitue une restriction à la libre prestation de services, la réglementation en cause au principal est fondée sur un objectif d'intérêt général. D'une manière générale, il convient de relever que la protection de la santé et de la vie des personnes, ainsi que le prévoit l'article 36 TFUE, et celle des consommateurs sont des objectifs figurant au nombre de ceux qui peuvent être considérés comme constituant des raisons impérieuses d'intérêt général susceptibles de justifier une restriction à la libre prestation de services (voir en ce sens, notamment, arrêts du 05.12.2006, Cipolla e.a., C-94/04 et C-202/04, Rec. p. I-11421, pt 64 et jurisprudence citée, ainsi que du 08.11.2007, Ludwigs-Apotheke, C-143/06, Rec. p. I-9623, pt 27 et jurisprudence citée).

52. En ce qui concerne la question de savoir si une telle réglementation fondée sur un objectif d'intérêt général est propre à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre, il appartient à la juridiction de renvoi de vérifier si cette réglementation répond véritablement au souci d'atteindre l'objectif poursuivi d'une manière cohérente et systématique. L'analyse de la proportionnalité exige de tenir compte notamment de la sévérité de la sanction envisagée.

53. Il appartient ainsi à la juridiction de renvoi de vérifier si la réglementation en cause au principal constitue une restriction au sens de l'article 56 TFUE et, dans l'affirmative, si elle poursuit un objectif d'intérêt général, est propre à garantir la réalisation de celui-ci et ne va au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi".

B.29.1. Sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les dispositions attaquées constituent des restrictions au sens des articles 49 et 56 du TFUE, il suffit de constater qu'elles répondent aux critères mentionnés en B.28.4.

B.29.2. En effet, comme il a été rappelé en B.2.1, l'objet principal des dispositions attaquées est l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble des patients hospitalisés, sans considération du choix de la chambre qu'ils sont pleinement libres de faire. La loi vise donc à protéger la santé des personnes, objectif figurant à l'article 36 du TFUE, qui peut constituer, comme il a été rappelé en B.28.4, une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une restriction à la libre prestation de services.

B.29.3. Il ressort de l'examen des moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution que les dispositions attaquées sont aptes à garantir la réalisation de cet objectif tout en maintenant, comme il a été rappelé en B.8, ce dernier en équilibre avec le souci d'assurer une rétribution équitable aux dispensateurs de soins en garantissant le maintien de la liberté d'honoraires et que ces dispositions ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif. En effet, les dispositions attaquées n'obligent pas les médecins hospitaliers à adhérer par convention aux accords médico-mutualistes de même qu'elles ne leur interdisent pas de facturer des honoraires supplémentaires aux patients qui choisissent de séjourner en chambre individuelle. Il convient d'ailleurs de rappeler que le montant de la rémunération d'un médecin hospitalier ne découle pas directement des honoraires qu'il facture mais du contrat qui le lie à l'hôpital ou à la société des médecins qui gère l'hôpital.

B.29.4. Les dispositions attaquées sont donc compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 49 et 56 du TFUE.

B.30. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu de poser une question préjudicielle à la Cour de justice de l'Union européenne.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Rejette les recours.

...

Analyse de l'arrêt 107/2014 du 17 juillet 2014 de la Cour constitutionnelle

Par Ph. VRAY, attaché.

Par son arrêt précité, la Cour constitutionnelle a rejeté le recours en annulation introduit à l'encontre des articles 23 à 29 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé.

Ces articles visent à garantir l'accessibilité des patients aux soins qui sont dispensés par les hôpitaux. La loi fait interdiction aux médecins de porter en compte des suppléments d'honoraires aux patients admis en chambre commune ou en chambre à deux lits.

Différents recours avaient été introduits par l'ABSYM (Association belge des Syndicats Médicaux), par des sociétés de médecins, par des médecins agissant individuellement ainsi que par l'ASBL "Clinique la Ramée".

Les parties requérantes faisaient principalement grief aux dispositions légales attaquées de violer les règles répartitrices de compétence entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, d'introduire, entre autres, une discrimination entre médecins non-conventionnés et médecins conventionnés, entre médecins hospitaliers et médecins ayant une activité essentiellement ambulatoire, entre hôpitaux publics et hôpitaux privés.

Les requérants reprochaient en outre à la loi du 27 décembre 2012 susvisée une violation de l'article 23 de la Constitution (principe du *standstill*) et des dispositions du droit européen relatives à la libre prestation des services et à la liberté d'établissement.

La Cour a donc examiné successivement chacun des moyens invoqués.

1. *Violation des règles répartitrices de compétence.* La Cour estime que les dispositions attaquées qui garantissent l'accessibilité des patients aux soins hospitaliers appartiennent aux règles fondamentales de la législation hospitalière, telles qu'elles sont notamment comprises dans la loi sur les hôpitaux, matière qui relève selon l'article 5, § 1^{er}, l, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles de la seule compétence des Autorités fédérales. La législation hospitalière est, en effet, selon la Cour, rangée parmi les exceptions à la compétence des entités fédérées visées au points a) à g) de l'article susvisé.

2. *Violation du principe d'égalité.* La Cour rappelle que:

"Le principe d'égalité et de non-discrimination n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes."

Certes, poursuit la Cour, médecins conventionnés et médecins non conventionnés se voient pareillement interdire de réclamer des suppléments hors des hospitalisations en chambre individuelle, alors que seuls les médecins conventionnés bénéficient des avantages liés à leur conventionnement. Cependant, "la décision d'adhérer ou non aux accords est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire, les mesures critiquées ne peuvent être tenues, a priori, pour discriminatoires."

Pour le surplus, la Cour considère qu'il appartient au législateur de concilier l'intérêt des patients consistant en l'accès égal aux soins de santé et les intérêts des dispensateurs de soins à une rémunération équitable. Le législateur a, en l'espèce, pris une mesure raisonnablement justifiée.

3. *Violation de l'article 23 de la Constitution.* Selon les requérants, les dispositions attaquées porteraient atteinte à leurs conditions de travail en les privant du droit de porter en compte des suppléments d'honoraires en chambre à deux lits et en chambre commune et violeraient l'obligation de *standstill* consacrée par l'article 23 de la Constitution en réduisant considérablement le niveau de protection offert par la législation applicable.

La Cour estime, au contraire, que la loi attaquée ne remet pas en cause le droit au travail ni le droit à une rémunération équitable des médecins lesquels continuent à percevoir les honoraires applicables aux médecins conventionnés et aux médecins non conventionnés qui ne pratiquent pas de suppléments d'honoraires.

4. *Violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les règles européennes relatives à la libre prestation des services.* D'après la Cour, la loi vise à protéger la santé des personnes, objectif qui peut constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une restriction à la libre prestation de services.

Aucun de ces moyens n'a donc été rencontré par la Cour Constitutionnelle qui a rejeté l'ensemble des recours.

II. Cour de cassation, 13 janvier 2014

Articles 94, 95, 96*bis*, de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux (en sa version applicable avant sa coordination par A.R. du 10.07.2008)

Les articles 95 et 96bis de la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux relatifs à l'organisation, et en particulier au financement et à l'accessibilité des soins de santé, touchent l'ordre public.

Il ne peut donc être dérogé à ces dispositions par un accord conclu entre un hôpital et un patient.

Arrêt n° C.11.0596.N

X. c./H.H. R.-M

...

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche:

1. En vertu de l'article 94, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, (...), applicable en l'espèce, sans préjudice de l'article 90, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour en chambre commune et de la dispensation des soins aux patients de l'hôpital, en ce compris les patients en hospitalisation de jour telle que définie par le Roi.

Conformément à l'article 94, alinéa 2, de la même loi, le Roi définit les frais visés à l'alinéa 1^{er}.

L'article 95 de la loi du 7 août 1987, applicable en l'espèce, énumère limitativement les frais qui ne sont pas repris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital.

Aux termes de l'article 96bis de la même loi, applicable en l'espèce, pour les interventions, les services et prestations de soins dont les frais sont couverts de façon forfaitaire par le budget des moyens financiers, aucune intervention, financière ne peut être réclamée au patient.

Il suit de ces dispositions que tous les frais portant sur la dispensation de soins aux patients de l'hôpital qui ne sont pas énumérés à l'article 95 de la loi du 7 août 1987 sont repris dans le budget des moyens financiers et ne peuvent faire l'objet d'une intervention financière de la part du patient.

2. Les articles 95 et 96bis de la loi du 7 août 1987 qui portent sur l'organisation, et plus spécialement sur le financement des soins de santé et l'accès aux soins de santé, intéressent l'ordre public.

Il ne peut être dérogé à ces dispositions par une convention entre l'hôpital et le patient.

3. Le jugement attaqué a décidé dans un premier temps que la somme de 1.200 EUR dont le demandeur réclame le remboursement constitue uniquement une indemnité pour l'utilisation d'un appareil onéreux qui, conformément à l'article 94 de la loi du 7 août 1987, est reprise dans le prix de "la journée d'entretien".

Il a constaté ensuite que le demandeur a signé un formulaire de "*informed consent*", par lequel:

- il a marqué son accord avec l'opération pratiquée à l'aide de la technique innovatrice de la chirurgie robotique
- il a été expressément informé du fait que cette technique n'était pas encore répertoriée dans la nomenclature des prestations de santé et ne serait dès lors pas remboursée par la mutuelle
- il a expressément consenti à prendre ces frais personnellement en charge.

Le jugement attaqué a constaté en outre que le demandeur a signé le formulaire d' "*informed consent*" le 10 février 2006 et que l'opération a été pratiquée le 26 mars 2006 soit plus de six semaines après la signature du formulaire du "*informed consent*", soit paiement de l'acompte de 1.200 EUR.

En décidant après ces constatations que l'accord conclu par les parties le 10 février 2006 est valable et lie le demandeur, le jugement attaqué n'a pas justifié légalement sa décision de rejeter la demande du demandeur en remboursement de l'acompte de 1.200 EUR.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué;

...

III. Cour de cassation, 16 juin 2014

Assurance-indemnités - Conditions de reconnaissance de l'état d'incapacité des travailleurs indépendants - Détermination des périodes d'incapacité de travail - Autorités compétentes

Arrêté royal du 20 juillet 1971, articles 6, 7, 9, 10, 19, 20, 59 et 62

L'article 7 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants distingue d'une part, la période d'incapacité primaire, qui correspond à la première année de reconnaissance de l'incapacité de travail et relève de la compétence exclusive du médecin conseil de l'organisme assureur (art. 59 de l'A.R. précité) et d'autre part, la période d'invalidité qui prend cours à la fin de la période d'incapacité primaire et dont la reconnaissance relève de la compétence du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur proposition du médecin conseil (art. 62 de l'A.R. précité et 94 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994).

En décidant à l'égard du demandeur, qu'à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur dont l'état d'invalidité avait pris fin en date du 4 juillet 2001, était en incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté royal précité et qu'il pouvait dès lors prétendre aux indemnités, alors que son organisme assureur n'était pas à la cause et en l'absence d'un rapport préalable du médecin conseil, l'arrêt viole les dispositions qui déterminent les conditions de reconnaissance de l'état d'incapacité (art. 19 et 20 précités), les dispositions relatives à la détermination des différentes périodes d'incapacité de travail d'un travailleur indépendant (art. 6, 7, 9, 10 de l'A.R. précité) ainsi que les dispositions indiquant l'instance compétente pour en connaître (art. 59 et 62 de l'A.R. précité).

En effet, lorsqu'il s'écoule un laps de temps supérieur à trois mois entre la décision de fin de l'invalidité et la reconnaissance d'une nouvelle incapacité, l'état d'invalidité prend fin et une nouvelle période d'incapacité primaire prend cours (art. 10, § 3 de l'A.R. précité). Il s'ensuit que, durant cette nouvelle période d'incapacité primaire, la décision concernant l'état d'incapacité de travail n'appartient pas au CMI mais au médecin conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant, absent à la cause.

Par conséquent, l'arrêt attaqué est cassé en ce qu'il ne décide pas légalement que l'assuré est en incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 précités à dater du 1^{er} avril 2004.

Arrêt S. 13.0072.F

H. c./INAMI

...

GRIEFS

1.1. Selon l'article 6 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, cet arrêté distingue 1° la période d'incapacité primaire non indemnisable; 2° la période d'incapacité primaire indemnisable; 3° la période d'invalidité.

L'article 7 de cet arrêté royal dispose que la période d'incapacité primaire non indemnisable concerne le premier mois d'incapacité de travail, la période d'incapacité primaire indemnisable les onze mois suivants. La période d'invalidité prend cours lorsque la période d'incapacité primaire indemnisable est révolue. Pour l'application de cet article, le calcul en mois se fait de date à date.

D'après l'article 9, § 2, du même arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'incapacité primaire indemnisable.

L'article 10, § 3, de l'arrêté royal dispose qu'une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas trois mois est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'invalidité.

Il suit de ces dispositions que le travailleur indépendant qui, après une interruption de la période d'invalidité qui atteint trois mois, est à nouveau reconnu se trouver dans un état d'incapacité de travail se trouve dans un état d'incapacité primaire et ce, pour une nouvelle durée de douze mois.

1.2. Selon l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail au cours des périodes d'incapacité primaire lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle ni comme travailleur indépendant ou aidant ni en une autre qualité.

L'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 dispose que le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail au cours de la période d'invalidité lorsqu'il est satisfait à l'article 19 et qu'en outre, il est reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, compte tenu notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

1.3. D'après l'article 59 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, le début, le maintien, la reprise, la durée et la fin de l'incapacité de travail au cours des périodes d'incapacité primaire sont établis par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou, dans les conditions prévues à l'article 48, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 [instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités], par le médecin-inspecteur du Service du contrôle médical.

Selon l'article 62 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les décisions au sujet de l'incapacité de travail au cours de la période d'invalidité sont régies par les dispositions qui concernent la même matière dans le régime des indemnités organisé en vertu de la loi du 9 août 1963 et notamment par les articles 51 et 52 de ladite loi et par le chapitre III de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 [portant exécution de la loi du 08.04.1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités].

Les articles 51 et 52 de la loi du 9 août 1963 ont été remplacés par les articles 94 et 95 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le chapitre III de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 intitulé "Du conseil médical de l'invalidité" a été remplacé par la section II "Du conseil médical de l'invalidité" du chapitre I^{er} du titre III 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, comportant les articles 167 à 192.

D'après l'article 94 de la loi coordonnée, c'est le conseil médical de l'invalidité du demandeur qui constate, conformément aux dispositions de l'article 82, sur la base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'état d'invalidité au sens de l'article 100 et qui en fixe la durée.

Des dispositions précitées, il suit que, dans la période d'incapacité primaire, la décision concernant l'état d'incapacité de travail appartient au médecin-conseil de l'organisme assureur du travailleur indépendant ou au médecin-inspecteur du Service du contrôle médical et que le conseil médical de l'invalidité du demandeur n'est pas habilité à reconnaître un tel état ou à en déterminer la durée sans un rapport émanant de ce médecin.

2. L'arrêt constate que:

- le défendeur a été en incapacité de travail à partir du 15 avril 2000
- le 28 juin 2001, le conseil médical de l'invalidité du demandeur a décidé que le défendeur ne serait plus considéré comme étant incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du 4 juillet 2001
- la période litigieuse est fort longue : elle débute le 4 juillet 2001, soit à un moment où le défendeur était en incapacité de travail depuis plus d'un an, d'où il suit qu'il y a lieu de se référer à l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
- l'expert désigné dans l'arrêt du 8 avril 2011 propose de considérer que :
 - du 4 juillet 2001 au 31 mars 2004, le défendeur n'était pas incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971
 - à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur peut être considéré comme incapable de travailler au sens de l'article précité
 - le rapport d'expertise est complet et répond de manière précise aux questions d'ordre médical que se posait la cour du travail
 - il y a lieu d'entériner le rapport d'expertise.

En entérinant le rapport d'expertise dont il constate les propositions relatives aux périodes d'incapacité de travail et à leur interruption, l'arrêt décide qu'il y a eu une interruption dans l'état d'invalidité du défendeur du 4 juillet 2001 au 31 mars 2004, c'est-à-dire pendant une période de plus de trois mois.

Il s'ensuit qu'en application des articles 6, 7 et 10, § 3, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, une nouvelle période d'incapacité primaire commence le 1^{er} avril 2004.

En entérinant le rapport d'expertise et en décidant que, depuis le 1^{er} avril 2004, le défendeur répond aux conditions de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, et donc *a fortiori* aux conditions de l'article 19 de cet arrêté royal, et en décidant qu'une nouvelle période d'incapacité de travail doit être considérée comme ayant pris cours le 1^{er} avril 2004 et que le défendeur peut sur cette base faire valoir ses droits aux indemnités d'incapacité de travail, alors qu'il s'agit d'une procédure entre le défendeur et le demandeur en l'absence de l'organisme assureur du défendeur et en l'absence d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur, l'arrêt décide de l'existence d'un état d'incapacité de travail du défendeur dans une période qui est une période d'incapacité primaire de travail à l'égard du demandeur. Dès lors, il viole les articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, qui déterminent les conditions de reconnaissance d'un état d'incapacité de travail, ainsi que les dispositions relatives à la détermination des différentes périodes d'incapacité de travail d'un travailleur indépendant (violation des art. 6, 7, 9, 10, 19 et 20 de l'A.R. du 20.07.1971, qui déterminent les conditions de reconnaissance d'un état d'incapacité de travail) et celles qui indiquent l'instance compétente pour décider de l'état d'incapacité de travail d'un travailleur indépendant (violation des art. 59, 62 de l'A.R. du 20.07.1971 et 94, al. 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

L'arrêt ne décide pas légalement que, depuis le 1^{er} avril 2004, le défendeur est en incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (violation de toutes les dispositions visées au moyen).

III. LA DÉCISION DE LA COUR

L'arrêt confirme la décision du conseil médical de l'invalidité suivant laquelle, à partir du 4 juillet 2001, le défendeur n'était pas en état d'incapacité de travail suivant les critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

Conformément à l'avis de l'expert judiciaire, l'arrêt décide à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur était en état d'incapacité de travail suivant les mêmes critères "et donc *a fortiori*" suivant ceux "de l'article 19 [dudit] arrêté royal".

Aux termes de l'article 10, § 3, de l'arrêté royal, une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui atteint trois mois au moins interrompt le cours de la période d'invalidité.

Il s'ensuit qu'une nouvelle incapacité de travail survenant après ce délai ouvre une nouvelle période d'incapacité primaire au sens de l'article 6, 1^o, de l'arrêté royal.

Il ressort des dispositions de l'article 59 de l'arrêté royal que, à l'exception du cas prévu à l'article 48, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, non applicable en l'espèce, la décision concernant l'état d'incapacité primaire appartient au médecin-conseil de l'organisme du travailleur indépendant, de sorte que le demandeur n'a pas le droit de reconnaître cet état et d'en fixer la durée.

En décidant à l'égard du demandeur qu'à partir du 1^{er} avril 2004, le défendeur, dont l'état d'invalidité a pris fin le 4 juillet 2001, a été en état d'incapacité de travail au sens des articles 19 et 20 de l'arrêté royal, l'arrêt viole les dispositions légales visées au moyen.

Celui-ci est fondé.

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Casse l'arrêt attaqué;

...

IV. Cour du travail de Liège, 26 novembre 2013

Absence de capacité de gain initiale - Activités occupationnelles à durées limitées et bénévoles à caractère non productif - Reconnaissance erronée - Absence de faute

L'aggravation de l'état de santé qui supprime une capacité de gain déjà inexistante n'ouvre pas le droit aux indemnités au sens de l'article 100, § 1^{er} de la loi coordonnée car ladite aggravation ne saurait entraîner la cessation de toute activité professionnelle, celle-ci n'ayant pu exister (C.T. Anvers, 15.02.2007, BI.- INAMI 2007, p. 225). Si des activités bénévoles peuvent démontrer une capacité de travail, il y a lieu de relever que les activités vantées doivent avoir un caractère productif et doivent pouvoir s'intégrer sur le marché du travail. Lorsque les activités consistent à garder des enfants de son entourage et s'occuper de sa grand-mère, il est question d'occupations limitées bénévoles, non encadrées dans un milieu professionnel et qui s'apparentent plus à des services rendus à titre occasionnel qu'à des activités démontrant une réelle capacité de gain.

L'intéressée invoque la faute de l'INAMI et la mutualité en ce qu'ils sont revenus sur une appréciation effectuée depuis plusieurs années, à savoir une incapacité de travail reconnue antérieurement. Les indemnités versées à tort n'étant pas récupérables, la Cour considère que ni la mutualité, ni l'INAMI n'ont commis de faute en l'absence de préjudice du fait de son indemnisation erronée.

R.G. 2011/AL/370 et 2011/AL/374
O.A. c./A.B. et INAMI c./A.B.

I. La recevabilité de l'appel

Attendu qu'il résulte des éléments du dossier que le jugement dont appel a été notifié aux parties appelantes le 17 juin 2011. Les appels du 7 juillet 2011 et 8 juillet 2011, réguliers quant à la forme et introduits dans le délai légal, sont recevables.

II. Les faits et la procédure

1. Par une décision notifiée le 24 mai 2006, l'INAMI constatait que Madame B., née le 5 avril 1970, n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 à partir du 31 mai 2006, la cessation de ses activités n'étant pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels. Cette décision sera contestée.

Madame B. fut toutefois reprise en charge par sa mutuelle en raison d'hospitalisation.

Par une décision notifiée le 2 avril 2007, la mutuelle de Madame B. l'informa que suite à l'examen pratiqué le 2 avril 2007, elle n'était plus considérée comme incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 à partir du 10 avril 2007, les lésions ou troubles présentés n'entraînant plus une réduction des 2/3 de sa capacité de gain dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100 de la loi précitée. Cette décision sera contestée.

2. Devant le tribunal, le 1^{er} juin 2007, dans la cause opposant l'INAMI à Madame B., l'INAMI fit valoir que Madame B. n'avait jamais, depuis son entrée sur le marché du travail présenté une capacité de gain dépassant un tiers. Par son jugement du 15 juin 2007, le tribunal, a désigné en qualité d'expert médecin le Docteur M. avec, notamment, pour mission de dire si à la date du 31 mai 2006 et postérieurement Madame B. se trouvait en incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994.

En conclusion de son rapport, l'expert considérait que le 31 mai 2006 et postérieurement, Madame B. est en incapacité de travail. Quant à savoir si Madame B. avait eu une capacité de travail depuis son entrée sur la marché du travail, l'expert ne se prononçait pas, estimant que cette question devait être appréciée par le tribunal. Il relevait toutefois que la travailleuse avait été considérée en état de capacité de travail à plusieurs reprises, notamment durant 95 jours lorsqu'elle est entrée sur le marché du travail. Il relève aussi que pendant une période de 8 mois et une période de 3 mois, Madame B. s'est occupée d'une personne âgée en convalescence et que durant d'autres périodes, plus brèves, elle s'est occupée d'enfants.

Par son jugement dont appel, le tribunal, après avoir joint les causes et considéré que depuis son entrée sur le marché du travail Madame B. avait bien présenté la capacité de gain minimale exigée par l'article 100 de la loi coordonnée de 1994, déclarait les recours fondés et disait pour droit que Madame B. était en incapacité de travail le 31 mai 2006 et postérieurement.

Les litiges portant les numéros de rôle 2011/AL/370 et 2011/AL/374 ayant un même objet et concernant un même assuré social, il convient de les joindre pour connexité.

...

IV. Discussion

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

De cette disposition, il résulte que l'aggravation de l'état de santé qui supprime une capacité de gain qui était toutefois inexistante n'ouvre pas le droit aux indemnités pour incapacité de travail. En effet, cette aggravation ne saurait entraîner la cessation de toute activité professionnelle, celle-ci n'ayant pu exister. Ainsi, un assuré doit avoir eu une capacité de gain de plus d'un tiers afin de pouvoir être considéré ultérieurement en incapacité de travail (Cf. C.T. Anvers, arrêt du 15.02.2007, B.I.-INAMI 2007, p. 225).

Dans le cas d'espèce, Madame B. a arrêté sa scolarité à l'âge de 20 ans sans avoir terminé ses études de niveau professionnel, section "service aux personnes". En effet, en 5^e année, elle va connaître d'importants problèmes médicaux divers (physiques et psychiatriques) ayant nécessité des hospitalisations. Madame B. souffre, notamment d'un état dépressif et d'épilepsie depuis 1990.

2. Durant l'année 1991, elle va émarger durant 95 jours au bénéfice des allocations de chômage. Le fait d'émarger au bénéfice des allocations de chômage n'établit toutefois nullement une capacité de travail, l'admission au bénéfice des allocations de chômage n'étant pas précédée d'un examen relatif à l'aptitude au travail. En outre, en l'espèce, en 1992, suite à une visite auprès du médecin de l'ONEm, elle sera déclarée en incapacité de travail. Depuis ce moment, elle bénéficiera des indemnités de la mutuelle sans discontinuer.

3. Comme activité, Madame B. a été autorisée par le médecin de sa mutuelle à exercer une surveillance des enfants d'une crèche à raison de 12 heures par semaine. Dans le cadre de cette autorisation, le médecin conseil a toutefois précisé : "Éviter l'éveil prolongé et les siestes sont indispensables".

Madame B., durant plusieurs mois, s'est occupée de sa grand-mère et a gardé bénévolement des enfants de son entourage.

La cour relève que durant toutes ces périodes, la travailleuse était reconnue comme étant en incapacité de travail et bénéficiait d'indemnités AMI. Au cours de ces périodes d'activité, elle ne s'est jamais reconnue comme apte à exercer une activité professionnelle.

Certes, les activités exercées à titre bénévole peuvent démontrer une capacité de travail. Il importe toutefois de souligner que le travailleur doit avoir établi une capacité de gain, ce qui implique que les activités vantées doivent avoir un caractère productif et doivent pouvoir s'intégrer sur le marché du travail.

La cour estime que les activités vantées en l'espèce ne démontrent nullement une capacité de travail de 33 % au moins. Il s'agit en effet d'occupations de durées limitées, bénévoles et non encadrées dans un milieu professionnel. Ces activités s'apparentent plus à des services rendus à titre occasionnel qu'à des activités démontrant une capacité de gain.

La cour relève aussi que Madame B. n'a pu terminer ses études en raison de problèmes médicaux majeurs. Depuis la fin de ses études, Madame B. a subi de nombreuses hospitalisations en raison de son état physique et psychologique fragile. Elle n'établit pas avoir jamais tenté de s'insérer dans le marché du travail et elle fut considérée par l'ONEm comme en incapacité de travail depuis 1992. Son médecin traitant, en 2007, estime que Madame B. est en incapacité de travail depuis de longues années.

Au vu de ces éléments, la cour considère comme établi que Madame B. n'a jamais présenté depuis son entrée sur le marché du travail une capacité de gain et elle ne peut dès lors bénéficier des indemnités AMI. Les décisions administratives doivent être confirmées et les recours doivent être déclarés fondés.

o La faute de l'administration

Madame B. estime que l'INAMI et la mutuelle ont commis une faute en revenant sur une appréciation effectuée depuis plusieurs années, à savoir une capacité de travail reconnue antérieurement.

Pour reconnaître, à tort, une capacité de travail, l'INAMI et la mutuelle se sont fondés sur l'admission au bénéfice des allocations de chômage durant 95 jours. La cour a déjà précisé que le bénéfice des allocations de chômage a été accordé sans examen médical préalable. En outre, lorsque Madame B. a été admise au bénéfice des indemnités à charge de sa mutuelle, elle n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle.

La législation relative à l'indemnisation pour incapacité de travail est d'ordre public et tant la mutuelle que l'INAMI sont tenus d'appliquer la réglementation applicable et ce même si antérieurement Madame B. a bénéficié à tort des indemnités AMI.

La cour relève aussi qu'il n'est pas question dans le cas d'espèce de récupérer le montant des indemnités accordées à tort.

Au vu de ces éléments, la cour considère que la mutuelle et l'INAMI n'ont pas commis de faute et que Madame B. n'a pas subi de préjudice du fait de son indemnisation erronée.

- **Les dépens**

L'INAMI sollicite que les frais de l'expertise ordonnée par les premiers juges soient également pris en charge par la mutuelle. Il fait valoir que l'expertise était indispensable également dans le litige opposant Madame B. à sa mutuelle.

La cour relève que l'expertise fut ordonnée dans le cadre du litige opposant Madame B. à l'INAMI. Les litiges furent déclarés connexes par les premiers juges alors que l'expertise médicale était clôturée.

Certes, la mutuelle a pris en considération l'expertise médicale effectuée pour établir sa position. Toutefois, force est de constater que la mutuelle, en aucune manière, n'a participé à l'expertise médicale ordonnée par les premiers juges et ce n'est pas parce que la mutuelle a utilisé un document figurant dans le dossier qu'elle doit supporter les frais de celui-ci. Il ne sera pas fait droit à cette demande.

Par ces motifs,

La Cour, après en avoir délibéré et statuant contradictoirement:

...

Déclare l'appel de la mutuelle fondé et l'appel de l'INAMI en grande partie fondé,

Réforme le jugement entrepris, sauf en ce qu'il se prononce sur les dépens et les frais d'expertise,

Confirme les décisions administratives critiquées,

...

V. Cour du travail de Liège, division Liège, 9 mai 2014

Code judiciaire, article 1017, alinéa 4 – Compensation des dépens

La partie qui n'a succombé que partiellement dans une demande en justice ne peut, en règle, être condamnée à tous les dépens.

En l'espèce, l'appelante obtient une réformation des catégories arrêtées par l'intimé pour 11 des 19 patients faisant l'objet d'un litige, succombant dans ses demandes pour les 8 autres. Elle doit donc être tenue à 8/19^e des dépens.

R.G. 2013/AL/74
SA G. c./INAMI

...

I. La recevabilité de l'appel

Il ne ressort d'aucun élément des dossiers que le jugement prononcé le 29 février 2012 aurait été signifié, en sorte que l'appel, formé par requête déposée au greffe de la cour le 30 janvier 2013, régulier en la forme, doit être déclaré recevable.

...

7. Les dépens

7.1. LA DISPOSITION LÉGALE APPLICABLE

7.1.1. L'article 1017, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire dispose que "tout jugement définitif prononce, même d'office, la condamnation aux dépens contre la partie qui a succombé, à moins que les lois particulières n'en disposent autrement et sans préjudice de l'accord des parties que, le cas échéant, le jugement décrète."

7.1.2. Il s'agit là de la règle générale, à laquelle fait exception l'article 17, alinéa 2, du Code judiciaire, qui dispose ce qui suit :

"La condamnation aux dépens est toutefois toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer les lois ou règlements prévus aux articles 580, 1^o à 17^o, 581 et 582, 1^o et 2^o, en ce qui concerne les demandes introduites *par ou contre les bénéficiaires.*"

7.1.3 Un tempérament est par ailleurs apporté à la rigueur de la règle générale inscrite au 1^{er} alinéa de l'article 1017, mettant l'intégralité de la charge des dépens sur "la partie qui a succombé", par le 3^e alinéa dudit article, qui dispose ce qui suit :

"Les dépens peuvent être compensés dans la mesure appréciée par le juge, soit si les parties succombent respectivement sur quelque chef, soit entre conjoints, ascendants, frères et soeurs ou alliés au même degré."

7.2. SON APPLICATION EN L'ESPÈCE

7.2.1. L'appelante revendique l'application en sa faveur de l'exception inscrite à l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, en soutenant qu'elle est le bénéficiaire, pour compte de ses résidents, des interventions de l'assurance maladie-invalidité. Elle ajoute que l'on aurait pu imaginer que chaque résident conteste individuellement les mesures d'évaluation des degrés de dépendance, les patients concernés lui ayant du reste en l'espèce donné expressément mandat en ce sens.

7.2.2. Cette thèse ne peut être suivie du fait que le texte dudit article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, fait expressément référence demandes introduites *par ou contre les bénéficiaires.*

7.2.2.1. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Même si d'évidence, les résidents accueillis au sein de la MRS ou de la MRPA gérée par l'appelante bénéficient indirectement, par les soins qui leur sont prodigués et l'encadrement plus ou moins important qui leur est assuré en fonction de leur degré de dépendance, il reste que l'allocation journalière est versée directement à l'appelante et non aux patients concernés.

C'est donc, très logiquement et pour d'évidentes raisons pragmatiques, l'appelante elle-même qui a introduit la présente action. Si l'on peut supposer qu'elle bénéficiait pour ce faire de l'accord des résidents concernés - du moins pour ceux qui étaient encore en vie lors de l'introduction du litige - elle ne justifie d'aucun mandat que ceux-ci lui auraient donné.

Il s'ensuit que l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire ne trouve pas à s'appliquer en l'espèce.

7.2.3. Il convient en revanche de faire ici application du tempérament inscrit à l'article 1017, alinéa 3 du Code judiciaire.

La Cour de cassation¹ a jugé que la partie qui n'a succombé que partiellement dans une demande en justice ne peut, en règle, être condamnée à tous les dépens.

Il a été relevé plus haut que l'appelante obtient une réformation des catégories arrêtées par l'intimé pour 11 des 19 patients faisant l'objet d'un litige, succombant dans ses demandes pour les 8 autres.

Elle doit donc être tenue à 8/19^e des dépens, soit 42 % de ceux-ci, l'intimé devant en supporter 58 %.

L'appelante devra donc prendre en charge 42 % des honoraires de l'expert S., que celui-ci à chiffrés à hauteur de la somme de 6.194,95 EUR, soit une intervention de l'appelante de 2.601,88 EUR, l'intimé devant prendre en charge les 58 % restants, soit une somme de 3.953,07 EUR.

Les deux parties contestent la hauteur des frais administratifs portés en compte par l'expert à concurrence d'une somme de 1.853,64 EUR.

Le Dr S. voudra bien en fournir le détail dans le mois de la notification qui lui sera faite du présent arrêt, les parties disposant ensuite, conformément à l'article 775 du Code judiciaire, d'un mois pour faire valoir leurs observations et l'expert d'un mois pour faire valoir les siennes dans le cadre de la réouverture des débats ordonnée à cet effet par la cour.

La partie appelante devra supporter 42 % des frais de citation qu'elle a exposés pour introduire l'action, soit la somme de (72,98 EUR x 42 %) = 30,65 EUR, l'intimé devant être condamné à lui payer 58 % de ces frais, soit la somme de 42,33 EUR.

Il convient, pour le surplus, de procéder à une compensation intégrale entre les parties des indemnités de procédure d'instance et d'appel.

...

PAR CES MOTIFS,

La Cour,

Déclare l'appel recevable et partiellement fondé,

...

Statuant sur les dépens,

procédant à une compensation des dépens sur la base de 42 % à charge de l'appelante et de 58 % à charge de l'intimé, condamne la partie appelante à payer 42 % des honoraires personnels de l'expert S., soit la somme de 2.601,88 EUR et condamne la partie intimée à payer 58 % des honoraires personnels de l'expert S., soit la somme de 3.953,07 EUR.

Condamne, sur la base de la même compensation la partie intimée à payer à l'appelante la somme de 42,33 EUR.

Compense les indemnités de procédure d'instance et d'appel.

...

1. Cass., 25.06.1992, Pas., 1992, I, 959.

VI. Cour du travail de Liège, division Liège, 23 juin 2014

Code judiciaire, article 772 – Fait nouveau – Réouverture des débats

L'exigence d'un fait nouveau découvert durant le délibéré limite les éléments pouvant justifier une réouverture des débats à deux grandes catégories. D'une part, les faits postérieurs à la clôture des débats. D'autre part, les faits antérieurs à cette clôture des débats mais découverts après celle-ci, pour autant qu'ils n'aient pu l'être antérieurement.

Les éléments médicaux qui ne concernent pas une situation nouvelle et postérieure à la clôture des débats ne peuvent justifier une demande de réouverture. Il ne s'agit que d'éclairages ou de rapports nouveaux d'une situation ancienne, qui concerne tout ou une partie importante de la période litigieuse et qui a fait l'objet tant de l'expertise que des débats devant la cour. Par ailleurs, même en ce que ces éléments ont été obtenus après la clôture des débats, leur caractère nouveau ne résulte que d'initiatives récentes de l'appelante qui auraient pu avoir lieu antérieurement. Leur caractère récent est donc imputable à elle seule plutôt que de procéder d'une nouveauté objective.

R.G. 2013/AL/520
V.Y. c./INAMI et O.A.

...

I. Les demandes originaires – le jugement – l'objet de l'appel

1. La décision qui ouvre le litige a été prise le 10 juin 2011 par la commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ci-après dénommé l'INAMI.

Elle a décidé que madame Y., ci-après dénommée madame Y., n'était plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités à partir du 17 juin 2011, au motif que ses lésions et troubles fonctionnels n'entraînaient plus une réduction des deux tiers de sa capacité de gain.

2. Par une requête du 21 juin 2011, madame Y. a contesté cette décision. Elle a demandé la condamnation de son organisme assureur, ..., à continuer à lui verser les indemnités légales à partir du 17 juin 2011, majorées des intérêts.
3. Par un jugement du 7 mars 2012, le tribunal du travail de Liège a dit la demande recevable. Il a désigné un expert en vue de l'éclairer sur l'incapacité de travail de madame Y.

Le 2 octobre 2012, le docteur A. a déposé son rapport. Ses conclusions étaient les suivantes: "Madame Y., depuis le 17 juin 2011 jusqu'à la date de l'expertise, ne présente pas l'état d'incapacité de travail tel qu'il est déterminé par l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé-indemnités".

4. Le jugement attaqué¹ a dit la demande non fondée. Il a condamné l'INAMI aux dépens, consistant dans les frais d'expertise.

1. Trib. Trav. Liège (2^e Ch.), 09.09.2013, R.G. 399.711.

5. Par son appel du 30 septembre 2013, madame Y. demande la réformation du jugement et un complément d'expertise ou la désignation d'un nouvel expert.

II. Les faits

Les faits pertinents de la cause, tels qu'ils résultent des dossiers et pièces de procédure déposés par les parties, peuvent être résumés comme suit.

6. Madame Y. est âgée de 35 ans. Elle a accompli des études secondaires en option couture puis a obtenu un diplôme en gestion. Elle a travaillé comme caissière dans une grande surface à partir de 1999.

Madame Y. a été reconnue en incapacité de travail à partir du mois de juillet 2008.

7. Le 10 juin 2011, l'INAMI a pris la décision attaquée.

III. La position des parties

La position de madame Y.

8. Madame Y. rappelle les constats accomplis par l'expert ainsi que les principes relatifs à l'appréciation de la capacité de gain en assurance maladie-invalidité.

Elle estime que le rapport de l'expert est insuffisant. En effet, il indique que le marché du travail est limité puisqu'elle doit éviter les manipulations et contraintes du rachis, pour néanmoins conclure à une absence de perte de capacité de gain. Par ailleurs, l'expert n'indique pas quelles professions seraient encore accessibles à madame Y.

Faute d'être assez convaincant, le rapport devrait être écarté.

À titre subsidiaire, madame Y. sollicite que l'expert soit interrogé à nouveau pour qu'il précise de manière concrète les professions restant accessibles.

9. Madame Y. sollicite par ailleurs la réouverture des débats en faisant état d'un nombre de pièces et rapports médicaux qui attesteraient de son incapacité de travail, notamment en raison d'un état psychiatrique sérieux.

La position de l'INAMI

10. L'INAMI sollicite la confirmation pure et simple du jugement.

Il fait valoir que l'incapacité de travail au sens de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 s'apprécie par rapport au marché général de l'emploi accessible à la personne concernée.

Par ailleurs, ni la loi ni le jugement n'imposent à l'expert d'énumérer une liste de professions accessibles. Dans ces conditions, l'absence d'une telle énumération ne peut suffire à écarter les conclusions de l'expert si elles sont convaincantes, ce qui est le cas.

L'INAMI relève que le médecin conseil de madame Y. n'a aucun moment émis de critiques précises sur la manière dont l'expert avait diligenté sa mission.

Le seul fait que madame Y. et ses médecins soient en désaccord avec les conclusions de l'expert est insuffisant pour les écarter.

Il en va de même des éléments nouveaux avancés par madame Y.

La position de l'O.A.

11. L'O.A. a fait défaut en première instance comme devant la cour. Elle n'a pas émis d'opinion sur le litige.

IV. L'avis du ministère public

12. Madame le substitut général est d'avis que le rapport de l'expert, s'il n'est pas contradictoire, comporte cependant certains raccourcis en ce qui concerne les professions encore accessibles à madame Y. Celles-ci ne sont ni énumérées ni illustrées par voie d'exemples, ce qui empêche de se faire une réelle conviction quant au fait que la capacité de gain ne serait pas réduite à moins d'un tiers.

Dans ces conditions, elle suggère d'ordonner un complément de mission à l'expert.

V. La décision de la cour

La recevabilité de l'appel

13. Le jugement attaqué a été rendu le 9 septembre 2013.

L'appel, introduit par requête le 30 septembre 2013, a donc été nécessairement formé dans le délai prévu à l'article 1051 du Code judiciaire.

La cour constate par ailleurs que toutes les conditions de recevabilité de l'appel sont remplies.

14. L'appel est recevable.

La demande de réouverture des débats

15. Selon l'article 771 du Code judiciaire, *"sans préjudice de l'application des articles 767 et 772, il ne peut être déposé, après la clôture des débats, aucune pièce ou note, ni aucunes conclusions. Celles-ci seront, le cas échéant, rejetées du délibéré"*.

16. Aux termes de l'article 772 du même code, si durant le délibéré, une pièce ou un fait nouveau et capital sont découverts par une partie comparante, celle-ci peut, tant que le jugement n'a été prononcé, demander la réouverture des débats.

Ne peut constituer une pièce au sens de cette disposition qu'un document spécifique au litige soumis à la juridiction qui a pris la cause en délibéré².

2. G. de Leval, *Éléments de procédure civile*, Larcier, 2003, p. 206 et les références citées.

L'exigence d'un fait nouveau découvert durant le délibéré limite les éléments pouvant justifier une réouverture des débats à deux grandes catégories. D'une part, les faits postérieurs à la clôture des débats. D'autre part, les faits antérieurs à cette clôture des débats mais découverts après celle-ci, pour autant qu'ils n'aient pu l'être antérieurement : la négligence d'une partie à se procurer en temps utile les preuves dont elle entend se prévaloir ou à prendre les conseils opportuns, ne peut justifier la réouverture des débats³.

Ainsi, ne viole pas l'article 772 du Code judiciaire, la cour d'appel qui rejette une demande de réouverture des débats, aux motifs que la requête adressée à cette cour durant le délibéré "vise, d'une part, une initiative nouvelle de procédure prise par le (demandeur) postérieurement à la clôture des débats et qui ne constitue donc pas un fait nouveau découvert après celle-ci et, d'autre part, des considérations de fond qui ont déjà été largement débattues à l'audience"⁴.

17. En l'espèce, les éléments médicaux avancés par madame Y. à l'appui de sa demande de réouverture des débats ne concernent pas une situation nouvelle et postérieure à la clôture des débats. Il ne s'agit que d'éclairages ou de rapports nouveaux d'une situation ancienne, qui concerne tout ou une partie importante de la période litigieuse et qui a fait l'objet tant de l'expertise que des débats devant la cour. Par ailleurs, même en ce que ces éléments ont été obtenus après la clôture des débats, leur caractère nouveau ne résulte que d'initiatives récentes de madame Y., qui auraient pu avoir lieu antérieurement. Leur caractère récent est donc imputable à elle seule plutôt que de procéder d'une nouveauté objective.

Ces éléments ne sont donc pas des pièces ou des faits nouveaux découverts par une partie pendant le délibéré.

Enfin, puisqu'il ne s'agit que d'éclairages nouveaux ou de rapports plus récents ou plus précis concernant une situation psychiatrique déjà connue et invoquée, ces pièces ou faits ne sont pas non plus capitaux au sens de l'article 772 du Code judiciaire.

18. Il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de réouverture des débats.

Le fondement de l'appel

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

Cette disposition vise la couverture du dommage subi par le travailleur et consistant en la perte ou la réduction de la capacité d'acquérir, par son travail, des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires⁵.

L'alinéa 5 du même article qui permet une appréciation par rapport à la profession habituelle de l'intéressé ne concerne que les six premiers mois de l'incapacité primaire, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

3. *Idem*, p. 206, spéc. note 3.

4. Cass., 14.05.1992, Pas., p. 803.

5. Cass., 21.11.1994, Arr. Cass., p. 996; Cass., 11.10.1999, Pas., n° 521.

20. L'article 11, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire énonce que les juges ne peuvent déléguer leur juridiction.

Selon l'article 962, alinéa 2, du même Code, le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts si sa conviction s'y oppose.

Il s'en déduit que la cour n'est pas liée par la position de l'expert et que celle-ci ne constitue qu'un simple avis d'ordre technique destiné à éclairer la décision à prendre.

Sans remettre en cause ces règles, la cour note qu'il n'en reste pas moins que le principe même du recours à l'expertise se fonde sur l'idée qu'un avis spécialisé est nécessaire dans une matière technique dont le juge ne maîtrise pas tous les tenants et aboutissants et qu'elle suppose une relative confiance dans l'avis des experts.

21. Préalablement à ses conclusions, l'expert avait notamment :

- rappelé le passé familial, scolaire, professionnel et médical de madame Y.
- relevé ses plaintes consistant en des douleurs lombaires
- procédé à un examen clinique détaillé de madame Y.
- établi un relevé de tous les documents médicaux qui lui avaient été transmis et des réactions des médecins-conseils des deux parties.

22. En l'espèce, la cour relève que le rapport de l'expert est clair et détaillé.

Cependant, le lien fait par l'expert entre, d'une part, la situation médicale qu'il décrit et les limitations fonctionnelles qu'elle impose (éviter certaines manipulations et contraintes du rachis) et, d'autre part, la conclusion qu'il tire (pas d'incapacité de travailler de plus des deux tiers), n'est guère apparent.

En guise d'éclairage sur la question centrale du litige, l'expert émet une opinion certes parfaitement claire, mais peu explicitée. L'expert n'indique pas quels métiers, parmi ceux accessibles à madame Y. compte tenu de sa formation et de son expérience, sont devenus impossibles et lesquels pourraient encore être exercés.

Certes, une telle énumération n'est exigée ni par le libellé de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994, ni par la mission impartie à l'expert. La cour considère cependant, dans les circonstances de l'espèce, qu'elle serait nécessaire pour que l'opinion de l'expert puisse être non seulement explicite, mais également convaincante.

Il va de soi que l'indication de métiers inaccessibles ou encore réalisables peut n'être qu'exemplative et ne doit pas être exhaustive. Elle doit cependant permettre de se faire une idée réaliste des possibilités économiques de madame Y. sur le marché du travail actuel et concret qui lui est accessible.

23. La cour décide par conséquent de confier à l'expert un complément de mission ayant cet objet.

Comme dans le cadre de sa mission initiale, l'expert pourra si nécessaire recourir à des examens spécialisés ou à l'avis de spécialistes de son choix, ergologues par exemple.

24. Il y a lieu de réserver à statuer pour le surplus.

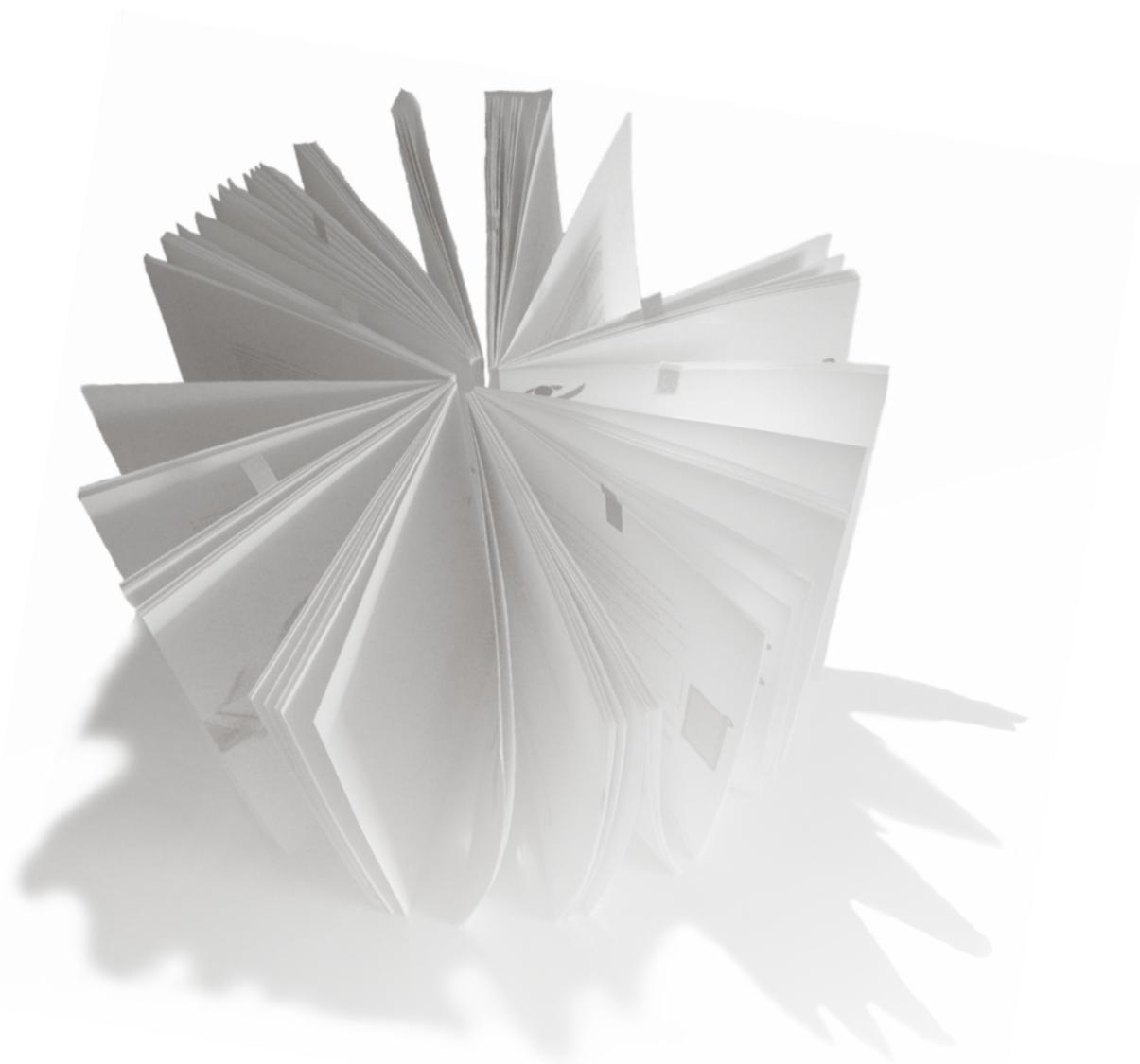
PAR CES MOTIFS,**La Cour du travail,**

Statuant après un débat contradictoire, faisant application de l'article 747 du Code judiciaire et de la loi du 15 juin 1935 concernant l'emploi des langues en matière judiciaire, spécialement de son article 24 ;

1. Dit l'appel recevable mais non fondé;
2. Avant dire droit plus avant, confie à l'expert A., un complément à la mission qui lui avait été assignée par le jugement du tribunal du travail de Liège du 7 mars 2012 ;

...

4^e Partie
Questions et réponses
parlementaires



I. Consommation de médicaments

Personnes âgées - Maisons de repos - Monitoring - Rôle des infirmiers

Question n° 5-11039 posée le 5 février 2014 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Sénateur Anciaux¹

La réponse qu'apporte la ministre à la question écrite n° 5-6313 m'inspire quelques questions supplémentaires.

1. La réponse concerne essentiellement la situation en milieu hospitalier. La thèse de doctorat à laquelle je faisais référence ainsi que ma question se focalisaient sur les centres d'hébergement et de soins. La question demeure donc : comment la ministre évalue-t-elle la qualité du contrôle de la consommation de médicaments dans les centres d'hébergement et de soins et quelles initiatives envisage-t-elle pour l'améliorer ?
2. La réponse évoque à peine le rôle des infirmiers. Le projet relatif à la pharmacie clinique se situe à nouveau dans les hôpitaux, il n'attribue aucun rôle précis aux infirmiers et ne leur offre aucun soutien. Les autres arguments ne portent pas sur le rôle des infirmiers. Or l'implication des infirmiers constitue un aspect capital de l'amélioration des soins pharmacothérapeutiques dans les centres d'hébergement et de soins. Les infirmiers sont mieux à même d'assurer le suivi continu des patients, moyennant un soutien, et ils peuvent notifier de manière plus précise leurs observations aux médecins. Ces derniers peuvent tirer concrètement parti de ces informations pour optimiser leurs prescriptions. Lors d'une évaluation du "trigger tool" - auquel ma précédente question faisait référence -, 83 % des médecins généralistes ont jugé la préparation de la part des infirmiers comme très précieuse et susceptible d'améliorer les soins pharmacothérapeutiques (cette appréciation équivaut à un score ≥ 7 sur 10).
3. La réponse fait une confusion quant à la dénomination "trigger tool". Ces termes et le concept qu'ils désignent ont été à l'origine développés dans le cadre d'une récente thèse de doctorat. Il est donc impossible qu'ils soient déjà connus ou utilisés par d'autres personnes. Il existe certes d'autres instruments qui portent également le nom de "trigger tool" et qui correspondent à la définition donnée dans la réponse de la ministre. Le "DRP trigger tool" présenté dans cette thèse de doctorat présente les caractéristiques suivantes : (1) il ne vise pas à améliorer les notifications de pharmacovigilance au moyen de fiches jaunes, axées sur la découverte de nouveaux effets secondaires de médicaments inconnus dans cette population ; (2) il ne vise pas à générer des alarmes sur la base d'interactions entre les médicaments ou des médicaments inappropriés sur les fiches de médication et (3) il ne s'agit pas d'une méthode d'analyse rétrospective des dossiers.

1. Sénat, session ordinaire 2013-2014.

Le “trigger tool” développé vise en revanche (1) à établir des listes des plaintes formulées par des résidents individuels après la prise de médicaments ; (2) à permettre aux infirmiers, à l’aide de ces listes, de contrôler chez les résidents comment se manifestent les plaintes formulées (contrôle ciblé) ; (3) à faciliter la notification des plaintes de résidents aux médecins par les infirmiers ; (4) à stimuler une concertation interdisciplinaire performante sur les médicaments ; (5) à aller au-delà d’un enregistrement de la consommation de médicaments, tel que dans le RAI (resident assessment instrument), ou des incidents auprès de l’Agence fédérale des médicaments et produits de la santé (AFMPS).

4. Comment la ministre élaborera-t-elle une stratégie relative à des actions concrètes en veillant à attirer davantage l’attention des instances chargées de la formation et de la définition des compétences des différentes fonctions sur ce problème ?
5. La ministre a mentionné que l’Institut d’assurance maladie-invalidité (INAMI) préparait un arrêté royal qui offrirait vingt projets susceptibles d’améliorer la politique de soins médicamenteux. J’espère que l’apport des infirmiers dans la concertation multidisciplinaire sera encouragé dans ces projets et que des initiatives bénéfiques comme le “DRP trigger tool” pourront être testées et finalisées dans le cadre de ces projets de sorte que l’on puisse réellement tirer profit des avantages qu’elles offrent dans la pratique. Il serait regrettable de gaspiller de l’énergie et des moyens en ne poursuivant pas le travail déjà accompli et en contraignant chacun à repartir de zéro.

Réponse

1. L’usage inapproprié de médicaments chez la personne âgée avec un profil de soins vulnérable se traduit chaque année par un nombre important d’admissions à l’hôpital. La littérature révèle que 18 % des hospitalisations de personnes âgées sont liés à la prise de médicaments. Dans cette problématique, c’est le patient et l’ensemble des prestataires de soins dans les différentes structures qui sont concernés. Cette prestation de soins multidisciplinaire nous a incités à développer ces dernières années l’instrument BelRAI. Je fais référence plus particulièrement à l’annexe 7 du protocole d’accord n°3 qui a été approuvé par la Conférence interministérielle de Santé publique du 18 juin 2012. Grâce à cet accord, il existe déjà un financement structurel. Ces prochaines semaines, mes services, en collaboration avec les Communautés et les Régions, prépareront un plan de mise en œuvre de l’instrument BelRAI dans les centres de services de soins et de logement, le secteur des soins à domicile et celui des soins hospitaliers aigus pour personnes âgées vulnérables. L’utilisation généralisée de l’instrument BelRAI est également prévue dans le “plan d’action e-santé 2013-2018” qui a été proposé lors de la table ronde eHealth du 20 décembre 2012.

Il n’y a donc actuellement aucun monitoring programmé de l’utilisation de médicaments dans les maisons de repos; sa planification opérationnelle est en préparation.

La thématique d’une pharmacothérapie pleinement qualitative et financièrement accessible pour les résidents de maison de repos me tient particulièrement à cœur. Durant les années à venir, il serait d’ailleurs souhaitable de modifier l’utilisation de médicaments ainsi que le processus médicamenteux dans les maisons de repos à l’aide d’une série de recommandations et de directives à l’attention du secteur. Avec la collaboration des autres ministres compétents, j’ai marqué mon accord en conférence Interministérielle quant à la réalisation d’une étude par l’Institut national d’assurance maladie-invalidité (INAMI) (durée totale = 3 ans). L’objectif est de parvenir à une utilisation plus efficace et plus rationnelle des médicaments dans les maisons de repos, où un comportement de prescription plus rationnel et un meilleur processus de délivrance et d’administration des médicaments prévalent. Parallèlement à cet aspect qualitatif, des réductions en termes de volumes et de dépense sont également poursuivies.

L'implémentation de l'étude requiert 30 projets composés d'une maison de repos pour personne âgées (MRPA) ou d'une maison de repos et de soins (MRS), du médecin conseiller et coordinateur (MCC) de l'institution, des médecins généralistes concernés et du cercle de médecins généralistes, et des pharmaciens concernés. Le projet organise une concertation médico-pharmaceutique au niveau du patient pour minimum 35 résidents. Complémentairement, les projets participent à des groupes de travail dont l'objectif est de formuler des recommandations et des directives concernant l'utilisation du formulaire médicamenteux et la prescription de médicaments (schéma de médication, schéma de dosages) et l'entièreté du processus du médicament. Une équipe de recherche universitaire composée de la Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven) et de l'Université Catholique de Louvain (UCL) accompagne ces projets et, durant le second semestre de 2016, formulera des recommandations, testera les procédures et protocoles identifiés, et développera des indicateurs de qualité sur base d'une évaluation scientifique.

2. Le praticien de l'art infirmier a un rôle essentiel dans le processus de médication : gérer, préparer, stocker, distribuer, surveiller la consommation et faire rapport des réactions indésirables éventuelles.

Ce rôle doit être soutenu. Mais l'infirmier n'est pas seul; le pharmacien et le médecin ont également une place et une responsabilité importantes dans ce processus. Les évolutions actuelles permettront à l'avenir entre autres de robotiser la médication par patient individuel et par moment de prise. Les erreurs devraient ainsi être évitées et l'on devrait gagner du temps dans la prestation de soins. Mon "plan d'action e-santé 2013-2018" a intégré la prescription électronique obligatoire, ce qui produira au médecin et au pharmacien un relevé des médicaments prescrits et facilitera le contrôle des interactions indésirables éventuelles. La prescription électronique sera couplée au dossier électronique du patient chez le médecin et dans l'établissement de soins.

Grâce à ces initiatives, le praticien infirmier disposera de plus de temps libre pour se consacrer nécessairement et en particulier à la consommation de médicaments. L'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif à la fonction de médecin coordinateur et conseiller (MCC) dans les institutions MRS est en cours d'adaptation. Cette adaptation offrira plus de possibilités de soutien aux infirmiers et prestataires de soins professionnels dans les centres de services de soins et de logement, ainsi qu'aux collègues généralistes visiteurs et au pharmacien.

3. Le trigger tool pour les "Drug Related Problems", aussi appelé "Drug Tigger Tool" ou "Trigger Tool for Adverse Drug Event", sont des termes souvent utilisés les uns pour les autres. Il s'agit de numériser de manière rétrospective ou prospective des dossiers de patients sur l'existence de facteurs de risque afin de détecter l'apparition potentielle de dommages liés aux médicaments. Dans notre pays, le Dr A. Spinewinne (UCL Mont-Godinne) a également mené une étude, certes limitée, sur le sujet. Il s'agissait d'une étude dans le cadre de l'utilisation de cet outil dans un environnement hospitalier.

Un autre trigger tool a été utilisé dans le cadre d'une étude menée par le Dr T. Dilles (UA) et axée sur les infirmiers en centres de services de soins et de logement. L'étude décrit l'utilisation du "Trigger Tool for interdisciplinary drug utilisation review". Cet outil assiste les infirmiers dans le processus d'observations et de rapport. Il s'agit d'un logiciel qui fournit par médicament une liste des effets secondaires indésirables pouvant survenir chez certains patients. Ces infirmiers peuvent communiquer de manière standardisée leurs constatations au médecin prescripteur. Le traitement peut ainsi être corrigé et des dommages éventuels peuvent être évités. L'étude a montré que les infirmiers apportaient une contribution importante dans l'analyse de tels problèmes. Toutefois, l'instrument doit encore être affiné avant qu'il puisse être question d'une mise en œuvre.

Il s'agit donc de nombreuses pistes prometteuses qui seront étudiées plus avant. Dans ce contexte, il faut aussi étudier la possibilité d'intégrer ces instruments dans les évaluations informatisées (par ex. BelRAI) et dans des dossiers de patients.

4. Le contenu des formations des infirmiers et les compétences à acquérir au terme de celles-ci est un débat très important dans notre pays. Je sais que la question est sur la table au sein des communautés responsables pour l'enseignement et que celles-ci essayent d'avoir une vision à long terme de ce que nous aurons besoin comme compétences pour le futur, notamment dans le cadre du vieillissement de la population.

Pour ce qui ressort de mes compétences, dans un premier temps et dans le cadre du plan d'attractivité pour la profession infirmière soutenu par le gouvernement depuis 2008 j'ai pris des mesures incitant les infirmiers à poursuivre des études complémentaires dans certains domaines essentiels en termes de santé publique. Un des premiers fut d'ailleurs l'acquisition d'expertise ou de spécialisation en gériatrie. Les infirmiers qui obtiennent une telle qualification ou un tel titre ont bénéficié d'une formation plus poussée en gériatrie et bien évidemment dans la pharmacologie spécifique de ce type de patients. Nous avons également pris des mesures pour octroyer une prime incitative aux infirmiers porteurs de ce titre et de cette qualification travaillant dans le secteur des soins aux personnes âgées. Celle-ci a eu un certain succès et à ce jour environ 2.000 infirmiers possèdent ceux-ci.

D'autre part, avec le soutien de mon administration, nous avons financé l'année dernière une étude ayant pour objectif de déterminer les compétences nécessaires à l'infirmier de demain en tenant compte de l'évolution des besoins de la population. Dans les conclusions de cette recherche, les auteurs insistent notamment sur les compétences infirmières en matière de sécurité de l'environnement des soins et de la prise en charge, et en particulier sur les compétences en termes de suivi de la médication et de l'observation des effets secondaires. Je compte transmettre les résultats de cette recherche aux ministres compétents pour l'enseignement. Je compte attirer leur attention sur l'intérêt de vérifier que les étudiants atteignent ce type de compétences au terme de la formation infirmière de base.

5. L'arrêté royal du 11 juillet 2013 (M.B. 31.07.2013) lance un appel à candidatures pour les projets destinés à soutenir une concertation multidisciplinaire dans le cadre d'une politique de soins médico-pharmaceutique dans les maisons de repos. Durant le second semestre de 2013, 80 dossiers de candidature ont été introduits, parmi lesquels 72 qui répondent aux critères formels et qui peuvent participer à la sélection. La Commission de convention de l'INAMI entre les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les organismes d'assureurs, ainsi que la Commission de convention pharmaciens-organismes d'assureurs sélectionneront les projets en mars 2014, et les soumettront à l'approbation du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI. Ensuite, l'INAMI conclura des conventions avec les projets sélectionnés.

II. SFC/EM

Traitement - Fin des conventions des centres de référence
- Nouvelle convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaires

Question n° 5-11351 posée le 4 avril 2014 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Sénatrice LIJNEN¹

En 2002, le SPF Santé publique a créé cinq centres de référence. L'INAMI a en effet conclu avec cinq hôpitaux des conventions de rééducation fonctionnelle relatives à la prise en charge des patients souffrant d'un syndrome de la fatigue chronique (SFC) ou d'une encéphalomyélite myalgique (EM). Le fonctionnement de ces centres est basé sur le modèle biopsychosocial.

En 2008, en perspective de l'arrivée à expiration des conventions conclues entre l'INAMI et les centres de référence SFC, le Conseil supérieur de la santé et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ont chacun publié un rapport sur les soins administrés aux patients atteints du SFC/EM. Selon leurs conclusions, les résultats obtenus peuvent être considérés comme décevants.

Selon les informations, l'INAMI aurait adopté une nouvelle convention de rééducation fonctionnelle permettant la création de centres de diagnostic multidisciplinaires pour le SFC et le financement de thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour ce même syndrome. L'objectif est de permettre au patient souffrant du SFC de bénéficier de soins multidisciplinaires basés sur les dernières avancées scientifiques sur ce syndrome. Il s'agit d'un projet pilote qui a débuté au début de 2014 et qui sera évalué après deux ans. Sur la base d'un premier examen des patients par le médecin spécialiste de la médecine physique et de la réadaptation, des conseils de traitement au moyen d'une thérapie cognitivo-comportementaliste et/ou grâce à une thérapie par exercices graduels est proposée. Pour les patients qui suivent un traitement auprès d'un thérapeute cognitivo-comportementaliste, le centre de diagnostic organise une session lors de laquelle les patients sont informés de manière objective sur le SFC et l'approche biopsychosociale de ce syndrome.

À l'université de Stanford, aux États-Unis, un symposium sur le SFC/EM a lieu le 19 mars. Selon la conception de base de l'université, le SFC/EM est une vraie maladie physique et doit être reconnu en tant que telle par l'ensemble du monde médical.

J'aurais souhaité poser les questions suivantes à la ministre.

1. La ministre peut-elle me fournir un résumé des récentes avancées scientifiques sur lesquelles on se base pour continuer à développer la thérapie cognitivo-comportementaliste ?
2. Dans le rapport publié en 2008, le Conseil supérieur de la santé et le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ont qualifié de décevant le fonctionnement des centres de référence du SFC. Ces derniers poursuivent néanmoins leur travail. La ministre peut-elle en donner les raisons ?
3. La ministre estime-t-elle que ces centres de référence sont une réussite ? Si oui, peut-elle l'expliquer ?

1. Sénat, session ordinaire 2013-2014.

4. Les centres de référence du SFC utilisent la thérapie cognitivo-comportementaliste. Y préfère-t-on alors surtout le modèle biopsychosocial au modèle biomédical ? Si oui, la ministre peut-elle en citer les raisons ?
5. La Belgique reste attachée au modèle biopsychosocial pour le traitement du SFC alors que, dans d'autres pays comme les États-Unis, la tendance biomédicale est considérée comme plus efficace. Que pense la ministre de l'approche biomédicale ? Estime-t-elle qu'il est possible que ce modèle ait à l'avenir la préférence dans nos centres de référence ?

Réponse

1. et 4. En 2008, le rapport du *Kenniscentrum voor Gezondheidszorg* (KCE) à ce sujet écrivait : "Ce qui est très clair, c'est qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun médicament qui puisse guérir le patient SFC. Les centres de référence belges proposent la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie par exercices graduels. Ces thérapies ont prouvé leur efficacité, pour autant qu'elles soient adaptées à la situation spécifique des patients SFC et assurées par des thérapeutes expérimentés."

Ce constat reste toujours valable aujourd'hui. Aucune des pistes lancées entretemps sur le modèle dit "biomédical" n'a à ce jour été confirmée, et il n'y a aucune preuve d'efficacité d'un traitement 'biomédical'.

2. et 3. Les centres de références pour le SFC ont été créés en 2002.

En 2006, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a évalué le fonctionnement de ces centres. Les résultats de cette évaluation sont examinés dans un rapport commun que le Conseil supérieur de la Santé et le Centre d'expertise des soins de santé ont rédigé conjointement en 2008 concernant le diagnostic, la thérapie et l'organisation des soins du SFC.

Les résultats de cette évaluation sont variés. En ce qui concerne certaines plaintes et la qualité de vie, on peut constater du point de vue statistique des améliorations significatives après le traitement par rapport à la situation avant le traitement dans les centres de référence.

Dans d'autres domaines (capacité d'effort, fonctionnement socio-professionnel) il n'y a pas de changements significatifs comparé avec la situation avant le traitement.

Les patients qui ont été soignés dans les centres de référence, souffrent en moyenne de fatigue chronique depuis près de six ans. Seulement 26 % des patients sont encore professionnellement actifs depuis le début du traitement.

Une autre importante constatation émanant de l'évaluation de 2006 résulte dans le fait que la première ligne (à savoir le médecin généraliste) est très peu impliquée dans l'accompagnement des centres de référence. Il s'agissait pourtant d'une mission explicite dans la convention conclue avec les centres de référence. Il s'agit également de la principale recommandation figurant dans le rapport commun de 2008 du Conseil supérieur de la Santé et du Centre d'expertise selon laquelle "il faut mettre en place une organisation de soins mieux structurée pour le SFC en Belgique dans laquelle la première ligne (médecin généraliste, kinésithérapeute, psychologue...) retrouve un rôle central, en collaboration avec la deuxième ligne la plus proche et un centre de référence".

En ce qui concerne les traitements remboursés, le rapport stipule que la thérapie comportementale et cognitive et la thérapie par exercices graduels sont les seuls traitements prouvés pour le SFC. Ceci est également confirmé par des recommandations (plus récentes) émanant d'autres instances internationales (National Institute for Health and Care Excellence, Organisation mondiale de la Santé, Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing des Pays-Bas). Consécutivement au rapport de 2008, il n'y avait donc aucune raison d'adapter les conventions avec les centres de références sur le plan des formes spécifiques de traitement qui sont remboursées. La thérapie comportementale et cognitive et la thérapie par exercices graduels ne sont pas des traitements curatifs pouvant dissiper la cause, encore trop peu connue, du SFC. Il a toutefois été démontré qu'elles peuvent réduire les plaintes et améliorer la qualité de vie et le fonctionnement. Il s'agit déjà en soi d'un objectif inestimable étant donné que selon les différentes directives il n'existe pas encore d'autres traitements curatifs pour soigner le SFC dont l'effet est suffisamment démontré d'un point de vue scientifique.

Après le rapport de 2008 du Conseil supérieur de la Santé et du Centre d'expertise, l'INAMI a pris plusieurs initiatives afin d'augmenter la contribution de la première ligne dans les soins aux patients souffrants de SFC. En premier lieu, un groupe de travail a été créé afin d'élaborer un nouveau modèle de soins pour le SFC sur la base des recommandations figurant dans le rapport de 2008. Les centres ont finalement reçu comme mission de créer des consortiums avec les dispensateurs de soins de première et de deuxième ligne. Parce qu'il ressort des propositions introduites en la matière par les centres de référence en 2011, que la première et la seconde ligne ne sont toujours pas ou insuffisamment impliqués dans les soins SFC, l'INAMI a finalement décidé de mettre fin aux conventions conclues avec les centres de référence au 31 décembre 2011. Dans ce domaine, les conventions avec les centres de référence n'étaient sûrement pas un succès.

À la demande du gouvernement, l'INAMI a élaboré une nouvelle convention avec les centres diagnostiques multidisciplinaires pour le SFC, grâce à laquelle, à l'avenir les traitements evidence based pourront également être remboursés pour ces patients. Lors de la rédaction de cette convention il a été tenu compte des recommandations du rapport de 2008 du Conseil supérieur de la Santé et du Centre d'expertise.

Dans le cadre de la nouvelle convention, les traitements proposés sont des traitements individuels (plus de séance de groupe comme c'était le plus souvent le cas dans les centres de référence) et un nombre plus élevé de séances est remboursé par patient par rapport aux centres de référence. Les traitements seront dispensés par des thérapeutes ambulatoires en-dehors des centres. Les thérapeutes comportementalistes devront répondre à des exigences spécifiques de formation (avoir suivi une formation de post-graduat universitaire de trois ans en thérapie comportementale et cognitive). Grâce à ces adaptations par rapport aux centres de référence on peut s'attendre à de meilleurs résultats.

Six hôpitaux se sont portés candidat pour conclure la nouvelle convention. (Les dossiers devaient être introduits avant le 31.01.2014). Certains dossiers de demande ne répondaient pas à tous les critères d'agrément. Ces hôpitaux auront l'opportunité d'améliorer leur dossier de demande. L'INAMI décidera ensuite avec quels centres la convention sera conclue.

La convention sera conclue pour une période de quatre ans. Il y aura une évaluation intermédiaire et finale. Dans ce contexte, on évaluera aussi si les patients sont renvoyés aux centres dans un stade plus précoce de leur maladie.

III. Cancer

Statistiques - Incidence

Question n° 1395 posée le 11 février 2014 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Représentant Logghe¹

Les statistiques les plus récentes dont nous disposons sur les diagnostics de cancer sont celles relatives à l'année 2008. Elles figurent dans le rapport "*Cancer incidence in Belgium 2008*" de la Fondation Registre du Cancer. D'après ce rapport, 59 996 nouveaux diagnostics de cancer (à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes) ont été enregistrés en Belgique. Un homme sur 3 et une femme sur 4 sont confrontés à la maladie avant leur 75^e anniversaire et le cancer touche principalement les personnes âgées. Respectivement 64 % des femmes et 75 % des hommes sont âgés de 60 ans ou plus au moment du diagnostic.

1. Disposez-vous de chiffres relatifs à l'incidence des tumeurs au sein de la population belge entre 2009 et 2013 inclus?
2. a) Comment les statistiques sont-elles enregistrées : par le biais des hôpitaux, des médecins et du secteur des soins de première ligne ou des mutualités?
3. Quelle est l'évolution chiffrée du phénomène à l'échelle européenne?
4. a) Le nombre de tumeurs augmente-t-il davantage en Région flamande que dans les autres Régions?
b) L'une ou l'autre tendance trouve-t-elle une explication?
c) Qu'en est-il en Région wallonne?
d) Et dans la Région de Bruxelles-Capitale?
5. L'augmentation du nombre de tumeurs doit peut-être aussi être mise en relation avec les chances de survie croissantes des patients qui ont une tumeur.

Disposez-vous aussi de données en la matière, pour la période considérée?

Réponse

La Fondation Registre du Cancer dispose aujourd'hui des données d'incidence pour la Belgique, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale depuis 2004 à 2011 (8 années), et depuis 1999 pour la Région flamande (13 années) en raison d'une histoire plus ancienne de l'enregistrement du cancer dans cette partie-là du pays.

1. Bulletin n° 155, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 119

Il est normal d'avoir un décalage entre l'année d'incidence rapportée et l'année de publication des chiffres du cancer. C'est le temps nécessaire pour la collecte, l'encodage et le contrôle des données. Ce délai est aujourd'hui d'environ 2 ans, les recommandations internationales étant de 1,5 à 2 ans. Les chiffres d'incidence 2011 ont été publiés sur le site du Registre du Cancer en octobre 2013 et les chiffres d'incidence 2012 seront publiés aux alentours d'octobre 2014.

Le Registre du Cancer reçoit les informations sur tous les nouveaux diagnostics de cancer via plusieurs types de sources :

1. Directement par les hôpitaux : Conformément à la Loi santé du 13 décembre 2006 et à l'arrêté royal relatif aux normes en matière de soins de base et de programmes de soins en oncologie, tout nouveau diagnostic de cancer, qu'il soit discuté ou non lors d'une COM, doit être enregistré par le biais du formulaire d'enregistrement standard des cas de cancer, tel que défini au Moniteur du 14 octobre 2010. Les données peuvent être envoyées au Registre du Cancer en ligne, ou par le biais d'un CD-ROM sécurisé.
2. Directement par les anatomopathologistes, qui fournissent les protocoles accompagnant les diagnostics histologiques du cancer.
3. Par le biais des mutualités qui transmettent les enregistrements papier au Registre du Cancer.

Les médecins généralistes ne fournissent pas de données, ce qui n'est d'ailleurs pas recommandé au niveau international.

En 2011 (dernière année disponible à ce jour), 64.301 nouveaux diagnostics de cancer (à l'exception du cancer de la peau non mélanome) ont été enregistrés en Belgique, dont 34.600 cas chez les hommes et 29.701 cas chez les femmes. Le cancer est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Environ un homme sur trois et une femme sur quatre sera atteint d'un cancer avant son 75^e anniversaire. Le risque de développer un cancer augmente avec l'âge. Le cancer touche ainsi principalement les personnes plus âgées. Environ 65 % des femmes et 76 % des hommes sont âgés d'au moins 60 ans au moment du diagnostic.

Le cancer de la prostate est la tumeur la plus fréquente chez l'homme, immédiatement suivie par le cancer du poumon et le cancer colorectal. Chez les femmes, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent. En deuxième et troisième place chez la femme, se retrouvent respectivement le cancer colorectal et le cancer du poumon. Ces différents cancers représentent 56 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués chez les hommes et les femmes.

Pour avoir une bonne idée de l'évolution de l'incidence du cancer au cours du temps, il est recommandé de regarder l'évolution au cours d'une période d'au moins 10 ans. Comme mentionné plus haut, les données sont disponibles pour la Flandre sur une période de 13 ans (1999-2011) et pour une période de 8 ans pour la Belgique et les deux autres régions (2004-2011). C'est pourquoi nous nous basons actuellement sur les données de la Flandre pour documenter l'évolution de l'incidence du cancer. Toutefois, les mêmes tendances semblent s'observer en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-capitale.

En Flandre, on observe une augmentation annuelle moyenne du nombre de cancers de 2,1 % tant chez les hommes que chez les femmes. La plus grande partie de cette augmentation peut être attribuée à la croissance de la population et au vieillissement de celle-ci. En effet, pour un même risque de développer un cancer, plus nous sommes nombreux plus le nombre de cancers sera important. En ce qui concerne le vieillissement, les progrès de la médecine dans les autres maladies, comme par exemple les maladies cardiovasculaires, ont permis d'augmenter l'espérance de vie. Nous vivons donc plus vieux et comme le risque de développer un cancer augmente avec l'âge (plus de 65 % des cancers chez les femmes et 76 % chez les hommes sont diagnostiqués après 60 ans), il y a plus de cancers.

Si nous ajustons pour ces deux facteurs et que nous regardons alors non plus le nombre absolu de cancer mais l'incidence standardisée pour l'âge en Flandre, l'augmentation annuelle n'est plus que de moins de 1 % (entre 1999 et 2011, 0,4 % chez les hommes et 0,7 % chez les femmes). D'autres facteurs comme les facteurs de style de vie (tabagisme, alcool, obésité), mais aussi les activités de dépistage, le diagnostic précoce, les facteurs environnementaux ou encore inconnus sont alors responsables de cette augmentation du risque.

Au niveau de la Belgique, entre 2004 et 2011, l'incidence standardisée pour l'âge tend à diminuer chez les hommes (0,7 % par an) et à augmenter chez les femmes (0,6 % par an). Sur la même période (2004-2011), la tendance est la même en Flandre (diminution de 0,7 % chez les hommes et augmentation de 0,6 % chez les femmes). Il en est de même également en Wallonie entre 2004 et 2011 où nous observons une diminution de 0,9 % par an chez les hommes et une hausse de 0,9 % par an chez les femmes. L'incidence standardisée à Bruxelles semble relativement stable. Cependant, en raison des changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population), nous observons une augmentation des nombres absolus de nouveaux diagnostics de cancer (58.587 en 2004 et 64.301 en 2011).

Si l'on regarde tous les types de cancers confondus, les résultats sont assez similaires dans les trois régions. Il existe malgré tout pour certains types de tumeurs des différences géographiques notables. Nous observons des différences notables pour les cancers suivants :

L'incidence du cancer du poumon chez l'homme, comme chez la femme, est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. C'est principalement le cas dans les villes wallonnes. Le tabagisme est un facteur prépondérant sur lequel on peut agir et qui est responsable encore aujourd'hui de plus de 80 % des cancers du poumon.

Les tumeurs de la tête et du cou sont plus fréquents dans le sud du pays. Le tabagisme, en combinaison ou non avec la consommation élevée d'alcool, sont des facteurs de risque bien connus pour les cancers de la tête et du cou.

L'incidence du cancer de la prostate est moindre à Bruxelles qu'en Wallonie et en Flandre où l'incidence est la plus élevée. Les activités de dépistage pour ce cancer par le test de la PSA, non recommandé au niveau international, pourraient expliquer en partie les différentes incidences observées pour ce cancer.

Le cancer de la thyroïde est un cancer pour lequel on observe une grande variation géographique de l'incidence dans le pays. Il y a ainsi une incidence de ce cancer une fois et demie plus élevée en Wallonie et à Bruxelles en comparaison avec la Flandre mais aussi des variations au sein même des régions. Afin d'essayer de mieux comprendre les variations de l'incidence de ce cancer dans notre pays, l'Institut de Santé Publique, le KCE et le Registre du Cancer ont réalisé deux études dont les rapports ont été finalisés en 2012. Il faut toutefois noter que ce cancer est peu fréquent (892 nouveaux cas en 2011), que ce sont en majorité des cancers papillaires de petite taille et de très bon pronostic. La mortalité de ce cancer est d'ailleurs très faible.

Les données européennes et internationales des taux d'incidence de cancer suggèrent que la Belgique a un des taux d'incidence les plus élevés de cancer du sein. Les raisons de ces différences ne sont pas tout à fait claires aujourd'hui. Plusieurs hypothèses sont envisagées. Il y a probablement une conjonction de plusieurs causes, aucune ne pouvant expliquer à elle seule les observations. Parmi les facteurs de risque du cancer du sein, certains sont plus présents ces dernières décennies mais dans une situation pas si différente des autres pays européens. Il s'agit notamment d'un plus faible nombre d'enfants, d'une diminution de l'allaitement, de l'obésité et des traitements hormonaux de substitution à la ménopause. On ne connaît pas à l'heure actuelle l'importance relative des différentes causes.

Les chiffres pour le cancer colorectal, les lymphomes non Hodgkiniens, le myélome multiple et les cancers liés au tabagisme (y compris les cancers du poumon, de la tête et du cou, de la vessie et de l'œsophage) sont parmi les incidences les plus élevées en comparaison avec les autres pays européens. Ces cancers étant numériquement importants, la Belgique se situe en troisième place lorsque nous comparons l'incidence standardisée globale du cancer chez les hommes et chez les femmes bien que les chiffres restent très proches de nos pays voisins.

Les incidences du cancer du rein, de la thyroïde, du testicule, du mélanome, des tumeurs gynécologiques et des tumeurs cérébrales sont semblables aux valeurs moyennes trouvées dans les statistiques européennes.

Pour l'estomac, le pancréas, les tumeurs du foie et de la vésicule biliaire, l'incidence est relativement faible par rapport aux autres pays européens.

En ce qui concerne la mortalité en Flandre, globalement entre 1999 et 2010 (source : Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, statistiques de mortalité), celle-ci a diminué de 2,2 % par an chez l'homme et 0,9 % chez la femme. C'est une nouvelle positive et c'est le fruit d'une combinaison de différents facteurs (amélioration de la prise en charge, détection /diagnostic plus précoce, dépistage actif et même réduction de l'incidence pour certains types de tumeur).

Si il y a en effet une augmentation du nombre de cancers (dont la moitié peut être expliquée simplement par la croissance de la population et du vieillissement de celle-ci), nous mourrons moins du cancer et nous survivons plus longtemps grâce à différents facteurs : amélioration de la prise en charge des patients, amélioration des techniques de diagnostic et donc détection précoce de lésion, les campagnes de dépistage, et même une réduction de l'incidence pour certains types de tumeur.

Toutefois, étant donné l'augmentation du nombre absolu de cancers, un nombre croissant de patients devront être traités, et suivis à plus long terme et avec éventuellement un traitement chronique à poursuivre. Le cancer devient donc une maladie chronique pour laquelle les soins et les infrastructures de soins doivent être adaptés en conséquence.

IV. Médicaments

Marché belge - (In)disponibilité

Question n° 1432 posée le 6 mars 2014 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Madame la Représentante De Bont¹

Tous les ans, des centaines de médicaments sont indisponibles pour les patients belges en raison de problèmes de fabrication ou d'approvisionnement, ce qui est de nature à mettre en péril la santé publique. Ces ruptures de stock ont été en nette hausse ces derniers temps. La cause est toute désignée : c'est notamment le principe du libre marché en Europe, principe en vertu duquel les médicaments peuvent faire l'objet de transactions transfrontalières. En Belgique, les médicaments rapportent moins que dans certains autres pays de sorte qu'ils sont aspirés vers les pays où ils sont plus coûteux. En cas de pénurie, ils doivent être rachetés à l'étranger à un prix majoré.

1. Quelle est la proportion des pénuries dues aux prix majorés que nous payons à l'étranger ?
2. Que peuvent faire nos pouvoirs publics pour garantir que le stock présent sur le marché belge couvre les éventuels besoins avant qu'un nombre plus important de médicaments ne soient exportés dans un but de lucre ?
3. L'UE autorise-t-elle ces mesures ou diktats protectionnistes ?
4. Songe-t-on à certains mécanismes de sécurité d'approvisionnement ou à d'autres mesures de solidarité à l'échelon de l'UE ?
5. a) Peut-on éviter à l'échelon national les pénuries dues à un appât du gain exagéré au moyen d'un code d'éthique contraignant ?
b) Envisage-t-on des mesures qui iraient dans ce sens ?

Réponse

Il n'y a pas de chiffres disponibles en ce qui concerne la pénurie des médicaments à la suite d'exportations et/ou de prix plus élevés dans les autres États membres.

Les détenteurs d'autorisation et les grossistes d'un médicament ont l'obligation légale, dès que le médicament est dans le commerce et pour autant que leurs responsabilités respectives le permettent, de veiller à ce qu'un médicament soit disponible de manière continue pour pourvoir aux besoins des patients ou des animaux.

En Belgique, il existe la fonction de grossiste chargé des obligations de service public, c'est ce qu'on appelle les grossistes-répartiteurs de médicaments. Ils doivent disposer en permanence d'un stock de médicaments et peuvent ainsi quotidiennement et habituellement prévoir les besoins de la région qu'ils servent. Plus spécifiquement, ce stock doit correspondre aux deux-tiers du nombre de médicaments qui sont dans le commerce en Belgique. Ces grossistes ont l'obligation de délivrer aux pharmaciens au plus tard dans les 24h les médicaments demandés et doivent prévoir un service de garde. Pour pouvoir y satisfaire, les détenteurs d'autorisation et les fabricants sont obligés de livrer ces grossistes.

1. Bulletin n° 158, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 133.

D'autre part, il faut clairement souligner que le commerce parallèle en médicaments est un des principes du Traité européen. Toutes les mesures qui sont prises au niveau national pour protéger la santé publique devront toujours être pesées sur la base de leur proportionnalité et la nécessité à l'égard du principe de la libre circulation.

La création des mécanismes de sécurité de stocks ou d'autres mesures de solidarité a été discutée à plusieurs reprises au niveau européen. Cela a mené au Parlement européen et au Conseil du 22 octobre 2013 à une décision sur les menaces transfrontalières de la santé. Une procédure commune est donc prévue pour l'achat commun de médicaments et de dispositifs médicaux en cas de situations urgentes. Par exemple, dans le cas d'une menace d'une épidémie de grippe, l'achat commun de vaccins est nécessaire pour la combattre.

Il faut aussi souligner que l'indisponibilité de médicaments n'est pas nécessairement la conséquence d'un appât de gains. Des médicaments peuvent aussi être indisponibles parce qu'il y a des problèmes de production ou de distribution ou parce que la commercialisation est provisoirement ou définitivement arrêtée.

L'objectif de La Task Force créée à l'AFMPS (avec représentation de l'INAMI et des secteurs concernés) est d'avoir en premier lieu une image correcte de la situation. À cette fin, un point de contact a été créé à l'AFMPS pour les indisponibilités temporaires ou l'arrêt définitif des médicaments mis sur le commerce en Belgique. Ce point de contact est disponible depuis le 1^{er} janvier 2014. Chaque jour, avec la collaboration des secteurs concernés, il y a une vue de la situation sur le site de l'AFMPS. La Task Force recherche des solutions durables, en concertation avec le secteur pharmaceutique. On peut prévoir dans la réglementation que les détenteurs d'autorisation aient par exemple toujours ou en cas d'arrêt définitif, un fabricant alternatif et qu'il y ait encore sur le marché, pour une période raisonnable, des stocks de médicaments considérés comme essentiels.

D'autre part, il reste la possibilité d'augmenter la responsabilisation des opérateurs concernés dans la chaîne de distribution en introduisant des sanctions plus sévères en cas de rupture de stocks sur le marché belge pour des raisons extérieures à une rupture de stocks, à des problèmes de production, de distribution ou de commercialisation connus des autorités. Un code éthique contraignant est certainement une piste que l'on peut envisager.

V. Médicaments

Psychotropes - Surconsommation - Actions de lutte

Question n° 1444 posée le 21 mars 2014 à Madame la Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Représentant Ducarme¹

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), une agence dépendant de l'ONU basée à Vienne, dénonce l'abus de consommation de médicaments soumis à prescription dépassant dans certains États le taux d'utilisation des drogues illicites et le risque pour la santé publique que cela engendre. Ce phénomène est expliqué par la conception mal fondée qu'ils susciteraient moins de surconsommation que les drogues illicites.

Le nord des États-Unis est plus concerné par la problématique ainsi que les femmes seraient plus susceptibles d'abus que les hommes. L'agence propose aux pays de diminuer l'offre disponible de ces médicaments et de sensibiliser le public par le biais par exemple de journées de reprise des médicaments sur ordonnance. Selon l'OICS, ces actions ont aidé les États-Unis à retirer plus de 1.700 tonnes de médicaments de la circulation depuis 2010.

1. Quelle est la position du gouvernement belge sur ce sujet ?
2. Quelles actions le gouvernement belge met-il en œuvre pour rencontrer les recommandations de l'OICS ?

Réponse

1. et 2. La note fédérale de politique drogues de 2001 mettait déjà en évidence la forte consommation de somnifères et de calmants dans notre pays. Cette note stipulait qu'“une campagne de prévention serait lancée afin d'indiquer à la population les dangers des benzodiazépines (parmi lesquelles les risques d'accidents de la circulation)”. La note engageait le gouvernement fédéral à prendre des initiatives. Il en résulte, à ce jour, des formations spécifiques pour les médecins et les pharmaciens, ainsi que différentes campagnes publiques.

Près de 4.000 médecins généralistes et autant de pharmaciens avaient été formés dans le cadre d'un projet ayant pour but d'inciter à une utilisation adéquate des somnifères et des calmants. Les formations sont organisées à partir de manuels d'aide et de modules électroniques spécifiquement adressés aux médecins généralistes et aux pharmaciens. Dans le cadre de ce même projet, des consultations de plus longue durée (+/- 40 minutes) permettant de procéder à une évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale du patient ont été expérimentées. Au cours des années précédentes, des e-formations ainsi qu'un “arbre décisionnel” ont été développés pour les pharmaciens, tandis que la concertation entre pharmaciens et médecins généralistes était soutenue.

1. Bulletin n° 158, Chambre, session ordinaire 2013-2014, p. 141.

Chaque année, une campagne visant le public est menée en décembre - janvier. Il s'agit de la suite de la campagne "Somnifères et calmants, réfléchissez avant de consommer. Parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien" qui avait été élaborée en 2009. Cette campagne a été conçue dans les trois langues nationales (français, néerlandais et allemand) et comporte notamment un spot télévisé, des affiches et un site web (www.somniferesetcalmants.be), des dépliants pour la population ainsi que des manuels gratuitement mis à la disposition des médecins généralistes et des pharmaciens. La dernière campagne a été lancée le 20 février 2014 et comprend entre autres des publications dans les magazines et les journaux.

Jusqu'en 2012, les actions en matière de psychotropes du SPF Santé publique visaient essentiellement les somnifères et les calmants. Le Conseil supérieur de la santé, dans son avis n° 8571, a proposé d'élargir les campagnes à la prescription rationnelle d'antidépresseurs et d'antipsychotiques. Le Conseil a fait cette proposition parce que le nombre de prescriptions d'antidépresseurs a plus que doublé au cours de ces 10 dernières années et que le nombre de prescriptions d'antipsychotiques est presque deux fois plus élevé qu'il y a dix ans. Il rappelle que ces médicaments sont surtout prescrits aux personnes âgées, malgré le fait que ces dernières en particulier sont les plus sensibles aux effets indésirables.

Au vu des différents avis émis sur la forte consommation de psychotropes et en exécution de l'accord du gouvernement du 1^{er} décembre 2011 aux termes duquel il convient de lutter contre la surconsommation de médicaments (en particulier en maisons de repos pour ce qui est des antibiotiques et des psychotropes...), j'ai mis sur pied une plateforme scientifique "Psychotropes".

La mission de cette plate-forme "Psychotropes" est d'aboutir à une consommation mieux adaptée des psychostimulants, benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques en Belgique.

Cet objectif peut être atteint via trois domaines d'action :

- la sensibilisation (par ex. au moyen de campagnes destinées au grand public)
- la rédaction et l'implémentation de directives et de recommandations pour les professionnels (par ex. le développement de manuels d'aide)
- la promotion de la recherche et du contrôle.

La plateforme "psychotropes" est composée d'un comité de coordination, qui veille à l'application cohérente de sa note de vision, et de groupes de travail chargés de l'exécution concrète de ce plan. Ces groupes de travail sont les suivants :

- Groupe de travail 1 : usage adéquat des psychostimulants chez les enfants et les jeunes adultes
- Groupe de travail 2 : usage adéquat des médicaments psychotropes chez les adultes (non institutionnalisés)
- Groupe de travail 3 : usage adéquat de psychotropes chez les personnes âgées placées en institution.

Cette plate-forme est composée de représentants académiques et scientifiques, ainsi que de certaines administrations telles que le SPF Santé publique, l'INAMI, l'AFMPS, le KCE et l'ISP.

En plus, la relation entre la taille de l'emballage et la durée de traitement normale est toujours prise en compte lorsque la demande d'autorisation de mise sur le marché comme médicament est évalué.

En 2014, les actions et projets suivants sont prévus :

Financement de 2 études :

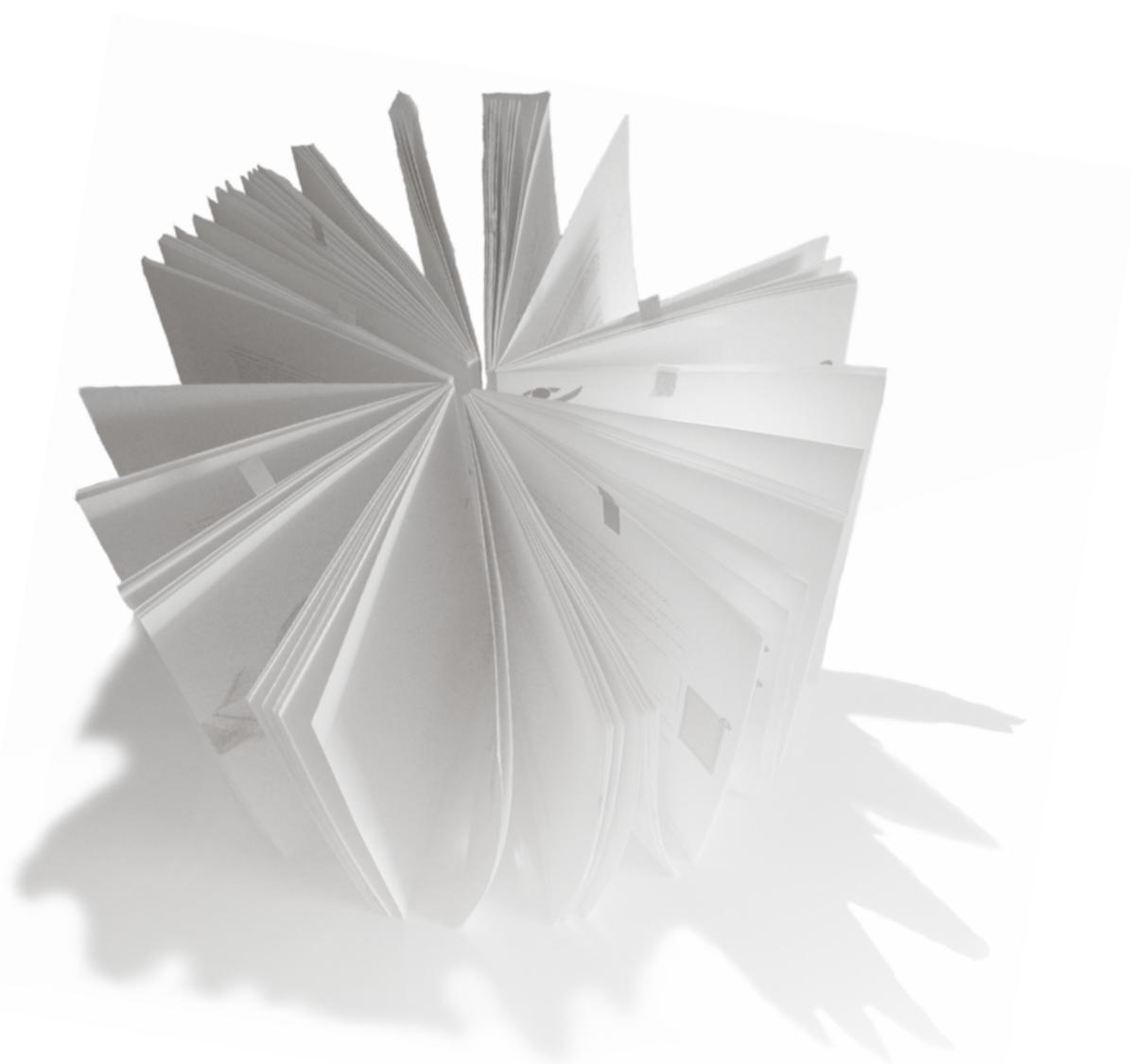
- une étude pour examiner les différents systèmes d'enregistrement (monitoring) relatifs aux psychotropes disponibles en Belgique. Le but est d'évaluer les variables, les biais, les chevauchements et les lacunes de chacun des systèmes et de voir comment on pourrait envisager un système "idéal" et complet sur lequel se baser pour mettre en place des politiques cohérentes et scientifiquement fondées
- une étude pour fournir une stratégie de communication globale afin de sensibiliser la population belge et les professionnels sur l'utilisation adéquate des psychotropes. Cette stratégie de communication doit permettre de déterminer : quand, comment, qui et où atteindre au mieux les groupes cibles. Cette recherche devra également permettre d'avoir une vue sur les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre de ce plan médiatique.

Projets spécifiques aux antidépresseurs :

- le développement d'un module de formation/sensibilisation à l'attention des médecins généralistes pour les aider à mieux faire la distinction entre d'une part les événements de vie stressants (deuil (au sens large), perte d'emploi, divorce, séparation, ...) pouvant conduire à un état de déprime mais sans diagnostic de réelle dépression et d'une part un diagnostic de dépression
- examiner comment la concertation entre la première et la deuxième ligne de soins pourrait être améliorée afin que le traitement d'une dépression majeure puisse être optimisé. Le but sera donc de développer une méthodologie et un (des) outil(s), qui soient validés par tous les acteurs pertinents, pour promouvoir la communication et la concertation
- l'actualisation et l'implémentation (dans tout le pays) de guideline, rédigé en 2008 du côté néerlandophone du pays, concernant la prise en charge de la dépression en médecine générale.

5^e Partie

Directives de l'INAMI



I. Intervention majorée : nature des revenus pris en compte

En vigueur à partir du 16 mai 2014.

La réglementation applicable en matière de détermination des revenus pris en compte dans le cadre de l'intervention majorée est la section 5 du chapitre 4 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-dessous : l'A.R.) : Revenus pris en considération :¹

Sous-section 1 - Types de revenus

Article 27. Par revenus bruts imposables, il faut entendre le montant des revenus tels qu'ils sont fixés en matière d'impôts sur les revenus avant toute déduction, réduction, exonération, immunisation.

De même sont pris en considération les revenus exonérés d'impôt en Belgique en vertu de conventions internationales préventives de la double imposition ou d'autres traités ou accords internationaux, qu'ils interviennent ou non pour le calcul de l'impôt afférent aux autres revenus, ainsi que les revenus des personnes visées à l'article 227, 1^o, du CIR/92 qui sont exonérés d'impôt conformément aux articles 230 ou 231, § 1^{er}, 2^o, du même Code.

Sont également pris en considération les revenus de source étrangère de même nature que ceux visés ci-avant, recueillis par les personnes visées à l'article 227, 1^o, du CIR/92.

Toutefois, pour la détermination du montant des revenus du ménage concerné conformément aux dispositions de la section 4 du présent chapitre, il est tenu compte, comme déterminé ci-après, des revenus suivants :

- 1. les revenus mobiliers fixés conformément à l'article 22, § 1^{er}, alinéa 1^{er} du CIR/92;*
- 2. les revenus dont la déclaration à l'administration fiscale n'est pas obligatoire en application de l'article 313 du CIR/92;*
- 3. le montant brut des revenus professionnels visés à l'article 23, § 1^{er}, 1^o à 3^o, du CIR/92 fictivement fixé à 100/80 de la différence entre les bénéfices ou profits bruts et les charges professionnelles y afférentes;*
- 4. le montant brut de l'épargne, des capitaux et des valeurs de rachat visés à l'article 171, 1^o, d à h, 2^o, b à e, 2^oquater, 3^obis, 4^o, f à h et aux articles 515bis, alinéa 5, 515quater et 515octies du CIR/92 à concurrence du montant résultant de leur conversion selon le coefficient fixé à l'article 73 de l'arrêté d'exécution du CIR/92 et ce, pendant une période de dix ans à partir de l'année où le capital ou la valeur de rachat a été versé;*
- 5. le revenu cadastral indexé, le loyer ou la valeur locative de l'habitation qui est exonéré en vertu de l'article 12, § 3 du CIR/92. Est cependant immunisé un montant de 743,68 EUR augmenté de 123,95 EUR par autre membre du ménage que le bénéficiaire. Ces montants sont indexés de manière identique à celle prévue à l'article 518 du CIR/92 ;*

1. Infra : loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités = loi SSI.

6. les revenus professionnels des enfants sont immunisés pour autant que ceux-ci maintiennent le bénéfice effectif des allocations familiales pendant la période où ils ont recueilli les revenus susvisés.

Sous-section 2 - Détermination des revenus selon les périodes de référence

Article 28. § 1^{er}. Pour constater que les revenus annuels du ménage sont inférieurs au plafond visé à l'article 21, sont pris en considération les revenus bruts imposables du ménage tels qu'ils existent pendant le mois précédant celui de l'introduction de la demande visée à l'article 29 lorsqu'il n'y a pas de période de référence applicable.

Cependant, si la demande est introduite durant le mois au cours duquel la situation visée à l'article 18 naît, il est tenu compte des revenus bruts imposables du ménage concerné tels qu'ils existent pendant le mois de l'introduction de la demande.

§ 2. Si une période de référence d'une année civile est applicable, sont pris en considération les revenus de cette période de référence.

§ 3. En ce qui concerne les revenus professionnels, en ce compris les revenus de remplacement et les pensions, si aucune période de référence n'est applicable, sont pris en considération les montants multipliés par 12 se rapportant, selon le cas et conformément à ce qui est prévu au § 1^{er}, au mois précédant le mois de l'introduction de la demande ou au mois de l'introduction de la demande, augmentés du montant de tous avantages qui y sont liés.

Si la période de référence porte sur l'année civile précédant l'année de la demande, les revenus professionnels, de remplacement et les pensions réellement perçus au cours de cette période de référence sont pris en considération ainsi que le montant de tous avantages qui y sont liés.

§ 4. En ce qui concerne les revenus immobiliers, il est tenu compte uniquement des revenus issus d'immeubles dont un membre du ménage est propriétaire, usufruitier ou possesseur au moment de l'introduction de la demande visée à l'article 29.

Les revenus pris en considération dans le cadre de l'intervention majorée sont les revenus bruts imposables :

1. il s'agit de **revenus**, c'est à dire de gains quelle que soit leur nature, leur dénomination. Ainsi, si l'administration fiscale estime que certaines sommes sortent du champ d'application du CIR/92, il en ira, en principe, de même dans le cadre de l'IM. Ce sera le cas, par exemple, pour les gardiens ou gardiennes d'enfants agréés par les autorités compétentes (= ONE, Kind en Gezin,...) dont, au niveau fiscal, la rémunération est considérée comme un **remboursement de frais** et, par conséquent, non imposable.² Cette rémunération n'est donc pas prise en compte dans le cadre de l'IM ;

2. Cf. circ. O.A. n° 2003/224-2271/1 et 3991/171.

2. il s'agit de revenus **imposables**, c.-à-d. susceptibles d'être pris en compte dans la base imposable, même si, dans la réalité, ils ne sont pas taxés pour l'une ou l'autre raison (par ex., en application d'une convention bilatérale conclue entre la Belgique et un autre État visant à éviter une double taxation). Il s'agira le plus souvent de revenus soumis à l'impôt des personnes physiques (= IPP).

Cependant, lorsque la réglementation SSI le précise expressément, sont pris en considération des revenus qui, fiscalement, ne sont pas imposables. Ainsi, les revenus du personnel belge ou étranger occupé à l'Organisation mondiale des douanes, dispensés d'impôts en vertu d'une convention, sont pris en compte dans le cadre de l'IM³ : il s'agit de revenus exonérés sur la base d'un accord international ;

3. il s'agit de revenus **bruts**, c'est à dire de revenus tels qu'ils sont fixés avant toute déduction. La *ratio legis* et l'intention poursuivie sont claires : les différents montants qui sont enlevés, déduits, non pris en compte dans ce qui est considéré comme un revenu par l'administration fiscale sont pris en considération dans le cadre de l'intervention majorée (par ex. : les rentes alimentaires payées ne sont pas déduites des revenus du débiteur pris en considération dans le cadre de l'intervention majorée).

Ainsi,

1. sont considérés comme des revenus fiscaux et doivent donc apparaître dans la déclaration sur l'honneur, les revenus réalisés à l'étranger ou tirés de biens situés à l'étranger ;
2. les revenus professionnels sont déclarés à l'administration fiscale, déduction faite des cotisations ONSS. Il en sera de même pour le calcul des revenus dans le cadre de l'IM (cf. infra) ;
3. les sommes déduites par l'administration fiscale ne sont, en principe, pas déduites dans le cadre de l'intervention majorée. Sont donc prises en considération dans le cadre de l'IM les pensions alimentaires payées par un membre du ménage IM⁴ ; les pertes professionnelles de périodes imposables antérieures ne sont pas portées en déduction des revenus dans le cadre de l'IM ;
4. sont également pris en considération, les revenus d'origine étrangère non taxables en Belgique, les revenus du personnel des communautés européennes, les revenus du personnel des ambassades. Cela résulte de la référence, dans la réglementation IM, aux articles concernés de la réglementation fiscale⁵.

Sont donc pris en considération les différents types de revenus que connaît la réglementation fiscale c'est à dire les revenus immobiliers, les revenus mobiliers, les revenus professionnels et les revenus divers.

Ces différents types de revenus qui, par leur nature, sont pris en considération dans le cadre de l'intervention majorée sont explicités ci-après.

Il est tenu compte des revenus de la période de référence applicable (voir circ. O.A. n° 2014/72-3991/244 du 05.02.2014). (Publiée dans le B.I. n° 2014/1).

3. Cf. art. 27, al. 2, de l'A.R.

4. Cf. art. 104 du CIR/92.

5. Cf. art. 230, 4° du CIR/92. (= les rémunérations perçues en cette qualité par les agents diplomatiques étrangers et les agents consulaires de carrière étrangers accrédités en Belgique) et art. 231, § 1^{er}, 2° du CIR/92 (= les rémunérations perçues par les membres du personnel (de nationalité étrangère) des missions diplomatiques et consulaires étrangères accréditées en Belgique). Les fonctionnaires des communautés européennes sont soustraits à l'IPP en vertu du protocole sur les privilèges et immunités des communautés européennes.

1. Revenus immobiliers

a. Est pris en considération

Tout revenu immobilier : Le revenu immobilier est le revenu tiré d'un bien immeuble au sens du Code Civil (=CC), que ce bien soit situé en Belgique ou à l'étranger, que ce bien soit bâti ou non, qu'il soit donné en location ou non.

Le fait qu'il s'agisse d'un bien immobilier exonéré du précompte immobilier (par ex., en vertu d'un décret ou d'une ordonnance de la Région dans laquelle l'habitation est située) ou le fait que l'assuré social ne soit pas redevable du précompte immobilier parce qu'il s'agit, par exemple, d'une nouvelle construction, est irrelevant : il s'agit bien d'un revenu immobilier pris en considération dans l'assiette de l'IPP et partant, il s'agit bien d'un revenu imposable.

 On tient compte des revenus des immeubles dont un membre du ménage est propriétaire, usufruitier ou possesseur au moment de l'introduction de la demande d'intervention majorée ⁶.

La notion de revenus immobiliers s'entend conformément aux dispositions fiscales en la matière. Il en est de même des notions utilisées dans cette législation (ex. : "loyer", revenu cadastral, avantages locatifs,...).

Ainsi, le loyer est constitué du loyer proprement dit et des avantages locatifs. Les avantages locatifs sont ceux que le propriétaire obtient du fait que le locataire supporte en ses lieu et place des charges de toute nature (par ex. : grosses réparations, assurances,...). Il en irait de même du précompte immobilier dans la mesure où il serait effectivement pris en charge par le locataire. Lorsqu'un avantage locatif consiste en une dépense consentie en une seule fois, son montant est réparti sur toute la durée du bail. Enfin, le loyer et les avantages locatifs ne sont pris en considération qu'à concurrence de 60 % pour les immeubles bâtis⁷ et 90 % pour les immeubles non bâtis. (cf. *infra*).

b. Habitation située en Belgique ou dans un autre État membre de l'espace économique européen, que le bénéficiaire occupe personnellement ou qu'il n'occupe pas personnellement pour des raisons professionnelles ou sociales

La seule précision apportée par la réglementation est la suivante :

"(il est tenu compte du) revenu cadastral indexé, du loyer (net) ou de la valeur locative (nette) de l'habitation qui est exonéré en vertu de l'article 12, § 3 du CIR/92. Est cependant immunisé un montant de 743,68 EUR augmenté de 123,95 EUR par autre membre du ménage que le bénéficiaire. Ces montants sont indexés de manière identique à celle prévue à l'article 518 du CIR/92".⁸

En principe, le revenu cadastral, le loyer ou la valeur locative (exonéré) de l'habitation que le contribuable occupe personnellement ou qu'il n'occupe pas personnellement pour des raisons professionnelles ou sociales n'apparaît plus dans la déclaration fiscale, ni sur l'avertissement extrait de rôle⁹ sauf lorsque les conditions prévues aux dispositions transitoires sont réunies. Dans ce cas, ce revenu doit être déclaré au code 1100/2100 ou 1101/2101 (habitation située en Belgique), 1121/2121 ou 1133/2133 (habitation située dans un autre État membre de l'espace économique européen).

6. Art. 28, § 4, de l'A.R.

7. Sous réserve de la précision apportée ci-après.

8. Pour les montants indexés, cf. Circulaire publiée chaque année par le Service des soins de santé.

9. Cf. art. 12 du CIR/92 tel que modifié par la loi du 27.12.2004 (M.B. 31.12.2004).

Le montant à reprendre dans le cadre de l'IM est le *revenu cadastral indexé*, le loyer net ou la valeur locative nette de l'habitation.

c. Immeuble situé en Belgique que le propriétaire affecte à l'exercice de son activité professionnelle

Fiscalement, le revenu cadastral de cet immeuble n'est pas pris en considération. Les revenus éventuels doivent être compris parmi les revenus professionnels¹⁰.

Il est à noter que le revenu cadastral d'un tel bien immobilier apparaît dans la déclaration fiscale sous le code 1105 ou 2115.

À titre d'exemple, lorsqu'une personne utilise le terrain dont elle est propriétaire comme parking pour son entreprise, cela ne sera pas taxé. Lorsqu'un bien immobilier est affecté à la fois à des fins professionnelles et d'habitation, le pourcentage représentant l'utilisation professionnelle n'est pas ajouté car censé intégré dans les revenus professionnels.

Dans le cadre de l'IM, il n'est pas tenu compte du revenu cadastral du bien immobilier concerné. Le cas échéant, il sera tenu compte des revenus professionnels.

d. Bien immobilier donné en location : sont pris en considération, dans le cadre de l'IM, les éléments suivants

1. *Dans le cas d'un immeuble bâti sis en Belgique, loué à un locataire qui l'affecte à son activité professionnelle* : le montant total du loyer et des avantages locatifs sans pouvoir être inférieur au revenu cadastral indexé majoré de 40 %¹¹. Le loyer s'entend du montant brut diminué de 40 % pour les frais d'entretien, de réparation, plafonnés aux 2/3 du RC revalorisé (c.-à-d. auquel le coefficient de revalorisation¹² a été appliqué) ;
2. *dans le cas d'un immeuble non bâti, de matériel ou d'outillage (présentant le caractère d'immeuble) sis en Belgique, loué à un locataire qui l'affecte à son activité professionnelle* : le montant total du loyer et des avantages locatifs sans pouvoir être inférieur au revenu cadastral indexé. Le loyer s'entend du montant brut diminué de 10 % pour les immeubles non bâtis, de 40 % pour le matériel et l'outillage ;
3. *par dérogation à ce qui est repris sous les points 1 et 2, dans l'hypothèse où un immeuble est donné en location à des fins agricoles ou horticoles, conformément à la législation sur le bail à ferme*, le revenu cadastral indexé est pris en considération.

Cependant, s'il s'agit d'un bail à ferme concernant un immeuble non bâti (= un terrain) conclu par acte authentique et prévoyant une première période d'occupation d'une durée minimale de 18 ans : aucun revenu n'est pris en considération¹³. L'on considère, en effet, que le propriétaire est, dans un tel cas, complètement dessaisi de son bien.

Ne sont pas davantage pris en considération les revenus de biens immobiliers donnés en location en vertu d'un bail de carrière (= bail à loyer consenti pour la durée de la vie professionnelle)¹⁴ ;

10. Cf. art. 37 du CIR/92 : les revenus des biens immobiliers (...) sont considérés comme des revenus professionnels lorsque ces avoirs sont affectés à l'exercice de l'activité professionnelle du bénéficiaire (= revenus immobiliers à caractère professionnel).

11. Cf. art. 7, § 1^{er}, 2^o, c du CIR/92.

12. Cf. art. 1^{er}, de l'A.R. d'exécution du CIR/92.

13. Cf. art. 12, § 2, al. 2 du CIR/92.

14. Cf. art. 12, § 2, al. 1^{er} du CIR/92.

4. dans le cas d'un immeuble bâti sis en Belgique loué à un locataire qui ne l'affecte pas à son activité professionnelle : le revenu cadastral indexé augmenté de 40 % (= multiplié par le coefficient de 1,40) ;
5. dans le cas d'un immeuble non bâti sis en Belgique loué à un locataire qui ne l'affecte pas à son activité professionnelle : le revenu cadastral indexé ;
6. si un immeuble est affecté à diverses fins (par ex. : partiellement occupé par le propriétaire lui-même et partiellement donné en location), le revenu cadastral doit être scindé dans la mesure appropriée. Chaque partie de l'immeuble suivra son régime propre. Cette ventilation s'opère selon l'affectation reçue.

Cas particulier : si le locataire affecte le bien partiellement à son activité professionnelle et partiellement comme habitation, le loyer net total est pris en considération pour l'IM (voir p. 1), sauf s'il existe un bail enregistré dans lequel sont mentionnés séparément le loyer et les avantages locatifs afférents à chaque partie¹⁵. Si tel est le cas, le revenu à prendre en considération est fixé distinctement pour chacune des deux parties.



Exemple : X loue un appartement qu'il affecte en partie à l'exercice de sa profession et en partie pour son habitation. Le bail ne stipule qu'un loyer global : le propriétaire sera taxé sur le loyer net. C'est ce montant qui sera pris en considération dans le cadre de l'intervention majorée.

Le locataire pourra déduire (**fiscalement mais pas dans le cadre de l'intervention majorée**) la partie des loyers relatifs à la partie professionnelle alors même que dans le chef du propriétaire, la totalité du bien est considérée comme affectée par le locataire à l'exercice de son activité professionnelle.

e. Immeuble, bâti ou non, sis en Belgique, qui n'est pas donné en location

S'il s'agit d'un immeuble bâti, par exemple une seconde résidence: le revenu cadastral indexé augmenté de 40 % (= multiplié par le coefficient de 1,40). S'il s'agit d'un immeuble non bâti : le revenu cadastral indexé.

f. En ce qui concerne les sommes obtenues à l'occasion *de la constitution ou de la cession d'un droit d'emphytéose¹⁶ ou de superficie¹⁷*, les revenus pris en considération comprennent les redevances proprement dites ainsi que les avantages obtenus par le cédant du chef de la constitution ou de la cession d'un droit d'emphytéose ou de superficie. La valeur des avantages est égale à celle qui leur a été attribuée pour la perception du droit d'enregistrement relatif au contrat d'emphytéose ou de superficie¹⁸

15. Cf. art. 8 du CIR/92.

16. Emphytéose : droit temporaire qui confère à son titulaire (= l'emphytéote) la jouissance d'un immeuble qui appartient à une autre personne (= le propriétaire) à charge de payer à ce dernier une redevance annuelle.

17. Superficie : droit temporaire qui permet à une personne (= le superficière) d'être propriétaire des bâtiments, ouvrages ou plantations sur un fonds appartenant à une autre personne (= le tréfoncier).

18. Cf. art. 10 du CIR/92.

g. Lorsque plusieurs personnes (toutes ne font pas nécessairement partie du ménage pris en considération) ont, *en indivision, la jouissance d'un bien immobilier*, chaque indivisaire doit mentionner (dans la déclaration sur l'honneur qu'il doit souscrire) la quotité des revenus immobiliers correspondant à sa part

Entre époux, il faut tenir compte du régime matrimonial :

- pour les personnes mariées sous le régime de la séparation de biens, les revenus immobiliers sont imposables dans le chef du propriétaire du bien. En cas d'indivision, si l'acte ne mentionne rien, chacun est propriétaire pour moitié. Il en va de même en cas de cohabitation légale
- pour les personnes mariées sous le régime légal, les revenus immobiliers sont imposables pour moitié dans le chef de chacun des conjoints, indépendamment de la propriété (donc même si un seul est propriétaire). *A fortiori* dans le cas d'une communauté universelle.

L'immunisation du RC de la maison d'habitation s'applique à concurrence de la proportion dans laquelle le RC est pris en compte.

Cette précision présente un intérêt lorsque les époux se séparent, puisqu'ils font encore l'objet d'une imposition commune l'année qui suit celle de la séparation.

h. Pour la réglementation fiscale, les *propriétaires, les possesseurs¹⁹, les usufruitiers* sont traités de la même manière : autrement dit, les revenus immobiliers sont constitués de manière identique pour ces personnes²⁰

i. Sont également pris en considération les revenus de *biens immobiliers sis dans un pays étranger*, que la Belgique ait ou non conclu avec ce pays une convention préventive de double imposition. Dans ce cas, l'on peut distinguer les situations suivantes

1. *Immeubles (bâties et non bâties), matériel et outillage non affectés par le propriétaire à son activité professionnelle et non donnés en location* : la valeur locative diminuée le cas échéant des impôts étrangers afférents à ces revenus diminuée de 40 % s'il s'agit d'un bien bâti ou de matériel ou d'outillage, et de 10 % s'il s'agit d'un bien non bâti. Par valeur locative, on entend le loyer qui aurait été perçu si le bien avait été donné en location ;
2. *immeubles (bâties et non bâties), matériel et outillage non affectés par le propriétaire à son activité professionnelle et donnés en location* : le loyer est pris en considération à 90 % s'il s'agit d'immeuble non bâti et à 60 % s'il s'agit d'immeuble bâti ou de matériel et outillage ;
3. *sommes obtenues à l'occasion de la constitution ou de la cession d'un droit d'emphytéose ou de superficie* : les règles explicitées ci-dessus sont d'application pour ces revenus qui se rapportent à des immeubles situés à l'étranger.

19. Le possesseur est le débiteur du précompte immobilier : il n'a pas le droit de propriété d'un bien immeuble déterminé mais il se comporte comme tel.

20. Cf. art. 11 du CIR/92.

j. Comme explicité ci-dessus, sont pris en considération, dans le cadre de l'IM, des revenus avant déduction. En conséquence, ne peuvent être déduits des revenus immobiliers susvisés, les intérêts payés par un membre du ménage concerné, afférents à des emprunts hypothécaires contractés pour construire, acquérir ou rénover, totalement ou partiellement, un bien immobilier

Ne sont pas davantage déductibles, les charges payées pour l'acquisition d'un droit d'emphytéose ou de superficie.

k. Quelques exemples

Coefficient d'indexation revenu cadastral

Montant de base immunisé du revenu cadastral dans l'IM : 743,68 EUR + 123,95 EUR par personne supplémentaire dans le ménage

Année de revenu EUR	Coefficient d'indexation (publié chaque année)	Montant de base immunisé ²¹	Montant immunisé supplémentaire
2006	1,4276	1.062	177
2007	1,4532	1.081	180
2008	1,4796	1.100	183
2009	1,5461	1.150	192
2010	1,5461	1.150	192
2011	1,5790	1.174	196
2012	1,6349	1.216	203
2013	1,6813	1.250	208

 En ce qui concerne l'IPP, l'exercice d'imposition 2013 concerne les revenus 2012. Par contre, en ce qui concerne le précompte, il s'agit du revenu de l'année concernée : exercice 2013, revenu 2013. Sur l'avertissement-extrait de rôle du précompte immobilier figurent à la fois le montant indexé et non indexé du revenu cadastral. Sur l'avertissement-extrait de rôle IPP, le montant déclaré (RC non indexé) est repris dans les données encodées, tandis que dans le détail du calcul on retrouve le montant indexé, le cas échéant augmenté de 40 % ou le loyer net (soit, le montant pris en compte dans l'IM).

REDEVANCES EMPHYTÉOTIQUES ET SUPERFICIAIRES

- **Code fiscal** : 1114/2114 (si revenus belges), 1125/2125 (si revenus étrangers et le pays d'origine des revenus n'a pas conclu avec la Belgique une convention visant à éviter une double imposition), 1132/2132 (si revenus étrangers et le pays d'origine des revenus a conclu avec la Belgique une convention visant à éviter une double imposition).
- **Type de revenu** : revenus immobiliers

Il s'agit de la redevance et de tous les autres avantages recueillis par le cédant à l'occasion de la constitution ou de la cession d'un droit d'emphytéose, de superficie ou d'un droit immobilier similaire.

21. Voir circulaire publiée chaque année par le Service des soins de santé.

- **Calcul du montant à prendre en considération**

Il s'agira soit d'un montant annuel réparti sur la durée du bail tel que prévue par le bail, soit d'un montant unique payé au moment de la constitution ou de la cession du droit.
Dans ce deuxième cas, le montant perçu constituera un revenu immobilier pour l'année de paiement. Dans tous les cas, il s'agira du montant sur lequel les droits d'enregistrement ont été perçus, le cas échéant à l'étranger.

- **Exemple de calcul**

Montant annuel : montant prévu par le bail.
Montant unique de la redevance : 2.000 EUR payé en 2012 = montant à retenir pour 2012.
Ces montants figureront sur l'avertissement-extrait de rôle.

REVENU CADASTRAL DE LA PROPRE HABITATION, SITUÉE EN BELGIQUE, SOUMISE OU NON AU PRÉCOMPTE IMMOBILIER

- **Code fiscal**

1100/2100 ou 1101/2101 : propre habitation sise en Belgique

- **Type de revenu**

Revenu immobilier : il s'agit de la maison que l'assuré social habite personnellement ou qu'il ne peut pas habiter personnellement pour des raisons sociales ou professionnelles, et dont il est le propriétaire ou l'usufruitier.

- **Montant à prendre en considération**

Revenu cadastral indexé, moins le montant immunisé indexé prévu dans le cadre de l'IM (voir tableau ci-dessus).

Si le montant issu du calcul après abattement est négatif, il ne sera pas pris en compte.

- **Exemple de calcul**

En 2012, un ménage est composé d'un titulaire, de son conjoint et de deux personnes à charge au sens de l'IM.

Le titulaire dispose en propriété d'une habitation, occupée personnellement et dont le **revenu cadastral de base** s'élève à **1.438 EUR**.

Dans le cadre de l'intervention majorée, il faudra tenir compte du montant suivant (exercice d'imposition IPP 2013):

RC 1.438 EUR x 1,6349 EUR = 2.350,99 EUR arrondi à 2.351 EUR.

Abattement indexé : 1.216 EUR + (3 X 203 EUR) = 1.825 EUR

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 2.351 EUR – 1.825 EUR = 526 EUR.

IMMEUBLE SITUÉ EN BELGIQUE UTILISÉ POUR SA PROPRE PROFESSION

- **Code fiscal**

1105/2105

- **Type de revenu**

Il s'agit d'un immeuble que la personne utilise dans le cadre de sa profession. Le revenu cadastral doit être déclaré : il figurera sur l'avertissement extrait de rôle.

Ce revenu est censé compris dans le revenu professionnel : il n'en est donc pas tenu compte ici dans le cadre de l'IM.

BÂTIMENTS²² SITUÉS EN BELGIQUE, NON LOUÉS OU LOUÉS À DES PARTICULIERS**Code fiscal**

1106/2106

Type de revenu

Revenu belge immobilier. Il s'agit de bâtiments donnés en location à des personnes qui ne les affectent pas à leur activité professionnelle ou de biens qui ne sont pas loués

Calcul du montant à prendre en considération

Revenu cadastral indexé X 1,4

Exemple de calcul

Le revenu cadastral d'une maison louée par le titulaire à un particulier est déclaré comme suit en 2012 : RC = 1.294 EUR.

RC indexé : 1.294 EUR x 1,6349 = 2.115,56 EUR arrondi à 2.116 EUR.

Montant pris en compte dans l'IM : 2.116 EUR X 1,4 = 2.962,40 EUR.

Document probant

Sur l'avertissement extrait de rôle de l'IPP – détail du calcul, le RC est déjà indexé et augmenté de 40 %.

TERRAINS, MATÉRIEL ET OUTILLAGE SITUÉS EN BELGIQUE, NON LOUÉS OU LOUÉS À DES PARTICULIERS**Code fiscal**

1107/2107

Type de revenu

Revenu immobilier belge. Il s'agit de terrains, matériel, outillage, que l'intéressé ne donne pas en location et n'utilise pas pour sa profession ou donne en location à des personnes qui ne l'affectent pas à l'exercice de leur profession

Calcul du montant à prendre en considération

Revenu cadastral indexé

Exemple de calcul

Un terrain est loué par le titulaire à un particulier en 2012 :

Montant de base : 1.294 EUR ; revenu cadastral indexé : 1.294 EUR X 1,6349 = 2.115,56 EUR, arrondi à 2.116 EUR.

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 2.116 EUR.

22. À l'exclusion du matériel et outillage (cf. infra).

IMMEUBLES BÂTIS OU NON, LOUÉS À LES PROFESSIONNELS HORTICULTEURS OU AGRICULTEURS

- **Code fiscal**

1108/2108

- **Type de revenu**

Revenu immobilier belge. Il s'agit d'immeubles agricoles (terrains, fermes) donnés en location à des agriculteurs ou à des horticulteurs pour l'exercice de leur activité, conformément à la législation sur le bail à ferme²³.

- **Montant pris en considération**

Revenu cadastral indexé

- **Exemple de calcul**

Un terrain est loué par le titulaire à un agriculteur en 2012 :
Montant de base : 1.294,00 EUR.
RC indexé : 2.115,56 EUR arrondi à 2.116 EUR.

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 2.116 EUR.

BÂTIMENTS SITUÉS EN BELGIQUE LOUÉS À DES PERSONNES QUI LES AFFECTENT À LEUR PROFESSION

- **Code fiscal**

1109/2109 : revenu cadastral
1110/2110 : loyer brut

- **Type de revenu**

Revenus de bâtiments autres que ceux visés ci-avant

- **Montant pris en considération**

40 % du montant total du loyer est comparé au revenu cadastral revalorisé²⁴ (= X 4,10 en 2012 – ex. d'imp. 2013) X 2/3. Le plus petit de ces deux montants est déduit du montant total du loyer. On obtient le loyer net.
Le loyer net est comparé au revenu cadastral indexé X 1,4. Le plus grand de ces deux montants est pris en considération.

- **Exemple de calcul**

Le locataire est une personne physique qui affecte totalement le bien à l'exercice de son activité professionnelle (en 2012).

- Loyer brut : 3.000 EUR
- Revenu cadastral : 1.300 EUR.

Calcul du montant net du loyer et des avantages locatifs : Loyer : 3.000 EUR

23. Si le montant du loyer excède ce que prévoit la législation sur le bail à ferme, ce régime particulier ne s'applique pas. Le régime applicable aux immeubles loués à des personnes qui les affectent à leur profession est d'application – voir ci-après.

24. Cf. art. 1^{er} de l'A.R. exécution du CIR/92 : on y trouve le coefficient de revalorisation. Ce coefficient s'élève à 3,87 pour l'exercice d'imposition 2011 (revenus 2010), à 3,97 pour l'exercice d'imposition 2012 (revenus 2011), à 4,10 pour l'exercice d'imposition 2013 (revenus 2012) et à 4,19 pour l'exercice d'imposition 2014 (revenus 2013).

Frais forfaitaires (40 %) : 1.200 EUR. Ce montant peut être retenu car il est inférieur aux 2/3 du revenu cadastral revalorisé soit $2/3 \times 1.300 \text{ EUR} \times 4,10 = 3.553,33 \text{ EUR}$. Le RC n'est pas indexé pour le calcul de la limite.

Loyer net : $3.000 \text{ EUR} - 1.200 \text{ EUR} = 1.800 \text{ EUR}$

Ce loyer net étant inférieur au RC indexé et majoré de 40 %, soit $1.300 \text{ EUR} \times 1,6349 = 2.125,37 \text{ EUR}$ arrondi à 2.125 EUR et multiplié par 1,40, soit **2.975 EUR**, c'est ce dernier montant qui est pris en considération.

IMMEUBLES NON BÂTIS, SITUÉS EN BELGIQUE, LOUÉS À DES PERSONNES QUI LES AFFECTENT À LEUR PROFESSION

- **Code fiscal**

1112/2112 : revenu cadastral

1113/2113 : loyer brut

- **Type de revenu**

Revenus immobiliers belges issus de terrains donnés en location à des personnes qui les affectent à leur profession, **autres que des agriculteurs ou horticulteurs** dans le cadre d'un bail à ferme.

- **Montant à prendre en considération**

Les charges forfaitaires sont égales à 10 % du loyer brut. Le montant total du loyer X 90 % = le loyer net. Il est pris en considération sauf s'il est inférieur au revenu cadastral indexé. Le montant pris en considération dans le cadre de l'IM sera donc toujours égal ou supérieur au revenu cadastral indexé.

- **Exemple de calcul**

Revenus d'un terrain loué à un commerçant en 2012 :

Revenu cadastral du terrain (montant de base) : 300 EUR.

Revenu cadastral indexé : $300 \text{ EUR} \times 1,6349 = 490,47 \text{ EUR}$ arrondi à 490 EUR.

Loyer annuel en 2012 : 500 EUR.

Loyer net = $500 \text{ EUR} \times 90 \% = 450 \text{ EUR}$.

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 490 EUR.

MATÉRIEL ET OUTILLAGE EN BELGIQUE, LOUÉS À DES PERSONNES QUI LES AFFECTENT À LEUR PROFESSION

- **Code fiscal**

1115/2115

1115/2115 : revenu cadastral

1116/2116 : loyer brut

- **Type de revenu**

Revenus immobiliers belges issus de matériel et d'outillage (présentant le caractère d'immeuble) donnés en location à des personnes qui les affectent à leur profession (autres que des agriculteurs ou horticulteurs dans le cadre d'un bail à ferme).

- **Montant à prendre en considération**

Les charges forfaitaires sont égales à **40 %** du loyer brut. Le montant total du loyer X 60 % = le loyer net. Il est pris en considération sauf s'il est inférieur au revenu cadastral indexé. Le montant pris en considération dans le cadre de l'IM sera donc toujours égal ou supérieur au revenu cadastral indexé.

BÂTIMENTS, MATÉRIEL ET OUTILLAGE, SITUÉS À L'ÉTRANGER, LOUÉS OU NON LOUÉS (NON UTILISÉS POUR SA PROPRE PROFESSION)

- **Code fiscal**

1123/2123 ou 1130/2130

1123/2123 : pays avec lequel la Belgique n'a pas conclu une convention

1130/2130 : pays avec lequel la Belgique a conclu une convention

- **Type de revenu**

Revenus immobiliers étrangers. Ce sont les revenus d'immeubles *bâties*, situés à l'étranger et qui sont donnés ou non en location par l'assuré social.

Même si ces immeubles sont soumis à l'impôt foncier dans leur pays de situation, ils sont déclarés en Belgique afin de permettre le calcul du taux d'imposition.

- **Montant à prendre en considération**

Le loyer brut (ou la valeur locative brute lorsque le bien n'est pas loué), diminué des charges forfaitaires. La valeur locative est censée représenter les loyers qui auraient été perçus si le bien avait été donné en location.

Les charges forfaitaires correspondent à 40 % du loyer brut ou de la valeur locative brute du bien.

- **Exemples de calcul**

1) Si les loyers de l'immeuble sont : 400 EUR par mois : $400 \text{ EUR} \times 12 \times 60 \% = \mathbf{2.880 \text{ EUR}}$.

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 2.880 EUR.

2) Si le document officiel de l'étranger mentionne :

Valeur locative : 4.000 EUR

On retiendra : $4.000 \text{ EUR} \times 60 \% = \mathbf{2.400 \text{ EUR}}$.

Montant pris en considération dans le cadre de l'IM : 2.400 EUR.

TERRAINS, SITUÉS À L'ÉTRANGER, LOUÉS OU NON LOUÉS (NON UTILISÉS POUR SA PROPRE PROFESSION)

- **Code fiscal**

1124/2124 : pays avec lesquels la Belgique n'a pas conclu une convention

1131/2131 : pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention

- **Type de revenu**

Revenus immobiliers étrangers. Ce sont les revenus de *terrains*, situés à l'étranger et qui sont donnés ou non en location par l'assuré social.

Même si ces immeubles sont soumis à l'impôt foncier dans leur pays de situation, ils doivent être déclarés en Belgique afin de permettre le calcul du taux d'imposition.

- **Montant à prendre en considération**

Le loyer ou la valeur locative est diminué des charges forfaitairement fixées à 10 % du loyer.

- **Exemple de calcul**

1) Si les loyers du terrain sont : 100 EUR par mois : $100 \text{ EUR} \times 12 \times 90 \% = \mathbf{1.080 \text{ EUR}}$

2) Si le document officiel de l'étranger mentionne :
Valeur locative : 1.000 EUR.

On retiendra : $1.000 \text{ EUR} \times 90 \% = \mathbf{900 \text{ EUR}}$.

2. Revenus mobiliers

a. Par revenus mobiliers, on entend les revenus des capitaux et biens mobiliers (revenus tirés d'actions, d'obligations, de la location de biens mobiliers, etc.). Est pris en considération le revenu réellement encaissé ou recueilli, majoré des frais d'encaissement et de garde et des autres frais analogues (ex. : les frais de gestion imputés par la banque). L'éventuel précompte mobilier payé par un membre du ménage PIVO ainsi que le prélèvement pour l'État de résidence et la cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers²⁵ éventuellement retenus sont aussi ajoutés

b. En ce qui concerne les revenus mobiliers, la réglementation²⁶ apporte les précisions suivantes

Il est tenu compte des revenus suivants :

"1. les revenus mobiliers fixés conformément à l'article 22, § 1^{er}, alinéa 1^{er} du CIR/92 ;

2. les revenus dont la déclaration à l'administration fiscale n'est pas obligatoire en application de l'article 313 du CIR/92".

Point important : Seuls les **intérêts et dividendes** qui ont été soumis à la retenue du Pr. M ou de la cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers ne doivent pas toujours obligatoirement être déclarés.

25. La cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers (de 4 %) est d'application uniquement pour l'exercice d'imposition 2013 (revenus de 2012).

26. Art. 27, al. 4, 1 et 2 de l'A.R.

c. Revenus qui ne doivent pas être déclarés en application de l'article 313 du CIR/92

Les revenus de capitaux, c.-à-d. les intérêts et dividendes (tant d'origine belge qu'étrangère) pour lesquels un précompte mobilier peut être imputé ne doivent généralement pas obligatoirement être déclarés. Cependant, *dans le cadre de l'IM*, tous les revenus de capitaux sont pris en considération.

1. S'agit-il de *dividendes* (= revenus d'actions), pour lesquels un précompte mobilier a été acquitté (dividendes d'origine belge ou étrangère c.-à-d. dans ce dernier cas, s'ils ont été encaissés à l'intervention d'un intermédiaire établi en Belgique) : est pris en considération dans le cadre de l'IM le montant net encaissé, avant déduction des frais d'encaissement et de garde, majoré du précompte mobilier et, le cas échéant, du prélèvement pour l'État de résidence et de la cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers retenus sur ce revenu. Les principes généraux sont, bien entendu, d'application : les frais financiers liés à des emprunts contractés pour l'acquisition ou la conservation des revenus mobiliers ne sont pas déductibles ;
2. S'agit-il d'*intérêts* (= tous les autres revenus de capitaux, y compris les revenus tirés de certaines assurances-vie) recueillis pour lesquels le précompte mobilier a été acquitté (intérêts d'origine belge ou étrangère qui ont été encaissés à l'intervention d'un intermédiaire établi en Belgique) ou pour lesquels un précompte mobilier fictif est imputé : est pris en considération dans le cadre de l'IM le montant net encaissé²⁷, avant déduction des frais d'encaissement et de garde, majoré du précompte mobilier et, le cas échéant, du prélèvement pour l'Etat de résidence et de la cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers retenus sur ce revenu.

Il s'agit par exemple des revenus d'obligations, bons de caisse, etc., de dépôts d'argent à vue (autrement dit les revenus tirés des comptes à vue).

Pour ce qui concerne les revenus de dépôts d'argent en Belgique que l'administration fiscale appelle "dépôts d'épargne ordinaires", voir *infra*.

d. Revenus dont la déclaration est obligatoire

La déclaration est en principe toujours obligatoire pour :

- les revenus mobiliers autres que les intérêts et dividendes
- les dividendes et intérêts (tant d'origine belge qu'étrangère) pour lesquels aucun précompte mobilier et aucune cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers n'ont été acquittés et pour lesquels aucun précompte mobilier fictif n'est imputable.

Doivent donc par exemple être déclarés, **les revenus de dépôts d'épargne ordinaires belges sur lesquels le précompte mobilier n'a pas été retenu.**

Sont visés les revenus de dépôts d'épargne ordinaires dans la mesure où ces revenus excèdent un montant annuel fixé réglementairement et indexé : ce montant s'élève à 1.830 EUR (revenus 2012, exercice d'imposition 2013)²⁸ par conjoint/cohabitant légal. *Les montants inférieurs à 1.830 EUR sont hors champ d'application du CIR/92.*

Le montant mentionné sur l'avertissement extrait de rôle de l'IPP est le montant qui a été déclaré (Codes 1151/2151).

Dans le cadre de l'IM, est prise en considération la partie des intérêts qui est supérieure au montant susvisé.

27. Le montant imposable de certains contrats d'assurance ne peut toutefois être inférieur au montant correspondant à la capitalisation des intérêts, au taux de 4,75 % l'an, calculés sur le montant total des primes versées.

28. 1.770 EUR pour l'exercice d'imposition 2012 (revenus 2011), 1.730 EUR pour l'exercice d'imposition 2011 (revenus 2010).

> Exemples :

1. X possède deux dépôts d'épargne ordinaires. Suite aux dépôts effectués sur l'un des comptes, X encaisse 1.500 EUR d'intérêts. Aucun précompte n'est donc retenu. L'autre compte lui rapporte 700 EUR d'intérêts. Aucun précompte ne doit être retenu. X doit déclarer : 2.200 EUR - 1.830 EUR = 370 EUR. Seront pris en compte dans l'IM : 370 EUR.
2. X possède deux dépôts d'épargne ordinaires. Les intérêts du premier compte s'élèvent à 1.900 EUR. Et un précompte est retenu sur 70 EUR (1.900 EUR - 1.830 EUR). Les intérêts du deuxième compte s'élèvent à 700 EUR et aucun précompte n'est retenu. X doit déclarer à l'administration fiscale : 700 EUR. Il n'est par contre pas obligé de déclarer le montant qui a été soumis au Pr.M (70 EUR - 70 EUR x 15 % = 59,50 EUR). Dans le cadre de l'IM, sont pris en considération : 70 EUR + 700 EUR, soit 770 EUR.

Il peut également s'agir d'autres revenus sans précompte mobilier. Il s'agit notamment des revenus de créances hypothécaires (à l'exclusion des obligations), de leasing immobilier ainsi que des revenus d'origine étrangère sur lesquels aucun précompte mobilier n'a été retenu, tels les revenus d'obligations d'origine étrangère non encaissés en Belgique.

3. X possède un compte de dépôt au Luxembourg qui lui rapporte 1.000 EUR d'intérêts et un dépôt d'épargne ordinaire en Belgique lui rapportant 700 EUR. Dans le cadre de l'IM, le montant de 1.000 EUR est pris en compte.

e. Revenus de la location, de l'affermage, de l'usage ou de la concession de biens mobiliers

Un exemple de concession de biens mobiliers est la *publicité apposée sur une voiture*.

Sont également visées les *locations de chambres (ex. les kots d'étudiants), d'habitations, d'appartements meublés* pour autant que le membre du ménage donnant ces biens en location n'en fasse pas profession.

Le loyer afférent au mobilier est pris en considération. Sauf stipulation contraire dans le contrat de location, le loyer brut du mobilier est fixé forfaitairement à 40 % du loyer total, le solde représentant un revenu de biens immobiliers (cf. supra). Le loyer brut est diminué des frais supportés pour acquérir ou conserver ces revenus (amortissements, frais d'entretien, frais de réparation,...). Ces frais sont fixés forfaitairement à 50 % du loyer brut du mobilier.

f. Revenus compris dans des rentes viagères ou temporaires²⁹

Il s'agit des revenus compris dans des rentes viagères ou temporaires (= rente constituée pour une durée limitée dans le temps pour un maximum de vingt ans) qui ont été constituées à titre onéreux : ces rentes résultent de l'abandon d'un capital, par exemple suite à l'aliénation d'un immeuble.

1. Si la rente viagère a été constituée avant le 1^{er} janvier 1962 : ces revenus ne sont pas taxés et ne doivent donc pas figurer sur la déclaration sur l'honneur ;

29. Cf. art. 17 et 20 du CIR/92.

2. Si la rente viagère a été constituée après le 1^{er} janvier 1962 : la rente est taxée à 3 % du capital abandonné. Dans le cas de l'aliénation d'un immeuble contre paiement d'une rente viagère, la valeur de l'immeuble prise en considération est celle qui a servi de base pour la perception des droits d'enregistrement. *La rente sera taxable si la rente est à charge d'une personne morale ou entreprise quelconque (par ex. immeuble vendu contre paiement d'une rente viagère, à un commerçant qui l'affecte à l'exercice de sa profession). Cette règle est d'application que la rente résulte de la translation de la propriété, de la nue-propriété ou de l'usufruit de biens immobiliers.*

g. Les pensions ne sont pas constitutives de revenus mobiliers : elles sont constitutives de revenus professionnels taxables (cf. *infra*) et, à ce titre, sont donc prises en considération dans le cadre de l'IM

Ainsi, si le bénéficiaire d'une assurance-groupe perçoit un capital, celui-ci sera considéré comme un revenu professionnel taxable comme tel. Si le capital est converti en rente viagère, la rente sera également taxée en tant que telle à 3 % du capital abandonné (soit le montant du capital moins la taxation dont il a fait l'objet).

Dans certains cas, notamment dans le cas d'assurances affectées au remboursement d'emprunts hypothécaires, le capital n'est pas taxé. Par contre, la rente de conversion de ce capital est taxée comme revenu professionnel. Cf. revenus professionnels *infra*.

h. Quelques exemples

RENTES VIAGÈRES

- **Code fiscal**

1158/2158 : contrat antérieur au 1^{er} mars 1990

1159/2159 : contrat à partir du 1^{er} mars 1990

Les modifications intervenues au 1^{er} mars 1990 concernent le taux d'imposition.

- **Type de revenu**

Revenus mobiliers belges ou étrangers lorsque la rente viagère est versée par une personne morale ou une entreprise.

- **Montant à prendre en considération**

On retiendra 3 % maximum du capital abandonné.

- **Exemple de calcul**

Prix de cession d'un immeuble (valeur de l'immeuble pour les droits d'enregistrement) :

200.000 EUR

Rente viagère perçue : 12.000 EUR

Montant imposé: 6.000 EUR

À prendre en considération dans l'IM : 6.000 EUR.

REVENUS DE CAPITAUX (DIVIDENDES ET INTÉRÊTS) AYANT SUBI EN BELGIQUE UN PRÉCOMPTE MOBILIER (PR.M) ET/OU LA RETENUE DE COTISATION SUPPLÉMENTAIRE SUR REVENUS MOBILIERS³⁰, ET DONT LA DÉCLARATION À L'IMPÔT SUR LES REVENUS EST EN PRINCIPE FACULTATIVE

◦ **Code fiscal**

- 1160/2160 : revenus moins le Pr.M de 25 %
- 1161/2161 : revenus moins le Pr.M de 21 %
- 1152/2152 : revenus moins le Pr.M de 21 % et la retenue de cotisation supplémentaire de 4 %
- 1162/2162 et 1153/2153 : revenus moins le Pr.M de 15 %
- 1163/2163 : revenus moins le Pr.M de 10 %.
- 1155/2155 : revenus imposables à 21 % sans retenue de Pr. M mais avec retenue de cotisation supplémentaire (de 4 %)

◦ **Type de revenu**

Revenus mobiliers belges ou étrangers (perçus via un intermédiaire belge)

Il s'agit de dividendes ou d'intérêts qui ont subi un précompte mobilier en Belgique. Leur déclaration au fisc n'est normalement pas obligatoire et ils n'apparaîtront donc pas toujours sur l'avertissement extrait de rôle de l'IPP. S'il s'agit de revenus étrangers, ils sont déclarés après paiement de l'impôt étranger et avant le prélèvement pour l'État de résidence éventuel.

◦ **Montant à prendre en considération**

Pour les revenus de capitaux (dividendes de parts de société et intérêts de capitaux prêtés, essentiellement): il convient de prendre en compte le montant net encaissé, avant déduction des frais de garde (code 1170/2170), majoré du précompte mobilier et, le cas échéant, du prélèvement pour l'État de résidence et de la cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers retenus sur ce revenu. En outre, les frais financiers liés à des emprunts contractés pour l'acquisition ou la conservation des revenus mobiliers ne sont pas déductibles.

◦ **Exemple de calcul**

Un dividende de 25 EUR net est recueilli en Belgique, en 2012, pour une action de société qui ne bénéficie pas d'un régime fiscal dérogatoire ; ce montant correspond au solde du dividende subsistant après le prélèvement d'un précompte mobilier de 25 %, suivi d'un prélèvement de frais d'encaissement et de garde de 1 EUR.

Montants à déclarer au Fisc le cas échéant (déclaration en principe facultative) : dividendes avec Pr. M de 25 % : 25 EUR + 1 EUR = 26 EUR (code 1160 ou 2160) ; frais d'encaissement et de garde : 1 EUR (code 1170 ou 2170).

Le montant à prendre toujours en compte dans le cadre de l'intervention majorée s'établit comme suit :	
Montant avant déduction des frais d'encaissement et de garde (code 1160 ou 2160) : 25 EUR + 1 EUR	26 EUR
Précompte mobilier de 25 % retenu (reconstitution à partir de la formule : montant avant déduction des frais x 25/75, soit 26 EUR x 25/75 =	8,67 EUR
Total à prendre en compte :	34,67 EUR

30. La cotisation supplémentaire sur revenus mobiliers (de 4 %) est d'application uniquement pour l'exercice d'imposition 2013 (revenus de 2012).

REVENUS DE CAPITAUX (DIVIDENDES ET INTÉRÊTS) N'AYANT PAS SUBI UN PRÉCOMPTE MOBILIER (PR.M) NI LA COTISATION SUPPLÉMENTAIRES SUR REVENUS MOBILIERS, ET DONT LA DÉCLARATION À L'IMPÔT SUR LES REVENUS EST OBLIGATOIRE

◦ Code fiscal

1165/2165 : dividendes de sociétés coopératives agréées imposables à 25 %
1166/2166 : dividendes de sociétés coopératives agréées imposables à 21 %
1164/2164 : dividendes de sociétés coopératives agréées imposables à 10 %
1167/2167 : intérêts et dividendes de sociétés à finalité sociale agréée imposables à 25 %
1168/2168 : intérêts et dividendes de sociétés à finalité sociale agréée imposables à 21 %
1150/2150 : intérêts et dividendes de sociétés à finalité sociale agréée imposables à 10 %
1151/2151 : revenus de dépôts d'épargne ordinaire belges

Autres intérêts et dividendes sans Pr.M :

1444/2444 : revenus imposables à 25 %
1154/2154 : revenus imposables à 21 % sans retenue de cotisation supplémentaire
1446/2446 : revenus imposables à 10 %.

◦ Type de revenu

Revenus mobiliers belges et étrangers

Il s'agit de dividendes ou d'intérêts perçus sur des capitaux. Aucun précompte mobilier n'a été perçu à la base. Le montant brut imposable est égal au montant déclaré.

◦ Montant à prendre en considération

C'est ce montant qui se retrouve sur l'avertissement extrait de rôle de l'impôt des personnes physique.

◦ Avertissement-extrait de rôle IPP

Code 1165 : 4.000 EUR

À prendre en considération : 4.000 EUR

REVENUS ISSUS DE LA LOCATION DE BIENS MOBILIERS

◦ Code fiscal

1156/2156 – 1157/2157

◦ Type de revenu

Ce sont les revenus de locations mobilières et assimilées: il convient de prendre en compte le revenu brut diminué des frais exposés, réels ou forfaitaires (à l'exclusion des frais financiers).

◦ Montant à prendre en considération³¹

Loyers bruts moins les frais (réels ou déterminés forfaitairement).

31. Cf. art. 3 et 4 de l'A.R. d'exécution du CIR/92.

- **Exemple de calcul**

Location d'un appartement meublé, pour 10.000 EUR l'an par quelqu'un dont ce n'est pas la profession. À défaut de ventilation dans le bail, la location du mobilier est censée correspondre à 40 % du loyer total, ce qui donne 4.000 EUR ; dans ce cas, le montant imposable au titre des **revenus mobiliers**, ainsi que le montant à prendre en compte pour l'intervention majorée, s'élèvent à :

Loyer brut des meubles : 4.000 EUR

Frais d'entretien, d'amortissement... à l'exclusion des frais financiers (intérêts) ; utilisation de la possibilité d'opter pour une évaluation forfaitaire (50 % du loyer), soit : 2.000 EUR

Solde à prendre en compte : 2.000 EUR.



Ces revenus sont à ajouter au revenu du bien immobilier (voir revenus immobiliers – revenus d'un immeuble donné en location).

REVENUS DE LA CESSION OU DE LA CONCESSION DE DROITS D'AUTEUR, DE DROITS VOISINS ET DE LICENCES LÉGALES ET OBLIGATOIRES

- **Codes fiscaux**

1117/2117

- **Type de revenu**

Il s'agit de revenus qui résultent de la cession ou de la concession de droits d'auteur, de droits voisins ou de licences légales et obligatoires, visés par la loi du 30 juin 1994 relative au droit d'auteur et aux droits voisins ou par des dispositions analogues de droit étranger, qui ont été recueillis, soit en dehors de toute activité professionnelle, soit dans le cadre d'une activité professionnelle mais seulement dans la mesure où leur montant brut (déterminé après déduction de l'impôt étranger éventuel, mais avant déduction des frais et du Pr.M éventuellement retenu) ne dépasse pas 54.890 EUR (revenus 2012, exercice d'imposition 2013)³².

- **Montant à prendre en considération³³**

Montant net à prendre en considération : montant brut (avant déduction du Pr.M éventuellement retenu) diminué des frais réels, à l'exclusion des intérêts, supportés en 2012 pour acquérir ou conserver ces revenus, ou des frais forfaitaires.

Le forfait des frais s'élève à 50 % de la tranche de 0 à 14.640 EUR, plus 25 % de la tranche de 14.640 à 29.280 EUR³⁴.

- **Exemple de calcul**

Un montant brut de 1.000 EUR a été encaissé en 2012. Aucune déduction de frais réels n'a été revendiquée.

Montant à prendre en considération : 1.000 EUR – 500 EUR (50 % de 1.000 EUR) = 500 EUR.

32. 53.020 EUR pour l'exercice d'imposition 2012 (revenus 2011), 51.920 EUR pour l'exercice d'imposition 2011 (revenus 2010).

33. Cf. art. 3 et 4 de l'A.R. d'exécution du CIR/92.

34. 50 % de la tranche de 0 à 14.140 EUR, plus 25 % de la tranche de 14.140 à 28.280 EUR pour l'exercice d'imposition 2012 (revenus 2011), 50 % de la tranche de 0 à 13.840 EUR, plus 25 % de la tranche de 13.840 à 27.680 EUR pour l'exercice d'imposition 2011 (revenus 2010).

3. Revenus professionnels

a. La notion de revenus professionnels est conforme à la notion utilisée dans le domaine fiscal

Ce sont des revenus bruts qui sont pris en considération, déduction faite des cotisations ONSS.

Ne sont pas déduites des revenus professionnels (et font donc partie des revenus professionnels pris en considération *dans le cadre de l'IM*), les cotisations de solidarité payées par les titulaires pensionnés³⁵, la cotisation exigée des assurés sociaux dans le cadre de la responsabilité financière des organismes assureurs ainsi que la cotisation spéciale de sécurité sociale. Les cotisations versées à une société mutuelliste dans le cadre d'une assurance complémentaire sont également comprises dans les revenus professionnels pris en considération dans le cadre de l'IM.

Puisqu'il s'agit de revenus bruts imposables, les frais professionnels (forfaitaires ou réels), déductibles au niveau fiscal, ne sont pas pris en considération.

b. En ce qui concerne les revenus professionnels, la réglementation³⁶ apporte les précisions supplémentaires suivantes

Il est tenu compte des revenus suivants :

"3. le montant brut des revenus professionnels visés à l'article 23, § 1^{er}, 1^o à 3^o, du Code des impôts sur les revenus 1992 fictivement fixé à 100/80 de la différence entre les bénéfices ou profits bruts et les charges professionnelles y afférentes".

Une autre précision est apportée :

"§ 3. En ce qui concerne les revenus professionnels, en ce compris les revenus de remplacement et les pensions, si aucune période de référence n'est applicable, sont pris en considération les montants multipliés par 12 se rapportant, selon le cas et conformément à ce qui est prévu au § 1^{er}, au mois précédant le mois de l'introduction de la demande ou au mois de l'introduction de la demande, augmentés du montant de tous autres avantages qui y sont liés"³⁷.

En ce qui concerne la détermination des revenus lorsqu'aucune période de référence n'est applicable, il faut toutefois garder à l'esprit que le but est de déterminer un montant annuel de revenus, à comparer avec un plafond annuel. Le § 3 repris ci-dessus ne doit pas être appliqué mathématiquement si un autre calcul permet d'apprécier plus justement ce montant annuel des revenus. Ainsi, lorsque les revenus sont constitués d'allocations de chômage ou d'indemnités d'invalidité, il est plus opportun de prendre en considération le montant journalier de l'allocation de chômage ou de l'indemnité d'invalidité de la période de référence prise en compte (mois en cours ou mois précédent), multiplié par 312.

Enfin, il est également précisé que :

"Les revenus professionnels des enfants sont immunisés pour autant que ceux-ci maintiennent le bénéfice effectif des allocations familiales pendant la période où ils ont recueilli les revenus susvisés".³⁸

35. Cf. Loi du 30.03.1994, art. 68. Attention, cette cotisation est retenue à la source.

36. Art. 27, al. 4, 3, de l'A.R.

37. Art. 28, § 3, de l'A.R.

38. Art.27, al. 4, 6, de l'A.R.

Pour ce qui est de l'immunisation (sous certaines conditions) des revenus tirés d'une activité professionnelle limitée des enfants (job d'étudiant, par ex.), les avantages qui y sont liés (par ex : pécule de vacances), même s'ils sont payés ultérieurement, alors que l'enfant ne bénéficie plus d'allocations familiales, sont également immunisés.

Exemple

X, pensionné, souscrit une déclaration sur l'honneur fin septembre 2012. Au titre de revenus professionnels, il devra déclarer le montant de la pension perçue au mois de septembre 2012 x 12.

c. Intégration des avantages liés aux revenus professionnels y compris les revenus de remplacement

Pour que ces avantages soient incorporés, deux conditions doivent être réunies : les avantages doivent être taxables et ils doivent avoir un lien avec les revenus professionnels pris en considération.

C. 1. LES AVANTAGES SONT DES REVENUS TAXABLES

Exemple

X, pensionné, perçoit une pension. De ce fait, il perçoit également un pécule de vacances. Ce pécule est un avantage lié à la pension de retraite dont bénéficie le pensionné concerné. Cet avantage est taxable. En conséquence, dans le cadre de l'examen du droit à l'IM, sont pris en considération, la pension de retraite perçue ainsi que le pécule de vacances.

C. 2. LES AVANTAGES SONT LIÉS AUX REVENUS PROFESSIONNELS PRIS EN CONSIDÉRATION DANS LE CADRE DE L'IM

Ainsi, si le pécule de vacances perçu par le pensionné concerne une *activité professionnelle antérieure*, il ne doit pas être pris en considération.

Sont notamment à déclarer au titre d'avantages :

- le pécule de vacances provenant d'un travail partiel autorisé presté par un pensionné
- le pécule de vacances et le pécule complémentaire accordés aux pensionnés, veufs et veuves
- le pécule de vacances accordé aux pensionnés du secteur public. Il est tenu compte de la diminution appliquée sur le pécule lorsqu'il bénéficie également d'un pécule de vacances via leur pension de salarié.

En ce qui concerne le pécule de vacances, le montant net perçu est majoré du précompte professionnel retenu. Est également prise en considération l'indemnité allouée en compensation de la réduction du pécule de vacances dans la construction.

 Il y a lieu de tenir compte du pécule de vacances même si la déclaration sur l'honneur est signée avant perception du premier pécule de vacances (en cas de pension, de changement d'employeur...).

Le même principe s'applique pour les primes de fin d'année et les primes de rattrapage (indemnités d'invalidité).

Pécule de vacances anticipé

Par pécule de vacances anticipé, on entend la quotité du pécule de vacances qui a été acquise et payée au travailleur au moment où il a quitté son employeur.

i On tient compte du pécule dans les revenus de l'année de son paiement lorsqu'on applique une période de référence d'un an. Pour les demandes se fondant sur un "indicateur", on ne tient pas compte de ce pécule.

> Exemple

Un pécule anticipé est versé en 2014.

Si la demande d'IM est introduite avec application d'une période de référence d'un an, on tiendra compte de ce pécule lorsque la demande est introduite en 2015.

Si la demande est introduite sur la base d'un indicateur, on ne tient pas compte de ce pécule.

Les avantages de toute nature sont pris en considération. Cela concerne la valeur des avantages dont un membre du ménage a bénéficié en espèces, en nature ou autrement *en sa qualité de travailleur, dirigeant d'entreprise ou pensionné* : le logement, le chauffage, l'éclairage, l'utilisation d'une voiture à titre gratuit, les marchandises reçues gratuitement ou au-dessous du prix de revient, le remboursement par l'employeur des frais personnels supportés par le travailleur, ...

Le remboursement des frais de déplacement du domicile au lieu de travail est pris en considération à 100 %.

Par contre, les remboursements de frais de déplacement qui constituent des frais propres à l'employeur ne sont pas des revenus : ils ne sont pas pris en compte. Si le fisc considère que seule une partie de l'indemnité allouée pour ces frais est un remboursement de frais propres, le solde est une rémunération taxable dont il faut tenir compte dans l'intervention majorée.

La prime de fin d'année est prise en considération.

d. Sont pris en considération dans le cadre de l'IM *les traitements et les salaires bruts*.

Ce sera le cas du traitement octroyé à une personne mise au travail par le CPAS en application de l'article 60 de la loi relative aux CPAS

Il n'y a pas déduction des frais professionnels ni des pertes professionnelles.

Les indemnités de dédit sont des indemnités payées, contractuellement ou non, suite à la cessation de travail ou à la rupture de contrat d'emploi ou de louage de services : *elles sont prises en compte dans l'IM même pour la partie qui est exonérée sur le plan fiscal*.

Si elles sont payées en une seule fois, elles sont converties en mensualités et prises en compte à concurrence des mensualités qui se rapportent à la période de référence prise en compte.

> Exemple

X reçoit une indemnité de rupture le 1^{er} avril 2014 couvrant 18 mois.

Il a introduit une demande d'IM avant cette date sur la base d'un "indicateur" :

- soit le délai de deux mois est écoulé : on n'a pas tenu compte de cette donnée et le droit a été ouvert à juste titre
- soit le délai de deux mois n'est pas écoulé : l'assuré devra dire que ses revenus ont évolué : recalcul en tenant compte de 9/18 de l'indemnité.

Il introduit une demande d'IM le 1^{er} avril 2014 sur base des revenus de mars : il devra de toute façon déclarer une évolution de ses revenus (idem cas précédent).

Il introduit une demande d'IM le 1^{er} mai 2014 sur base des revenus d'avril : on tient compte de l'indemnité à concurrence de 9/18.

Il introduit une demande d'IM le 1^{er} octobre 2014 sur base des revenus de septembre : on tient compte de l'indemnité à concurrence de 4/18.

Il introduit une demande le 1^{er} février 2015 avec période de référence d'un an : on tient compte de l'indemnité à concurrence de 9/18.

Les revenus professionnels d'origine étrangère sont également pris en considération.

Lorsqu'une personne est rémunérée, totalement ou partiellement, au pourboire, les rémunérations réellement perçues et les avantages en nature dont elle a bénéficié sont pris en considération.

Le travail effectué par un étudiant est un revenu professionnel et, comme tel, il doit être obligatoirement déclaré à l'administration fiscale. Il est pris en considération dans le cadre de l'IM sous réserve cependant d'une immunisation lorsque l'étudiant maintient le bénéfice des allocations familiales.

Sont également visées les sommes versées à un membre du ménage par les fonds sociaux, les fonds de sécurité d'existence ou les syndicats : la prime syndicale, ...

D'autres sommes peuvent également être considérées fiscalement comme des revenus professionnels et elles seront prises en considération dans l'IM : options sur actions ou parts attribuées à un membre du ménage ...

e. Les cotisations sociales personnelles dues en exécution de la réglementation sociale et *non retenues sur les rémunérations* ne sont pas déduites des revenus professionnels (fiscalement, elles sont constitutives de charges professionnelles). Il s'agit, par exemple, des cotisations versées par les conjoints aidants des travailleurs indépendants, par les personnes en assurance continuée ainsi que les cotisations payées dans le cadre de la responsabilité financière des mutualités

Ne sont pas davantage déduites des revenus professionnels, les cotisations d'assurance complémentaire, la cotisation spéciale de sécurité sociale ainsi que les sommes payées dans le cadre d'une assurance hospitalisation. (*cf. supra*).

Ces sommes sont donc prises en considération dans l'IM.

Citons l'exemple particulier de la cotisation payée par le travailleur frontalier résidant en Belgique et bénéficiant d'une indemnité d'invalidité dans le régime néerlandais, auprès de l'Office National des Pensions (=ONP) ou auprès de la banque d'assurance sociale néerlandaise, qui est considérée par le fisc comme une "cotisation personnelle due en exécution de la législation sociale ou d'un statut légal ou réglementaire excluant les intéressés du champ d'application de la législation sociale".³⁹

Il a été admis que cette cotisation peut être déduite du montant des indemnités d'invalidité. Le montant pris en compte dans le cadre de l'IM sera donc le montant des indemnités d'invalidité diminué de ladite cotisation. Si le montant figurant sur la déclaration fiscale du contribuable concerné comprend cette cotisation, il appartient à l'O.A. de la déduire pour déterminer les revenus bruts imposables pour cette catégorie de personnes.⁴⁰

39. Cf. art. 52, 7^o, du CIR/92.

40. Cf. cir. O.A. n^o 2004/212-3991/181.

f. Les *allocations de chômage, légales ou extralégales*, sont prises en considération. Cela concerne tant les allocations sans complément d'ancienneté que les allocations avec complément d'ancienneté.

Est déterminante ici la nature des allocations (il doit s'agir d'allocations ayant la nature d'allocations de chômage) quelle que soit la personne qui paie effectivement ces sommes : fonds de sécurité d'existence, syndicats, institutions officielles notamment étrangères, ...

g. Les *indemnités légales d'incapacité de travail et les indemnités d'invalidité* sont prises en considération, que les indemnités soient perçues en exécution de la législation belge ou en exécution d'une réglementation étrangère. Elles sont prises en considération à 100 % dans le cadre de l'IM comme dans le cadre de la réglementation fiscale

h. Les *prépensions légales et extra-légales* sont prises en considération. Cela concerne les montants effectivement payés augmentés de l'éventuel précompte professionnel

i. Les *indemnités qui réparent une perte temporaire de rémunérations, de bénéfices ou de profits*, autres qu'allocations de chômage, indemnités légales d'incapacité de travail ou d'invalidité ou prépensions, perçus par des travailleurs, dirigeants d'entreprise ou par des indépendants sont prises en compte

Cela concerne notamment les indemnités complémentaires en cas de maladie ou d'invalidité ainsi que les indemnités en cas de maladies professionnelles ou d'accidents de travail (qu'il s'agisse d'indemnités légales ou complémentaires). Cela vise aussi toutes les autres indemnités réparant une perte temporaire de rémunération : indemnités versées par ou au nom d'un tiers responsable d'un accident de circulation, indemnités versées par un fonds social, un fonds de sécurité d'existence ou un syndicat (par ex. : la contre-valeur des timbres pour intempéries).

Les allocations d'interruption de carrière sont prises en considération.

j. Les *pensions, légales et extra-légales*, sont prises en considération, qu'elles soient versées en exécution de la réglementation belge ou étrangère. Sont concernées les pensions, rentes, tant des travailleurs que des dirigeants d'entreprise ou des indépendants, qu'ils soient encore ou non en activité

k. Les *pensions, rentes et capitaux, valeurs de rachat en tenant lieu* : pensions de vieillesse, de retraite et de survie, rentes et indemnités en réparation d'une perte permanente de revenus professionnels, capitaux et valeurs de rachat d'assurances-vie individuelles, d'assurances de groupe

1. **pensions résultant de l'exercice d'une activité professionnelle** : pensions de retraite et de survie de tous les secteurs (secteur public, secteur privé, secteur indépendant), revenu garanti aux personnes âgées, pension particulière accordée par l'employeur, partie de la pension octroyée au conjoint séparé, pension civile ou militaire octroyée aux invalides de guerre, allocation d'orphelin ;
2. **rentes de conversion de capitaux et de valeurs de rachat** : la réglementation apporte les précisions suivantes :

Il est tenu compte du "montant brut de l'épargne, des capitaux et des valeurs de rachat visés à l'article 171, 1°, d à h, 2°, b à e, 2°quater, 3°bis, 4°, f à h, et aux articles 515bis, alinéa 5, 515quater et 515octies du CIR/92 à concurrence du montant résultant de leur conversion selon le coefficient fixé à l'article 73 de l'arrêté d'exécution du CIR/92, et ce pendant une période de 10 ans à partir de l'année où le capital ou la valeur de rachat a été versé"⁴¹.

Cette disposition est dérogatoire par rapport aux règles fiscales : elles sont donc de stricte interprétation. Cela signifie que ces revenus seront pris en considération pendant dix ans.

3. **Accidents de travail et maladies professionnelles** : indemnités légales d'incapacité permanente : partie imposable du montant des indemnités, allocations, rentes et rentes de conversion de capitaux en tenant lieu, octroyées en application de la législation relative aux accidents de travail ou maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente.

Si le sort fiscal de la rente est connu, on tient compte de la rente pour l'IM dans la même mesure que le fisc :

- la rente peut être exonérée totalement, parce qu'elle vient en complément d'une pension de retraite ou de survie, parce que le degré d'invalidité n'excède pas 20 % ou parce que l'intéressé a prouvé qu'elle ne constituait pas la réparation d'une perte permanente de revenus : il n'en est pas tenu compte dans le cadre de l'intervention majorée
- la rente peut être exonérée partiellement, par application de la présomption fiscale selon laquelle la rente n'est pas censée constituer la réparation d'une perte permanente de revenus à concurrence de 20 % / pourcentage d'invalidité ou parce que l'intéressé a pu prouver qu'un pourcentage plus élevé de la rente ne constitue pas une telle réparation : il faut tenir compte de la rente dans la même mesure que le fisc.

Si le traitement fiscal de la rente n'est pas encore connu, il faut suivre les règles et la présomption de l'article 39 du CIR/92 :

- il n'est pas tenu compte de la rente lorsqu'elle complète une pension de retraite ou de survie ni si l'invalidité est de maximum 20 %
- si l'invalidité est supérieure à 20 %, il n'est pas tenu compte de la rente à concurrence de son montant x 20 %/pourcentage d'invalidité.

Les cotisations ONSS sont déduites des montants bruts.
S'il y a plusieurs rentes, il faut les considérer distinctement.

41. Art. 27, al. 4, 4, de l'A.R.

I. Ne sont pas fiscalement considérés comme des revenus professionnels et ne sont donc pas pris en considération dans l'IM⁴², notamment

- les allocations familiales légales, y compris les allocations familiales octroyées aux orphelins, les allocations de naissance et les primes d'adoption légales. Par contre, les allocations familiales extra-légales sont considérées comme des revenus professionnels et sont prises en considération
- les pensions ou rentes, autres que les pensions militaires d'ancienneté, octroyées à charge du Trésor aux victimes militaires et civiles des deux guerres et à leurs ayants-droit : il s'agit notamment des allocations, indemnités et pensions prévues par la loi du 15 mars 1954 relative aux pensions de dédommagement des victimes civiles de la guerre 1940-1945 et de leurs ayants-droit et par l'arrêté royal du 16 octobre 1954 portant coordination des dispositions légales relatives au statut de prisonniers politiques et de leurs ayants-droit
- les rentes octroyées aux invalides du temps de paix ou à leurs ayants-droit, dans la mesure où elles dépassent ce qui correspond à la pension de retraite ou de survie à laquelle les intéressés auraient pu normalement prétendre
- les allocations octroyées aux handicapés, à charge du Trésor, en exécution de la législation relative à l'octroi d'allocations aux personnes handicapées⁴³ (remplacement de revenus, intégration, aide d'une tierce personne)
- la majoration d'allocations versées en exécution de la législation sociale aux victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne
- les capitaux versés à une victime de droit commun ou à un accidenté du travail, autres que ceux tenant lieu d'indemnités octroyées en réparation d'une perte de revenus professionnels
- les allocations pour soins de santé et pour frais funéraires, octroyées en exécution de la réglementation concernant soit l'assurance obligatoire soins de santé développée dans la loi SSI, soit la réparation des dommages résultant d'accidents de travail ou sur le chemin du travail, soit la réparation des dommages causés par les maladies professionnelles



Exemple

Prestations de santé remboursées, frais d'hospitalisation, forfait soins pour les malades chroniques, forfait incontinence, ...

- les allocations pour soins de santé et pour frais funéraires accordés aux assurés libres par les mutualités au titre d'assurance soins de santé et indemnités
- les indemnités pour frais funéraires octroyées par l'État, les Communautés et les Régions aux ayants-droit des membres ou anciens membres de son personnel
- les allocations obtenues en exécution d'un contrat d'assurance individuelle contre les accidents corporels
- le revenu obtenu pour des prestations fournies dans le cadre d'un contrat de travail ALE, à concurrence de 4,10 EUR par heure de prestation⁴⁴; par contre, les rémunérations perçues dans le cadre des titres-services sont entièrement prises en compte
- les bourses d'études dans la mesure où il s'agit réellement d'une bourse d'études et non d'une rémunération déguisée

42. Voir art. 38 du CIR/92 et son commentaire (ComIR).

43. Cf. art. 38, § 1^{er}, 4^e CIR/92.

44. Cf. art. 38, 13^e CIR/92.

- le revenu d'intégration
- les dons et héritages
- en général, les gains de jeux
- la rente accident du travail accordée au veuf/veuve dont le conjoint est décédé dans un accident de travail
- l'allocation de chauffage aux mineurs invalides ou pensionnés.

m. Sont fiscalement considérés comme des revenus professionnels et sont donc pris en considération dans le cadre de l'IM

- les revenus professionnels résultant d'une activité professionnelle exercée de manière irrégulière : une personne qui n'exerce une activité professionnelle que pendant quelques jours par semaine, mois ou pendant une période déterminée de l'année déclarera comme revenus annuels ce qu'elle gagne au cours d'une année totale sur la base de sa dernière rémunération
- les allocations en capital tenant lieu d'indemnités qui constituent la réparation d'une perte permanente de bénéfices, de rémunérations, de profits résultant notamment d'un accident de droit commun ou de travail. Ces allocations sont à déclarer à concurrence de la rente viagère fictive résultant de leur conversion suivant des coefficients variant de 1 à 3 suivant l'âge du bénéficiaire (coefficient déterminé à l'art. 73 de l'A.R. d'exécution du code d'impôts sur les revenus)
- les rémunérations des dirigeants d'entreprises y compris les tantièmes
- les revenus locatifs à considérer comme rémunération
- les bénéfices d'exploitations industrielles, commerciales ou agricoles
- les profits des professions libérales, charges, offices ou autres occupations lucratives
- les revenus bruts exonérés des fonctionnaires européens
- les revenus bruts des agents diplomatiques et consulaires étrangers, accrédités en Belgique et exonérés d'impôts en Belgique
- les revenus bruts de l'activité professionnelle des apprentis industriels et des apprentis des classes moyennes
- les revenus bruts perçus dans le cadre du plan social pour les kinésithérapeutes : ce sont des profits
- les rémunérations des conjoints aidants consistant en des attributions d'une quote-part de bénéfices ou de profits au conjoint aidant ayant opté pour le statut social "MAXI" y compris lorsque la taxation n'est plus commune (l'année du divorce par ex.) : cf. art 30, 3^e et 33 du CIR/92
- les revenus bruts des bourgmestres, échevins, présidents de CPAS, ministres, gouverneurs, députés permanents avant déduction des frais professionnels
- les revenus des conseillers communaux, des conseillers provinciaux, des parlementaires (sénateurs, députés) : ce sont des profits auxquels s'applique la disposition de l'article 27, alinéa 4, 3^e (différence entre les profits bruts et les charges professionnelles y afférentes multiplié par 100/80).



Remarques :

1. Lorsque le résultat de l'activité professionnelle est négatif (perte), le revenu est considéré comme nul dans le cadre de l'IM. La perte n'est pas déduite des revenus des autres membres du ménage.
2. Les revenus fictivement attribués au conjoint-aidant en application de l'article 86 du CIR/92 (pas possible l'année du divorce notamment) sont des revenus professionnels (fiscalement) mais il ne faut pas en tenir compte dans le cadre de l'IM car ce sont des revenus fictifs qui, par ailleurs, sont compris dans les revenus du travailleur indépendant. Sont visés ici les conjoints aidants soumis au mini-statut.

n. Les arriérés

Lorsqu'il n'y a pas de période de référence, il n'est pas tenu compte des arriérés pour l'ouverture du droit (mais il en sera tenu compte dans le contrôle systématique).

Lorsqu'on applique une période de référence d'un an, les arriérés sont pris en compte pour l'année de leur paiement pour l'ouverture du droit (et le contrôle systématique).



Exemple : arriérés perçus en 2014. La demande d'IM est introduite en 2014 sur la base d'un indicateur : on ne tient pas compte des arriérés. De même si la demande est introduite en 2015. Si la demande est introduite avec application d'une période d'un an, on tiendra compte des arriérés perçus en 2014 lorsque la demande est introduite en 2015.

o. Quelques exemples

BOURSE D'ÉTUDE

- **Code fiscal**

Nihil.

- **Type de revenu**

Les bourses d'études allouées pour la poursuite des études ne sont pas imposables. Sont cependant imposables à titre de revenu professionnel, les sommes attribuées aux étudiants en rémunération de travaux effectués (bourses d'études fictives), sauf exceptions expressément prévues dans la réglementation fiscale. Exemple : bourses d'études octroyées à des personnes faisant un doctorat.

- **Calcul du montant à prendre en considération**

- AUCUN s'il s'agit vraiment d'une bourse d'études
- Le montant brut perçu le mois de la souscription de la déclaration sur l'honneur x 12 : s'il s'agit d'une bourse d'études fictive. En effet, ce sont alors des revenus professionnels.

PENSIONS DE RETRAITE ET DE SURVIE

- **Code fiscal**

1211/2211, 1228/2228, 1229/2229.

- **Type de revenu**

Revenus “professionnels”

Il s’agit de toutes les pensions qui sont le fruit ou qui sont liées à une activité professionnelle :

- pension de retraite et de survie du secteur public, privé ou indépendant
- allocations d’orphelin
- revenu garanti aux personnes âgées
- pensions civiles ou militaires octroyées aux invalides de guerre
- pensions particulières accordées par l’employeur
- partie de la pension du conjoint.

- **Montant à prendre en considération**

Montant brut mensuel de la pension pour le mois de la signature de la déclaration sur l’honneur X 12. Sont ajoutés les avantages perçus par l’assuré social et ayant un lien avec la pension (ex. : pécule de vacances,...).

- **Exemple de calcul**

Introduction de la demande le 18 juin 2014 :
 Montant mensuel de la pension (taux ménage) :
 944,43 EUR au mois de mai + Pécule de vacances : 594,92 EUR
 963,32 EUR au mois de juin .

- **Montant à prendre en considération dans le cadre de l’IM**

963,32 EUR X 12 = 11.559,84 EUR
 augmenté du pécule de vacances : 594,92 EUR
 soit : **12.154,76 EUR**

4. Revenus divers

Ces revenus sont pris en considération dans la mesure où ils le sont fiscalement⁴⁵.

a. Rentes alimentaires perçues

Lorsqu’un membre du ménage perçoit régulièrement une rente alimentaire qui est versée par une personne qui ne fait pas partie de son ménage mais qui lui doit des aliments conformément à une obligation prévue par le Code Civil ou le Code judiciaire ou à une obligation légale analogue dans une législation étrangère, il doit mentionner ce revenu sur sa déclaration sur l’honneur. Cette obligation alimentaire peut exister entre époux séparés de fait ou de corps et de biens, entre époux divorcés, entre (ex-)cohabitants légaux, entre parents et enfants.

Doivent être mentionnées sur la déclaration sur l’honneur les rentes qui sont effectivement payées et donc effectivement perçues par un membre du ménage.

Lorsque la rente alimentaire est versée à un enfant, elle est considérée comme étant un revenu propre de l’enfant. Par conséquent, elle ne doit être prise en compte que si l’enfant fait partie du ménage.

45. Cf. art. 90 du CIR/92.

Les rentes alimentaires perçues sont prises en considération à 100 %. Les rentes alimentaires payées ne sont pas déductibles.

> Exemples

1. X, invalide, vit avec son épouse et le fils de celle-ci né d'un précédent mariage. L'enfant est inscrit en qualité de personne à charge de sa mère. Son père lui verse une rente alimentaire. Dans le cadre de l'IM, le ménage est constitué des trois personnes et il est donc tenu compte des revenus de chacune de ces trois personnes. La rente alimentaire sera prise en considération.
2. Vivent ensemble à la même adresse :
 - X, invalide : divorcé, il verse une rente alimentaire à son enfant ;
 - Y, seconde épouse de X est inscrite en qualité de titulaire ;
 - Z, leur enfant inscrit en qualité de personne à charge de son père ;
 - A, enfant de Y, inscrit en qualité de personne à charge de sa mère ; son père lui verse une rente alimentaire.

Ces quatre personnes constituent un seul ménage dans le cadre de l'IM. Les revenus de chacune de ces personnes sont pris en considération, y compris la rente alimentaire perçue par A. La rente alimentaire payée par X ne peut être déduite.

Lorsque la rente alimentaire est payée ou attribuée en une seule fois sous forme de capital, le montant pris en compte est déterminé en multipliant le capital par un pourcentage fixé réglementairement en fonction de l'âge qu'avait le bénéficiaire de cette rente alimentaire au moment du paiement du capital.

b. Revenus divers à caractère mobilier

Il s'agit notamment de revenus provenant de la concession du droit d'affichage ou du droit d'installer des équipements de transmission et de réception pour la téléphonie mobile, de la location de droit de chasse, des indemnités pour coupons manquants. Est pris en considération dans le cadre de l'IM, le montant net augmenté du précompte mobilier et des frais éventuels. Constitue, par exemple, un tel revenu, le fait de faire de la publicité sur un terrain.

Revenus de la sous-location d'immeubles⁴⁶. Lorsque ces revenus sont recueillis en dehors de l'exercice d'une activité professionnelle et qu'ils sont recueillis à l'occasion de la sous-location ou de la cession de bail d'immeubles meublés ou pas, ils sont considérés comme des revenus divers.

c. Autres revenus divers

Sont également constitutifs de revenus divers et, par conséquent, pris en considération dans le cadre de l'IM, les prix et subsides à des artistes, savants ou écrivains⁴⁷, les plus-values sur immeubles bâtis ou non bâtis, les bénéfices ou profits occasionnels (par ex. : vente de tableaux peints par un peintre amateur, commission touchée par une personne ayant servi d'intermédiaire dans la vente d'un immeuble alors que cela n'est pas sa profession, ...), les indemnités personnelles provenant de l'exploitation de découvertes, attribuées à des chercheurs, certaines plus-values sur actions ou parts.

46. Cf. art. 90, 5^e du CIR/92.

47. Il y a des exceptions, voir art. 90, 2^e du CIR/92 et n° 38/35 du Com.IR/92.

d. Quelques exemples :

REVENUS DIVERS À CARACTÈRE MOBILIER

- **Code fiscal : partie II de la déclaration fiscale**

1175/2175 : lots de fonds publics belges ;
 1176/2176, 1177/2177 : lots de titres d'emprunts d'origine étrangère qui ont été soumis au Pr.M ;
 1178/2178, 1179/2179 : lots de titres d'emprunts d'origine étrangère non encaissés en Belgique ;
 1184/2184, 1186/2186 : revenus de la concession du droit d'apposer des affiches ou d'autres supports publicitaires;
 1435/2435, 1437/2437 : revenus de la concession de droit d'installer des équipements de transmission et de réception pour la téléphonie mobile;
 1188/2188, 1189/2189 : revenus de la location de droits de chasse, de pêche et de tenderie;
 1127/2127, 1126/2126, 1128/2128, 1129/2129 : indemnités pour coupon manquant ou pour lot manquant qui ont été soumises au Pr.M;
 1197/2197, 1439/2439, 1198/2198, 1199/2199 : indemnités pour coupon manquant ou pour lot manquant non encaissés en Belgique.

- **Type de revenu**

Revenus divers à prendre en considération dans le cadre de l'IM.

La disposition de l'arrêté royal⁴⁸ précise que les revenus en question doivent être pris en compte dans le cadre de l'intervention majorée même dans le cas où ils ne doivent pas obligatoirement être mentionnés dans la déclaration d'impôt annuelle.

- **Montant à prendre en considération : 100 %.**

REVENUS DE LA SOUS-LOCATION D'IMMEUBLES

- **Code fiscal**

1180/2180 – 1182/2182 de la partie II du document préparatoire à la déclaration fiscale.

- **Type de revenu**

Ce sont les revenus de la sous-location d'immeubles.

- **Montant à prendre en considération**

Loyers bruts moins les frais déclarés aux codes 1181/2181 et 1183/2183, c'est-à-dire par exemple le loyer payé au propriétaire, les frais de remise en état, taxes payées,...

- **Exemple de calcul :**

Le locataire d'un immeuble paye un loyer de 8.000 EUR par an.
 Il sous-loue cet immeuble pour un loyer de 10.000 EUR par an.

Sera pris en considération dans le cadre de l'IM : 10.000 EUR – 8.000 EUR (loyer payé au propriétaire) = 2.000 EUR.

48. Cf. art. 27, al. 4, 2, de l'A.R.

RENTES ALIMENTAIRES NON CAPITALISÉES

- **Code fiscal**

1192/2192

- **Type de revenu**

Les rentes alimentaires sont reprises dans les **revenus divers**. Il s'agit de pensions alimentaires payées à l'assuré social (conjoint séparé, ascendants, enfant, ...) en vertu d'obligations alimentaires.

- **Montant à prendre en considération**

100 % de la pension réellement perçue.

- **Exemple de calcul**

L'intéressé perçoit une rente alimentaire mensuelle de 504,07 EUR au 1^{er} février 2012
Le montant à prendre en considération sera 504,07 EUR x 12 = **6.048,84 EUR**.

- **Document probant**

Extrait de compte bancaire indiquant explicitement le paiement de la pension alimentaire
Décision de justice, acte notarié...



Application du principe de la prise en compte des revenus bruts imposables **avant tout abattement et déduction**.

RENTES ALIMENTAIRES CAPITALISÉES

- **Code fiscal**

1194/2194

- **Type de revenu**

Revenus divers. Il s'agit d'un capital versé en guise de rente alimentaire.

- **Montant à prendre en considération**

Le capital, est converti, en une rente annuelle, dont l'importance est fonction de l'âge du bénéficiaire. Le taux de conversion varie entre 1 et 5 % du capital, selon les dispositions de l'article 73 de l'arrêté royal d'exécution du Code des impôts sur les revenus 1992, ce qui donne le tableau suivant :

Âge du bénéficiaire au moment de la perception du capital	Coefficients de conversion du capital en rente
40 ans et moins	1 %
41 à 45 ans	1,5 %
46 à 50 ans	2 %
51 à 55 ans	2,5 %
56 à 58 ans	3 %
59 et 60 ans	3,5 %
61 et 62 ans	4 %
63 et 64 ans	4,5 %
65 ans et plus	5 %

- **Exemple de calcul**

Capital de la rente : 100.000 EUR versé le 1^{er} janvier 2012 à un assuré âgé de 65 ans.
Revenus des années 2012 à 2021 : 100.000 EUR x 5 % : 5.000 EUR.

- **Document probant**

Contrat d'attribution du capital.



Circulaire O.A. n° 2014/209 - 3991/250 du 20 mai 2014.

II. Cotisations personnelles des titulaires inscrits dans le Registre national des personnes physiques

En vigueur à partir du 1^{er} janvier 2014.

1. Introduction

Conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les titulaires inscrits dans le Registre national des personnes physiques sont redevables d'une cotisation trimestrielle. Cette cotisation est due pour chaque trimestre au cours duquel cette qualité existe et ce, à partir du trimestre où la qualité a été acquise. Si les revenus du ménage sont inférieurs à un certain montant, ou si le titulaire a droit à certains avantages, il bénéficie d'une réduction ou d'une dispense de cotisation.

L'article 134 contient un certain nombre de références à la réglementation antérieure relative à l'intervention majorée de l'assurance qui a été modifiée avec effet au 1^{er} janvier 2014. Un projet d'arrêté royal modifiant l'article 134 est en préparation. Ce projet adapte les références et étend la dispense de cotisation à tous les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance. En attendant l'entrée en vigueur de cet arrêté, les règles d'application sont celles exposées dans la présente circulaire.

2. Montant de la cotisation

2.1. Cotisation normale

La cotisation normale s'élève à 688,37 EUR. Ce montant est dû s'il n'est pas démontré que le titulaire se trouve dans une situation qui donne droit à une réduction de cotisation.

2.2. Réduction de la cotisation

Conformément à l'article 134, alinéa 3, le montant de la cotisation est réduit à 344,18 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage est inférieur à 33.363,74 EUR.

Conformément à l'article 134, alinéa 5, le montant de la cotisation est réduit à 58,36 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage est inférieur au montant visé à l'article 17 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO.

Ce dernier montant correspond désormais au montant de 16.965,47 EUR qui s'applique dans le cadre de l'intervention majorée lorsqu'aucune période de référence n'est d'application.

2.3. Dispense de la cotisation

Le titulaire est dispensé de cotisation s'il fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage n'est pas supérieur au montant pour une personne qui cohabite avec une famille à sa charge, visé à l'article 14, § 1^{er}, 3^o de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Il en va de même pour le titulaire qui a droit à un des avantages visés à l'article 37, § 19, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o ou 3^o de la loi coordonnée, pour la période au cours de laquelle il bénéficie de l'intervention majorée.

Les avantages visés ne sont plus repris dans la loi depuis le 1^{er} janvier 2014. Il s'agit des avantages suivants :

1^o le revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002;

2^o le secours accordé par un centre public d'aide sociale, partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;

3^o le revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1^{er} avril 1969 ou la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001.

Après le 31 décembre 2013, ces avantages donnent également droit à une dispense de cotisation pour la période au cours de laquelle le titulaire bénéficie de l'intervention majorée.

3. Notion de ménage

Est d'application la notion de ménage de l'intervention majorée de l'assurance telle que définie à l'article 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le ménage est donc composé du titulaire, de son conjoint non séparé de fait ni séparé de corps et de biens ou de son cohabitant et de leurs personnes à charge. Les conjoints séparés de corps et de biens et les conjoints séparés de fait sont donc considérés comme formant deux ménages distincts à partir de la séparation de corps et de biens ou de la séparation de fait. Par cohabitant, on entend la personne avec qui le titulaire cohabite, à l'exclusion du parent ou allié jusqu'au troisième degré inclus, et avec qui il forme un ménage de fait. Si le conjoint ou cohabitant est inscrit à charge d'un autre titulaire, il ne fait pas partie du ménage de la personne concernée.

La notion de ménage susmentionnée s'applique également si le titulaire est un enfant qui satisfait aux conditions pour être inscrit comme enfant à charge, et cohabite avec ses parents ou parents adoptifs ou l'un d'eux. La règle particulière qui, dans cette situation, est d'application dans le cadre de l'intervention majorée, n'est donc pas d'application dans le cadre des cotisations de résident.

Ce sont les revenus de tous les membres du ménage qui sont à prendre en considération afin de déterminer si le plafond est dépassé. Le plafond est augmenté de 3.140,77 EUR pour chaque membre du ménage autre que le titulaire.

4. Déclaration sur l'honneur

La preuve que le montant annuel global des revenus du ménage est inférieur à l'un des plafonds qui donnent droit à une réduction ou une dispense de cotisation, est fournie par la signature d'une déclaration sur l'honneur telle que reprise à l'annexe III de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 susmentionné ou conforme aux modèles dérogatoires autorisés par le Service du contrôle administratif de l'Institut. Les organismes assureurs peuvent, s'ils le souhaitent, utiliser également la déclaration sur l'honneur reprise à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ou conforme aux modèles dérogatoires autorisés par le Service du contrôle administratif de l'Institut.

L'article 134, alinéa 7, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que les titulaires qui ont démontré que les revenus dont ils disposent donnent droit à une réduction ou une dispense de cotisation, sont tenus d'informer dans les trente jours leur organisme assureur de toute modification qui entraîne une augmentation des revenus, à l'exception d'une modification des données informatiques, visées par l'article 3, alinéa 1^{er}, de la loi du 8 août 1983 réglant le Registre national des personnes physiques, pour autant qu'ils aient communiqué cette modification à l'administration communale compétente. La déclaration sur l'honneur doit donc contenir une rubrique dans laquelle le titulaire est informé de cette obligation.

5. Revenus à prendre en considération

Les revenus à prendre en considération sont les mêmes que ceux à prendre en considération dans le cadre de l'intervention majorée (pour plus d'informations voir la circ. O.A. du Service des soins de santé concernant l'intervention majorée de l'assurance). Il s'agit des revenus tels qu'ils existent au moment de l'introduction de la déclaration sur l'honneur. En cas de modification rétroactive de la qualité, il s'agit des revenus tels qu'ils existaient pendant la période à laquelle la cotisation se rapporte. Il n'y a aucune période de référence qui soit d'application au cours de laquelle le titulaire doit prouver qu'il dispose de revenus modestes.

6. Application

La présente circulaire est d'application jusqu'au moment de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal susvisé modifiant l'article 134 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.

Ainsi, si l'arrêté royal modifiant l'article 134 entre en vigueur le 1^{er} juillet 2014, pour les cotisations qui sont dues pour le premier et deuxième trimestre 2014 en vue de la prolongation du droit en 2016, les règles d'application sont celles énoncées dans la présente circulaire. Pour les cotisations dues à partir du troisième trimestre 2014, les nouvelles règles seront d'application.



Circulaire O.A. n° 2014/236 - 2299/4 du 6 juin 2014.

III. Renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées. Application du règlement du 17 mars 1999 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social ou du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social
- Procédure administrative

En vigueur à partir du 1^{er} septembre 2014.

1. Cas de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées

En vertu du règlement du 17 mars 1999 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social (assurance indemnités des travailleurs salariés) ou du règlement du 12 février 2001 portant exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social (assurance indemnités des travailleurs indépendants), il est possible de renoncer à la récupération des indemnités indûment octroyées dans les cas suivants :

- **si le caractère digne d'intérêt est constaté sur la base des revenus du ménage de l'assuré social (voir point II)**

Pour la détermination d'une situation digne d'intérêt, on tient compte des revenus du ménage au cours des douze mois précédant la date d'introduction de la demande de renonciation.

Si les revenus du ménage sont inférieurs au montant annuel donnant droit à l'intervention majorée de l'assurance (**seuil de base** (montant du **seuil de base** majoré d'un montant par personne à charge)), on *renonce entièrement* à la récupération du montant indu.

Si les revenus dépassent le montant du seuil de base précité de 150 % (**seuil supérieur**), aucune renonciation n'est possible.

Si les revenus sont supérieurs ou égaux au montant du seuil de base, mais inférieurs au seuil correspondant à 150 % du montant du seuil de base précité, la renonciation est octroyée pour la partie du montant indu qui dépasserait la moitié du montant des revenus du ménage diminués de la valeur du seuil inférieur (*renonciation partielle*) ;



Exemple

Monsieur X est reconnu depuis le 1^{er} octobre 2012 en état d'incapacité de travail et cohabite avec son épouse Y qui est employée. Ils ont quatre enfants en âge scolaire (pas de revenus). Par une lettre recommandée du 5 février 2014, la mutualité lui réclame un montant indu de 9.500 EUR en raison d'indemnités perçues indûment. Il introduit en date du 1^{er} avril 2014 une demande de renonciation à la récupération de ces indemnités indues. Le montant journalier de ses indemnités s'élève à 60 EUR pour la période du 1^{er} avril 2013 au 30 septembre 2013. Et le montant de ses indemnités d'invalidité s'élève à 40 EUR. Son épouse perçoit un revenu mensuel fixe de 2.000 EUR. Il est, avec son épouse, propriétaire d'une habitation dont le revenu cadastral est de 1.860 EUR (montant indexé).

Détermination des revenus du ménage :

- Monsieur X :

1^{er} avril 2013 - 30 septembre 2013 : 157 x 60 EUR = 9.420 EUR

1^{er} octobre 2013 - 31 mars 2014 : 156 x 40 EUR = 6.240 EUR

- Madame Y : 2.000 EUR x 12 = 24.000 EUR

- Revenu cadastral = 1.860 EUR

=> Total: 41.520 EUR

Seuil de base (art. 7, al. 1^{er}): 16.965,47 EUR + (5 x 3.140,77 EUR): 16.965,47 EUR + 15.703,85 EUR = 32.669,32 EUR

Seuil supérieur (art. 8): 150 % de 32.669,32 EUR = 49.003,98 EUR

=> Vu que les revenus du ménage se situent entre le seuil de base et le seuil supérieur, l'article 8 doit être appliqué.

9.500 EUR - (41.520 EUR - 32.669,32 EUR) / 2 =
9.500 EUR - 4.425,34 EUR = **5.074,65 EUR**

Décision : Le Comité de gestion peut renoncer partiellement au montant indû de 5.074,65 EUR et l'intéressé reste encore redevable de la somme indue de 4.425,34 EUR.

o **situations spécifiques faisant l'objet d'un examen particulier :**

- o la récupération est la conséquence d'un assujettissement erroné au secteur des indemnités (voir point III)
- o la récupération trouve son origine dans l'octroi provisionnel par la mutualité de prestations à charge du secteur des indemnités et que la mutualité, subrogée au titulaire, a reçu un paiement (voir point IV).

2. Renonciation visée à l'article 7 et à l'article 8 du règlement du 17 mars 1999 ou du règlement du 12 février 2001

2.1. Introduction de la demande par l'assuré social auprès de sa mutualité

L'assuré doit introduire sa demande de renonciation au moyen du formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées ("art. 7" et "art. 8 ")", qui comporte les volets suivants :

- I. Identification du titulaire
- II. Données relatives à la demande de renonciation
- III. Appréciation de la bonne foi
- IV. Appréciation du caractère digne d'intérêt sur la base des revenus du ménage.

Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 1.

La mutualité complète les points I et II de ce formulaire. Les points III et IV sont complétés par l'assuré.

Si l'assuré demande directement au Service des indemnités de l'INAMI de renoncer à la récupération d'indemnités indûment octroyées (par ex. par simple lettre ou par courriel), ce Service renvoie sans délai cette demande à l'Union nationale concernée en demandant que la mutualité introduise un dossier complet et, l'intéressé est informé de cet envoi.

2.2. Composition du dossier administratif par la mutualité

La mutualité constitue un dossier administratif qui doit contenir les pièces suivantes :

1. le formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées ("art. 7" et "art. 8")" ;

2. documents à joindre :

- une copie de la lettre de récupération *recommandée* qui a été envoyée à l'assuré social
- un extrait du Registre national ou, à défaut, une description de la situation du ménage délivrée par l'administration communale
- une copie de la reconnaissance de dettes signée et datée dans laquelle l'assuré social reconnaît clairement avoir une dette certaine ou, à défaut, une copie du titre exécutoire qui constate l'existence de la dette et en fixe le montant.

Si la demande de renonciation est introduite plus de trois mois après la notification de la décision de récupération et que l'assuré n'a pas contesté cette décision devant la juridiction compétente, il n'est pas nécessaire de joindre la reconnaissance de dettes

- toutes les pièces justificatives qui ont été transmises à la mutualité en ce qui concerne les revenus du ménage. Chaque demande doit en tout cas comporter le dernier avertissement-extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques. La période de référence pour l'évaluation des revenus du ménage est la période de douze mois précédant la demande de renonciation.

2.3. Introduction de la demande de renonciation auprès du Service des indemnités par la mutualité via l'Union nationale

La mutualité transmet le dossier complet (le formulaire de demande ainsi que les pièces à annexer) à l'Union nationale qui, après vérification, l'envoie à l'INAMI, Service des indemnités, avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES. La mutualité le fait dans les plus brefs délais après l'introduction de la demande de renonciation par le titulaire.

Le Service des indemnités informe l'intéressé par simple lettre de la réception de sa demande.

2.4. Traitement du dossier et décision

Si, après un **premier contrôle**, le Service des indemnités constate que le formulaire de demande n'est pas complet ou que toutes les annexes requises n'ont pas été jointes, il le fait savoir à la mutualité par le biais de l'Union nationale et lui demande de mentionner les données manquantes sur le formulaire de demande ou de transmettre les documents manquants.

Ensuite, le **Service examine** la demande **quant au fond** en vue de la soumettre au Comité de gestion.

- a) Pour pouvoir être prise en considération, la demande doit être introduite dans les trois mois à compter du jour suivant l'expiration du délai de recours ou de la date à laquelle la décision judiciaire est passée en force de chose jugée. La date d'introduction de la demande est la date à laquelle l'assuré a introduit le formulaire de demande auprès de la mutualité.

Si le Service constate que ce **déla**i d'introduction de la demande n'a pas été respecté, il le signale à l'union nationale en lui demandant que la mutualité vérifie si l'assuré social désire une décision formelle du Comité de gestion. Si tel est le cas, le dossier est alors inscrit dans **une liste particulière "article 1^{er}"**, qui est présentée sous la forme d'une note au Comité de gestion (proposition de rejeter la demande de renonciation à la récupération en raison de l'irrecevabilité de la demande *ratione temporis*).

- b) La **procédure de renonciation** décrite dans la présente circulaire **ne s'applique pas aux cas suivants**. Pour ces cas, il n'est pas nécessaire d'analyser plus avant les revenus du ménage.
- Le montant indu est inférieur ou égal à 250 EUR
 - Les indemnités indûment octroyées ont été payées après une reprise du travail ou du chômage contrôlé ou après une décision de fin d'incapacité de travail
 - Les indemnités indûment octroyées découlent d'une activité non autorisée telle que visée à l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou à l'article 23^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971. Dans ce cas, l'assuré – qui est de bonne foi – peut demander de renoncer à la récupération via une procédure particulière, décrite dans la circulaire O.A. n° 2012/503 du 14 décembre 2012 (assurance indemnités des travailleurs salariés) et dans la circulaire O.A. n° 2012/504 du 14 décembre 2012 (assurance indemnités des travailleurs indépendants)¹
 - Il s'agit d'indemnités indues pour la récupération desquelles la mutualité est subrogée dans les droits de l'assuré social, ou d'indemnités indues octroyées suite au cumul de celles-ci avec des avantages visés aux articles 103, § 1^{er}, 104 et 108, 3^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou aux articles 28, alinéa 1^{er} et 29, § 1^{er}, 5^o, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Si le Service constate que la renonciation n'est pas possible pour l'un des motifs précités, il le signale à l'Union nationale en lui demandant que la mutualité vérifie si l'assuré social désire une décision formelle du Comité de gestion. Si tel est le cas, le dossier est alors inscrit dans une **liste particulière "article 3"**, qui est présentée sous la forme d'une note au Comité de gestion (proposition de refuser la demande de renonciation à la récupération).

- c) En outre, le Service doit vérifier si l'assuré était **de bonne foi**. Si, sur la base de la lettre de récupération et des mentions figurant dans le formulaire de demande, le Service constate que l'intéressé est de mauvaise foi, il le fait savoir à l'Union nationale. Le cas échéant, des données supplémentaires sont encore demandées pour pouvoir étayer cette mauvaise foi de façon concluante. La mutualité doit vérifier si l'assuré social désire une décision formelle du Comité de gestion. Si tel est le cas, le dossier est alors soumis au Comité de gestion via une note distincte dans laquelle la mauvaise foi de l'assuré est décrite de façon plus détaillée.
- d) Le caractère digne d'intérêt dépend des **revenus du ménage du titulaire**. Tant les revenus du titulaire lui-même que ceux des membres de son ménage sont pris en considération. La composition exacte du ménage est déterminée au moment de l'introduction de la demande par l'assuré auprès de sa mutualité, sur la base des informations figurant dans le Registre national des personnes physiques, sauf dans les cas où il ressort d'autres pièces justificatives, déposées à cet effet, que la situation à prendre en compte ne correspond pas ou plus aux informations du Registre national.

Si, après vérification des données, le Service estime que des données complémentaires sont nécessaires, il demande à l'Union nationale de les lui communiquer.

1. Publiées dans le B.I. n° 2012/4.

Si, après examen de la demande, le Service constate que le montant indu qui peut faire l'objet d'une renonciation à la récupération ne correspond pas à la proposition de renonciation formulée par la mutualité, il en informe l'Union nationale et lui demande de réexaminer le dossier ainsi que la proposition de renonciation formulée par le Service.

Si, après examen de la demande, il est établi que le dossier contient toutes les données et que la proposition de renonciation est fondée, la demande est inscrite dans une **liste "article 7"** et **"article 8"** et est présentée sous la forme d'une note au Comité de gestion.

Si le Comité de gestion décide de ne pas accéder ou de ne pas accéder entièrement à la demande de renonciation à la récupération, le Service informe le titulaire du contenu de cette décision (en lui communiquant les motifs de sa décision).

Une copie de cette décision est également envoyée à l'Union nationale.

Si le Comité de gestion décide d'accéder entièrement à la demande de renonciation à la récupération, le Service informe également le titulaire du contenu de cette décision.

Une copie de cette décision est également envoyée à l'Union nationale.

3. Renonciation visée à l'article 9 du règlement du 17 mars 1999 ou du règlement du 12 février 2001

3.1. Introduction de la demande par l'assuré social auprès de sa mutualité

L'assuré social doit introduire une *demande simplifiée de renonciation* auprès de sa mutualité, au moyen du formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées ("art. 9")", qui comporte les volets suivants :

- I. Identification du titulaire
- II. Données relatives à la demande de renonciation.

Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 2.
La mutualité complète ce formulaire.

Si l'assuré demande directement au Service des indemnités de l'INAMI de renoncer à la récupération d'indemnités indûment octroyées, ce Service renvoie sans délai cette demande à l'Union nationale concernée en demandant que la mutualité introduise un dossier complet et, l'intéressé est informé de cet envoi.

3.2. Composition du dossier administratif par la mutualité

La mutualité constitue un dossier administratif qui doit contenir les pièces suivantes :

1. le formulaire "Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées ("art. 9")" ;
2. documents à joindre :
 - une copie de la lettre de récupération recommandée qui a été envoyée à l'assuré social

- une copie de la reconnaissance de dettes signée et datée dans laquelle l'assuré social reconnaît clairement avoir une dette certaine ou, à défaut, une copie du titre exécutoire qui constate l'existence de la dette et en fixe le montant
- Si la demande de renonciation est introduite plus de trois mois après la notification de la décision de récupération et que l'assuré n'a pas contesté cette décision devant la juridiction compétente, il n'est pas nécessaire de joindre la reconnaissance de dettes
- une copie du document qui informe l'Union nationale de l'assujettissement erroné de l'assuré.

3.3. Introduction de la demande de renonciation auprès du Service des indemnités par la mutualité via l'Union nationale

La mutualité transmet le dossier complet (le formulaire de demande ainsi que les pièces à annexer) à l'Union nationale qui, après vérification, l'envoie à l'INAMI, Service des indemnités, avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES. La mutualité le fait dans les plus brefs délais après l'introduction de la demande de renonciation par le titulaire.

Le Service des indemnités informe l'intéressé par simple lettre de la réception de sa demande.

3.4. Traitement du dossier et décision

Si, après un **premier contrôle**, le Service des indemnités constate que le formulaire de demande n'est pas complet ou que toutes les annexes requises n'ont pas été jointes, il le fait savoir à la mutualité par le biais de l'Union nationale et lui demande de mentionner les données manquantes sur le formulaire de demande ou de transmettre les documents manquants.

Ensuite, le Service **examine** la demande **quant au fond**.

- a) Le Service vérifie si l'assuré est **de bonne foi**. Si, sur la base des données du rapport d'inspection sociale qu'il a demandées, le Service constate que l'assuré est de mauvaise foi, il le fait savoir à l'Union nationale. Le cas échéant, des données supplémentaires sont encore demandées pour pouvoir étayer cette mauvaise foi de façon concluante. En cas de mauvaise foi, l'Union nationale doit demander à la mutualité de vérifier si l'assuré désire une décision formelle du Comité de gestion. Si tel est le cas, le dossier est alors soumis au Comité de gestion via une note distincte.
- b) Ensuite, le Service examine si la mutualité a réellement vérifié si **le titulaire peut faire valoir des droits à des prestations pour la même période dans le cadre d'un autre régime ou d'une autre législation**, et si ce dernier ne peut faire valoir de droits à d'autres prestations, le Service examine alors les raisons (mentionnées par la mutualité sur le formulaire de demande de renonciation), justifiant cette impossibilité.
- c) Sur la base de toutes les données, le Service rédige finalement **une note** contenant la proposition de renonciation à l'intention du Comité de gestion.

Si le Comité de gestion décide de ne pas accéder à la demande de renonciation à la récupération, l'intéressé est informé du contenu de cette décision (avec communication des motifs de la décision).

Une copie de cette décision est également envoyée à l'Union nationale.

Si le comité de gestion décide d'accéder à la demande de renonciation à la récupération (le cas échéant, la renonciation est limitée à la partie du montant indu qui dépasse le montant dont l'intéressé peut bénéficier dans l'autre régime), cette décision est communiquée à l'intéressé.

Une copie de cette décision est également envoyée à l'Union nationale.

4. Renonciation visée à l'article 10 du règlement du 17 mars 1999 ou du règlement du 12 février 2001

4.1. Composition du dossier administratif par la mutualité

La mutualité rédige la demande au moyen d'un formulaire particulier ("Demande de renonciation à la récupération d'indemnités indûment octroyées ("art. 10^o)"). Cette demande doit comporter les volets suivants :

- I. Identification du titulaire
- II. Données relatives à la demande de renonciation.

Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 3.

À cette demande est joint un document mentionnant le paiement des arriérés à la mutualité par le débiteur tiers.

4.2. Introduction de la demande de renonciation auprès du Service des indemnités par la mutualité via l'Union nationale

La mutualité transmet le dossier complet (le formulaire de demande ainsi que les pièces à annexer) à l'Union nationale qui, après vérification, l'envoie à l'INAMI, Service des indemnités, avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES.

4.3. Traitement du dossier et décision

Si, après un **premier contrôle**, le Service des indemnités constate que le formulaire de demande n'est pas complet ou que l'annexe requise n'a pas été jointe, il le fait savoir à l'Union nationale et lui demande de mentionner les données manquantes sur le formulaire de demande ou de transmettre la pièce justificative requise.

Ensuite, le Service des indemnités **analyse** la demande **quant au fond** (le cas échéant, des informations supplémentaires sont demandées à la mutualité via l'Union nationale) et inscrit la proposition de renonciation dans une **liste "article 10"** via une note à l'intention du Comité de gestion.

L'intéressé est informé de la décision du Comité de gestion.

Une copie de cette décision est également envoyée à l'Union nationale.

5. Abrogation de la circulaire précédente

La présente circulaire abroge la circulaire O.A. n° 99/471 - 495/5 du 22 octobre 1999 ²



Circulaire O.A. n° 2014/314 - 495/7 du 1^{er} août 2014 (publiée sans les annexes).

2. Publiée dans le B.I. n° 1999/4.

IV. Déclaration tardive de l'incapacité de travail - Article 9 du Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et l'article 58 *ter* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

En vigueur à partir du 1^{er} septembre 2014.

L'article 9 du Règlement susvisé du 16 avril 1997 relatif aux travailleurs salariés ainsi que l'article 58 *ter* de l'arrêté royal susvisé du 20 juillet 1971 relatif aux travailleurs indépendants prévoient une procédure de levée de sanction qui est applicable en cas d'une déclaration tardive de l'incapacité de travail.

Un assuré qui a fait une déclaration d'incapacité de travail en dehors du délai réglementaire prévu à l'article 2 du Règlement du 16 avril 1997 et aux articles 53, 54 et 55 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 est sanctionné par une réduction de 10 % du montant journalier de son indemnité d'incapacité de travail jusqu'au jour de sa déclaration d'incapacité. Cet assuré peut "dans les **cas dignes d'intérêt**" solliciter une demande de levée de la sanction dont il a fait l'objet.

Cette sanction peut être levée par l'organisme assureur sur avis conforme du fonctionnaire-dirigeant du Service des indemnités de l'Institut ou du fonctionnaire délégué par lui, pour autant que le montant de la sanction s'élève à un montant minimum de 25 EUR.

Par "cas dignes d'intérêt", il y a lieu d'entendre :

- 1) les cas dans lesquels **la situation sociale et financière du ménage du titulaire peut être considérée comme difficile.**

Dans cette situation, le caractère digne d'intérêt est établi sur base des revenus du ménage de l'assuré social. On tient compte des revenus du ménage au cours des douze mois précédant la date du début de l'incapacité de travail. Si les revenus du ménage sont inférieurs au montant annuel donnant droit à l'intervention majorée pour les soins de santé (montant du seuil de base majoré d'un montant par personne à charge), une levée de sanction peut être accordée.

Si l'assuré social souhaite obtenir une levée de sanction pour des raisons sociales ou financières, il doit justifier les revenus de son ménage (voir pt IV dans la fiche de synthèse, jointe en annexe).

La levée de sanction ne peut toutefois pas être accordée une seconde fois, sur base de la situation sociale et financière du ménage du titulaire, pendant la période de trois ans suivant la fin de l'incapacité de travail pour laquelle une première levée de sanction a déjà été accordée.

2) les cas dans lesquels le titulaire s'est trouvé, suite à la **force majeure**, dans l'impossibilité de déclarer son incapacité de travail.

Le cas échéant, l'assuré doit expliquer la situation de force majeure et justifier son explication écrite par des éléments probants (voir pt V dans la fiche de synthèse, jointe en annexe).

Afin d'éviter l'envoi de dossiers qui devront d'office être refusés, il nous semble utile de préciser que les cas suivants ne peuvent *pas* être considérés comme des cas de force majeure justifiant une levée de sanction :

- La méconnaissance du droit social belge de la part de l'assuré social
- La bonne foi de l'assuré social
- Une erreur d'information communiquée à l'assuré social par son employeur, son médecin traitant, l'hôpital, un membre de sa famille etc...
- La perte d'un courrier envoyé par la poste (excepté si cas de grève de La Poste dûment établie).

Toutefois, si l'assuré prouve, pièces à l'appui, que sa déclaration tardive a été causée par une information erronée délivrée par sa mutualité ou par une erreur de gestion de sa mutualité (par ex. : perte du certificat d'incapacité de travail par la mutualité suite à sa réception, ...), un dossier de demande de levée de sanction pourra le cas échéant être introduit et chaque cas de force majeure invoqué sera dûment analysé au cas par cas.

Nous avons constaté au fil des années que la gestion des dossiers relatifs aux déclarations tardives de l'incapacité de travail posait de plus en plus de difficultés.

Les mutualités et l'INAMI se trouvent confrontés à beaucoup de dossiers incomplets ce qui occasionne, outre une surcharge de travail importante et évitable, une perte de temps préjudiciable pour les assurés sociaux qui attendent une décision quant à la levée ou non de la sanction qui leur a été imposée.

La présente circulaire vise à revoir les modalités de traitement des dossiers relatifs aux déclarations tardives de l'incapacité de travail et à instaurer l'usage d'une **nouvelle fiche de synthèse** plus détaillée.

L'objectif de cette nouvelle fiche de synthèse est d'aboutir à une gestion uniformisée, plus rapide et plus efficace de tous les dossiers.

1. Introduction des dossiers auprès du Service des indemnités

Les dossiers de demande de levée de sanction sur base de l'article 9 du Règlement du 16 avril 1997 ou l'article 58^{ter} de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 sont introduits au moyen d'une fiche de synthèse jointe en annexe à la présente circulaire.

Le dossier administratif doit comporter les données suivantes :

- I. identification du titulaire
- II. données concernant l'incapacité de travail
- III. données concernant la sanction
- IV. appréciation du caractère digne d'intérêt en raison de la situation sociale et financière du titulaire

Ou

- V. appréciation du caractère digne d'intérêt en raison de l'existence d'un cas de force majeure dans le chef du titulaire .

La mutualité complète, dans la fiche de synthèse, toutes les données dont elle dispose (pts I à III). Elle demande à l'assuré social les données manquantes (pt IV ou V).

Ensuite, la mutualité transmet le dossier administratif et toutes les pièces justificatives à l'Union nationale, qui doit vérifier si les données sont exactes et complètes, en vue d'un éventuel contrôle par le Service du contrôle administratif de l'INAMI.

Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données requises ainsi que les pièces justificatives, indiquées dans le formulaire de demande, la demande de levée de sanction ne peut pas être présentée au Service des indemnités de l'INAMI et sera renvoyé à la mutualité pour être complété.

Lorsque l'Union nationale est en possession d'un dossier complet, elle introduit le dossier administratif auprès du Service des indemnités de l'INAMI. Le Service des indemnités analyse le dossier et prépare une proposition d'avis qui sera soumise pour approbation au Fonctionnaire dirigeant du Service.

L'Union nationale est informée de l'avis du Fonctionnaire dirigeant par courrier ordinaire.

2. Application de la présente circulaire :

La présente circulaire remplace les points 2.2, 2.3 et 2.4 ainsi que l'annexe de la circulaire O.A. n° 2001/455 - 400/30 du 26 octobre 2001¹ et est applicable aux incapacités de travail qui ont débuté à partir du 1^{er} septembre 2014.



Circulaire O.A. n° 2014/315 - 400/36 du 1^{er} août 2014 (publiée sans les annexes).

1. Publiée dans le B.I. n° 2001/4.

V. Réglementation de l'intervention majorée de l'assurance

En vigueur à partir du 5 septembre 2014.

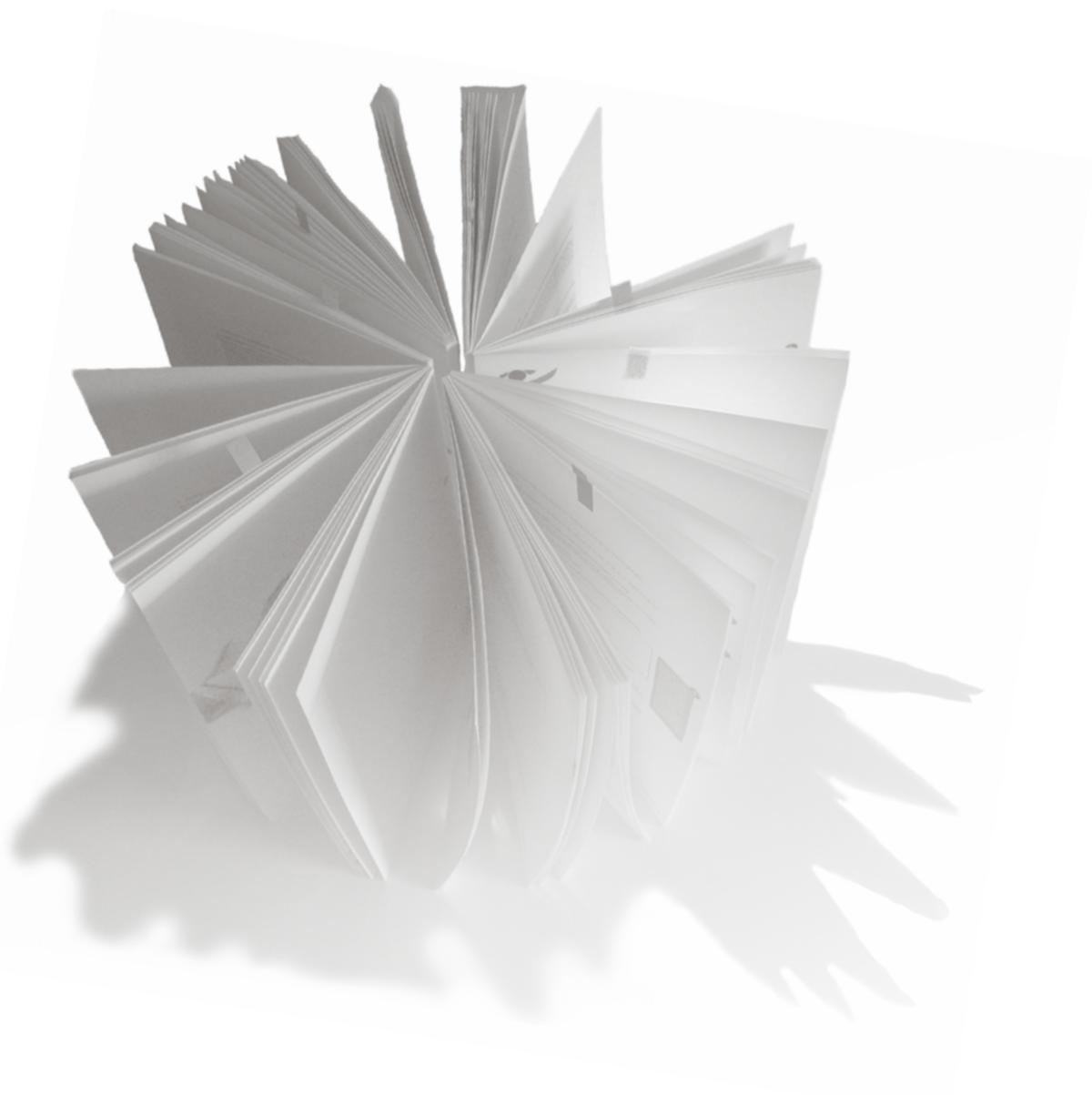
Adaptation à la circulaire 2014/209 - 3991/250 du 20 mai 2014 publiée dans le B.I. 2014/1.



Circulaire O.A. n° 2014/359 - 3991/251 du 11 septembre 2014.

6^e Partie

Données de base



Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après un an d'incapacité de travail

I. Éléments de base

a. Base légale

Arrêté royal du 21 mars 2013 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 12.06.2013).

b. Régime général

REVALORISATION DU MONTANT DE LA PRIME DE RATTRAPAGE OCTROYÉE APRÈS UN AN D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (MESURE CONJONCTURELLE)

Le montant de base de la prime de rattrapage octroyée au mois de mai de chaque année aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 1 an au 31 décembre de l'année qui précède (N-1) passe de 207,7227 EUR à 233,4901 EUR (base 103,14).

Au mois de mai de l'année 2014, le montant de cette prime de rattrapage s'élève à 308,0902 EUR arrondi à 308,09 EUR (indice pivot 119,62).

II. Date d'application

1^{er} mai 2014

Le tableau D repris en annexe remplace celui repris dans la circulaire O.A. n° 2013/290 – 45/244 – 482/120 du 9 septembre 2013.¹

1. Publié dans le B.I. n° 2013/3.

Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé

À partir du - Jusqu'à		01-05-2013	31-08-2013	01-09-2013	30-04-2013	à partir du 01-05-2014		Prochaine indexation			
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459		
I. SALARIÉS											
1 - Plafond journalier AMI											
début d'incapacité	antérieur au 01/01/2005	123,3821		123,3821		123,3821		125,8507			
	du 01/01/2005 au 31/12/2006	125,8497		125,8497		125,8497		128,3676			
	du 01/01/2007 au 31/12/2008	127,1082		127,1082		127,1082		129,6514			
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	128,1250		128,1250		128,1250		130,6885			
	du 01/01/2011 au 31/03/2013	129,0219		129,0219		129,0219		131,6033			
	à partir du 01/04/2013	131,6023		131,6023		131,6023		134,2354			
2 - Incapacité primaire											
	du 01/01/2009 au 31/12/2010	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41		
	du 01/01/2011 au 31/03/2013	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96		
	à partir du 01/04/2013	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54		
Minimum À partir du 1 ^{er} jour du 7 ^{ème} mois de l'incapacité de travail	Travailleur régulier										
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07		
	isolés	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07		
	cohabitants	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79		
	Travailleur non régulier										
	avec charge de famille	41,0943	41,09	41,9162	41,92	41,9162	41,92	42,7548	42,75		
	sans charge de famille	30,8207	30,82	31,4371	31,44	31,4371	31,44	32,0661	32,07		
3 - Invalidité											
Indemnité Journalière Maximum	début d'incapacité primaire	avant le 01/10/1974									
		avec charge de famille	53,1230	53,12	53,1230	53,12	53,1230	53,12	54,1859	54,19	
		sans charge de famille	35,5519	35,55	35,5519	35,55	35,5519	35,55	36,2632	36,26	
		du 01/10/1974 au 31/12/2002									
		avec charge de famille	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		isolés	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		cohabitants	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		du 01/01/2003 au 31/12/2004									
		Invalide avant 01/01/2005									
		avec charge de famille	82,4567	82,46	82,4567	82,46	82,4567	82,46	84,1065	84,11	
		isolés	69,7711	69,77	69,7711	69,77	69,7711	69,77	71,1670	71,17	
		cohabitants	50,7426	50,74	50,7426	50,74	50,7426	50,74	51,7578	51,76	
		Invalide du 01/01/2005 au 31/12/2006									
		avec charge de famille	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		isolés	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		cohabitants	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		du 01/01/2005 au 31/12/2006									
		Invalide avant le 01/01/2007									
		avec charge de famille	84,1059	84,11	84,1059	84,11	84,1059	84,11	85,7886	85,79	
		isolés	71,1665	71,17	71,1665	71,17	71,1665	71,17	72,5904	72,59	
		cohabitants	51,7575	51,76	51,7575	51,76	51,7575	51,76	52,7930	52,79	
		Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008									
		avec charge de famille	84,9469	84,95	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65	
		isolés	71,8782	71,88	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32	
		cohabitants	52,2750	52,28	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32	
		du 01/01/2007 au 31/12/2007									
		Invalide avant le 01/01/2009									
		avec charge de famille	83,2813	83,28	84,9469	84,95	84,9469	84,95	86,6465	86,65	
		isolés	70,4688	70,47	71,8782	71,88	71,8782	71,88	73,3163	73,32	
		cohabitants	51,2500	51,25	52,2750	52,28	52,2750	52,28	53,3209	53,32	
		Invalide à partir du 01/01/2009 ¹									
		avec charge de famille	83,9475	83,95	85,6265	85,63	85,6265	85,63	87,3397	87,34	
		isolés	71,0325	71,03	72,4532	72,45	72,4532	72,45	73,9028	73,90	
		cohabitants	51,6600	51,66	52,6932	52,69	52,6932	52,69	53,7475	53,75	
		à partir du 01/01/2008									
		Invalide avant le 01/01/2009 ²									
		avec charge de famille	82,6203	82,62	82,6203	82,62	82,6203	82,62	84,2734	84,27	
		isolés	69,9095	69,91	69,9095	69,91	69,9095	69,91	71,3082	71,31	
		cohabitants	50,8433	50,84	50,8433	50,84	50,8433	50,84	51,8605	51,86	
		Invalide du 01/01/2009 au 31/12/2010									
		avec charge de famille	83,2813	83,28	83,2813	83,28	83,2813	83,28	84,9476	84,95	
		isolés	70,4688	70,47	70,4688	70,47	70,4688	70,47	71,8787	71,88	
		cohabitants	51,2500	51,25	51,2500	51,25	51,2500	51,25	52,2754	52,28	
		Invalide du 01/01/2011 au 31/03/2013									
		avec charge de famille	83,8642	83,86	83,8642	83,86	83,8642	83,86	85,5422	85,54	
		isolés	70,9620	70,96	70,9620	70,96	70,9620	70,96	72,3818	72,38	
		cohabitants	51,6088	51,61	51,6088	51,61	51,6088	51,61	52,6413	52,64	
		Invalide à partir du 01/04/2013									
avec charge de famille	85,5415	85,54	85,5415	85,54	85,5415	85,54	87,2530	87,25			
isolés	72,3813	72,38	72,3813	72,38	72,3813	72,38	73,8294	73,83			
cohabitants	52,6409	52,64	52,6409	52,64	52,6409	52,64	53,6941	53,69			
Minimum	Travailleur régulier	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
		isolés	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07	
		cohabitants	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79	
		Travailleur non régulier	avec charge de famille	41,0943	41,09	41,9162	41,92	41,9162	41,92	42,7548	42,75
			sans charge de famille	30,8207	30,82	31,4371	31,44	31,4371	31,44	32,0661	32,07

1. Cette rubrique concerne les titulaires pour qui la période d'incapacité primaire a été suspendue en raison d'une période de maternité.

2. Cette rubrique concerne les titulaires assurés étrangers qui sont reconnus invalides avant d'avoir atteint un an d'incapacité.

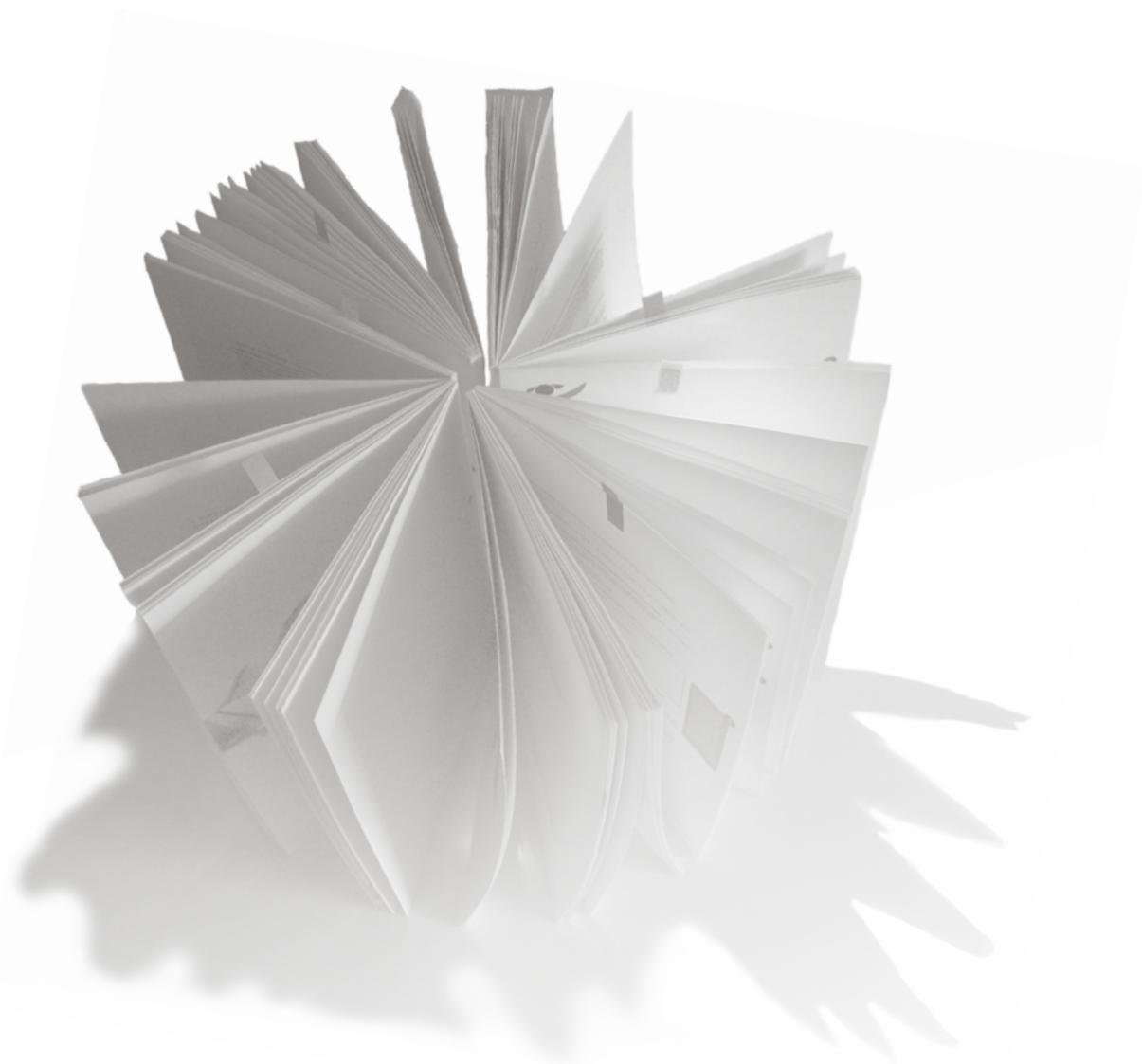
Tableau D : Tableau chronologique des adaptations consécutives des indemnités aux fluctuations de l'indice santé - suite

À partir du - Jusqu'au		01-05-2013	31-08-2013	01-09-2013	30-04-2014	à partir du 01-05-2014		Prochaine indexation		
Indice pivot - Coefficient d'augmentation (base 103,14)		119,62	1,3195	119,62	1,3195	119,62	1,3195	122,01	1,3459	
I. SALARIÉS (suite)										
4 - Maternité, paternité & adoption										
Maximum début de maternité, paternité, d'adoption et d'écartement du travail	du 01/01/2010 au 31/12/2010									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	105,0625	105,06	105,0625	105,06	105,0625	105,06	107,16,46	107,16
	Maternité	79,5 %	101,8594	101,86	101,8594	101,86	101,8594	101,86	103,8974	103,90
		75,0 %	96,0938	96,09	96,0938	96,09	96,0938	96,09	98,0164	98,02
	Écartement	60,0 %	76,8750	76,88	76,8750	76,88	76,8750	76,88	78,4131	78,41
		78,237 %	100,2412	100,24	100,2412	100,24	100,2412	100,24	102,2468	102,25
	du 01/01/2011 au 31/03/2013									
	Naiss. & adopt.	82,0 %	105,7980	105,80	105,7980	105,80	105,7980	105,80	107,9147	107,91
	Maternité	79,5 %	102,5724	102,57	102,5724	102,57	102,5724	102,57	104,6246	104,62
		75,0 %	96,7664	96,77	96,7664	96,77	96,7664	96,77	98,7025	98,70
	Écartement	60,0 %	77,4131	77,41	77,4131	77,41	77,4131	77,41	78,9620	78,96
		78,237 %	100,9429	100,94	100,9429	100,94	100,9429	100,94	102,9625	102,96
	à partir du 01/04/2013									
	Naiss. & adopt.	82,0%	107,9139-	107,91-	107,9139	107,91	107,9139	107,91	110,0730	110,07
	Maternité	79,5%	104,6238-	104,62-	104,6238	104,62	104,6238	104,62	106,7171	106,72
	75,0%	98,7017	98,70	98,7017	98,70	98,7017	98,70	100,6765	100,68	
Écartement	60,0%	78,9614	78,96	78,9614	78,96	78,9614	78,96	80,5412	80,54	
	78,237%	102,9617	102,96	102,9617	102,96	102,9617	102,96	105,0217	105,02	
5 - Divers										
	Gardiennage d'enfants (mensuel)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
	Gardiennage d'enfants (journalier)	57,7623	57,76	57,7623	57,76	57,7623	57,76	58,9203	58,92	
	Gardiennage d'enfants (salaire horaire)	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,1204	9,12	9,3032	9,30	
	1 ^{re} tranche activité autorisée	15,6068		15,6068		15,6068		15,9190		
	Tranches suivantes activité autorisée	9,3641		9,3641		9,3641		9,5514		
	Prime de bien-être (incapacité <01/10/1974)		123,95	-	123,95	-	123,95		123,95	
II. INDEPENDANTS										
1 - Incapacité primaire										
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
	isolé	40,3016	40,30	40,8054	40,81	40,8054	40,81	41,6218	41,62	
	cohabitant	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80	
2 - Invalidité										
	n'ayant pas mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
	isolé	40,3016	40,30	40,8054	40,81	40,8054	40,81	41,6218	41,62	
	cohabitant	32,7257	32,73	33,1348	33,13	33,1348	33,13	33,7977	33,80	
	ayant mis fin à leur entreprise									
	avec charge de famille	53,3230	53,32	53,9895	53,99	53,9895	53,99	55,0697	55,07	
	isolé	42,6718	42,67	43,2052	43,21	43,2052	43,21	44,0696	44,07	
	cohabitant	36,5880	36,59	37,0454	37,05	37,0454	37,05	37,7865	37,79	
3 - Indemnité de maternité & d'adoption										
	Indemnité hebdomadaire		440,501		440,50		440,50		449,32	
4 - Revenu professionnel annuel - art.28bis										
	Revenus professionnels de 2008 à 2012		17 149,19		17 149,19		17 149,19		17 149,19	
	À partir des revenus professionnels 2013		17.492,17		17.492,17		17.492,17		17.492,17	
III. REVENU AUTORISÉ DES PERSONNES À CHARGE										
	plafond statut avec charge	932,9789	932,98	932,9789	932,98	932,9789	932,98	951,6455	951,65	
	plafond statut isolés (revenus de remplacement)	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.026,8069	1.026,81	1.047,3508	1.047,35	
	plafond statut isolés (revenus professionnels)	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.501,8192	1.501,82	1.531,9277	1.531,93	
IV. ALLOCATION FORFAITAIRE POUR AIDE DE TIERCE PERSONNE										
		20,001	20,00	20,0001	20,00	20,0001	20,00	20,4002	20,40	
V. RETENUE DE 3,5 % SUR LES INDEMNITÉS D' INVALIDITÉ										
1 - Plancher journalier										
	avec charge de famille		57,37		57,37		57,37		58,52	
	sans charge de famille		47,63		47,63		47,63		48,58	
2 - Retenue partielle sur les montants										
	avec charge de famille entre		57,38		57,38		57,38		58,53	
	et		59,44		59,44		59,44		60,63	
	sans charge de famille entre		47,64		47,64		47,64		48,59	
	et		49,35		49,35		49,35		50,33	
3 - Retenue intégrale à partir de										
	avec charge de famille		59,45		59,45		59,45		60,64	
	sans charge de famille		49,36		49,36		49,36		50,34	
VI. INDEMNITÉS MAXIMUM PERÇUES DANS LE CADRE DU VOLONTARIAT										
	Montant journalier	32,7104	32,71	32,7104	32,71	32,7104	32,71	33,3649	33,36	
	Montant annuel	1 308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.308,3766	1.308,38	1.334,5541	1.334,55	
VII. PRIME DE RATTRAPAGE (1 an d'incapacité au 31/12/N-1)										
	Salariés	274,0901	274,09	274,0901	274,09	308,0902	308,09	314,2543	314,25	
	Indépendants	208,0902	208,09	208,0902	208,09	208,0902	208,09	212,2535	212,25	



7^e Partie

Statistiques



Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1^{er} trimestre 2014

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR)

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Imagerie médicale	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Prestations spéciales	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Chirurgie	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynécologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Surveillance	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	22	6.239	6.734	6.802	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	3.476	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637	685	17.093	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	0	0	0	0	
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	0	0	0	0	
Total médecins	1.886.293	3.745.514	5.463.071	7.265.430	7.304.023
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accréditation	15	26	13.893	14.076	14.148
Total dentistes	204.043	402.123	599.517	804.594	822.036
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Transport	0	0	0	0	238
Total	1.330.420	2.685.322	4.037.545	5.418.398	5.537.867

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
Total dialyse	100.271	201.059	302.445	404.042	417.311
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Prime syndicale	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132	438	
Total	628.583	1.233.979	1.854.695	2.484.066	2.516.463
17. Fin de carrière	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419	2.080	2.715	2.955
Total	34.613	68.129	103.192	138.113	152.897
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389	533.873	602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopédie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
26. Patients chroniques	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Équipes multidisciplinaires voitures	171	339	504	700	551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Projets thérapeutiques	105	201	237	337	4.698
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	347	654	916	1.191	5.754

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
32. Internés	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Sevrage tabac	234	459	645	859	2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120	120	120	0
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.696
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	3.053
45. Accord social	0	65	823	8.688	18.199
46. Personnel diplomatique	0	0	0	0	0
47. Mesures d'économies task force	0	0	0	0	0
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0	0	0	0	0
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0	0	0
50. Divers	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Affectation fonds d'avenir					70.049
- Initiatives 2010 BMF					20.247
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					0
Total	0	0	0	0	145.443
Total général	6.363.652	12.612.485	18.667.167	24.984.951	25.627.379

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	305.530	635.092	930.408	1.259.253	
b) Imagerie médicale	281.702	581.964	856.725	1.161.446	
c) Consultations, visites et avis	523.660	1.014.034	1.492.545	1.971.301	
d) Prestations spéciales	308.588	629.042	923.746	1.248.002	
e) Chirurgie	282.989	588.528	865.848	1.171.714	
f) Gynécologie	22.401	45.755	68.263	92.175	
g) Surveillance	101.673	209.990	309.423	414.273	
h) Forfait accréditation médecins	6	8.497	12.291	17.188	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	19	2.339	4.459	8.700	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	0	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	19.886	33.644	46.740	59.501	
m) Fonds d'impulsion	7.057	14.640	19.110	22.632	
n) Soutien de la pratique médecine générale	473	593	641	17.287	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	240	240	240	240	
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	538	626	694	1.393	
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	0	0	0	0	
Total médecins	1.854.762	3.764.984	5.531.133	7.445.105	7.544.861
2. a) Honoraires dentaires	211.948	419.956	613.738	824.244	826.934
b) Forfait accréditation	29	34	14.928	14.996	14.523
Total dentistes	211.977	419.990	628.666	839.240	841.457
3. Prestations pharmaceutiques	1.060.095	2.160.451	3.180.912	4.257.005	4.248.545
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	298.775	619.416	946.392	1.266.158	1.282.530
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.916	12.485	24.292	24.292	22.307
6. Soins par kinésithérapeutes	169.316	331.231	489.492	652.480	657.250
7. Soins par bandagistes	65.271	131.966	200.316	274.691	290.265
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	164.573	335.461	488.586	662.940	700.552
10. Soins par opticiens	7.163	14.061	20.531	27.211	32.687
11. Soins par audiciens	12.766	25.540	39.865	53.343	57.624
12. Accouchements par accoucheuses	4.288	8.420	12.797	17.193	17.638
13. Prix de la journée d'entretien	1.319.992	2.640.460	3.963.354	5.320.679	5.510.542
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.265	122.036	182.498	247.606	260.151
Transport	0	0	0	0	235
Total	1.378.257	2.762.496	4.145.852	5.568.285	5.770.928
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.694	4.386	6.377	8.332	8.098
15. Dialyse					
a) Médecins	38.652	77.024	115.267	154.910	157.208
b) Forfait dialyse rénale	36.614	73.390	109.697	148.677	156.119
c) À domicile, dans un centre	28.359	55.131	82.934	112.087	120.947
d) Dialyse de nuit	0	0			0
Total dialyse	103.625	205.545	307.898	415.674	434.274

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	325.303	656.489	993.009	1.334.243	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	233.360	470.657	712.288	957.047	
c) Centres de soins de jour	5.346	10.703	16.228	22.341	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.702	159.897	234.842	310.367	
e) Prime syndicale	2.578	4.096	4.096	4.393	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0	3.163	3.163	3.713	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	0	
Total	650.289	1.305.005	1.963.626	2.632.104	2.633.895
17. Fin de carrière	43.748	70.734	97.667	124.602	130.216
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	24.960	49.593	74.352	98.384	107.357
b) Initiatives d'habitation protégée	11.361	21.817	32.692	43.722	44.123
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	768	1.488	2.171	2.818	3.548
Total	37.089	72.898	109.215	144.924	155.028
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	134.091	278.394	419.639	567.949	620.727
20. Fond Spécial	313	811	1.118	1.402	14.166
21. Logopédie	21.854	43.694	60.745	82.054	83.691
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.312	15.746	23.750	31.562	32.209
24. Régularisations + Refacturation	-30.248	-52.546	-68.907	-81.355	-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
Total maximum à facturer	111.243	150.106	214.554	331.080	372.949
26. Patients chroniques	22.249	40.986	67.620	95.711	98.806
27. Soins palliatifs	3.850	8.034	11.553	12.549	13.387
28. Soins palliatifs (patient)	3.878	7.624	11.252	15.091	20.589
29. Matériel corporel humain	1.881	3.655	5.178	7.016	7.325
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	174	345	542	747	847
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	120	224	331	433	329
b) COMA	99	210	321	470	555
c) Projets thérapeutiques	113	213	348	458	4.828
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	332	647	1.000	1.361	5.712
32. Internés	11.243	11.243	24.132	37.831	34.522
33. Sevrage tabac	233	466	670	911	1.233
34. Circuit de soins psychiatriques	0	0	0	0	0
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	24.290	52.646	84.403	113.177	115.607
39. SM/SLA/Huntington	2.003	4.138	6.528	8.593	9.056
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	6.029
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.310
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.071
45. Accord social	1.316	27.712	28.430	28.430	27.137
46. Personnel diplomatique	0	0	0	0	0
47. Mesures d'économies task force	0	0	0	0	0
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0	0	0	0	0
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0	0	0
50. Divers	2.735	5.254	7.375	14.972	24.413
- Gel montants réservés					346.132
- Compensation économies mars 2012					38.745
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					51.448
Total	0	0	0	0	436.325
Total général	6.398.353	12.847.024	19.096.199	25.685.660	26.676.586

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	297.367				
b) Imagerie médicale	286.128				
c) Consultations, visites et avis	539.921				
d) Prestations spéciales	309.989				
e) Chirurgie	290.778				
f) Gynécologie	21.481				
g) Surveillance	101.483				
h) Forfait accréditation médecins	0				
i) Forfait dossier médical	0				
j) Forfait télématique	1.860				
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	21.733				
m) Fonds d'impulsion	4.076				
n) Soutien de la pratique médecine générale	4.051				
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	771				
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes	4.775				
Total médecins	1.884.413				7.803.184
2. a) Honoraires dentaires	216.973				851.917
b) Forfait accréditation	22				15.477
Total dentistes	216.995				867.394
3. Prestations pharmaceutiques	1.034.804				4.386.470
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	324.397				1.345.090
5. Frais spécifiques services soins à domicile	11.598				26.443
6. Soins par kinésithérapeutes	178.279				680.383
7. Soins par bandagistes	66.866				300.424
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	161.492				724.709
10. Soins par opticiens	7.490				34.592
11. Soins par audiciens	14.177				55.375
12. Accouchements par accoucheuses	4.559				18.003
13. Prix de la journée d'entretien	1.353.353				5.654.873
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	54.774				208.443
Transport	0				235
Total	1.408.127				5.863.551
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.404				8.164
15. Dialyse					
a) Médecins	36.661				164.452
b) Forfait dialyse rénale	35.186				153.447
c) À domicile, dans un centre	26.257				118.241
d) Dialyse de nuit	0				0
Total dialyse	98.104				436.140

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	361.283				
b) Maisons de repos pour personnes âgées	264.569				
c) Centres de soins de jour	6.009				
d) Harmonisation salariale personnel MRS	85.943				
e) Prime syndicale	2.484				
f) Renouvellements de soins (art. 56)	2.986				
g) Centres de jour palliatifs	0				
Total	723.274				2.755.896
17. Fin de carrière	48.578				139.796
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	26.149				104.788
b) Initiatives d'habitation protégée	10.944				44.404
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	715				3.549
Total	37.808				152.741
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	133.948				615.856
20. Fond Spécial	543				15.666
21. Logopédie	23.308				87.101
22. Centres médicaux-pédiatriques	0				0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.478				32.770
24. Régularisations + Refacturation	-57.948				-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	116.592				378.015
b) MAF fiscal	0				0
Total maximum à facturer	116.592				378.015
26. Patients chroniques	23.283				102.179
27. Soins palliatifs	4.060				13.037
28. Soins palliatifs (patient)	4.144				22.197
29. Matériel corporel humain	1.919				7.770
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	197				823
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	119				422
b) COMA	116				464
c) Projets thérapeutiques	109				4.895
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	344				5.781
32. Internés	7.935				39.769
33. Sevrage tabac	240				1.217
34. Circuit de soins psychiatriques	0				0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2014 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0				0
36. Fonds assuétudes	1.945				3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0				0
38. Maisons médicales	30.904				128.585
39. SM/SLA/Huntington	1.818				9.363
40. Patients chroniques extra	0				9.075
41. Trajets de soins	0				0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0				0
43. Fonds d'indemnisation	0				12.310
44. Maladies rares	436				6.325
45. Accord social	2.014				27.362
46. Personnel diplomatique	0				-11.000
47. Mesures d'économies task force	0				-12.000
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0				10.131
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0				2.950
50. Divers	350				30.325
- Diminution financement alternatif					777.491
- Diminution financement alternatif conclave mars 2013					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					40.787
Total	0				818.278
Total général	6.527.875				27.861.560

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en %

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-4,5	-2,1	-1,7	0,5
b) Imagerie médicale	-7,0	-5,1	-3,6	-0,9
c) Consultations, visites et avis	4,6	5,4	5,8	5,3
d) Prestations spéciales	-4,2	-2,8	-2,8	-1,3
e) Chirurgie	-2,5	1,9	3,5	5,1
f) Gynécologie	-5,1	-3,6	-3,2	-2,4
g) Surveillance	0,9	4,4	5,0	5,7
h) Forfait accréditation médecins	-99,9	-23,8	-20,6	4,4
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-13,6	-62,5	-33,8	27,9
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-100,0
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	15,4	18,4	13,6	8,2
m) Fonds d'impulsion	395,6	808,2	631,3	405,6
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,5	-6,9	-6,4	1,1
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
Total médecins	-1,7	0,5	1,2	2,5
2. a) Honoraires dentaires	3,9	4,4	4,8	4,3
b) Forfait accréditation	93,3	30,8	7,4	6,5
Total dentistes	3,9	4,4	4,9	4,3
3. Prestations pharmaceutiques	-6,7	-4,2	-3,5	-2,6
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	3,6	4,9	6,5	6,2
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,4	3,4	6,7	6,7
6. Soins par kinésithérapeutes	2,2	3,5	4,3	4,4
7. Soins par bandagistes	4,4	1,7	2,5	3,2
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,0	5,5	5,2	5,7
10. Soins par opticiens	8,5	10,8	12,4	13,6
11. Soins par audiciens	13,2	10,6	12,5	5,5
12. Accouchements par accoucheuses	7,9	5,1	6,0	6,9
13. Prix de la journée d'entretien	3,8	2,9	2,7	2,7
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-0,8	1,8	2,8	4,3
Transport				
Total	3,6	2,9	2,7	2,8
14. Hôpital militaire - prix all-in	470,8	71,3	146,6	16,3
15. Dialyse				
a) Médecins	1,4	1,2	1,0	1,6
b) Forfait dialyse rénale	3,4	3,3	2,7	4,2
c) À domicile, dans un centre	6,1	2,3	1,8	3,0
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	3,3	2,2	1,8	2,9

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	4,0	5,9	6,1	6,7
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,0	6,5	6,5	6,5
c) Centres de soins de jour	15,6	16,2	16,5	17,8
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,8	2,6	2,3	2,5
e) Prime syndicale	8,0	63,6	63,6	75,5
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0	-27,1	-27,1	-60,3
g) Centres de jour palliatifs			-100,0	-100,0
Total	3,5	5,8	5,9	6,0
17. Fin de carrière	16,4	15,1	14,6	14,2
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,7	7,9	6,3	5,2
b) Initiatives d'habitation protégée	7,9	5,1	4,8	4,4
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,6	4,9	4,4	3,8
Total	7,2	7,0	5,8	4,9
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,2	4,7	5,6	6,4
20. Fond Spécial	-69,9	-66,8	-64,2	-66,1
21. Logopédie	7,0	5,9	6,0	5,7
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,3	4,8	7,1	6,2
24. Régularisations + Refacturation	-10,6	-10,9	-6,0	-4,7
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,1	1,1	0,2	0,9
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	0,1	1,1	0,2	0,9
26. Patients chroniques	7,7	7,9	4,9	5,7
27. Soins palliatifs	-1,9	-1,8	2,8	2,2
28. Soins palliatifs (patient)	7,0	9,2	7,7	7,4
29. Matériel corporel humain	16,6	15,6	5,6	5,0
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	1,8	1,8	7,5	6,7
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,1	17,3	9,2	17,7
b) COMA	-26,1	-19,8	-14,6	-3,3
c) Projets thérapeutiques	7,6	6,0	46,8	35,9
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-4,3	-1,1	9,2	14,3

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
32. Internés	181,0	-36,1	36,3	29,6
33. Sevrage tabac	-0,4	1,5	3,9	6,1
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,3	16,4	20,5	18,8
39. SM/SLA/Huntington	21,1	11,7	14,9	12,8
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social		42.533,8	3.354,4	227,2
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	77,7	162,3	174,8	360,0
Total général	0,5	1,9	2,3	2,8

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en %				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-2,7			
b) Imagerie médicale	1,6			
c) Consultations, visites et avis	3,1			
d) Prestations spéciales	0,5			
e) Chirurgie	2,8			
f) Gynécologie	-4,1			
g) Surveillance	-0,2			
h) Forfait accréditation médecins	-100,0			
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	9.689,5			
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	9,3			
m) Fonds d'impulsion	-42,2			
n) Soutien de la pratique médecine générale	756,4			
o) Tests ADN effectués à l'étranger	-100,0			
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale	43,3			
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
Total médecins	1,6			
2. a) Honoraires dentaires	2,4			
b) Forfait accréditation	-24,1			
Total dentistes	2,4			
3. Prestations pharmaceutiques	-2,4			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	8,6			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,2			
6. Soins par kinésithérapeutes	5,3			
7. Soins par bandagistes	2,4			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	-1,9			
10. Soins par opticiens	4,6			
11. Soins par audiciens	11,1			
12. Accouchements par accoucheuses	6,3			
13. Prix de la journée d'entretien	2,5			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-6,0			
Transport				
Total	2,2			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en % - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	-10,8			
15. Dialyse				
a) Médecins	-5,2			
b) Forfait dialyse rénale	-3,9			
c) À domicile, dans un centre	-7,4			
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	-5,3			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	11,1			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	13,4			
c) Centres de soins de jour	12,4			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	2,7			
e) Prime syndicale	-3,6			
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	11,2			
17. Fin de carrière	11,0			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	4,8			
b) Initiatives d'habitation protégée	-3,7			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	-6,9			
Total	1,9			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	-0,1			
20. Fond Spécial	73,5			
21. Logopédie	6,7			
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	2,0			
24. Régularisations + Refacturation	91,6			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	4,8			
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	4,8			
26. Patients chroniques	4,6			
27. Soins palliatifs	5,5			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2013 - 2014 en % - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
28. Soins palliatifs (patient)	6,9			
29. Matériel corporel humain	2,0			
30. Équipes multidisciplinaires voitures	13,2			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-0,8			
b) COMA	17,2			
c) Projets thérapeutiques	-3,5			
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	3,6			
32. Internés	-29,4			
33. Sevrage tabac	3,0			
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	-35,2			
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	27,2			
39. SM/SLA/Huntington	-9,2			
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social	53,0			
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	-87,2			
Total général	2,0			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014

Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)				
m) Fonds d'impulsion				
n) Soutien de la pratique médecine générale				
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
Total médecins	24,1			
2. a) Honoraires dentaires	25,5			
b) Forfait accréditation	0,1			
Total dentistes	25,0			
3. Prestations pharmaceutiques	23,6			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	24,1			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	43,9			
6. Soins par kinésithérapeutes	26,2			
7. Soins par bandagistes	22,3			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	22,3			
10. Soins par opticiens	21,7			
11. Soins par audiciens	25,6			
12. Accouchements par accoucheuses	25,3			
13. Prix de la journée d'entretien	23,9			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	26,3			
Transport	0,0			
Total	24,0			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014 - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	29,4			
15. Dialyse				
a) Médecins	22,3			
b) Forfait dialyse rénale	22,9			
c) À domicile, dans un centre	22,2			
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	22,5			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins				
b) Maisons de repos pour personnes âgées				
c) Centres de soins de jour				
d) Harmonisation salariale personnel MRS				
e) Prime syndicale				
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
Total	26,2			
17. Fin de carrière	34,7			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	25,0			
b) Initiatives d'habitation protégée	24,6			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	20,1			
Total	24,8			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,7			
20. Fond Spécial	3,5			
21. Logopédie	26,8			
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,9			
24. Régularisations + Refacturation	61,9			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	30,8			
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	30,8			
26. Patients chroniques	22,8			
27. Soins palliatifs	31,1			
28. Soins palliatifs (patient)	18,7			
29. Matériel corporel humain	24,7			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2014 dans l'objectif 2014 - suite				
Libellé	2014.1	2014.2	2014.3	2014.4
30. Équipes multidisciplinaires voitures	23,9			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	28,2			
b) COMA	25,0			
c) Projets thérapeutiques	2,2			
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	6,0			
32. Internés	20,0			
33. Sevrage tabac	19,7			
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	64,8			
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	24,0			
39. SM/SLA/Huntington	19,4			
40. Patients chroniques extra	0,0			
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0			
44. Maladies rares	6,9			
45. Accord social	7,4			
46. Personnel diplomatique	0,0			
47. Mesures d'économies task force	0,0			
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique	0,0			
49. Numéro d'appel d'urgence 1733	0,0			
50. Divers	1,2			
Total général	23,4			

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs

Libellé	Juin 2013 (1)	Septembre 2013 (2)	Décembre 2013 (3)	Mars 2014 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-0,76	-1,45	0,49	1,01
b) Imagerie médicale	-4,08	-4,20	-0,87	1,35
c) Consultations, visites et avis	4,34	4,34	5,34	4,93
d) Prestations spéciales	-0,50	-1,90	-1,31	-0,12
e) Chirurgie	1,53	3,05	5,06	6,46
f) Gynécologie	-2,57	-2,63	-2,43	-2,15
g) Surveillance	4,36	5,18	5,73	5,45
h) Forfait accréditation médecins	-25,72	-22,07	4,45	72,72
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-56,06	-33,52	27,90	55,04
k) Contrôle de qualité biologie clinique	-61,70	-61,70	-100,00	-100,00
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	2,39	14,00	8,19	6,40
m) Fonds d'impulsion	217,33	450,18	405,63	94,39
n) Soutien de la pratique médecine générale	6,51	12,13	1,13	21,78
o) Tests ADN effectués à l'étranger				-100,00
p) Financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale				202,23
q) Incitation à adhérer entièrement à l'accord pour les médecins spécialistes				
Total médecins	0,67	0,77	2,47	3,33
2. a) Honoraires dentaires	4,24	4,74	4,27	3,86
b) Forfait accréditation	5,89	7,48	6,54	6,38
Total dentistes	4,26	4,79	4,31	3,91
3. Prestations pharmaceutiques	-4,13	-3,99	-2,56	-1,43
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	4,70	6,25	6,23	7,44
5. Frais spécifiques services soins à domicile	4,57	6,71	6,65	6,55
6. Soins par kinésithérapeutes	4,22	4,28	4,42	5,24
7. Soins par bandagistes	3,20	4,39	5,16	5,77
8. Soins par orthopédistes	4,04	2,08	1,71	0,43
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	8,20	6,57	5,69	4,40
10. Soins par opticiens	6,62	9,45	13,63	12,35
11. Soins par audiciens	15,61	17,54	5,48	5,19
12. Accouchements par accoucheuses	3,64	4,99	6,87	6,47
13. Prix de la journée d'entretien	3,55	3,20	2,70	2,39
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	3,25	3,23	4,26	3,01
Transport				
Total	3,54	3,20	2,77	2,41

(1) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

(2) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)

(3) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)

(4) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Juin 2013 (1)	Septembre 2013 (2)	Décembre 2013 (3)	Mars 2014 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	32,56	148,19	16,30	-14,32
15. Dialyse				
a) Médecins	0,83	0,46	1,62	-0,02
b) Forfait dialyse rénale	1,82	1,64	4,15	2,30
c) À domicile, dans un centre	0,63	0,86	2,97	-0,46
d) Dialyse de nuit				
Total dialyse	1,13	0,99	2,88	0,68
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,04	5,46	6,65	8,44
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,88	6,29	6,48	8,62
c) Centres de soins de jour	14,08	14,40	17,82	16,87
d) Harmonisation salariale personnel MRS	3,86	3,41	2,45	2,97
e) Prime syndicale	-8,06	63,64	75,51	59,64
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-22,08	11,15	-60,33	12,57
g) Centres de jour palliatifs	58,12	-25,18	-100,00	-100,00
Total	5,13	5,65	5,96	7,95
17. Fin de carrière	14,02	14,19	14,23	12,30
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	1,85	4,49	5,19	4,71
b) Initiatives d'habitation protégée	4,76	3,71	4,43	1,43
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	1,83	2,56	3,79	-1,07
Total	2,71	4,21	4,93	3,59
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	4,57	4,22	6,38	5,05
20. Fond Spécial	-58,97	-59,88	-66,05	-52,03
21. Logopédie	5,12	5,53	5,66	5,58
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,23	6,46	6,20	5,28
24. Régularisations + Refacturation	-15,21	-8,56	-4,67	33,39
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	3,83	2,50	0,94	2,53
b) MAF fiscal				
Total maximum à facturer	3,83	2,50	0,94	2,53

(1) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)
(2) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)
(3) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)
(4) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Juin 2013 (1)	Septembre 2013 (2)	Décembre 2013 (3)	Mars 2014 (4)
26. Patients chroniques	6,12	-1,23	5,72	5,02
27. Soins palliatifs	1,29	3,96	2,24	4,59
28. Soins palliatifs (patient)	10,13	8,72	7,42	7,38
29. Matériel corporel humain	17,36	8,94	4,95	1,45
30. Equipes multidisciplinaires voitures	10,49	14,95	6,71	9,53
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	8,67	2,06	17,66	13,68
b) COMA	-15,73	-14,31	-3,29	7,98
c) Projets thérapeutiques	-23,97	27,64	35,91	31,59
Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne	-11,84	2,66	14,27	16,75
32. Internés	-45,33	9,59	29,56	-5,27
33. Sevrage tabac	0,00	3,63	6,05	6,99
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	0,00	0,00	-35,17
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,33	16,22	18,84	22,86
39. SM/SLA/Huntington	16,79	17,18	12,78	5,52
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social	100,29	231,92	227,23	191,16
46. Personnel diplomatique				
47. Mesures d'économies task force				
48. Projets alternatives à l'hospitalisation classique				
49. Numéro d'appel d'urgence 1733				
50. Divers	-27,36	-5,10	359,97	182,79
Total général	1,83	2,04	2,80	3,18

(1) Juin 2013 = (6 premiers mois 2013 + 6 derniers mois 2012) / (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011)

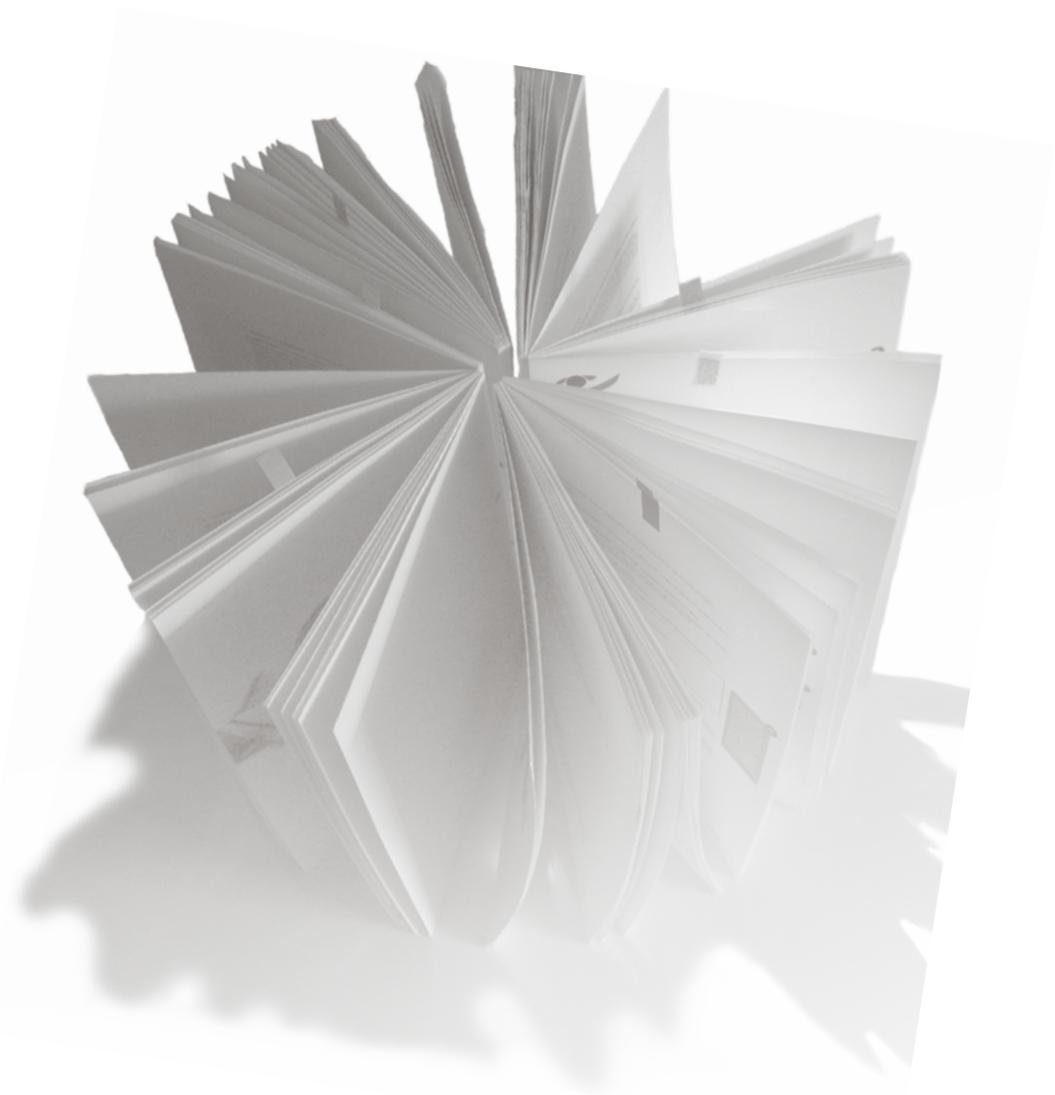
(2) Septembre 2013 = (9 premiers mois 2013 + 3 derniers mois 2012) / (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011)

(3) Décembre 2013 = (12 mois 2013) / (12 mois 2012)

(4) Mars 2014 = (3 premiers mois 2014 + 9 derniers mois 2013) / (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012)

8^e Partie

Prix des publications



Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 (en EUR)

1. Bulletin d'information INAMI

Revue: paraît 4 fois par an 32,00



Le bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Publications > aperçu de nos publications.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-Rom 5,00
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible 5,00

a. Loi coordonnée du 14 juillet 1994

Mises à jour 2014 25,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 52,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Mises à jour 2014 5,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 22,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 12,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 14,00

d. Prestations de santé (règlement)

Mises à jour 2014 6,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables .. 18,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 13,00
Texte de base¹ + mises à jour 2014 Feuilles interchangeables ... 58,00

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Mises à jour 2014	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeables ... 12,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeables . 168,00
Mises à jour 2014	52,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeables ... 87,00
Mises à jour 2014	28,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Programmes web.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi coordonnée du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 et arrêtés d'exécution
- règlement des indemnités du 16 avril 1997 et arrêtés d'exécution.

3. Nomenclature des prestations de santé

a. Texte de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeables .. 68,00
Mises à jour 2014	45,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2014	Feuilles interchangeables .. 49,00
Mises à jour 2014	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, accès à partir de la page d'accueil, rubrique Nomenclature.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille	0,12
Abonnement ²	Provision de 50,00
Index 1964-2012.....	CD-Rom 6,00

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI, disponible uniquement via le site internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure gratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant gratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant, selon disponibilité gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Edition juin 2014.....gratuit

f. Liste des offices de tarification agréés gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) 12,50



Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Publications > Aperçu des publications.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 73 87, e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : bib@inami.fgov.be

 Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la publication souhaitée.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Christel Heymans
Mme Linda Maesen
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
M. Youssef Elboutaibe
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

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

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726