

1<sup>re</sup> Partie

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



# 1<sup>er</sup> trimestre 2015

## I. Aspects institutionnels et administratifs

### 1. Comité général de gestion

Le 13 janvier 2015, le Comité général de gestion a modifié son règlement d'ordre intérieur afin de le mettre en conformité avec de récentes dispositions réglementaires.<sup>1</sup> Il s'agit d'adaptations concernant les thèmes suivants :

- responsabilisation des organismes assureurs sur le montant de leurs frais d'administration. Pour définir les domaines et indicateurs sur la base desquels les organismes assureurs peuvent être évalués, 2 représentants de chaque organisme assureur participent chaque fois aux réunions. Ils disposent d'une voix consultative
- le nouveau statut du personnel. Une adaptation de la terminologie s'imposait
- la réglementation relative aux marchés publics et les nouveaux seuils ont également été intégrés dans le règlement.

### 2. Laboratoires d'anatomopathologie

Un pourcentage du budget global destiné aux prestations d'anatomopathologie couvre les frais de contrôle de qualité externe de l'Institut scientifique de santé publique. Les pourcentages pour 2014 et 2015 ont été fixés par arrêté royal du 20 janvier 2015.<sup>2</sup>

## II. Soins de santé

### 1. Assurés

#### a. Chômeurs contrôlés

Les travailleurs salariés à temps partiel volontaires qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus seront assimilés à des chômeurs contrôlés avec effet rétroactif à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2013.<sup>3</sup> Ils pourront désormais maintenir leur droit aux prestations dans le secteur des soins de santé et des indemnités comme les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits.

1. A.R. du 10.12.2014 modifiant l'annexe de l'A.R. du 08.12.1999 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Comité général de gestion de l'INAMI, M.B. du 13.01.2015, p. 1193.  
2. A.R. du 20.01.2015 fixant les modalités du financement du contrôle de qualité externe des laboratoires d'anatomopathologie, M.B. du 27.02.2015, p. 14651.  
3. A.R. du 22.02.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 10.03.2015, p. 15800.

## b. Renonciation à la récupération de montants indus

Le règlement du 22 mai 2006 qui prévoit l'exécution de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social a été adapté afin de faire référence aux nouvelles dispositions relatives à l'intervention majorée en lieu et place des anciennes.<sup>4</sup>

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Centre de psychiatrie légale

À partir du 1<sup>er</sup> août 2014, les dispositions relatives à la création et au financement d'un centre de psychiatrie légale (CPL) entrent en vigueur.<sup>5</sup>

Le CPL de Gand est désigné comme institution bénéficiant de l'intervention de l'INAMI pour une capacité d'accueil de 264 patients par jour. L'intervention couvre tant l'encadrement des soins que les autres prestations médicales et elle est due par journée de séjour. Elle s'élève à 221,75 EUR par journée de prise en charge effective à partir du 1<sup>er</sup> août 2014 et à 218,01 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les conditions d'octroi de cette intervention sont les suivantes :

- une convention doit être conclue avec les Ministres de la Justice, de la Santé publique et des Affaires sociales
- le séjour s'inscrit dans une perspective de réintégration sociale
- le CPL fait partie d'un réseau de soins légaux
- il faut établir pour chaque patient un plan de traitement contenant le trajet de traitement ainsi que l'offre de traitement et précisant la durée du traitement
- les programmes de soins proposés doivent se fonder sur des programmes de soins "evidence-based", "best-practice" ou "experience-based", avec un ajustement permanent basé sur la recherche scientifique
- le CPL doit disposer d'une équipe de soins minimale
- le CPL doit disposer d'une équipe médicale minimale
- un médecin en chef est responsable de la qualité des soins
- pour le personnel soignant, le CPL applique la CCT des hôpitaux
- le CPL remplit toute une série de conditions d'agrément telles qu'elles sont également prévues pour les hôpitaux psychiatriques
- le CPL veille également à l'accès aux soins somatiques
- le CPL respecte la réglementation en matière de médicaments
- le CPL enregistre les données et tient une comptabilité analytique.

Un comité de suivi évalue le fonctionnement du CPL. Une évaluation a lieu tous les 6 mois au cours de la phase de lancement, ensuite annuellement.

### b. Médecins

Le 22 décembre 2014, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un nouvel accord pour 2015.<sup>6</sup>

4. A. M. du 17.02.2015 portant approbation du règlement du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI modifiant le règlement du 22.05.2006 portant exécution de l'art. 22, § 2, a), de la loi du 11.04.1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social, M.B. du 03.03.2015, p. 14971.

5. A.R. du 19.12.2014 en exécution de l'art. 56, § 3ter, de la loi SSI pour les centres de psychiatrie légale, M.B. du 29.01.2015 (éd. 3), p. 8028.

6. Accord national médico-mutualiste 2015 du 22.12.2014, M.B. du 27.01.2015, p. 7299.

L'objectif budgétaire partiel pour les honoraires des médecins est fixé pour 2015 à 7.770.864.000 EUR, majoré d'un montant de 148.803.000 EUR pour les honoraires de dialyse rénale. Les enveloppes de biologie clinique et d'imagerie médicale sont respectivement fixées à 1.279.239.000 EUR et à 1.218.580.000 EUR.

Dans les marges financières fixées, les mesures suivantes ont été prises en ce qui concerne les médecins généralistes :

- les honoraires sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014, sauf pour le DMG et le supplément d'honoraires pour les diabètes. Ces honoraires sont respectivement fixés à 30 EUR et 20 EUR à partir du 1<sup>er</sup> février 2015
- poursuite du développement des trajets de soins
- renforcement de la politique en matière de postes de garde de médecins généralistes.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, les mesures suivantes ont été prises :

- les honoraires sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014, à l'exception de ceux pour la réanimation, la dialyse et les mammographies diagnostiques qui diminuent
- en vue du contrôle des dépenses en imagerie médicale, un groupe de travail spécifique sera créé
- les honoraires des médecins non accrédités sont diminués de 1 % (sauf pour les consultations et les honoraires de surveillance)
- des économies supplémentaires sont prévues dans le domaine du traitement de la douleur chronique où les objectifs initialement fixés livrent les effets attendus
- évaluation de l'éventuel dépassement de l'impact estimé de la réforme de l'orthopédie
- les honoraires forfaitaires d'admission en imagerie médicale et biologie clinique sont diminués de 67 % en cas de réadmission du patient dans le même hôpital dans les 10 jours qui suivent
- diverses mesures positives discutées en Conseil technique médical seront mises en œuvre aussi rapidement que possible
- préparation de l'octroi d'une indemnité forfaitaire aux médecins spécialistes dans les hôpitaux non universitaires.

L'informatisation est stimulée par l'intégration d'une allocation de pratique et d'une prime de télématique pour les médecins généralistes, ainsi que par la mise sur pied d'une large campagne d'information et l'organisation de sessions de formation pratique.

Enfin, plusieurs initiatives seront prises pour encourager le conventionnement.

### c. Praticiens de l'art dentaire

#### ACCORD NATIONAL DENTO-MUTUALISTE

Le 23 décembre 2014, la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) a conclu un nouvel accord pour les années 2015-2016.<sup>7</sup>

7. Accord national dento-mutualiste du 23.12.2014, M.B. du 20.01.2015 (éd. 3), p. 2688.

## HONORAIRES

Les honoraires pour 2015 sont maintenus au niveau du 31 décembre 2014. Le montant des honoraires d'accréditation forfaitaires pour l'année 2015 s'élève à 2.759,66 EUR.

Dans le cadre des restrictions budgétaires, une négociation sera menée avant le 1<sup>er</sup> décembre 2015 sur l'indexation des honoraires afin que ceux-ci puissent entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. La base de calcul pour les honoraires d'accréditation 2016 est 2.834,75 EUR.

## NOMENCLATURE 2015

Les propositions suivantes seront exécutées en 2015 :

- relèvement de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal à 66 ans
- traitement d'urgence initial pour le traitement du canal radiculaire
- soins buccaux chez des personnes ayant des besoins spécifiques.

## TRAJET DE SOINS BUCCAUX

La CNDM élaborera dans le courant de l'année 2015 les modalités pour instaurer en 2016 un trajet de soins buccaux, de manière progressive ou non, soutenu par un dossier dentaire qui évoluera vers un dossier dentaire informatisé.

Dans le cadre de ce trajet de soins buccaux, il est prévu une différenciation du remboursement, d'une part via l'instauration d'un meilleur remboursement des prestations prioritaires chez les personnes qui suivent le trajet de soins buccaux et, d'autre part, via un remboursement diminué pour les prestations qui pourraient être évitées si le trajet était suivi.

## NOMENCLATURE 2016

Les propositions de nomenclatures suivantes seront exécutées ou poursuivies grâce aux moyens libérés dans le cadre de la différenciation des tickets modérateurs et des mesures anti-fraude :

- soins buccaux chez des personnes ayant des besoins spécifiques
- relèvement de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal à 67 ans
- traitement d'urgence initial pour le traitement du canal radiculaire
- revalorisation du financement des prestations "prestations sur prothèses amovibles".

La liste prioritaire des propositions de nomenclature à exécuter en fonction de la marge disponible est la suivante :

- sédation consciente N20
- poursuite du relèvement de l'âge limite pour les extractions et les sutures de plaies + 3 ans
- adaptation de la nomenclature du nettoyage sous-gingival et introduction du root planing (surfaçage)
- traitement orthodontique précoce - suppression de la limite d'âge 2<sup>e</sup> forfait
- restauration de dent de lait en cas d'agénésie de la dent définitive
- suppression de la limite d'âge supérieure pour l'examen buccal annuel
- revalorisation des soins conservateurs chez les plus de 18 ans (+ 20 %)
- dossier dentaire et prime de télématique.

## MESURES ANTI-FRAUDE

La CNDM donne priorité à la prévention de et à la lutte contre la fraude en matière de soins dentaires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Le but est de mettre fin à certains abus en prenant des mesures bien ciblées :

- la réintroduction d'un mécanisme de nomenclature doté de valeurs P en vue de limiter les déviations en dentisterie
- la suppression de la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations d'art dentaire chez des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnellement précaire. Cette clause est devenue superflue puisque d'autres dispositions offrent déjà une protection sociale suffisante
- l'application effective de la délivrance au patient d'une quittance ou d'une note d'honoraires par le praticien de l'art dentaire dans le cadre du régime du tiers payant
- la lecture obligatoire de la carte ID dans le cadre de la facturation électronique via MyCarenet.

## MESURES DE CORRECTION

L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires applicables en la matière. L'objectif budgétaire partiel pour 2015 s'élève à 875.434.000 EUR.

Dans le cadre de l'audit permanent concernant le secteur de l'art dentaire, une évaluation sera faite de l'évolution des dépenses par les "déviant" par rapport à l'évolution des dépenses par tous les autres praticiens de l'art dentaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé.

## ÉLECTIONS DES REPRÉSENTANTS DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE

De nouvelles élections pour les praticiens de l'art dentaire seront organisées en 2015.<sup>8</sup> Les principales modifications dans la procédure par rapport à 2013 sont les suivantes :

- ces élections seront les premières où le dispensateur votera uniquement en ligne. Le vote sur support papier est donc abrogé
- la période de référence pour l'application des conditions de représentativité est l'année calendaire qui précède les élections et non plus les 2 années qui précèdent l'année des élections (2014 est donc l'année de référence)
- le dispensateur de soins qui est affilié auprès de diverses organisations et qui se porte candidat, sera compté pour chaque organisation. L'affiliation double ou multiple auprès d'une même organisation ou d'un groupe d'organisations est cependant inacceptable
- les contrôles des conditions de représentativité concernant les membres des organisations se font sur échantillon

8. A.R. du 25.02.2015 déterminant les conditions auxquelles les organisations professionnelles de praticiens de l'art dentaire doivent répondre pour être considérées comme représentatives ainsi que les modalités de l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire au sein de certains organes de gestion de l'INAMI, M.B. du 27.02.2015, p. 14652; A.R. du 25.02.2015 fixant la date à laquelle la liste des électeurs pour l'élection des représentants des praticiens de l'art dentaire en 2015 est établie par l'INAMI, M.B. du 27.02.2015, p. 14656 et A.M. du 26.02.2015 fixant l'organisation pratique des élections des représentants des praticiens de l'art dentaire telles qu'elles sont prévues à l'art. 211, § 2, et 212 de la loi SSI, M.B. du 27.02.2015, p. 14657.

- étant donné que les votes sur papier qui nécessitaient beaucoup de temps ne doivent plus être scannés, la période du scrutin a pu être prolongée de 20 jours
- comme lors des scrutins précédents, l'électeur pourra suivre l'évolution de son vote électronique
- comme lors des scrutins précédents, le vote numérisé est conservé dans une banque de données sécurisée dont seul un huissier de justice possède la clé d'accès.

Ces adaptations doivent simplifier les procédures et en diminuer la charge administrative dans les organisations professionnelles et les services concernés de l'INAMI.

#### d. Pharmaciens

Le montant du statut social des pharmaciens est indexé et est de ce fait fixé pour 2013 à 2.789,95 EUR.<sup>9</sup> Ce montant est réduit à :

- 2.092,46 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 28 heures sur base annuelle mais est inférieure à 38 heures sur base annuelle
- 1.394,98 EUR si la durée hebdomadaire moyenne de cette activité atteint 19 heures sur base annuelle mais est inférieure à 28 heures sur base annuelle.

#### e. Kinésithérapeutes

Le montant des avantages sociaux pour les kinésithérapeutes qui remplissent les conditions a été fixé à 1.506,07 EUR pour l'année 2013.<sup>10</sup>

### 3. Prestations

#### a. Praticiens de l'art dentaire

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2015, un nouveau régime de ticket modérateur est applicable pour les suppléments d'urgence en cas de prestations techniques urgentes en art dentaire<sup>11</sup>:

- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence est inexistante pour les moins de 18 ans
- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence est de 1 EUR pour les assurés bénéficiant de l'intervention majorée
- la quote-part personnelle des 5 suppléments d'urgence passe de 2,5 EUR à 13 EUR pour les assurés sans intervention majorée.

9. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'A.R. du 18.03.1971 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains pharmaciens, M.B. du 18.03.2015, p. 17313.

10. A.R. du 10.03.2015 modifiant l'A.R. du 23.01.2004, instituant un régime d'avantages sociaux pour certains kinésithérapeutes, M.B. du 18.03.2015, p. 17314.

11. A.R. du 02.10.2014 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 12.01.2015, p. 1019 et A.R. du 02.10.2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'art. 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 12.01.2015, p. 1020.

## b. Bandagistes

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2015, de nouveaux modèles sont appliqués en ce qui concerne la délivrance de dispositifs d'aide à la mobilité.<sup>12</sup>

Il s'agit :

- de l'attestation de délivrance
- du rapport de motivation
- de la demande d'intervention de l'assurance.

Les documents établis avant le 1<sup>er</sup> mai 2015 demeurent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande. Les anciens formulaires demeurent valables jusqu'au 31 août 2015.

## c. Orthopédistes

### PROTHÈSES MYOÉLECTRIQUES

Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, la nomenclature des prothèses myoélectriques a été réformée.<sup>13</sup> Quelques corrections sont apportées rétroactivement aux prothèses myoélectriques<sup>14</sup>:

- ajout aux catégories et renforcement des liners pour lesquels il y a remboursement
- confirmation d'une règle de non-cumul pour les dispositifs d'enfillement en ce qui concerne le prefab liner
- le délai de renouvellement à partir de 18 ans ne vaut pas uniquement pour la prothèse de base mais aussi pour le fût
- la liste des centres qui peuvent prescrire a été étendue à tous les centres qui ont une convention de type 7.71 avec l'INAMI, quel que soit le groupe cible
- la motivation "renouvellement de fût" est adaptée pour préciser clairement qu'il s'agit d'un renouvellement anticipé
- la motivation "liner sur-mesure" est adaptée pour préciser clairement qu'il s'agit de la première fourniture (en cas de renouvellement d'un liner sur-mesure aucune motivation n'est plus nécessaire).

Le formulaire de demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique ou d'un fût est également modifié au 1<sup>er</sup> avril 2015.

### SEMELLES/CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

Une règle interprétative précise que les prestations pour semelles et chaussures orthopédiques ne sont pas cumulables entre elles.<sup>15</sup> Une exception est prévue pour les patients qui font usage de semelles orthopédiques et qui ont besoin de chaussures orthopédiques, tant qu'il s'agit d'une 1<sup>re</sup> prestation de chaussures orthopédiques.

12. Règlement du 16.03.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 30.03.2015, p. 19612.

13. B.I. 2014/3-4, p. 380.

14. A.R. du 17.07.2015 modifiant l'art. 29 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 30.07.2015 (éd. 2), p. 48651 et Règlement du 12.01.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 28.01.2015 (éd. 2), p. 7529.

15. Règles interprétatives relatives aux prestations de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 30.03.2015, p. 19734.



## d. Implants et dispositifs invasifs remboursables

### LISTE DES PRESTATIONS D'IMPLANTS ET DE DISPOSITIFS MÉDICAUX INVASIFS REMBOURSABLES

Les adaptations suivantes ont été apportées à la liste :

- ajouts des centres B1/B2 pour les dilatations coronaires<sup>16</sup>
- modification des indications pour implant cochléaire en cas de perte d'audition asymétrique, prothèses de la hanche (cupules de reconstruction) et anti-adhésifs<sup>17</sup>
- réalisation de mesures d'assainissement à concurrence de 25 millions d'EUR dans les domaines de la neurochirurgie, de la chirurgie du thorax et de la cardiologie, de la chirurgie vasculaire, de la gynécologie, de l'orthopédie et de la traumatologie<sup>18</sup>.

### FORMULAIRES CONCERNANT LES PROCÉDURES DE DEMANDE

Suite à l'intégration de la stimulation cérébrale profonde DBS en cas d'épilepsie réfractaire dans la nomenclature, les formulaires de demande ont également été adaptés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Il s'agit, d'une part, de l'ajout de nouveaux formulaires concernant la nouvelle prestation, et, d'autre part, de l'adaptation de formulaires existants.<sup>19</sup>

Les formulaires concernant les nouvelles prestations "neurostimulation du nerf vague" et "neurostimulation en cas d'ischémie" sont ajoutés.<sup>20</sup> Ils sont valables à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2014.

### RÈGLES INTERPRÉTATIVES

La structure des règles interprétatives pour les implants est adaptée à partir du 2 mars 2015.<sup>21</sup>

À partir du 1<sup>er</sup> juillet 2014, 2 nouvelles règles interprétatives sont applicables<sup>22</sup> :

- précision de la notion de "peer-reviewed journal"
- précision de la condition de remboursement du remplacement du processeur vocal des implants cochléaires.

Une règle interprétative est modifiée pour rectifier une erreur de numéro de prestation.

16. A.M. du 19.03.2015 modifiant la liste jointe comme annexe 1 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 26.03.2015, p. 19047.

17. A.M. du 19.03.2015 modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 27.03.2015, p. 19363.

18. A.M. du 20.03.2015 modifiant la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'A.R. du 25.06.2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, M.B. du 31.03.2015, p. 19835.

19. Règlement du 08.12.2014 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 05.02.2015 (éd. 2), p. 10611.

20. Règlement du 17.11.2014 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 05.02.2015 (éd. 2), p. 10573.

21. Règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé, M.B. 20.02.2015 (éd. 2), p. 13947.

22. Règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé, M.B. 20.02.2015 (éd. 2), p. 13947.

## e. Spécialités pharmaceutiques

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, la tarification à l'unité pour la délivrance de médicaments aux résidents de maisons de repos<sup>23</sup> change. La commission de conventions pharmaciens-mutualités a convenu d'y apporter les modifications suivantes<sup>24</sup>:

- insérer la notion du “schéma de tarification” que le pharmacien doit établir dans le cadre de la nouvelle tarification au lieu du “schéma d'administration”
- définition de la “délivrance occasionnelle” : délivrance d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables, réalisée par un pharmacien pour un bénéficiaire, résidant en maison de repos et de soins ou maison de repos pour personnes âgées qui n'est pas approvisionnée de façon régulière par ce pharmacien, et lorsque ce bénéficiaire ou son mandataire vient chercher à l'officine la (les) spécialité(s) pharmaceutique(s) prescrite(s)
- insertion d'une éventuelle “dérogation à la tarification par unité”. Une dérogation est autorisée dans certains cas. L'usage de cette possibilité sera contrôlé
- le montant des tickets modérateurs par unité est plafonné au niveau du prix à l'unité
- les honoraires payés par semaine calendrier pour la délivrance de spécialités pharmaceutiques remboursables à des bénéficiaires résidant en maisons de repos. Le montant s'élève à 3 EUR alors qu'initialement il avait été fixé à 2,65 EUR. Un facteur de correction est prévu pour les patients qui n'utilisent pas la moindre tablette de même qu'un facteur de correction pour les interruptions de traitement par tablette.

## III. Indemnités

### 1. Allocation de garantie de revenus pour le travailleur à temps partiel volontaire

Étant donné que l'allocation de garantie de revenus pour un travailleur à temps partiel volontaire est calculée de la même manière que l'allocation de garantie de revenus pour un travailleur à temps partiel avec maintien des droits, le calcul de l'allocation pour un travailleur à temps partiel volontaire qui a droit à une allocation de garantie de revenus peut se faire de manière similaire.<sup>25</sup>

L'élément “emploi” et l'élément “chômage” doivent être totalisés afin de déterminer la rémunération perdue totale.

23 Voir B.I. 2014/3-4, p. 384 et les 5 A.R. du 19.04.2014, publié dans le M.B. du 12.05.2014, p. 38287.

A.R. du 18.03.2014 modifiant la date d'entrée en vigueur de divers A.R. relatif aux spécialités pharmaceutiques, M.B. du 31.03.2015, p. 19829.

24 A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 31.03.2015, p. 19832, A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 15.06.2001 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les offices de tarification doivent transmettre aux O.A., M.B. du 31.03.2015, p. 19834, A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.03.2015, p. 19835 et A.R. du 27.03.2015 modifiant l'A.R. du 22.01.2004 déterminant les données relatives aux fournitures à tarifier que les O.A. doivent transmettre à l'INAMI, M.B. du 31.03.2015, p. 19831.

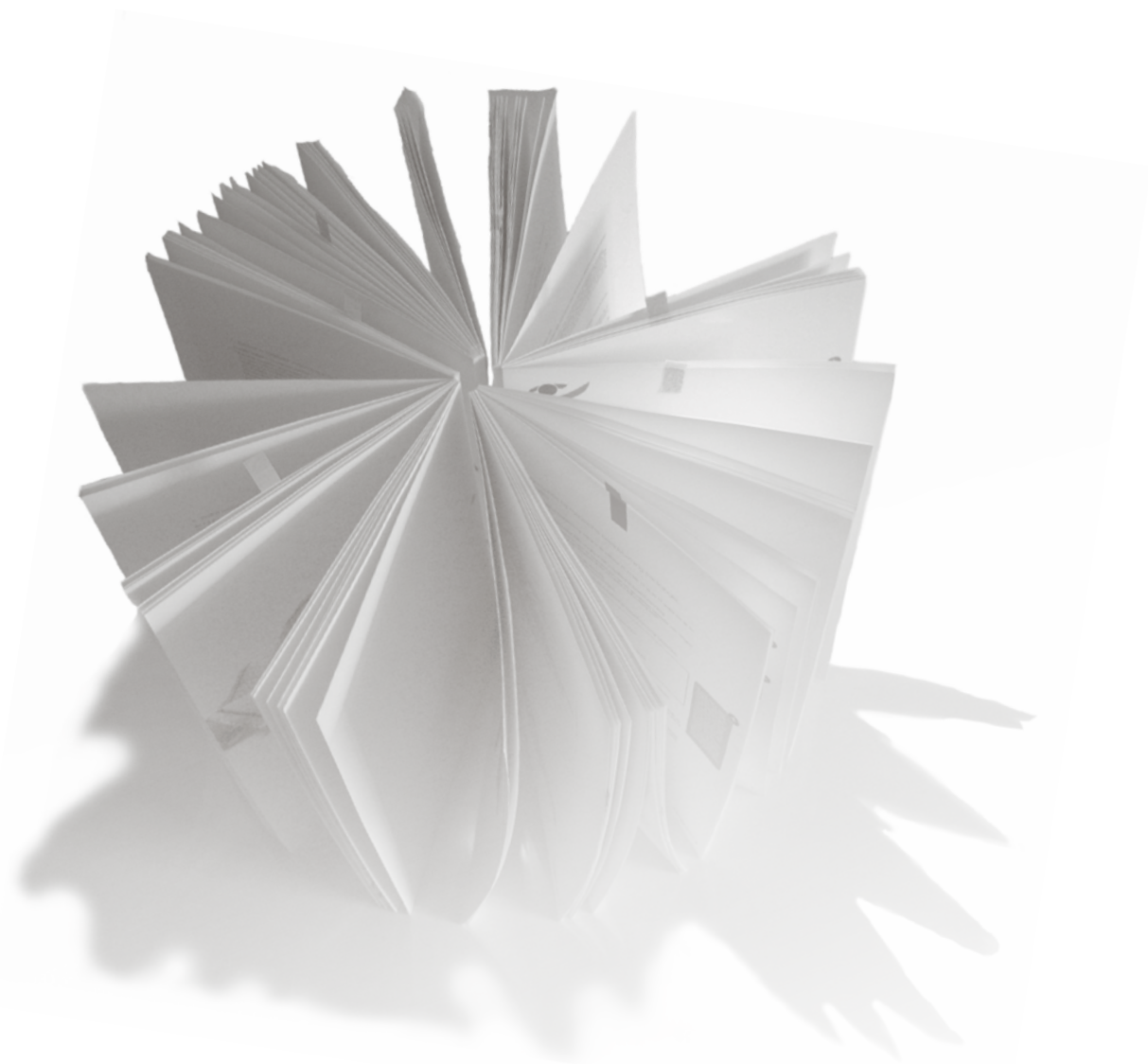
25 Règlement du 30.04.2014 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 30.03.2015, p. 19611.

En principe, la mesure de garantie est appliquée à partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail. Cela implique que si la rémunération perdue calculée sur la base des éléments "emploi" et "chômage" est inférieure à la rémunération perdue à laquelle le titulaire peut prétendre, l'allocation est calculée sur cette dernière rémunération perdue.



# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Cour constitutionnelle, 19 février 2015

## Lois coordonnées du 14 juillet 1994 - Articles 100 et 101

*Les articles 100 et 101 des lois coordonnées du 14 juillet 1994 créeraient une discrimination entre les travailleurs qui reprennent le travail à temps partiel et ceux qui reprennent le travail à temps plein, en ce qui concerne la récupération des indemnités d'incapacité de travail indûment perçues. En effet, tandis qu'en cas de reprise partielle du travail, cette récupération serait limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, une telle limitation serait inexistante en cas de reprise complète du travail.*

*Il appartient en règle au juge a quo d'interpréter les dispositions qu'il applique, sous réserve d'une lecture manifestement erronée des dispositions en cause.*

*En visant le titulaire reconnu incapable de travailler et qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable du médecin conseil, l'article 101 des lois coordonnées n'opère aucune distinction selon que le travailleur a repris le travail à temps plein ou à temps partiel.*

*Dès lors que la question préjudicielle repose sur une lecture manifestement erronée des dispositions en cause, elle n'appelle pas de réponse.*

Arrêt n° 21/2015

...

### I. OBJET DE LA QUESTION PRÉJUDICIELLE ET PROCÉDURE

Par jugement du 16 janvier 2014 en cause de l'O.A. contre L.L., dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 23 janvier 2014, le Tribunal du travail d'Audenarde a posé la question préjudicielle suivante :

*"Les articles 100 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, violent-ils les articles 10 et 11 de la Constitution dans la mesure où, après l'expiration du délai ouvert pour déposer une (nouvelle) déclaration d'incapacité de travail, la récupération des indemnités d'incapacité de travail, en cas de reprise partielle du travail, est limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, tandis qu'une telle limitation n'existe pas en cas de reprise complète du travail ?".*

Le Conseil des ministres, assisté et représenté par M<sup>e</sup> B. Fonteyn et M<sup>e</sup> P. Slegers, avocats au barreau de Bruxelles, a introduit un mémoire.

Par ordonnance du 16 décembre 2014, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs T. Merckx-Van Goey et F. Daoût, a décidé que l'affaire était en état, qu'aucune audience ne serait tenue, à moins qu'une partie n'ait demandé, dans le délai de sept jours suivant la réception de la notification de cette ordonnance, à être entendue, et qu'en l'absence d'une telle demande, les débats seraient clos le 14 janvier 2015 et l'affaire mise en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, l'affaire a été mise en délibéré le 14 janvier 2015.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

...

**B.1.** La Cour est interrogée au sujet des articles 100 et 101 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI), qui, dans leur version applicable au litige soumis au juge *a quo*, disposent :

*“Article 100. § 1<sup>er</sup>. Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles 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.*

[...]

*Lorsque le travailleur est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou dans un hôpital militaire, il est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis.*

*Le Roi peut, sur proposition du Comité de gestion du Service des indemnités, étendre les conditions dans lesquelles un travailleur est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis.*

*Le Roi peut, sur proposition du Comité de gestion du Service des indemnités et par dérogation aux dispositions précédentes, établir des conditions particulières et des critères d'évaluation spécifiques pour les catégories de travailleurs qu'il détermine.*

*§ 2. Est reconnu comme étant incapable de travailler le travailleur qui, dans les conditions fixées par le règlement visé à l'article 80, 5°, reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.*

[...].”

*“Article 101, § 1<sup>er</sup>. Le titulaire reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen. Le Roi détermine le délai dans lequel cet examen doit être effectué, à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci.*

*En cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire dans le délai déterminé par le Roi.*

*§ 2. Le titulaire visé au paragraphe 1<sup>er</sup> est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé.*

*Le Comité de gestion du Service des indemnités peut toutefois renoncer, en tout ou en partie, à la récupération des indemnités visées à l'alinéa 1<sup>er</sup> dans les cas dignes d'intérêt, dépourvus d'intention frauduleuse.*

*Cette décision tient compte de la proportionnalité à observer entre l'importance de la récupération, d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations, d'autre part.*

*À cet égard, le Comité prend notamment en considération les éléments suivants :*

- 1° la situation du titulaire sur le plan social et financier, ainsi que tout autre élément personnel pertinent*
- 2° l'assujettissement ou non des activités non autorisées à la sécurité sociale*
- 3° le volume desdites activités ainsi que l'importance des revenus s'y rapportant.*

*§ 3. Les jours ou la période pour lesquels les indemnités sont récupérées, sont assimilés à des jours indemnisés pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire, ainsi que des personnes à charge de celui-ci”.*

**B.2.** Le juge *a quo* demande à la Cour si les articles 100 et 101 de la loi AMI sont compatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination en ce que "la récupération des indemnités d'incapacité de travail, en cas de reprise partielle du travail, est limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, tandis qu'une telle limitation n'existe pas en cas de reprise complète du travail".

**B.3.** Le litige soumis au juge *a quo* porte sur le remboursement, par application de l'article 101 de la loi AMI, d'indemnités d'incapacité de travail indûment payées.

Il concerne un travailleur qui était occupé à mi-temps mais qui avait été déclaré en incapacité de travail totale. Au cours de son incapacité de travail, il a perçu des indemnités d'incapacité de travail puis a repris le travail, à temps plein, sans l'autorisation du médecin-conseil.

**B.4.** L'article 100 de la loi AMI trouve son origine dans la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Il ressort des travaux préparatoires de cette loi que le législateur a entendu indemniser l'incapacité de travail parce qu'elle réduit la capacité de gain du travailleur. Par ailleurs, il fut souligné, à propos de la faculté de reprise d'une activité professionnelle :

"Lorsque le travailleur est autorisé à se procurer un revenu professionnel en cours d'indemnisation, il est équitable de ne plus remplacer, dans l'entière mesure déterminée par les articles 46, 50 et 53, la rémunération qu'il gagnait avant son incapacité de travail puisque cette rémunération est alors partiellement remplacée par le revenu professionnel envisagé" (Doc. parl., Ch., 1962-1963, n° 527/1, p. 23).

Le législateur s'est également soucie de protéger la santé du travailleur et d'éviter qu'il prenne le risque d'aggraver son état de santé, ce qui justifie que la reprise du travail soit subordonnée à l'obtention de l'accord préalable du médecin-conseil.

**B.5.1.** L'indemnité visée par l'article 100 de la loi AMI est destinée à compenser la perte de capacité économique du travailleur en incapacité de travail.

À cet effet, l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI fixe trois conditions afin de bénéficier de pareille indemnité. Il convient que le travailleur ait cessé toute activité, que cette cessation soit la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions et de troubles fonctionnels et que ces derniers entraînent une réduction de capacité de gain d'au moins deux tiers.

La réduction de la capacité de gain ne peut s'assimiler à la perte concrète de salaire que subit l'intéressé à la suite de la cessation de son activité. En effet, cette réduction doit être établie en examinant la situation de l'intéressé au regard d'un métier de référence, compte tenu notamment de sa "condition" et de sa "formation" ainsi que de sa profession ou des différentes professions qu'il aurait pu exercer en fonction de sa formation professionnelle.

**B.5.2.** L'article 100, § 2, de la loi AMI tempère l'interdiction, déduite du paragraphe 1<sup>er</sup> de cet article, de cumuler une activité professionnelle et une indemnité pour incapacité de travail. En effet, le travailleur peut reprendre une activité professionnelle, après y avoir complètement mis un terme, tout en conservant le bénéfice de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour autant que le médecin-conseil y ait donné son accord préalable et que le travailleur demeure affecté d'une incapacité de travail d'au moins 50 % sur le plan médical.

**B.6.** L'article 101, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI prévoit que celui qui, après avoir été déclaré en incapacité de travail, reprend le travail sans l'autorisation visée à l'article 100, § 2, ou sans respecter les conditions de cette autorisation est soumis à un examen médical qui vise à vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont remplies à la date de l'examen.



En vertu de l'article 101, § 2, de la loi AMI, le titulaire doit rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues "pour les jours ou la période au cours desquels il a accompli le travail non autorisé".

**B.7.** Selon le juge *a quo*, les dispositions en cause créeraient une discrimination entre les travailleurs qui reprennent le travail à temps partiel et ceux qui reprennent le travail à temps plein, en ce qui concerne la récupération des indemnités d'incapacité de travail indûment perçues. En effet, tandis qu'en cas de reprise partielle du travail, cette récupération serait limitée aux jours ou à la période de travail non autorisé, une telle limitation serait inexistante en cas de reprise complète du travail.

**B.8.** Il appartient en règle au juge *a quo* d'interpréter les dispositions qu'il applique, sous réserve d'une lecture manifestement erronée des dispositions en cause.

**B.9.** Comme le relève le Conseil des ministres dans son mémoire, en visant le titulaire reconnu incapable de travailler et qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable du médecin conseil, l'article 101 n'opère aucune distinction selon que le travailleur a repris le travail à temps plein ou à temps partiel.

**B.10.** Dès lors que la question préjudicielle repose sur une lecture manifestement erronée des dispositions en cause, elle n'appelle pas de réponse.

**PAR CES MOTIFS,**

**La Cour,**

dit pour droit :

La question préjudicielle n'appelle pas de réponse.

...

## II. Cour de cassation, 18 mai 2015

*“La Cour de cassation a cassé l’arrêt de la Cour du travail, dans lequel la Cour du travail avait décidé que l’appréciation de la capacité de gain restante d’un assuré-travailleur à temps plein en vertu de l’article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 doit s’établir par rapport à des activités à temps plein, et qu’un travailleur à temps plein reste en incapacité de travail quand il ne peut travailler que quelques heures par jour, même éventuellement d’affilée.*

*La Cour de cassation a estimé que l’interprétation par la Cour du travail viole la disposition de l’article 100, § 1<sup>er</sup> car le volume de travail n’est pas en soi un critère légal de l’article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée (il peut seulement en constituer un élément d’appréciation). La capacité de gain d’une personne qui ne peut travailler que quelques heures par jour d’affilée n’est pas nécessairement réduite à un tiers ou à moins d’un tiers du travailleur de référence.*

*Peu importe si l’assuré a toujours travailler à temps plein avant son incapacité, pour apprécier la capacité restante de celle-ci, il faut aussi tenir compte des activités professionnelles que le travailleur pourrait exercer à temps partiel et pas uniquement des activités à temps plein.*

*La considération que dans le régime de l’assurance indemnités, les travailleurs dont le reclassement n’est possible qu’à mi-temps maintiennent leurs droits en assurance indemnités, dès lors que l’article 100, § 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit le maintien du bénéfice de l’assurance en faveur de celui qui reprend une activité à temps partiel avec autorisation du médecin-conseil de sa mutualité, constitue une violation de l’article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée. L’article 100, § 2 n’a en effet pas pour objet de déterminer comment doit être appréciée l’incapacité visée au paragraphe 1<sup>er</sup>. L’article 100, § 2 s’applique uniquement dans le cas où le travailleur est reconnu incapable de travailler en vertu de l’article 100, § 1<sup>er</sup> et qu’il reprend ultérieurement un travail autorisé à la condition qu’il conserve une réduction de sa capacité d’au moins 50 %.”*

Arrêt n° S.13.0012.F  
INAMI c./M.M.

...

## III. La décision de la Cour

### Quant à la seconde branche

En vertu de l’article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, 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’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.

Cette disposition commande de comparer la capacité qu’a encore le travailleur de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée avec celle d’une personne de même condition et de même formation dans les professions de référence.

Elle n'autorise pas à négliger, pour apprécier la capacité de gain restante du travailleur, celle qu'il a de gagner sa vie dans une activité professionnelle salariée à temps partiel.

L'article 100, § 2, dispose qu'est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Cette disposition déroge à la condition de capacité de gain fixée par le paragraphe 1<sup>er</sup> au profit du travailleur devenu incapable de travailler comme prévu audit paragraphe 1<sup>er</sup> qui reprend ultérieurement un travail conformément au paragraphe 2.

L'arrêt constate que la défenderesse travaillait à temps plein, qu'elle a été reconnue incapable de travailler sur la base de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée et que, depuis la date litigieuse, elle est selon l'expert judiciaire capable d'exercer une activité professionnelle à mi-temps seulement.

Il considère que, pour l'application de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, "on ne doit pas tenir compte des activités que [le travailleur] ne pourrait exercer qu'à temps partiel" et que "le fait de maintenir dans le régime de l'assurance indemnités les travailleurs dont le reclassement n'est possible qu'à mi-temps est conforme à l'économie générale de la loi" dès lors que "son article 100, § 2, [prévoit] le maintien du bénéficiaire de l'assurance en faveur de celui qui, tout en conservant une réduction de [...] capacité d'au moins 50 %, reprend une activité à temps partiel avec l'autorisation du médecin conseil de son organisme assureur".

En décidant pour ces motifs que, "faute de capacité de travail à temps plein", la défenderesse est depuis la date litigieuse incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, précité, l'arrêt viole cette disposition.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

Sur les autres griefs :

Il n'y a pas lieu d'examiner la première branche du moyen, qui ne saurait entraîner une cassation plus étendue.

**PAR CES MOTIFS,**

**La Cour,**

Casse l'arrêt attaqué, sauf en tant qu'il dit l'appel recevable ;

...

### III. Cour du travail de Liège, division Namur, 17 février 2015

#### Loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs

*Les obligations formelles ou procédurales, telle que celle de motivation, imposées aux institutions chargées de l'octroi des prestations sont dépourvues de sanction effective puisque le constat de leur violation reste sans conséquence pour l'assuré social concerné. En effet les litiges en matière de sécurité sociale, hormis ceux portant sur des sanctions administratives ou qui s'ouvrent pas des décisions de nature discrétionnaire, ont pour objet un droit subjectif, c'est-à-dire le droit à la prestation sociale en cause pour une période donnée.*

R.G. 2014/AN/13

P.C. c./INAMI

...

#### 1. Les antécédents de la procédure

1. La décision qui ouvre le litige a été prise le 23 décembre 2009 par la Commission régionale du Conseil médical de l'invalidité de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, ci-après l'INAMI. Elle a notifié à Madame C., qu'elle considérait cette dernière comme n'étant plus incapable de travailler au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 à partir du 4 janvier 2010.

2. Par une requête du 22 mars 2010, Madame C. a contesté cette décision et demandé qu'il soit dit pour droit qu'elle était toujours en incapacité de travail au sens de l'article 20 précité, depuis le 4 janvier 2010. Elle demandait également les intérêts sur les sommes lui revenant à titre d'indemnités, le bénéfice de l'exécution provisoire et les dépens.

3. Par un jugement du 13 juillet 2011, le Tribunal du travail de Namur a dit la demande recevable. Il a désigné un expert judiciaire et réservé à statuer pour le surplus.

Par le jugement attaqué du 20 décembre 2013, le tribunal, entérinant les conclusions de l'expert, a dit la demande non fondée. Il a condamné l'INAMI aux frais de l'expertise et à une indemnité de procédure liquidée à 120,25 EUR.

4. Par son appel, Madame C. sollicite la réformation du jugement et qu'il soit fait droit à sa demande originaire. Elle évalue à 1 EUR provisionnel les indemnités qu'elle postule. Elle demande toujours les intérêts, l'exécution provisoire et les dépens.

5. L'INAMI demande la confirmation pure et simple du jugement et qu'il soit statué comme de droit quant aux dépens.

## 2. Discussion

### a. Le rapport de l'expert

6. Les conclusions du rapport de l'expert sont les suivantes :

Les lésions et troubles fonctionnels dont Madame C. est atteinte entraînent un taux d'incapacité de travail estimé globalement à 50 %.

À la date du 4 janvier 2010 et encore actuellement, Madame C. n'est pas incapable, en raison de lésions et de troubles fonctionnels, d'exercer une quelconque activité professionnelle dont elle pourrait être équitablement chargée, eu égard à sa condition, son état de santé et sa formation professionnelle.

### b. La position de Madame C.

7. Madame C. rappelle l'évolution de sa situation médicale, récemment aggravée, ainsi que ses conséquences, notamment sur l'activité de son époux.

Elle fait valoir en premier lieu que la décision attaquée ne satisferait pas aux obligations de motivation formelle découlant de la loi du 29 juillet 1991 et de la "charte" de l'assuré social. Cette décision doit donc être annulée. Le jugement qui n'aurait pas examiné ce moyen doit également être réformé pour absence de motivation suffisante.

Madame C. indique ne pouvoir souscrire au rapport de l'expert en ce qui concerne l'appréciation de sa capacité de travail. Elle conteste l'impartialité de l'expert dans la mesure où, à son arrivée à la première séance d'expertise, il était déjà en conversation avec le médecin-conseil de l'INAMI. Il en est résulté un défaut de contradiction et une apparence de partialité.

Madame C. souligne également que l'expert avait réalisé une première évaluation, à 82 %, de son incapacité de travail, avant même d'investiguer ses pathologies neuro-psychiatriques. Dès lors que ces dernières, selon son médecin-conseil justifient à elles seules une incapacité de 50 %, il faut en déduire une incapacité de 100 % comme requis par la réglementation.

Par ailleurs, l'évaluation de l'expert ne tiendrait pas suffisamment compte de son parcours et de sa formation puisqu'elle est très faiblement qualifiée et n'a jamais travaillé que dans un restaurant ou à la fabrication de galettes. Elle souligne encore avoir subi une nouvelle intervention en décembre 2013, justifiée par des lésions abdominales.

Madame C. demande en conséquences un complément d'expertise ou la désignation d'un nouvel expert.

### c. La position de l'INAMI

8. L'INAMI conteste l'ensemble des moyens invoqués par Madame C.

Il fait valoir en premier lieu que sa décision contestée est suffisamment motivée. Madame C. n'ignorait d'ailleurs rien des motifs qui fondent cette décision, même s'ils étaient exprimés en termes synthétiques.

Il conteste de même la partialité de l'expert alléguée par Madame C. Il rappelle que l'expert a prêté serment. Il indique que la seule présence du médecin de l'INAMI dans son cabinet au moment où Madame C. y est entrée est insuffisante pour en tirer de telles conclusions.

L'INAMI souligne que le rôle de l'expert est de donner un avis lorsqu'existe une contestation médicale. Le seul fait que l'expert ne se soit pas rangé au point de vue de Madame C. et de son médecin ne permet pas de remettre son rapport en cause.

Enfin, le dernier rapport médical déposé par Madame C. ne peut remettre en cause une décision qui concerne une situation antérieure de plus de quatre ans.

#### d. L'avis du ministère public

9. Madame le substitut général estime l'appel recevable mais non fondé.

Elle considère qu'il n'existe pas de motif suffisant pour remettre en cause l'avis émis par l'expert. La procédure d'expertise s'est déroulée normalement, l'expert a fait appel à un spécialiste et il a énuméré un certain nombre de professions restant accessibles à Madame C.

#### e. La position de la Cour

### LA MOTIVATION FORMELLE DE LA DÉCISION OUVRANT LE LITIGE

10. Selon l'article 2 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, les actes administratifs des autorités administratives visées à l'article 1<sup>er</sup> de la loi doivent faire l'objet d'une motivation formelle. L'acte administratif est quant à lui défini au même article 1<sup>er</sup> comme l'acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d'une autorité administrative et qui a pour but de produire des effets juridiques à l'égard d'un ou de plusieurs administrés ou d'une autre autorité administrative.

En vertu de l'article 3 de la même loi, la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate, c'est-à-dire claire et précise<sup>1</sup>.

On entend par motivation adéquate toute motivation qui fonde raisonnablement l'acte administratif<sup>2</sup>. La motivation peut s'entendre de manière plus restreinte pour les actes qui procèdent d'une compétence liée, pour lesquels l'administration peut se borner à indiquer les éléments de fait et les articles de loi sur la base desquels elle était tenue de prendre une décision<sup>3</sup>, que lorsqu'elle exerce une compétence discrétionnaire et donc un pouvoir entier d'appréciation<sup>4</sup>.

L'obligation de motivation formelle des actes administratifs n'impose pas à l'auteur de l'acte de répondre aux arguments développés par l'administré contre la décision à laquelle il s'oppose<sup>5</sup>.

La motivation doit en principe se trouver dans l'acte administratif lui-même, mais peut aussi ressortir d'autres documents auxquels il est fait référence dans l'acte et dont l'intéressé a été préalablement informé<sup>6</sup>.

L'article 4 énonce par ailleurs une série d'exceptions à l'obligation de motivation (liées à la sécurité extérieure de l'État, à l'ordre public, au respect de la vie privée ou du secret professionnel). Il n'est pas contesté qu'elles ne peuvent pas s'appliquer en l'espèce.

1. P. Lewalle et L. Donnay, *Contentieux administratif*, 3e éd., Éd. de la faculté de droit de Liège n° 182.

2. Cass., 03.02.2000, Bull., n° 89 ; Cass., 11.09.2003, C.01.0114.N, Juridat ; Cass., 10.01.2013, F.12.0060.F, Juridat.

3. Cass., 14.04.2003, Pas., n° 251.

4. P. Lewalle et L. Donnay, *op. cit.*, n° 182 et les références citées ; M. Leroy, *Contentieux administratif*, Anthemis, 2011, 5e éd., p. 412.

5. Cass., 13.10.2010, P.10.1514.F, Juridat.

6. Cass., 29.05.2008, C.07.0193.N, Juridat.

11. L'article 13 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social comporte une exigence comparable de motivation des décisions d'octroi d'un droit, d'un droit complémentaire, de régularisation d'un droit, ou de refus de prestations sociales. Les articles 14 et 15 de la même loi énoncent par ailleurs un certain nombre de mentions obligatoires pour les décisions d'octroi ou de refus des prestations ou encore de répétition d'indu.

12. Les litiges en matière de sécurité sociale, hormis ceux portant sur des sanctions administratives ou qui s'ouvrent par des décisions de nature discrétionnaire, ont pour objet un droit subjectif, de nature politique<sup>7</sup>, c'est-à-dire le droit à la prestation sociale en cause, pour une période donnée<sup>8</sup>.

Il s'agit donc d'un contentieux subjectif, portant sur un droit, et non objectif, c'est-à-dire dirigé contre un acte<sup>9</sup>.

13. Il en découle que l'appréciation des juridictions du travail dans ce cadre n'est pas limitée à la validité de la décision administrative attaquée.

Les juridictions ont en effet l'obligation, en cas de constat d'illégalité de cette décision, de substituer leur appréciation du droit subjectif en cause à celle de l'administration<sup>10</sup>, faisant ainsi ce que cette dernière eût dû faire, en examinant toutes les conditions d'octroi de ce droit, en ce compris celles non abordées par la décision<sup>11</sup>, sous la seule réserve des droits de la défense et du principe dispositif.

14. Par conséquent, les obligations formelles ou procédurales, telle que celle de motivation, imposées aux institutions chargées de l'octroi des prestations sont dépourvues de sanction effective puisque le constat de leur violation reste sans conséquence pour l'assuré social concerné, à tout le moins sous l'angle du droit subjectif en cause et de son examen par les juridictions du travail<sup>12</sup>.

15. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, les contestations soulevées par Madame C. quant à la régularité formelle de la décision attaquée restent sans conséquence sur l'octroi éventuel du droit aux indemnités d'incapacité de travail qu'elle postule.

Ces contestations sont donc sans pertinence et peuvent ne pas être examinées.

## LA RÉGULARITÉ DE L'EXPERTISE

16. L'expert judiciaire est tenu à une obligation d'impartialité similaire à celle des juges, ce qui ressort tant de la formule de son serment prescrite par l'article 986 du Code judiciaire que des dispositions du même code concernant la récusation des experts.

Ces textes énoncent notamment que les experts peuvent être récusés par les motifs pour lesquels la récusation est permise à l'égard des juges, qui comprennent, entre autres, la suspicion légitime et l'inimitié capitale à l'égard d'une des parties.

7. Cass. 21.12.1956, Pas., 1957, I, p. 430 ; W. Ganshof van der Meersch, "Existe-t-il des droits administratifs et sociaux distincts des droits politiques et dépourvus de garanties constitutionnelles ?" conclusions avant Cass., 21.12.1956, J.T., 1957 ; P. Wigny, "Droits administratifs subjectifs - À propos de l'arrêt de la Cour de cassation du 21.12.1956", J.T., 1957, p. 361.

8. J.F. Neven et H. Mormont, "Les pouvoirs du juge dans le contentieux de la sécurité sociale" in M. Westrade et S. Gilson (dir.), *Le contentieux du droit de la sécurité sociale*, Anthémis, 2012, p. 418 et les références citées.

9. P. Gosseries, "Contentieux de la sécurité sociale : compétence d'attribution et saisine des juridictions du travail", J.T.T., 1981, p. 291.

10. Cass., 26.02.1975, Pas., p. 665 ; Cass., 18.06.1984, Pas., p. 1271 ; Cass., 13.03.2000, Pas., p. 562.

11. J.F. Neven et H. Mormont, op. cit., n° 14.

12. J.F. Neven et H. Mormont, op. cit., n° 16.

17. En l'espèce, le fait allégué par Madame C., à savoir que le médecin conseil de l'INAMI aurait déjà été présent dans le cabinet de l'expert lorsqu'elle y est arrivée pour la première réunion d'expertise, n'est pas, à le supposer démontré, de nature à faire peser sur l'expert une apparence de partialité de nature à invalider son rapport. Madame C. n'indique par ailleurs pas que les deux médecins auraient été en train d'échanger au sujet du litige médical, ce qui pourrait éventuellement se comprendre comme une atteinte aux principes du contradictoire et de l'égalité des armes.

18. Par ailleurs, Madame C. s'est abstenue de recourir à la procédure de récusation de l'expert que lui ouvraient les articles 966 et suivants du Code judiciaire.

19. Pour ce double motif, la Cour du travail décide de ne pas écarter le rapport de l'expert en raison de la partialité, ou de l'apparence de partialité, qui lui est imputée.

### LE DROIT AUX INDEMNITÉS

20. L'assurance indemnités de travailleurs indépendants et des conjoints aidants est régie par l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

21. Aux termes de l'article 19 de l'arrêté royal, au cours des périodes d'incapacité primaire, soit au cours des douze premiers mois d'incapacité, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail 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 dans une autre qualité. Lorsque, au moment ou débute l'état d'incapacité de travail, le titulaire n'exerçait plus d'activité professionnelle, l'état d'incapacité est apprécié en fonction de l'activité de travailleur indépendant qu'il a exercée en dernier lieu.

Selon l'article 20 du même arrêté, au cours de la période d'invalidité, soit au-delà des douze premiers mois, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail 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, tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle.

22. En l'espèce, l'expert conclut à l'absence, pour toute la période litigieuse, une incapacité de travail de Madame C. au sens de l'article 20 précité.

L'expert arrive à cette conclusion après avoir :

- rappelé les antécédents professionnels et scolaires de Madame C., à savoir des études arrêtées en 3<sup>e</sup> professionnelle, un travail d'apprentie vendeuse, de vendeuse indépendante, de serveuse puis de conjoint-aidant de son mari, fabricant de galettes
- énuméré ses antécédents médicaux et ses plaintes, à savoir des douleurs inguinales, aux talons et aux poignets, des migraines et un fond dépressif chronique
- énoncé les médications prises et sa situation diagnostique : arthrose cervicale et lombaire, gonarthrose, canal carpien bilatéral, hernie inguinale, tendinite, migraines et fond dépressif chronique
- procédé à un examen clinique puis à l'examen d'un grand nombre de documents médicaux
- sollicité une évaluation psychiatrique par un spécialiste ayant conclu que l'état dépressif chronique d'intensité relativement modérée justifiait d'une certaine incapacité mais n'apparaissait certainement pas à lui seul susceptible de remplir le critère de l'incapacité totale



- donné un avis provisoire défavorable à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale mais l'évaluant à 50 % en l'absence de répercussions fonctionnelles majeures et compte tenu de la possibilité d'exercer encore des activités légères comme celles, déjà accomplies, de vente ou de livraison de matériel léger
- répondu point par point à la note de faits directoires du médecin conseil de Madame C. et confirmé ainsi son évaluation provisoire.

23. Le rapport de l'expert est par conséquent, complet, détaillé et motivé. Les constats posés par l'expert sont de nature à justifier ses conclusions et il a fait une correcte application des principes qui se déduisent de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précité.

La Cour considère que les éléments avancés par Madame C. ne sont pas de nature à remettre en cause le caractère convaincant de l'appréciation faite par l'expert.

Celui-ci a notamment pris en considération la qualification et l'expérience de Madame C., estimant encore possible l'exercice de professions concrètes et qu'elle avait déjà exercées par le passé (vendeuse, notamment de galettes et de cuisines équipées, par ex.).

De même, il n'apparaît pas que l'expert aurait indiqué à Madame C. qu'elle avait une perte de capacité de 82 %, laquelle ne suffirait en toute hypothèse pas à remplir le critère de l'article 20 précité. Rien ne permet non plus d'accréditer la thèse selon laquelle l'expert ou le sапiteur psychiatre aurait évoqué un taux de 50 % pour les seules pathologies psychiatriques. Au contraire, l'évaluation à 50 % faite par l'expert, tant en termes d'avis provisoire que de conclusions, englobe l'ensemble des pathologies, physiques comme psychologiques. De même, l'évaluation psychiatrique faite par le sапiteur Godefroid, reprise par l'expert, exclut certainement que l'état dépressif puisse justifier une incapacité de travail totale.

Par ailleurs, les pièces médicales récentes déposées par Madame C. sont, pour l'essentiel, des protocoles d'examens d'imagerie de l'abdomen qui paraissent mettre en évidence une situation globalement normale, hormis l'hernie inguinale déjà connue de l'expert et dont rien n'indique l'aggravation.

Enfin, aussi regrettable soit-elle, la situation professionnelle ou médicale de l'époux de Madame C. reste sans pertinence pour l'appréciation de la capacité de travail de celle-ci.

24. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, la Cour décide que Madame C. n'est pas, depuis le 4 janvier 2010, en état d'incapacité de travail au sens de la section 2 du chapitre III du titre 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, sans qu'aucune nouvelle mesure d'instruction ne soit nécessaire à cet égard.

25. La demande et l'appel qui reposent sur le point de vue inverse, sont non fondés.

## LES DÉPENS

26. En application de l'article 1017, alinéa 2, du Code judiciaire, les dépens doivent être mis à charge de l'INAMI.

Il y a lieu de confirmer la condamnation aux dépens de première instance que contient le jugement attaqué.

Il y a également lieu de mettre à charge de l'INAMI les dépens d'appel de Madame C., liquidés au dispositif du présent arrêt conformément à ce qui est prévu aux articles 1018 du Code judiciaire et 4 de l'arrêté royal du 26 octobre 2007 fixant le tarif des indemnités de procédure visées à l'article 1022 du Code judiciaire et fixant la date d'entrée en vigueur des articles 1<sup>er</sup> à 13 de la loi du 21 avril 2007 relative à la répétabilité des honoraires et des frais d'avocat.

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

Statuant après un débat contradictoire et faisant application 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 ;

Confirme le jugement attaqué dans toutes ses dispositions ;

...

## IV. Cour du travail de Bruxelles, 18 mars 2015

Arrêté royal du 3 juillet 1996 - Articles 326 et 327

### La constatation de l'indu et le point de départ du délai de deux ans

*Il est constant que l'existence d'un indu suppose un paiement et la circonstance que ce paiement est indu. Le fait de savoir à qui le paiement a été fait indûment n'est pas une condition d'existence de cet indu. Le délai de deux ans prend cours lors de la constatation de l'indu par l'organisme assureur.*

### La suspension du délai de deux ans

*Un paiement qui est intervenu après le décès et qui se rapporte à une période postérieure au décès, n'a pas été fait à l'assuré social ni à la succession. La suspension du délai de deux ans prévue en cas de décès du débiteur n'est dès lors pas d'application.*

### L'interdiction de substitution de motifs

*Les juridictions du travail saisies d'un litige visé par l'article 580, 4<sup>o</sup> du Code judiciaire n'exercent pas un simple contrôle de légalité mais doivent veiller à la correcte application des dispositions légales. Elles sont tenues de se prononcer sans limiter leur examen aux seuls motifs mentionnés dans la décision administrative. Dès lors, les griefs formulés en appel ne doivent pas être écartés.*

Voir dans le même sens : Cour du travail de Bruxelles, 13 mai 2015,  
R.G. 2013/AB/927

R.G. 2013/AB/773  
INAMI c./O.A.

...

## 1. Faits et antécédents

1. Monsieur M. D. a bénéficié à charge de l'O.A., d'indemnités d'incapacité de travail.

Monsieur M.D. est décédé le 9 août 2005.

Les indemnités ont été versées pour l'entièreté du mois d'août 2005. La mutualité a ainsi versé indûment des indemnités, pour la période du 10 août 2005 au 31 août 2005, soit une somme de 733,78 EUR.

2. Le 6 septembre 2005, l'O.A. a écrit à l'administration communale de ... afin de connaître les héritiers éventuels de Monsieur M. D. ainsi qu'à son organisme bancaire, afin de récupérer les sommes versées indûment.

La banque a refusé de faire droit à cette demande de remboursement, par courrier du 12 septembre 2005.

3. Par lettre du 28 septembre 2005 l'O.A. a demandé à la veuve de Monsieur M. D., le remboursement du paiement indu ; celle-ci a cependant renoncé à la succession de son époux, le 4 octobre 2005.

À la requête de l'O.A., le Tribunal de première instance de Tournai a, par ordonnance du 22 novembre 2006, désigné un curateur à succession vacante.

Le curateur à succession vacante a tenté de récupérer des fonds via une éventuelle assurance-vie, ce dont il a informé l'O.A. le 7 août 2007.

Par un courrier du 19 décembre 2008, le curateur à succession vacante a signalé à l'O.A. que la banque ne lui avait pas encore répondu quant à l'existence d'une éventuelle assurance-vie.

4. Par lettre du 6 janvier 2009, l'O.A. a sollicité du service du contrôle administratif de l'INAMI d'être dispensée d'inscrire l'indu non récupéré de 733,78 EUR en frais d'administration.

Par la décision litigieuse du 31 mars 2009, l'INAMI a refusé la dispense d'inscription en frais d'administration de cette somme non récupérée.

5. L'O.A. a cité l'INAMI et demandé au Tribunal du travail de Bruxelles :

- d'annuler la décision du 31 mars 2009
- de dire pour droit qu'elle est dispensée d'inscrire la somme de 733,78 EUR en frais d'administration.

Par jugement du 7 juin 2013, le Tribunal du travail a déclaré la demande recevable et fondée.

Le tribunal a mis à néant la décision du 31 mars 2009 refusant à l'O.A. la dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 733,78 EUR non récupérée à charge de Monsieur M. D. et a dit pour droit que l'O.A. est dispensée d'inscrire cette somme en frais d'administration.

Le tribunal a condamné l'INAMI aux dépens de l'instance.

6. L'INAMI a fait appel du jugement par une requête déposée au greffe de la Cour du travail, le 23 juillet 2013.

## 2. Objet de l'appel

7. L'INAMI demande à la Cour du travail de réformer le jugement et de confirmer la décision administrative du 30 mars 2009.

## 3. Discussion

### a. Le cadre légal et l'objet de la discussion

8. En cas de prestations payées indûment, l'O.A. doit entreprendre des démarches en vue d'en obtenir le remboursement, endéans un délai de maximum deux ans.

Selon l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

*"l'O.A. inscrit le montant des prestations payées indûment dans un compte spécial :*

*a) avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel l'O.A. a lui-même constaté le paiement indu ; (...)"*

Selon l'article 326, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996,

*"§ 1<sup>er</sup>. La récupération des prestations payées indûment est effectuée par l'O.A. dans un délai de deux ans à partir de la date :*

*a) de la constatation pour les cas visés à l'article 325, a) ;*

*(...)"*

L'article 326 énumère ensuite différentes causes de suspension du délai de deux ans,

Il est notamment prévu par l'article 326, § 3, c ; que le délai est suspendu à partir de :

*"la date du décès du débiteur jusqu'à la date de la déclaration de la succession ou de la désignation du curateur à succession vacante".*

9. À l'expiration du délai de deux ans, éventuellement prolongé ou suspendu, l'O.A. doit, s'il n'a pas obtenu le remboursement de l'indu, le prendre en charge en l'inscrivant dans ses frais d'administration. Il peut toutefois obtenir une dispense dans les conditions strictement définies par l'arrêté royal.

L'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précise à ce sujet que :

*"§ 1<sup>er</sup>. À l'exception des cas prévus au § 2, les montants des prestations payées indûment non encore récupérés sont amortis par leur inscription en frais d'administration dans les trois mois qui suivent l'expiration des délais fixés à l'article 326.*

*§ 2. Le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif peut dispenser l'O.A. d'inscrire le montant en frais d'administration lorsque :*

*a) le paiement indu ne résulte pas d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'O.A. ;*

*b) l'O.A. en a poursuivi le recouvrement par toutes voies de droit, y compris la voie judiciaire. Cette condition est réputée remplie lorsque le recouvrement des prestations indues est considéré comme aléatoire ou lorsque les frais afférents à l'exécution de la décision judiciaire définitive dépassent le montant à récupérer ;*

*c) la demande porte sur un montant d'au moins 300 EUR ou sur un montant de moins de 300 EUR qui serait le solde d'un montant indûment payé d'au moins 300 EUR.*

*L'O.A. doit introduire la demande, par lettre recommandée à la poste, avant la fin du délai fixé au § 1<sup>er</sup>.*

*La décision du fonctionnaire dirigeant est notifiée à l'O.A. par lettre recommandée qui est considérée comme reçue le premier jour ouvrable qui suit la remise du pli à la poste. Jusqu'à cette date, le montant qui fait l'objet de la demande reste inscrit au compte spécial".*

Il apparaît ainsi,

- que la demande de dispense doit être introduite dans les 3 mois de l'échéance du délai de récupération, ce délai de 3 mois étant un délai préfix établi à peine de déchéance (Cass. 07.01.2008, S.06.0097.F ; C. trav. Bruxelles, 21.09.2005, R.G. 45.286)

- que la dispense ne peut être accordée que si les conditions cumulativement énumérées à l'article 327, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à c) sont remplies.

10. En l'espèce, l'indu a justifié plusieurs démarches dès le 6 septembre 2005 et a fait l'objet d'une demande de remboursement adressée à la veuve de Monsieur M. D., le 28 septembre 2005.

Le service de contrôle administratif a donc considéré que l'indu a été constaté le 30 septembre 2005 et que le délai de deux ans prévu par l'article 326, § 1<sup>er</sup>, a pris cours à cette date.

La demande de dispense d'inscription en frais d'administration a été introduite, le 6 janvier 2009, soit plus 3 mois après l'échéance du délai de deux ans ayant pris cours le 30 septembre 2005.

Sauf cause de suspension du délai de deux ans, la demande devrait donc être considérée comme tardive.

L'O.A. invoque la cause de suspension prévue par l'article 326, § 3, c., de l'arrêté royal (entre "la date du décès du débiteur" et la "désignation du curateur à succession vacante").

Se référant à la jurisprudence récente de la Cour du travail, l'INAMI soutient que cette cause de suspension est inapplicable en cas de paiement fait indument après le décès.

L'O.A. répond, tout d'abord, que l'INAMI ne peut se référer à la jurisprudence de la Cour du travail, dans la mesure où la motivation de la décision litigieuse ne fait nullement référence à cette jurisprudence. L'O.A. estime que la Cour du travail ne peut ainsi procéder à une substitution de motifs.

L'O.A. fait aussi valoir qu'en réalité, le délai de deux ans n'a pas pu prendre cours le 30 septembre 2005 : tant que la mutualité ignorait l'identité de la personne ayant encaissé l'indu, le délai de deux ans n'aurait pas commencé à courir et l'indu n'aurait pas dû être inscrit en compte spécial.

## b. Examen des arguments des parties

### SUR LA CONSTATATION DE L'INDU ET LE POINT DE DÉPART DU DÉLAI DE DEUX ANS

11. Comme l'indique l'O.A., il résulte des articles 325 et 326 de l'arrêté royal qu'en-dehors de l'hypothèse d'une notification du Service de contrôle administratif, ou d'un jugement, le délai de deux ans prend cours lors de la "constatation de l'indu par l'organisme assureur".

L'O.A. soutient qu'à défaut de connaître l'identité du bénéficiaire du paiement, l'indu n'a pu être constaté de sorte que le délai de deux ans n'a pas pu prendre cours.

12. Il est constant que l'existence d'un indu, suppose un paiement et la circonstance que ce paiement est indu, et rien d'autre (voir VAN OMMESLAGHE, Droit des Obligations, T. II, n° 759, p. 1087).

Le fait de savoir à qui le paiement a été fait indument, n'est pas une condition d'existence de l'indu.

En l'espèce, l'indu résulte de ce que des indemnités d'incapacité de travail ont été versées (sur le compte en banque dont Monsieur M. D. était titulaire), pour une période postérieure au décès, soit pour une période pour laquelle les indemnités n'étaient pas légalement dues.

S'il est exact, comme le rappelle l'O.A., que la banque ne peut être considérée comme ayant reçu le paiement et comme devant restituer l'indu (voir Cass., 19.12.2002, Pas. 2002, I, p. 2244), ce paiement était indu dès l'origine, sans qu'il soit nécessaire de savoir, en outre, qui a effectivement encaissé la somme ainsi versée indument.

13. Contrairement à ce qu'affirme l'O.A., les différentes démarches effectuées par la mutualité, dès le 6 septembre 2005, auprès de l'administration communale et de la banque, témoignent de ce que l'indu pouvait déjà être constaté.

C'est donc à juste titre qu'ayant plus particulièrement égard à la notification de l'indu du 28 septembre 2005, le Service de contrôle administratif a fixé le point de départ du délai de deux ans, à la date du 30 septembre 2005.

#### **SUR LA SUSPENSION DU DÉLAI DE 2 ANS**

14. L'INAMI relève, à juste titre, que le paiement litigieux qui est intervenu après le décès de Monsieur M. D. et qui se rapporte à une période postérieure au décès, n'a pas été fait à l'assuré social, ni à la succession : en effet, la succession est clichée à la date du décès de sorte que le paiement postérieur à cette date, est intervenu, soit au profit d'un héritier qui l'a perçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.

Le débiteur de l'indu n'est donc pas la succession mais cet héritier ou ce tiers indélicat (dans le même sens, C. trav. Bruxelles, 30.06.2010, R.G. 2009/AB/S5186 ; C. trav. Bruxelles, 29.04.2013, R.G. 2011/AB/953).

15. Dans ces conditions, la suspension du délai de deux ans prévue en cas de décès du débiteur, n'est pas d'application.

Cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge de la succession, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession.

Le délai pour récupérer l'indu n'a donc pas été suspendu dans l'attente de la désignation d'un curateur à succession vacante.

16. Vu la constatation de l'indu fixée à la date du 30 septembre 2005 et l'absence de cause légale de suspension, il y a lieu de confirmer que la demande de dispense d'inscription en frais d'administration aurait dû être introduite au plus tard le 30 décembre 2007.

Introduite le 6 janvier 2009, la demande de dispense est manifestement tardive.

#### **SUR LA PRÉTENDUE INTERDICTION DE SUBSTITUTION DE MOTIFS**

17. Les conditions de la dispense d'inscription en frais d'administration, sont objectives et ne laissent pas place à un pouvoir d'appréciation discrétionnaire dans le chef de l'INAMI. Ainsi, lorsqu'une union nationale de mutualités conteste une décision refusant la dispense d'inscription en frais d'administration, il se noue entre cette union nationale et l'INAMI un litige portant sur le droit de l'union nationale à être dispensée de prendre à sa charge l'indu dont la récupération n'a pu être obtenue.

Ce litige relève de la compétence du Tribunal du travail, dès lors qu'en vertu de l'article 580, 4<sup>o</sup>, du Code judiciaire, celui-ci connaît des contestations entre les organismes chargés de l'application des lois et règlements [en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités] relativement aux droits et obligations qui en résultent pour eux.

Contrairement à ce que soutient l'O.A., les juridictions du travail saisies de ce litige n'exercent pas sur la décision de l'INAMI un simple contrôle de légalité, sans possibilité de substitution, mais doivent veiller à la correcte application des dispositions légales dont les faits de la cause commandent l'application.

Saisie de la question de savoir si le délai de deux ans prévu par l'article 326, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, a été suspendu, la Cour du travail doit dès lors se prononcer sur les causes légales de suspension dont les faits pourraient commander l'application, sans être tenue de limiter son examen aux seuls motifs mentionnés dans la décision administrative initialement contestée.

18. En conséquence, c'est à tort que l'O.A. soutient que le nouveau grief formulé par l'INAMI en appel doit être écarté.

**PAR CES MOTIFS,**

**La Cour du travail,**

Statuant de manière contradictoire,

Dit l'appel fondé,

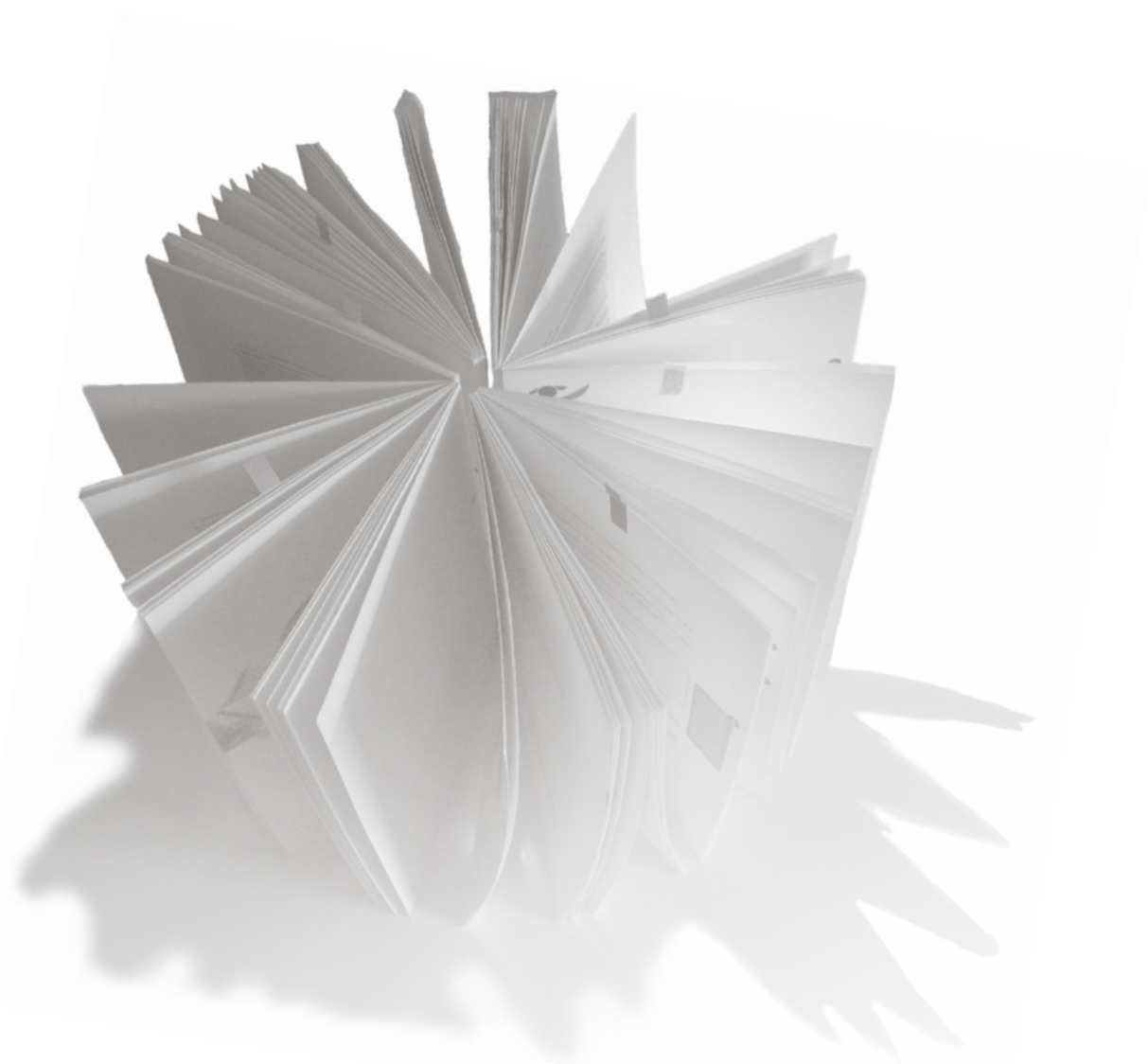
Confirme la décision de l'INAMI du 31 mars 2009 en ce qu'elle refuse la dispense d'inscription en frais d'administration de la somme de 733,78 EUR non récupérée,

Réforme en conséquence le jugement dont appel,

...



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



# I. Facture hospitalière

Manque de transparence - Mesures pour favoriser la transparence - Procédure de plainte

Question n° 77 posée le 16 décembre 2014 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DEDRY <sup>1</sup>

Vous le savez certainement, factures d'hôpital restent opaques pour les patients. Alors que les hôpitaux et les médecins doivent faire preuve de transparence à propos du coût d'une hospitalisation, une enquête réalisée en 2011 par Test-Achats au moyen de clients mystères a révélé que seulement 37 % des patients avaient reçu des documents d'admission, que 73 % avaient obtenu des informations verbales et que 36 % avaient reçu des informations sur le statut des médecins lors d'une hospitalisation. Dans 22 % des cas en revanche, aucune information n'avait été communiquée au patient.

Pourtant, il est précisé dans l'accord de gouvernement que "le patient doit disposer d'une information sur la qualité et le prix des soins, qui sera disponible par le biais d'une plateforme accessible".

1. Où en est précisément la mise en place de cette plateforme accessible et l'élaboration de la nouvelle loi visant à clarifier la facture pour le patient ?
2. a) Qu'advient-il précisément des plaintes adressées au Service de médiation fédéral "Droits du patient" ?  
b) Pouvez-vous me fournir un aperçu détaillé du nombre de plaintes et de leur suivi ?
3. a) De quelles possibilités les mutualités disposent-elles pour dénoncer les abus ?  
b) Envisagez-vous également de prendre des mesures pour les encourager à améliorer la protection et la défense de leurs membres ?
4. a) Les patients disposent-ils d'autres possibilités pour dénoncer le manque de transparence de leur facture hospitalière ?  
b) Dans la négative, en envisagez-vous la possibilité ?

## Réponse

Selon l'accord du gouvernement (Doc. Parl., Ch., 2014-2015, DOC 54K0020), le patient doit disposer d'une information sur la qualité et le prix des soins, qui sera disponible par le biais d'une plateforme accessible. Il s'agit là d'un des points de l'accord du gouvernement à exécuter dans le cadre de la législation.

En matière de transparence, un groupe de travail a été constitué à l'initiative de l'INAMI en vue de simplifier la facture hospitalière délivrée au patient à l'issue des soins. Le document est en phase de finalisation. Il est revu à la lumière des principes de la loi relative à la transparence financière des soins de santé, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2015.

1. Bulletin n° 017, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 173.

Lorsque le service de médiation fédéral “Droits du patient” reçoit une plainte relative à un manque de transparence/d’informations concernant l’aspect financier des soins octroyés en hôpital, il renvoie en principe la plainte auprès du médiateur “droits du patient” de l’hôpital concerné.

Les médiateurs “droits du patient” des hôpitaux traitent avant tout les plaintes relatives à la relation individuelle de soins praticien-patient, en restaurant la communication entre ceux-ci et en cherchant une solution avec les parties elles-mêmes (solution pouvant consister en un éventuel geste financier accordé par le praticien, en explications données, en un engagement de faire mieux à l’avenir, etc.)

Aussi, en situation de traitement de plaintes concernant l’aspect financier des soins, c’est vers le praticien qui a soigné le patient que le médiateur s’adresse en principe, au regard de la propre obligation dudit praticien d’informer préalablement le patient sur les répercussions financières du traitement, telle que prévue à l’article 8, § 2, de la loi relative aux droits du patient.

Les plaintes concernant la non-lisibilité de la déclaration d’admission elle-même/ le manque d’explications octroyées au service accueil à leur sujet/ le manque de clarté de la facture d’hôpital ne relèvent pas directement de la compétence légale des services de médiation “droits du patient” des hôpitaux dans la mesure où elles visent plutôt la responsabilité de l’hôpital et non celle d’un praticien de la santé même.

Au regard de ces plaintes, le médiateur “droits du patient” peut orienter le patient vers d’autres services de l’hôpital pouvant le cas échéant apporter quelques éclaircissements/ explications (service direction, service comptabilité, service contentieux, accueil, etc.) ou vers des services tiers pouvant prendre en charge lesdites doléances, principalement les services “défense des membres” de la mutuelle du patient.

L’hôpital est obligé sur base de l’article 30/2 de la loi sur les hôpitaux de mentionner en particulier la personne ou le service au sein de l’hôpital auprès desquels une information et des explications personnalisées peuvent être obtenues.

Au niveau des chiffres des plaintes encodées par les médiateurs “droits du patient” des hôpitaux, il faut savoir que, selon la législation “droits du patient”, seules les plaintes relatives à une relation “patient-praticien” sont enregistrées dans les rapports officiels communiqués à la Commission fédérale “Droits du patient”



(voir les analyses globales des rapports des médiateurs hospitaliers sur le site web du SPF Santé publique [www.patientsrights.be](http://www.patientsrights.be)).

En principe, les plaintes concernant la (non) transparence de la déclaration d’admission présentée ou la non lisibilité de la facture ne sont donc pas encodées dans lesdits rapports.

Dans le secteur extrahospitalier, pour l’année 2013, le service de médiation fédéral “Droits du patient” fédéral a, quant à lui, comptabilisé 32 plaintes (sur 284 plaintes du secteur extrahospitalier) relatives à un manque d’informations préalables sur les répercussions financières du traitement (sachant que le praticien visé peut être un médecin mais aussi un dentiste, un kinésithérapeute, etc.).

La procédure de médiation entamée auprès du médiateur “droits du patient” de l’hôpital concerné, après un contact avec le service de facturation en vue d’obtenir de plus amples explications, reste la voie à privilégier.

En l’absence d’une telle procédure ou en l’absence de solution à l’issue de cette procédure, il est bien sûr loisible au patient de s’en référer à la justice en vue du règlement de sa plainte, le cas échéant avec l’aide de sa mutuelle.

## II. Soins de santé

### Double assurance - Retraités - Coordination des systèmes de sécurité sociale (Règl. CE 883/2004 et 987/2009)

#### Question n° 118 posée le 3 février 2015 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant PENRIS<sup>1</sup>

Les travailleurs retraités ayant effectué tout ou partie de leur carrière professionnelle en Allemagne, bénéficient d'une pension allemande versée par les autorités allemandes. Cette pension fait l'objet d'une retenue d'office dans le cadre de la sécurité sociale.

Lorsque ces personnes reviennent en Belgique plus tard, elles s'affilient bien sûr auprès d'une compagnie d'assurance belge (mutualité). Ces mutualités m'indiquent qu'elles couvrent les personnes concernées à 100 %.

Il s'ensuit que la cotisation retenue en Allemagne peut être considérée comme une sorte de double assurance.

1. Êtes-vous au courant de cette situation ?
2. Quelles mesures peut-on envisager afin que les Belges assurés doublement soient exemptés de la cotisation obligatoire allemande ?

#### Réponse

Les pensionnés qui résident en Belgique et perçoivent exclusivement une pension légale allemande, et qui, sur base de cette pension allemande peuvent prétendre aux soins de santé à charge de l'assurance soins de santé légale allemande, ont droit en vertu de l'article 24 du Règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale aux soins de santé en Belgique pour le compte de l'Allemagne.

Pour exercer ce droit aux soins de santé en Belgique pour le compte de l'Allemagne, ces pensionnés doivent s'inscrire auprès d'un organisme assureur belge sur la base d'un document S1 (ancien formulaire E.121) qui est délivré par la mutualité allemande compétente (Krankenkasse). Dans ce cas, il n'est pas question de "double" assurance.

Le document S1 établit que ce pensionné a droit aux prestations de santé suivant les règles et tarifs de l'assurance maladie obligatoire belge pour le compte de l'Allemagne. L'intervention dans les coûts afférents aux soins de santé que verse l'organisme assureur belge à ce pensionné est récupérée après coup auprès de l'Allemagne selon les procédures appropriées telles qu'elles sont fixées dans le Règlement (CE) 987/2009 fixant les modalités d'application du Règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Comme l'Allemagne doit prendre en charge les frais médicaux de ces pensionnés en Belgique en vertu de la réglementation européenne en vigueur, l'autorité allemande est autorisée, en application de l'article 30 du Règlement (CE) 883/2004 en combinaison avec l'article 30 du Règlement (CE) 987/2009, à encaisser les cotisations pour l'assurance maladie légale allemande.

1. Bulletin n° 016, Chambre, session ordinaire 2014-2015, p. 164.

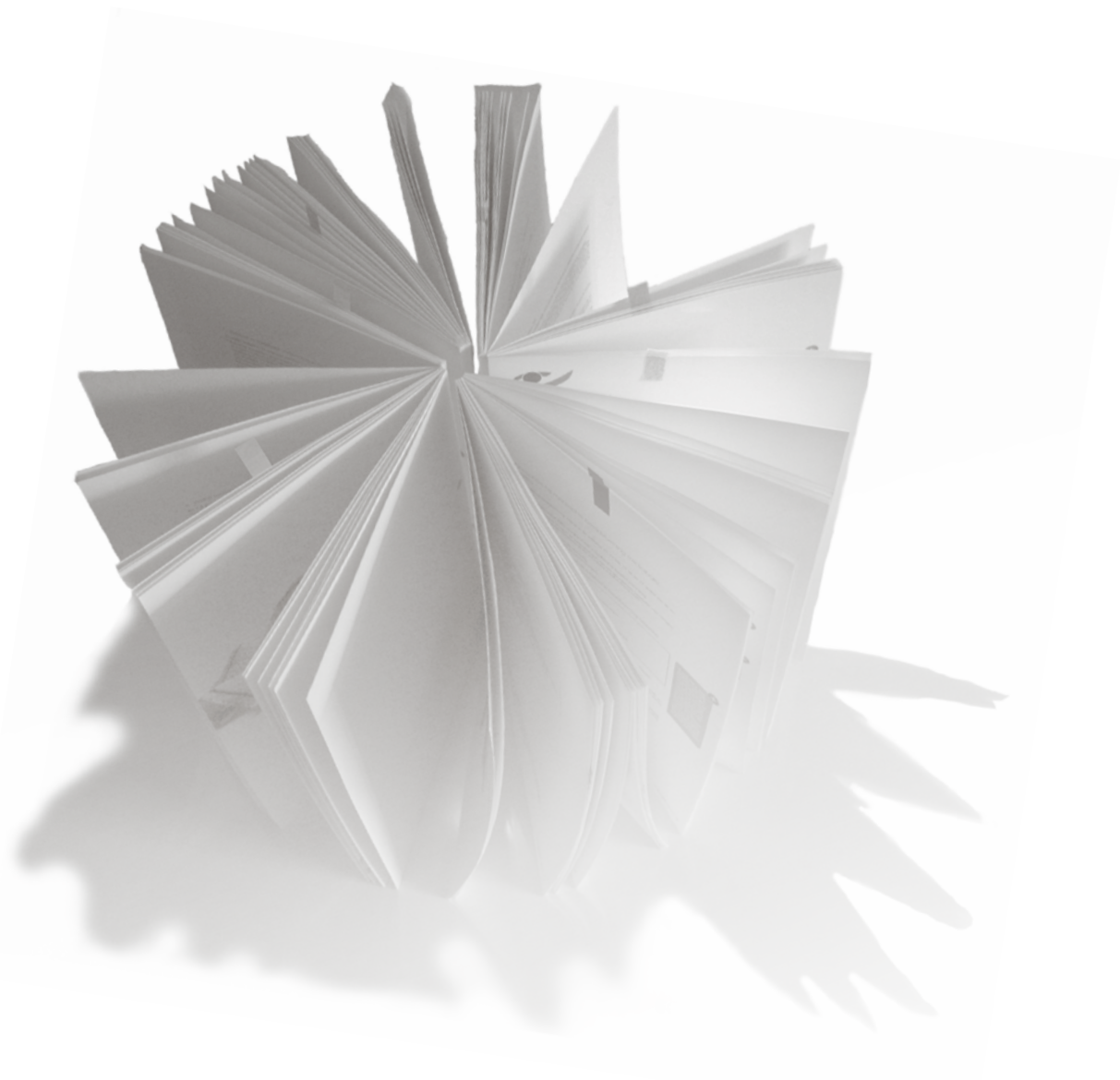
La situation d'une "double" assurance pour les frais de soins de santé peut notamment se présenter quand des pensionnés résidant en Belgique perçoivent une pension légale belge en plus d'une pension légale allemande. Ces pensionnés sont assurés en vertu de l'article 23 du Règlement (CE) 883/2004 pour les frais de santé à charge de l'assurance maladie obligatoire belge. Dans ce cas, l'Allemagne ne peut pas, conformément à la réglementation européenne, recouvrer les cotisations pour l'assurance maladie légale allemande.

Si l'Allemagne retient quand même ces cotisations sur la pension allemande, ces "doubles pensionnés" peuvent introduire une demande d'exonération des cotisations allemandes auprès de la mutualité allemande compétente. Il est recommandé que les intéressés envoient dans ce cas la preuve qu'ils ont droit en vertu de leur pension belge aux soins de santé à charge de l'assurance maladie obligatoire belge. En outre, les intéressés peuvent également demander à la mutualité allemande compétente de reverser les cotisations éventuellement retenues à tort (à partir de la date à laquelle ils ont droit aux soins de santé à charge de la Belgique en raison de la concurrence avec leur pension belge).



# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Règlement du 16 juin 2014 modifiant le Règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI portant exécution de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "Charte" de l'assuré social Renonciation à la récupération d'un indu en matière de soins de santé Procédure et pièces justificatives

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2012/428 - 3999/3 du 30 octobre 2012<sup>1</sup>.

## 1. Cas de renonciation à la récupération de l'indu en soins de santé : principe

Dans le cadre du Règlement mentionné ci-dessus, lorsque l'assuré est de bonne foi, il peut être renoncé à la récupération de l'indu dans les cas suivants :

- 1) De manière générale en matière de soins de santé, lorsque l'assuré social se trouve dans un cas digne d'intérêt (art. 2 du règlement).

Pour déterminer un cas digne d'intérêt, il est tenu compte des revenus du ménage au moment de la demande de renonciation à la récupération de l'indu, introduite par l'assuré social (art. 4 du règlement).

Le ménage et les revenus pris en compte sont ceux de l'intervention majorée (indiqués aux art. 25 à 27 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi SSI).

1. Publiée dans le B.I. n° 2012/3, p. 391.



Si les revenus sont inférieurs au montant de l'article 21 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014, il est toujours renoncé à la récupération de l'indu. S'ils sont inférieurs à 150 % de ce même montant, la renonciation est toujours accordée pour la partie de l'indu qui dépasse la moitié du montant des revenus du ménage qui est supérieur au montant visé ci-avant.

- 2) Dans le cadre du maximum à facturer ou de l'intervention majorée, outre la procédure générale décrite ci-dessus, il est possible de renoncer à la récupération de l'indu lorsque, suite à une révision à la hausse du montant imposable des revenus du ménage due à une taxation rétroactive par l'Administration générale de la fiscalité, il n'est plus répondu à la condition de revenu (art. 6 du règlement).

Les procédures de renonciation décrites sous les 1) et 2) ne sont toutefois pas applicables aux indus dont le montant est inférieur ou égal à 125 EUR<sup>2</sup>.

## 2. Renonciations visées à l'article 4 du règlement

### 2.1. Principe

L'assuré doit introduire sa demande de renonciation auprès de son organisme assureur au moyen du formulaire "demande de renonciation". Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 1 (non publiée dans le B.I.).

Si l'assuré a envoyé lui-même sa demande directement au Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou à un autre service de l'INAMI, ce service transmettra sans délai cette demande à l'organisme assureur concerné et en avisera l'assuré.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction endéans les quatre mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

L'organisme assureur qui reçoit une demande envoie ou remet à l'assuré social un accusé de réception. Une copie de cet accusé de réception est conservée dans le dossier.

La date d'introduction de la demande prise en compte est la date à laquelle la demande est parvenue à l'organisme assureur.

### 2.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur établit un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

2. Sur base de l'art. 326, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, les O.A. sont dispensés de récupérer les prestations inférieures à 27,34 EUR payées indûment à un assuré social. Ces montants ne doivent donc pas être récupérés. Les sommes inférieures ou égales à 125 EUR ne peuvent pas faire l'objet d'une procédure de renonciation (art. 1 du règlement) ; ces sommes doivent donc effectivement être récupérées. Pour les sommes entre 27,34 EUR et 125 EUR, il n'y a ni procédure de renonciation ni dispense de récupération ; ces montants doivent donc être récupérés. Montants indexés au 01.01.2015.

Le dossier administratif doit comporter :

1. Demande de renonciation (annexe 1)

Une copie de la demande doit être conservée dans le dossier de la mutualité.

2. Une note de synthèse (annexe 2)

Cette note de synthèse doit toujours être complétée par l'organisme assureur.

3. Pièces à joindre

Toutes les pièces justificatives relatives aux revenus du ménage qui ont été transmises à l'organisme assureur (donc également le dernier avertissement - extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques).

Une copie de la reconnaissance de dettes (dans laquelle une dette déterminée est explicitement reconnue et dans laquelle les prestations indues sont décrites le plus précisément possible ; la reconnaissance de dette est signée et datée) ou, à défaut, la décision de récupération contre laquelle aucun recours n'a été introduit, ou une copie du jugement ou de l'arrêt (le montant dû doit être définitif) (voir art. 8 du règlement).

Une copie de l'accusé de réception qui a été envoyée à l'assuré.

Avant de transmettre la demande au Service du contrôle administratif, l'organisme assureur doit vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des pièces justificatives.

Les pièces justificatives que l'intéressé a jointes à sa demande et qui ne sont pas spécifiquement mentionnées ci-avant, ne seront en principe pas transmises au Service du contrôle administratif, à moins qu'elles ne soient pertinentes.

### 2.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier administratif, composé par l'organisme assureur, doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

L'organisme assureur s'en charge aussi vite que possible après l'introduction de la demande de renonciation par le bénéficiaire, et au plus tard deux mois après cette introduction.

Le Service du contrôle administratif avise l'intéressé par simple lettre de la réception de son dossier, et au plus tard dans les 14 jours qui suivent cette réception.

Une copie de cette lettre est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

### 2.4 Traitement du dossier et décision

Le Service du contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques ainsi que les motifs du refus de la renonciation ou de l'octroi d'une renonciation (partielle) (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi du bénéficiaire).

Les dossiers (annexe 1 et annexe 2, accompagnées de la note du Service du contrôle administratif) et les pièces jointes sont transmis au Service des soins de santé. Ce service soumet les demandes au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les dossiers ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

**S'il ne peut être accédé ou s'il ne peut être complètement accédé à la demande de renonciation à la récupération :** Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande ou de n'y accéder que partiellement, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

**S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :**

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accéder à la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

## 3. Renonciation visée à l'article 6 du Règlement (annexe 3)

### 3.1 Principe

Par dérogation à l'article 4, il est toujours possible de renoncer à la récupération lorsque les prestations ont été payées dans le cadre de l'intervention majorée et/ou du maximum à facturer, à condition toutefois que le montant payé indûment résulte du fait que l'Administration générale de la fiscalité a rétroactivement modifié les revenus du ménage pour l'année en question (c.à.d. l'année de référence) au point que les revenus du ménage dépassent le plafond autorisé.

La bonne foi du bénéficiaire doit être établie (art. 2 du Règlement).

Les articles 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 4, 5 et 8 du Règlement ne sont pas d'application dans cette procédure.

La demande doit être introduite par l'organisme assureur. L'organisme assureur avertit l'assuré de l'introduction de la demande.

### 3.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur constitue un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

Ce dossier doit contenir :

1. La demande de renonciation (annexe 3)

### 3.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier, qui contient la demande complétée par l'organisme assureur, doit être introduit auprès du Service du contrôle administratif.

Le dossier doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archi-  
vage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

La date à laquelle la demande est arrivée au Service du contrôle administratif correspond à la date d'introduction de la demande.

La demande doit être introduite dans un délai de trois mois après que l'organisme assureur a été informé de la taxation rétroactive.

Le Service du contrôle administratif envoie un accusé de réception à l'organisme assureur concerné, au plus tard 14 jours après la réception du dossier.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction au cours de ces 4 mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

### 3.4. Traitement du dossier et décision

Le Service du contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques et les motifs de refus de la renonciation ou d'octroi d'une renonciation (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi de l'intéressé).

Les dossiers sont envoyés au Service des soins de santé. Ce service soumet la demande au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les demandes ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

#### **S'il ne peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :**

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

#### **S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :**

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accorder la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

## 4. Suspension de la récupération

Conformément à l'article 326, § 2, g) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le délai dans lequel l'indu doit être récupéré par l'organisme assureur est suspendu à partir de la date à laquelle la demande de renonciation a été introduite jusqu'à la date de la décision du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.




## II. Réglementation de l'intervention majorée de l'assurance

En vigueur à partir du 24 mars 2015

### Table des matières

1. Introduction
2. Dispositions communes
  - 2.1. Mutualité gestionnaire : responsabilité
  - 2.2. Échanges de données entre organismes assureurs
  - 2.3. Établissement du bénéfice de l'avantage ou de la situation particulière
3. Droit à l'intervention majorée octroyé automatiquement
  - 3.1. Avantages et situations visés
  - 3.2. Précisions
  - 3.3. Mutualité gestionnaire et octroi automatique du droit
  - 3.4. Ouverture du droit à l'intervention majorée
  - 3.5. Prolongation du droit à l'intervention majorée
  - 3.6. Octroi et retrait du droit aux autres membres du ménage
4. Droit à l'intervention majorée octroyé après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité
  - 4.1. Quelques modifications importantes
  - 4.2. Organisme assureur gestionnaire
  - 4.3. Période de référence et indicateurs
  - 4.4. Organisation d'un flux permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels
  - 4.5. Notion de ménage
  - 4.6. Plafond pris en considération (période)
  - 4.7. Revenus pris en considération (période)
  - 4.8. Déclaration sur l'honneur
  - 4.9. Vérifications auxquelles la mutualité gestionnaire doit procéder
  - 4.10. Ouverture du droit
  - 4.11. Fin du droit en cas de modification de la composition du ménage
  - 4.12. Contrôle intermédiaire
  - 4.13. Conséquences du contrôle systématique
  - 4.14. Passage du droit à l'intervention majorée octroyé automatiquement au droit octroyé après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité
  - 4.15. Dispositions transitoires

 Dans la circulaire :

- loi SSI : loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996 : 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
- arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 : arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1<sup>er</sup> 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.

L'attention est attirée par un  lorsque la réglementation a été modifiée par rapport à l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007.

## 1. Introduction

L'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a été publié au Moniteur du 29 janvier 2014 et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

De manière générale, l'intervention majorée peut être octroyée de deux façons :

- 1° automatiquement, sur la base d'un avantage dont l'assuré bénéficie (par ex. le revenu d'intégration (RIS)), ou sur la base d'une situation dans laquelle il se trouve (par ex., enfant présentant un handicap grave) ; les conditions sont fixées au chapitre 3 de l'arrêté
- 2° après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité. Les conditions sont fixées au chapitre 4 de l'arrêté.

Le premier mode d'ouverture a priorité sur le second<sup>1</sup>. Cette règle de priorité ne concerne que l'ouverture du droit à l'intervention majorée de l'assurance : une fois ce droit ouvert, qu'il y ait perte de l'avantage/de la situation ou au contraire bénéficie d'un des avantages/situations pris en considération, la seule question importante est l'existence du droit à l'intervention majorée, que cela soit sur la base de l'avantage/la situation ou sur la base de la condition de revenus qui est satisfaite.

Si un ménage peut bénéficier du droit à l'intervention majorée automatiquement, il n'y a pas lieu de procéder à une enquête sur les revenus pour octroyer le droit et par la suite, et tant qu'un de ses membres bénéficie de l'avantage/la situation, ses revenus ne sont pas soumis au contrôle systématique<sup>2</sup>.

Si un ménage bénéficie de l'intervention majorée suite à une enquête sur les revenus et qu'un de ses membres obtient par la suite un avantage ou se trouve par la suite dans une situation permettant l'octroi automatique du droit à l'intervention majorée au même ménage, ce ménage doit continuer à bénéficier du droit si les conditions d'ouverture ou de maintien du droit automatique sont remplies.

1. Art. 3.

2. Art. 16.

## 2. Dispositions communes

### 2.1. Mutualité gestionnaire : responsabilité<sup>3</sup>

Une mutualité est désignée comme gestionnaire du dossier. Celle-ci prend les décisions relatives à l'intervention majorée pour tous les membres du ménage, même si certains membres du ménage ne sont pas inscrits auprès de cette mutualité.

La mutualité décide ainsi de l'octroi du droit ou de son refus, de son maintien et de son retrait.

Plus particulièrement, *dans le cadre du droit octroyé après un contrôle des revenus par la mutualité*, c'est la mutualité gestionnaire qui est responsable de l'examen des documents probants et du calcul des revenus.

*Dans le cadre du droit automatique*, c'est la mutualité gestionnaire qui vérifie la présence d'un avantage ou d'une situation visé et qui examine si les conditions d'ouverture et de prolongation sont réunies.

Par contre, c'est la mutualité auprès de laquelle est inscrit le bénéficiaire dérivé qui décide du retrait du droit lorsque celui-ci perd sa qualité de bénéficiaire dérivé dans le cadre du droit automatique (voir ci-dessous, pt 3.6).

Si des membres du ménage sont inscrits auprès d'une mutualité différente de la mutualité gestionnaire, cette autre mutualité est responsable de la communication à la mutualité gestionnaire des renseignements en sa possession (voir ci-dessous, pt 2.2), ainsi que de l'exécution de la décision. Elle est également responsable de la communication des décisions à ses propres membres.

### 2.2. Échanges de données entre organismes assureurs<sup>4</sup>

Lorsque le ménage comporte des membres inscrits auprès d'organismes assureurs différents, des échanges entre ces derniers sont nécessaires. Cela concerne toutes les données utiles à la gestion du dossier relatif au droit à l'intervention majorée de l'assurance pour les ménages concernés. Certains de ces échanges doivent donc avoir lieu avant même la décision d'octroi du droit, lorsque la mutualité a besoin des informations pour prendre sa décision.

Cela concerne notamment les données suivantes :

- la composition du ménage (par ex, les personnes à charge du conjoint affilié à un autre O.A.) et en particulier l'éventuelle présence d'un "cohabitant" lorsque cette donnée est connue de l'autre organisme assureur que l'organisme gestionnaire, par exemple dans le cadre de l'existence d'un droit dans un autre secteur de la sécurité sociale
- la situation d'un membre du ménage (en particulier, la présence d'un "indicateur", voir ci-dessous, pt 4.3)
- l'ouverture du droit, afin qu'il puisse être également octroyé aux membres du ménage inscrits auprès d'un autre O.A.
- le maintien du droit
- le retrait du droit

3. Art. 4.

4. Art. 5.

- les données nécessaires en vue de l'application des dispositions transitoires (voir ci-dessous, pt 4.15).

Les modalités pratiques de ces échanges sont précisées dans une circulaire du Service du contrôle administratif.

### 2.3. Établissement du bénéfice de l'avantage ou de la situation particulière<sup>5</sup>

Le bénéfice de l'avantage ou les situations particulières prises en compte pour l'octroi du droit (tant les situations donnant droit automatiquement que les situations permettant une réduction de la période de référence, voir ci-dessous, pt 3.6) sont établis par la transmission électronique des données par les autorités compétentes.

Si les données ne sont pas disponibles dans le réseau ou ne sont pas exploitables par la mutualité (les données n'existent pas dans le réseau, ne sont pas encore dans le réseau, sont inaccessibles dans le réseau pour la mutualité...), le droit est octroyé sur la base d'une attestation papier.

Certaines situations sont toutefois établies par une attestation papier (par ex., fonctionnaire en disponibilité, militaire en retrait temporaire d'emploi). D'autres sont connues des mutualités (par ex., inscription en la qualité de MENA, bénéfice d'indemnités d'invalidité).

Les détails concernant l'établissement du bénéfice des avantages ou situations sont précisés dans une circulaire du Service du contrôle administratif.

## 3. Droit à l'intervention majorée octroyé automatiquement<sup>6</sup>

Le droit à l'intervention majorée est octroyé automatiquement sur la base du bénéfice effectif d'un avantage ou d'une situation dans laquelle se trouve un membre du ménage.

### 3.1. Avantages et situations visés<sup>7</sup>

Le bénéfice effectif d'un des avantages suivants permet l'octroi de l'intervention majorée sans que la mutualité ne contrôle les revenus du ménage :

- (1) le revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale
- (2) le secours octroyé par un CPAS et partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral
- (3) la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001
- (4) le revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1969 et la conservation du droit à la majoration de rente

5. Art. 6.

6. Chapitre 3.

7. Art. 8.



(5) les allocations aux personnes handicapées prévues dans la loi du 27 février 1987 (allocation de remplacement de revenus, allocation d'intégration et allocation d'aide aux personnes âgées), ainsi que les anciennes allocations prévues dans la loi du 27 juin 1969 si elles sont effectivement payées car plus avantageuses que les allocations de la loi du 27 février 1987 – ancienne allocation ordinaire, allocation spéciale, allocation complémentaire, allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées et allocation pour l'aide d'une tierce personne).

Les situations suivantes permettent également l'octroi de l'intervention majorée sans que la mutua-  
lité ne contrôle les revenus du ménage :

- (5) l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % dont est atteint un enfant
- (6) la qualité de titulaire MENA (mineur étranger non accompagné), visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 22°, de la loi SSI
- (7) la qualité de titulaire orphelin, au sens de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 20°, de la loi SSI.

### 3.2. Précisions

#### LE REVENU D'INTÉGRATION INSTITUÉ PAR LA LOI DU 26 MAI 2002 CONCERNANT LE DROIT À L'INTÉGRATION SOCIALE ET LE SECOURS OCTROYÉ PAR UN CPAS ET PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT PRIS EN CHARGE PAR L'ÉTAT FÉDÉRAL

- Le secours octroyé par un CPAS est une aide équivalente au revenu d'intégration, accordée par le CPAS aux personnes indigentes qui, en raison de leur nationalité ou de leur âge, n'ont pas droit au revenu d'intégration proprement dit
- le bénéficiaire doit avoir bénéficié de cet avantage pendant au moins trois mois complets ininterrompus.
- ! La possibilité de prendre en compte six mois de bénéfice de l'avantage sur une période de douze mois est supprimée.
- Le paiement d'un revenu d'intégration partiel entre en ligne de compte
- par contre, l'intéressé mis au travail sur la base de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale n'est pas un bénéficiaire du revenu d'intégration ou d'une aide équivalente.

#### L'INCAPACITÉ PHYSIQUE OU MENTALE D'AU MOINS 66 % DONT EST ATTEINT UN ENFANT

L'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.

Cette constatation repose sur les règles suivantes<sup>8</sup> :

1. pour tous les enfants, tant ceux qui relèvent de l'ancienne réglementation des allocations familiales majorées que ceux qui relèvent de la nouvelle, la constatation se fait sur la base des anciennes règles pour déterminer le pourcentage d'incapacité (règles mentionnées à l'art. 2 de l'A.R. du 03.05.1991 portant exécution des art. 47, 56<sup>septies</sup> et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'art. 96 de la loi du 29.12.1990 portant des dispositions sociales).

8. Art. 8, al. 2 et 3.

De cette manière, il est tenu compte de l'augmentation du pourcentage qui était appliqué sous l'ancienne réglementation dans le cas de certaines pathologies lourdes, y compris pour les enfants relevant de la nouvelle réglementation.

2. toutefois, pour les enfants relevant de la nouvelle réglementation, il n'est, par dérogation à la règle précitée, pas tenu compte de la "Liste des pathologies" de l'article 2 de l'arrêté royal du 3 mai 1991 mais bien de la "Liste des affections pédiatriques" de l'article 7 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56<sup>septies</sup> et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002.



#### L'INSCRIPTION EN LA QUALITÉ DE TITULAIRE ORPHELIN

Désormais, l'enfant orphelin bénéficie automatiquement du droit à l'intervention majorée. Il faut qu'il soit effectivement inscrit en qualité de titulaire visé à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 20°, de la loi SSI, ce qui suppose qu'il soit orphelin de père et de mère et bénéficie à ce titre d'allocations familiales majorées. Il doit s'agir d'un enfant de moins de 25 ans.

### 3.3. Mutualité gestionnaire et octroi automatique du droit<sup>9</sup>

La mutualité gestionnaire est celle du bénéficiaire de l'avantage ou de celui qui est dans la situation visée. Elle lui octroie d'initiative le droit sur la base des données en sa possession.

Si plusieurs membres du ménage bénéficient d'un avantage et/ou sont dans une situation visée, la mutualité gestionnaire est celle auprès de laquelle est affilié le membre qui bénéficie du droit à l'intervention majorée sur la base de l'avantage/la situation en premier lieu. En cas de simultanéité, c'est la mutuelle du bénéficiaire de l'avantage/la situation le plus âgé.



Exemple :

A et B sont mariés et inscrits auprès d'organismes assureurs différents. A obtient le RIS à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2020 : le droit à l'intervention majorée lui est octroyé à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Le droit est également octroyé à B. La mutualité de A est le gestionnaire. Mais au 16 décembre 2020, l'organisme assureur apprend que B bénéficie d'une allocation de personne handicapée permettant l'octroi de l'intervention majorée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020. De ce fait, c'est la mutualité de B qui devient le gestionnaire.

### 3.4. Ouverture du droit à l'intervention majorée

#### LE REVENU D'INTÉGRATION INSTITUÉ PAR LA LOI DU 26 MAI 2002 CONCERNANT LE DROIT À L'INTÉGRATION SOCIALE ET LE SECOURS OCTROYÉ PAR UN CPAS ET PARTIELLEMENT OU TOTALEMENT PRIS EN CHARGE PAR L'ÉTAT FÉDÉRAL<sup>10</sup>

Le droit à l'intervention majorée s'ouvre le jour qui suit la fin de la période de trois mois complets ininterrompus de bénéfice du RIS ou de l'aide équivalente, et ce jusque le 31 décembre de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit.



L'assuré doit avoir effectivement bénéficié de l'avantage durant trois mois complets (de date à veille de date) ; il ne doit pas nécessairement s'agir de mois civils.

9. Art. 9.

10. Art. 10.

### Exemples :

1. bénéfice ininterrompu du RIS du 30 novembre 2020 au 15 avril 2021 : les 3 mois courent du 30 novembre 2020 au 28 février 2021 (année non bissextile) : ouverture du droit à l'intervention majorée le 1<sup>er</sup> mars 2021
2. bénéfice ininterrompu du RIS du 31 janvier 2020 au 15 juin 2020 : les 3 mois courent du 31 janvier au 30 avril 2020 : ouverture du droit le 1<sup>er</sup> mai 2020.

 Il n'est donc plus tenu compte d'un bénéfice du RIS durant 6 mois sur une période de 12.

### LES AUTRES AVANTAGES<sup>11</sup>

Le droit à l'intervention majorée s'ouvre le jour du bénéfice effectif de l'avantage – le droit est donc octroyé rétroactivement au 1<sup>er</sup> jour de bénéfice effectif de l'avantage, et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit à l'intervention majorée.


### L'INCAPACITÉ PHYSIQUE OU MENTALE D'AU MOINS 66 % DONT EST ATTEINT UN ENFANT<sup>12</sup>

Le droit à l'intervention majorée s'ouvre à la date d'effet de la décision de reconnaissance du handicap de l'enfant, et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit à l'intervention majorée.

### QUALITE DE MENA OU D'ORPHELIN<sup>13</sup>

Le droit à l'intervention majorée s'ouvre à la date d'effet de l'inscription en la qualité de titulaire MENA ou orphelin, et ce, jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit à l'intervention majorée.

## 3.5. Prolongation du droit à l'intervention majorée<sup>14</sup>

 La période de référence pour la prolongation du droit change par rapport à l'A.R. du 1<sup>er</sup> avril 2007 : il s'agit de l'année civile qui précède celle de la prolongation du droit.

Ainsi, après la période d'ouverture du droit conformément au point 3.4., et sur base de quelque avantage ou situation que ce soit, le droit est chaque fois prolongé pour une année civile si, au cours de l'année civile précédente :

- soit le bénéficiaire a effectivement bénéficié du RIS (ou de l'aide équivalente) pendant trois mois complets ininterrompus
- soit le bénéficiaire a effectivement bénéficié d'un des autres avantages (à un moment donné de l'année de référence)
- soit la reconnaissance du handicap de l'enfant sort encore ses effets (à un moment donné de l'année de référence)

11. Art. 11.

12. Art. 12.

13. Art. 13.

14. Art. 15.

- soit le bénéficiaire est inscrit en la qualité de MENA ou d'orphelin (à un moment donné de l'année de référence).



#### Exemples :

1. bénéficiaire du RIS du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 28 février 2022  
Ouverture du droit : du 1<sup>er</sup> février 2021 au 31 décembre 2022  
Prolongation du droit en 2023 : non (en 2022 : seulement deux mois de RIS et pas d'autre avantage/situation)
2. bénéficiaire du RIS du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 28 février 2022 et du 1<sup>er</sup> décembre 2022 au 28 février 2023.  
Ouverture du droit : du 1<sup>er</sup> février 2021 au 31 décembre 2022  
Prolongation du droit en 2023 : non (en 2022 : trois mois de RIS, mais interrompus et pas d'autre avantage/situation)  
Réouverture du droit le 1<sup>er</sup> mars 2023
3. bénéficiaire d'une allocation de handicapé du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 1<sup>er</sup> février 2022  
Ouverture du droit : du 1<sup>er</sup> mars 2020 au 31 décembre 2021  
Prolongation du droit en 2022 : oui (en 2021 : a encore bénéficié de l'avantage)  
Prolongation du droit en 2023 : oui (en 2022 : a encore bénéficié de l'avantage)  
Prolongation du droit en 2024 : non (en 2023 : n'a plus bénéficié de l'avantage et pas d'autre avantage/situation)
4. le 20 avril 2021, reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 % d'un enfant du 14 décembre 2020 au 1<sup>er</sup> juillet 2026  
Ouverture du droit : du 14 décembre 2020 (date d'effet de la décision) au 31 décembre 2021  
Prolongation du droit jusqu'à fin 2027 : la reconnaissance prenant fin dans le courant de 2026, on peut prolonger le droit pour la dernière fois en 2027
5. inscription en qualité de MENA du 1<sup>er</sup> juillet 2020 au 25 juillet 2022  
Ouverture du droit : du 1<sup>er</sup> juillet 2020 au 31 décembre 2021  
Prolongation du droit jusqu'à fin 2023 : la qualité étant perdue dans le courant de 2022, on peut prolonger le droit pour la dernière fois en 2023.



si le MENA a 18 ans le 1<sup>er</sup> janvier X, on considère qu'il a encore la qualité durant l'année X et on prolonge son droit pour la dernière fois en X+1.

### 3.6. Octroi et retrait du droit aux autres membres du ménage<sup>15</sup>

- **Le droit à l'intervention majorée est octroyé :**
  - à celui qui bénéficie de l'avantage ("bénéficiaire principal")
  - à son conjoint non séparé de fait – non séparé de corps et de biens /cohabitant/cohabitant légal ("bénéficiaire dérivé")
  - à ses personnes à charge ("bénéficiaires dérivés")
  - aux personnes à charge de son conjoint ou cohabitant ou cohabitant légal ("bénéficiaires dérivés").

Ce ménage est le même que dans le cadre du droit après contrôle des revenus si le bénéficiaire de l'avantage est un titulaire.

15. Art. 14.

Si le bénéficiaire de l'avantage est inscrit comme *personne à charge*, son ménage est constitué de lui-même, de son conjoint/cohabitant et des personnes à charge du conjoint/cohabitant. Le titulaire à charge de qui le bénéficiaire de l'avantage est inscrit ne fait pas partie de son ménage et ne bénéficie pas de l'intervention majorée sur la base de l'avantage ou de la situation de sa personne à charge.

- **Un principe général est que les bénéficiaires dérivés ne peuvent pas bénéficier du droit à l'intervention majorée sur la base de l'avantage ou de la situation du bénéficiaire principal à un moment où le bénéficiaire principal n'en bénéficie pas lui-même.**

Toutefois, en cas de décès du bénéficiaire principal, le bénéficiaire dérivé bénéficie d'un maintien du droit ordinaire (voir ci-dessous).

Par contre, il est possible qu'un bénéficiaire dérivé ait encore un maintien de droit à l'intervention majorée alors qu'il devient conjoint/cohabitant ou personne à charge d'un autre titulaire qui, lui, n'en bénéficie pas.



Exemples :

1. A bénéficie d'un avantage lui permettant de bénéficier de l'intervention majorée à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2020. Sa personne à charge B en bénéficie également. Au 15 mars 2021, B devient personne à charge de C qui ne bénéficie pas de l'intervention majorée. B bénéficie d'un maintien de droit jusqu'au 30 septembre 2021 (voir ci-dessous).

Si le droit aux soins de santé du bénéficiaire principal ne peut pas être prolongé pour une année, cela n'empêche pas le bénéficiaire dérivé (s'il est lui-même titulaire et que son droit aux soins de santé peut quant à lui être prolongé) de bénéficier du droit à l'intervention majorée. Cette situation prend fin si l'inscription du bénéficiaire principal expire.

2. A bénéficie du RIS pendant trois mois et bénéficie de l'intervention majorée au 20 novembre 2014 et jusqu'au 31 décembre 2015. Son cohabitant (lui-même titulaire) en bénéficie également (droit dérivé). Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, les droits en assurance soins de santé du bénéficiaire principal ne peuvent pas être prolongés, mais bien ceux de son cohabitant. Le cohabitant continue à bénéficier du droit à l'intervention majorée.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016 : les droits en assurance soins de santé du bénéficiaire principal ne peuvent toujours pas être prolongés, mais bien ceux de son cohabitant : il bénéficie du droit à l'intervention majorée si, durant 2015, le bénéficiaire principal a bénéficié du RIS durant 3 mois (ou autres avantages/situations visés dans l'arrêté). Si la situation d'assurabilité du bénéficiaire principal est régularisée, il bénéficiera lui-même du droit à l'intervention majorée dans les mêmes conditions.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2017 : l'inscription du bénéficiaire principal prend fin et avec elle, tous les droits. Le cohabitant perd son droit à l'intervention majorée. En tant que bénéficiaire dérivé, il ne bénéficiera à nouveau du droit à l'intervention majorée que si et quand le bénéficiaire principal en bénéficiera lui-même à nouveau.

- **Le droit est étendu au bénéficiaire dérivé, même si celui-ci arrive dans le ménage à un moment où l'avantage est perdu (peut-être est-il perdu du fait même de cette arrivée), tant que le droit à l'intervention majorée existe.**

## OCTROI DU DROIT AU CONJOINT

- **Le droit est octroyé au conjoint (non séparé de fait – non séparé de corps et de biens) au plus tôt à partir du mariage**

**>** Exemple :  
A se marie le 13 juillet 2020 et bénéficie du RIS à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020 ; le 1<sup>er</sup> décembre 2020, il bénéficie de l'IM. À partir de cette même date (et non à partir du 13.07.2020), son conjoint bénéficie aussi de l'IM.

- **Il est retiré au plus tard le dernier jour du 2<sup>e</sup> trimestre qui suit celui au cours duquel le divorce ou la séparation de corps et de biens est prononcé, ou au cours duquel intervient la séparation de fait. Le maintien de droit commence à courir le lendemain du jour où le divorce est prononcé ou le lendemain du jour où intervient la séparation de fait.**

C'est la première de ces deux dates (dans le temps) qui est prise en compte : le droit n'est maintenu jusqu'au prononcé du divorce ou de la séparation de corps et de biens que si les époux ne sont pas séparés de fait à une date antérieure. Autrement dit, c'est toujours la période de maintien de droit la plus courte qui sera d'application.

**>** Exemple :  
A (bénéficiaire de l'avantage) et B se séparent (de fait) le 30 septembre 2022 et leur divorce est prononcé le 15 juin 2023. B bénéficie de l'intervention majorée jusqu'au 30 juin 2023 à condition qu'A bénéficie toujours lui-même du droit à cette date. Si le droit de A n'a pas pu être prolongé en 2023, celui de B non plus et le droit a pris fin pour les deux au 31 décembre 2022.

- **Toutefois, si les conjoints sont séparés de fait ou séparés de corps et que l'un est resté à la charge de l'autre (dans les conditions de l'art. 123, 1, de l'A.R. du 03.07.1996), il reste bénéficiaire dérivé tant qu'il reste personne à charge.**

**>** Exemple :  
A est titulaire, B conjoint séparé resté inscrit à charge de A. A a un cohabitant titulaire C, B également (D).

- Si A bénéficie de l'IM sur la base d'un avantage, le droit est octroyé à son cohabitant C (sur la base d'une déclaration sur l'honneur, voir ci-dessous) et à sa personne à charge B
- Si B bénéficie de l'IM sur la base d'un avantage, le droit est octroyé à son cohabitant D (sur la base d'une déclaration sur l'honneur, voir ci-dessous)
- Si C bénéficie de l'IM sur la base d'un avantage, le droit est octroyé à A et B
- Si D bénéficie de l'IM sur la base d'un avantage, le droit est octroyé à B.

## OCTROI DU DROIT AU COHABITANT

- **Le cohabitant est celui avec qui le bénéficiaire cohabite, sur la base des données du Registre national des personnes physiques, à l'exclusion du parent ou allié jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus, et avec qui il forme un ménage de fait. Cette situation est établie par une déclaration sur l'honneur (annexe 1 de l'arrêté).**

Les enfants de moins de 18 ans ne sont pas censés avoir de cohabitant.

Une personne ne peut pas avoir de cohabitant si elle réside à la même adresse que son conjoint.

La notion de cohabitant dans l'intervention majorée est différente de la notion de cohabitant personne à charge. Cette dernière ne vise pas toujours la personne avec laquelle le titulaire forme un ménage de fait. Le fait qu'un titulaire ait un cohabitant à charge n'exclut donc pas qu'il ait un cohabitant au sens de l'intervention majorée.

- **Le droit est octroyé au cohabitant au plus tôt à partir du jour de la remise à la mutualité de cette déclaration.**

Si la cohabitation est postérieure à l'ouverture du droit à l'intervention majorée pour le bénéficiaire principal, le droit est toutefois octroyé au cohabitant rétroactivement au plus tôt à la date de la cohabitation si la déclaration sur l'honneur est remise à la mutualité dans les trois mois de cette date.

Si la cohabitation est antérieure à l'ouverture du droit à l'intervention majorée pour le bénéficiaire principal, le droit est toutefois octroyé au cohabitant rétroactivement au plus tôt à la date de l'ouverture du droit pour le bénéficiaire principal, si la déclaration sur l'honneur est remise à la mutualité dans les trois mois de l'ouverture du droit.



Exemple :

A bénéficie du RIS à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020 ; le 1<sup>er</sup> décembre 2020, il bénéficie de l'IM

1. Il cohabite avec C depuis le 15 avril 2020 : C bénéficie également de l'IM à partir du 1<sup>er</sup> décembre si la déclaration est remise à la mutualité avant le 1<sup>er</sup> mars 2021.
2. Il cohabite avec C à partir du 15 octobre 2020 : C bénéficie également de l'IM à partir du 1<sup>er</sup> décembre si la déclaration est remise à la mutualité avant le 1<sup>er</sup> mars 2021.
3. Il cohabite avec C à partir du 20 mai 2021 : C bénéficie de l'IM à partir du 20 mai 2021 si la déclaration est remise à la mutualité avant le 20 août 2021.

Lorsque l'avantage sur lequel repose le droit à l'intervention majorée est octroyé de manière rétroactive, avec pour conséquence également un octroi rétroactif de l'intervention majorée, le droit est octroyé au cohabitant rétroactivement au plus tôt à la date de l'ouverture du droit pour le bénéficiaire principal et au plus tôt à la date de la cohabitation, si la déclaration sur l'honneur est remise à la mutualité dans les trois mois de la communication de la décision d'octroi de l'avantage.





Exemple :

A bénéficie d'une allocation d'intégration à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020 ; la décision est communiquée le 14 février 2021. A bénéficie donc de l'intervention majorée à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020

- Il cohabite avec C depuis le 15 avril 2020. C bénéficiera de l'intervention majorée à la même date que A, soit le 1<sup>er</sup> septembre 2020, si la déclaration "cohabitant" est remise à la mutualité avant le 14 mai 2021
- Il cohabite avec C depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2020. C bénéficiera de l'intervention majorée à la date de la cohabitation, soit le 1<sup>er</sup> novembre 2020, si la déclaration "cohabitant" est remise à la mutualité avant le 14 mai 2021.

- **Le droit est retiré au plus tard le dernier jour du 2<sup>e</sup> trimestre qui suit celui au cours duquel la cohabitation a pris fin. Le maintien de droit commence à courir le lendemain du jour où la cohabitation a pris fin.**

 Exemple :  
C bénéficie de l'intervention majorée comme cohabitant de A. La cohabitation cesse le 31 mars 2022 (date de la modification du Registre national). Il bénéficie d'un maintien de droit jusqu'au 31 décembre 2022.

 La déclaration sur l'honneur de l'annexe 1 doit être remplie, même si les titulaires ont des enfants communs et même s'il s'agit d'ex-conjoints ou d'ex-cohabitants légaux.


Si les intéressés ont déclaré être cohabitants pour le secteur des indemnités, au sens de l'article 225, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, ils sont également considérés comme cohabitants dans le cadre de l'intervention majorée.

#### OCTROI DU DROIT AU COHABITANT LÉGAL

- **Le cohabitant légal est toujours considéré comme un cohabitant sauf s'il est mis fin à la cohabitation**
- **Le droit lui est octroyé au plus tôt à la date à laquelle la déclaration de cohabitation légale est actée dans les registres de la population**
- **Il est retiré au plus tard le dernier jour du 2<sup>e</sup> trimestre qui suit celui au cours duquel intervient la fin de la cohabitation légale ou au cours duquel la cohabitation prend fin selon les données du Registre national des personnes physiques. Le maintien de droit commence à courir le lendemain du jour où intervient la fin de la cohabitation légale ou le lendemain du jour où la cohabitation prend fin selon les données du Registre national**

Comme pour les conjoints (voir ci-dessus), c'est la période de maintien de droit la plus courte qui s'applique.

Si la cohabitation légale a pris fin, il est mis fin au droit même si la cohabitation elle-même est maintenue. On ne peut pas présumer que les anciens cohabitants légaux sont des cohabitants formant un ménage de fait : pour être considérés comme cohabitants, ils doivent remplir la déclaration sur l'honneur de l'annexe 1.

 Exemple :  
A bénéficie du RIS. Il cohabite avec B depuis le 15 août 2007. Ils n'ont pas souscrit de déclaration sur l'honneur "cohabitant" (annexe 1). Ils font une déclaration de cohabitation légale qui est actée dans les registres de la population le 24 juin 2020 : B bénéficie du droit dérivé à partir du 24 juin 2020.

#### OCTROI DU DROIT AUX PERSONNES À CHARGE

- **Le droit est également octroyé à la personne à charge du bénéficiaire ou de son conjoint ou cohabitant au plus tôt à la date d'effet de l'inscription comme personne à charge (mais, voir ci-dessus, jamais avant l'ouverture du droit pour le bénéficiaire de l'avantage lui-même)**
- **Il est retiré au plus tard le dernier jour du 2<sup>e</sup> trimestre qui suit celui au cours duquel la qualité de personne à charge est perdue. Le maintien de droit commence à courir le lendemain du jour où la qualité est perdue**





Exemple :

A et son enfant à charge B bénéficient de l'intervention majorée. B a 25 ans le 31 mars 2020 et ne peut plus être inscrit comme personne à charge. Il bénéficie d'un maintien de droit jusqu'au 31 décembre 2020.

Si la PAC devient titulaire mais est cohabitant, elle doit souscrire la déclaration "cohabitant" avant la fin de la période de maintien de droit.

Si le bénéficiaire de l'avantage est PAC de son cohabitant et qu'il devient titulaire, la situation ne doit pas être revue :



Exemple :

A est inscrit comme cohabitant à charge de B et bénéficie d'un avantage permettant l'octroi automatique de l'intervention majorée. B bénéficie dès lors également de l'intervention majorée. A commence à travailler et s'inscrit comme titulaire. Si A étend le droit à B quand il est PAC, c'est parce que B est son cohabitant au sens de l'intervention majorée (il y a dû avoir une déclaration sur l'honneur "cohabitant") et non parce qu'il est son titulaire (dans le droit automatique, le titulaire de la PAC qui bénéficie de l'avantage permettant d'octroyer l'intervention majorée ne bénéficie pas en tant que tel du droit dérivé). Si A devient titulaire, cela ne modifie pas la qualité de cohabitant de B.

## 4. Droit à l'intervention majorée octroyé après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité<sup>16</sup>

### 4.1. Quelques modifications importantes



La qualité en laquelle l'assuré est inscrit auprès de sa mutualité n'est plus déterminante pour l'octroi de l'intervention majorée. L'octroi du droit repose exclusivement sur les revenus modestes de manière stable (voir ci-dessous, pt 4.3). Si, au moment de la demande d'intervention majorée, un "indicateur" existe parce que l'assuré social remplit toutes les conditions permettant une inscription en une certaine qualité et que, par la suite, ce n'est plus le cas, ce fait n'implique pas en soi que le droit octroyé doit être retiré : en principe, cet élément n'a aucune répercussion sur le droit (sous réserve de ce qui sera dit ultérieurement pour le contrôle intermédiaire, voir ci-dessous, pt 4.12).

Un mécanisme de détection des ménages qui pourraient bénéficier de revenus modestes est mis en place (voir ci-dessous, pt 4.4).

Des dispositions particulières sont introduites en ce qui concerne la composition du ménage lorsque le demandeur est une personne à charge ou un enfant titulaire ; par contre, il n'y a plus de disposition particulière pour les conjoints en maison de repos (voir ci-dessous, pt 4.5).

L'assuré doit désormais déclarer de quel(s) type(s) de revenus il dispose et fournir les documents justificatifs s'y rapportant ; la mutualité est chargée de calculer ces revenus.

16. Chapitre 4.

17. Art. 29.

18. Art. 17.

## 4.2. Organisme assureur gestionnaire

C'est la mutualité du demandeur, c'est-à-dire celui qui introduit la demande d'intervention majorée<sup>17</sup> (voir ci-dessous, pt 4.8), qui gère le dossier du ménage (voir ci-dessus, pt 2.1).

## 4.3. Période de référence et indicateurs

Le principe est que le ménage doit avoir bénéficié de revenus modestes durant l'année civile précédant celle au cours de laquelle la demande de bénéfice de l'intervention majorée est introduite (= période de référence)<sup>18</sup>.

Par exception, lorsqu'un membre du ménage est dans une situation telle que la stabilité des revenus modestes peut être (plus ou moins) présumée ("on parlera ci-dessous d'indicateur"), la période de référence est nulle.

La période de référence est déterminée au moment de l'introduction de la demande d'intervention majorée (voir ci-dessous, pt 4.8).

Si l'indicateur, présent au moment de l'introduction de la demande, ne l'est plus au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur, cela reste sans incidence sur la période de référence applicable, mais le fait que les revenus ont ou non augmenté devra faire l'objet d'une attention particulière (voir ci-dessous, pt 4.9) et le contrôle intermédiaire (voir ci-dessous, pt 4.12) devra peut-être être effectué (si la situation est inchangée).

### PAS DE PÉRIODE DE RÉFÉRENCE<sup>19</sup>

La période de référence n'est pas d'application pour les ménages dont un membre est :

- **pensionné** ; il suffit qu'il remplisse les conditions pour être inscrit en la qualité de titulaire pensionné visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 7° à 12°, de la loi SSI  
le bénéficiaire d'une pension de survie n'est pas visé
- **bénéficiaire d'indemnités d'invalidité et les catégories y assimilées** :
  - fonctionnaire mis en disponibilité pour cause de maladie ou infirmité lorsque cette période atteint un an (la période d'incapacité qui la précède éventuellement est également prise en compte pour le délai d'un an)
  - militaire en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé lorsque cette période atteint un an (la période d'incapacité qui précède éventuellement ce retrait est prise en compte pour la détermination de la période d'un an).

Sont également visés les assurés suivants qui ne bénéficient pas effectivement d'indemnités d'invalidité :

- les titulaires qui ne bénéficient pas d'indemnités d'invalidité en raison de l'application de l'article 136, § 2, de la loi SSI, car ils bénéficient d'une indemnité dans le cadre des accidents du travail ou des maladies professionnelles
- les titulaires qui sont incapables de travailler depuis un an mais ne bénéficient pas d'indemnités d'invalidité en raison du fait qu'ils n'ont pas eu suffisamment de jours de travail durant la période de stage.

19. Art. 18.



- les périodes de suspension de la période d'invalidité, visées à l'article 93, alinéa 3, de la loi SSI (= périodes de protection de la maternité), sont assimilées à une période durant laquelle des indemnités d'invalidité sont octroyées
- l'assuré dont le paiement des indemnités d'invalidité est suspendu à titre de sanction (non-présentation au contrôle par ex.) n'est *pas* assimilé au bénéficiaire d'indemnités d'invalidité et ne se voit pas appliquer une période de référence réduite
- l'assuré qui ne bénéficie pas d'indemnités d'invalidité en raison d'une autre règle de cumul (indemnités de préavis, bénéficiaire d'un pécule de vacances...) n'est *pas* assimilé et ne se voit pas appliquer une période de référence réduite.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants, sont visés tant :

- ceux qui sont reconnus incapables de travailler et bénéficient d'indemnités d'invalidité
- que ceux qui, bénéficiant d'indemnités d'invalidité, ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et, en cette qualité, maintiennent leurs droits en application de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, depuis au moins 4 trimestres ; en d'autres termes, ils ont obtenu l'assimilation pour la pension depuis au moins 4 trimestres.
- **en incapacité de travail ou chômeur en chômage contrôlé (au sens de la réglementation assurance soins de santé) à condition qu'il soit de manière ininterrompue depuis un an au moins, ou en incapacité de travail, ou en chômage complet (au sens de la réglementation chômage)**



Les périodes d'incapacité de travail et de chômage complet sont donc additionnées pour déterminer si la durée d'un an est atteinte. Il suffit qu'au moment de la demande, l'assuré soit, soit en incapacité de travail, soit chômeur complet, et que la durée d'un an soit atteinte.



Exemples :

1. 7 mois chômage + 2 mois d'incapacité de travail + 3 mois chômage -> la durée d'un an est atteinte
2. 5 mois chômage + 7 mois d'incapacité de travail -> la durée d'un an est atteinte
3. 5 mois d'incapacité de travail + 7 mois chômage -> la durée d'un an est atteinte



Par contre, les périodes de reprise du travail mettent fin au calcul de la période d'un an : si le chômeur reprend le travail, quelle que soit la durée, il ne bénéficie plus de l'indicateur et s'il redevient chômeur contrôlé, c'est un nouveau délai qui commence à courir.



Exemple :

5 mois chômage + 5 jours de travail + 7 mois chômage -> la durée d'un an n'est pas atteinte car on recommence à compter à 0 après la reprise du travail.

Le travailleur à temps partiel avec maintien des droits (art. 29, § 2, A.R. 25.11.1991 portant réglementation du chômage) est considéré comme un chômeur complet pour les heures pendant lesquelles il ne travaille pas habituellement. Tant qu'il est dans ce système, il est un chômeur complet et il n'est pas tenu compte des journées de travail (il ne s'agit pas d'une reprise de travail).

20. Au sens de l'A.R. du 15.07.2002 portant exécution du chapitre IIIbis du Titre III de la loi SSI (maximum à facturer), art. 9 : bénéficiaire ayant sa résidence principale en maison de repos pour personnes âgées, en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques, en habitation protégée, en hôpital psychiatrique, en centre de défense sociale ou en prison, ou dans une communauté religieuse.

- **titulaire handicapé** : il suffit qu'il remplisse les conditions pour être inscrit en qualité de titulaire handicapé visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, de la loi SSI.



Si cette personne est au bénéfice d'une allocation de handicapé, elle aura droit à l'intervention majorée sur la base de l'avantage (droit automatique, voir ci-dessus, pt 3.1)

- **veuf ou veuve** : personne dont le conjoint est décédé et qui n'a pas contracté de nouveau mariage ni fait de déclaration de cohabitation légale  
La personne veuve qui s'est remariée et a ensuite divorcé n'est plus considérée comme veuve.

La personne veuve qui a un cohabitant (elle souscrit une déclaration sur l'honneur relative aux revenus mentionnant un cohabitant) ne peut pas être considérée comme veuve.

- **titulaire d'une famille monoparentale**, c'est-à-dire un titulaire cohabitant uniquement avec un ou des enfants inscrits à sa charge, selon les données du Registre national.

En tant qu'indicateur, la famille monoparentale est constituée d'un titulaire cohabitant uniquement avec un ou des enfants inscrits à sa charge, selon les données du Registre national. Pour la composition du ménage, il est toutefois tenu également compte des enfants à la charge du titulaire qui ne cohabiteraient pas avec lui.

Lorsque le titulaire et ses personnes à charge résident dans une communauté<sup>20</sup>, on peut considérer qu'ils constituent une famille monoparentale, si aucun conjoint ou cohabitant n'est inscrit à la même adresse.

La qualité de famille monoparentale sera établie dans ce cas sur la base d'une déclaration sur l'honneur relative à la composition du ménage.

Lorsque le titulaire est :

- un bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé résidant à l'étranger qui, en application d'un Règlement de l'Union européenne ou d'une convention relative à la sécurité sociale, conclue entre la Belgique et un ou plusieurs États, a, dans le pays de résidence et durant son séjour temporaire en Belgique, droit aux prestations de santé pour le compte de l'assurance obligatoire soins de santé
- ou une personne qui est dispensée d'inscription dans le Registre national en application de l'article 19 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers,

la composition du ménage est établie sur la base d'une déclaration sur l'honneur qui mentionne l'identification des personnes qui habitent avec lui sous le même toit.

Pour déterminer si l'indicateur est présent, on se place au moment de la demande. Si à cette date, un titulaire cohabite avec un enfant à sa charge, l'indicateur est présent, même si, entre la date de la demande et la déclaration sur l'honneur, l'enfant commence à travailler et devient titulaire. Il en va de même si l'enfant a commencé à travailler avant la demande mais qu'il n'est pas encore inscrit comme titulaire. La situation est figée à la date de la demande, même si, ultérieurement, on constate que l'enfant à charge devait être inscrit comme titulaire avant la demande.

#### 4.4. Organisation d'un flux permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels<sup>21</sup>

Le but de ce flux (dit "flux proactif") est que la mutualité détecte les ménages qui pourraient être dans les conditions de revenus pour bénéficier de l'intervention majorée afin qu'elle les contacte pour les inviter à introduire une demande à cette fin. Cette détection se fait via un flux organisé avec l'administration fiscale, similaire à celui qui existe pour le contrôle systématique.

##### QUELS MÉNAGES DOIVENT ÊTRE COMMUNIQUÉS ?

La mutualité doit composer le ménage au sens du point 4.5 ci-dessous. C'est la mutualité auprès de laquelle est inscrit le titulaire le plus âgé qui est le gestionnaire du dossier pour le flux proactif.

La composition du ménage ne peut se faire avec certitude qu'en ce qui concerne les personnes à charge et le conjoint ou cohabitant légal d'un titulaire.

Les ménages composés d'un titulaire, et/ou son conjoint ou cohabitant légal, et/ou leurs personnes à charge, sont communiqués dans le cadre du flux proactif si au moins un de leurs membres ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (sous réserve des exclusions ci-dessous).

Pour les autres cas, la mutualité part des données du registre national. Si deux titulaires qui ne sont ni conjoints ni cohabitants légaux, ni parents ni alliés jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus, ont la même résidence principale, ils sont considérés comme un ménage, avec leurs personnes à charge, et communiqués pour le flux proactif si l'un des membres du ménage au moins ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (sous réserve des exclusions ci-dessous).

S'il y a plus de deux titulaires qui ne sont ni conjoints ni cohabitants légaux, ni parents ni alliés jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus, et qui ont la même résidence principale, ils sont considérés comme autant de ménages distincts, avec leurs personnes à charge le cas échéant, et sont communiqués pour le flux proactif si l'un des membres du ménage au moins ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (sous réserve des exclusions ci-dessous).

##### EXCLUSIONS

Tous les ménages visés ci-dessus ne doivent toutefois pas être transmis dans le cadre du flux proactif. En effet, la mutualité dispose de données qui permettent de présumer qu'un ménage ne répond pas aux conditions de revenus pour bénéficier de l'intervention majorée.

Ne doivent par conséquent pas être transmis dans le cadre du flux proactif les ménages qui se trouvent dans une des situations suivantes :

1. un membre du ménage n'a pas donné suite à une invitation formulée par la mutualité à introduire une demande de bénéfice de l'intervention majorée au cours d'une des 4 années précédentes
2. le ménage a perdu le droit à l'intervention majorée suite à un contrôle systématique au cours d'une des 4 années précédentes

22. Art. 47.

23. Art. 25 et 26.

24. La notion de cohabitant est la même que dans le cadre du droit automatique, voir 3.6.

3. les bons de cotisation, ou d'autres éléments en possession de la mutualité, révèlent qu'un ou plusieurs membres du ménage ont des revenus professionnels supérieurs au plafond applicable pour un ménage composé de deux titulaires et deux personnes à charge (donc pour un ménage de 4 personnes)
4. un membre du ménage est inscrit en la qualité de titulaire résident et est redevable d'une des deux cotisations les plus élevées pour le dernier trimestre de l'année qui précède celle du flux proactif ou pour la 2<sup>e</sup> année qui précède celle du flux proactif
5. un des membres du ménage a introduit au cours d'une des 4 années précédentes une demande de bénéfice de l'intervention majorée qui a démontré que ce ménage ne satisfaisait pas aux conditions de revenus.

Les détails concernant le flux sont précisés dans une circulaire du Service du contrôle administratif.



Pour la première fois, l'exécution de ce flux peut être répartie sur les années 2015 et 2016 (pour les modalités, voir circ. du Service du contrôle administratif).

Les informations doivent être transmises par les organismes assureurs au plus tard le 31 mars 2017.<sup>22</sup>

#### 4.5. Notion de ménage<sup>23</sup>

- **La composition du ménage est déterminée au moment de l'introduction de la demande d'intervention majorée (voir 4.8)**

Le ménage pris en considération est composé :

- du titulaire demandeur
- de son conjoint, non séparé de fait ou non séparé de corps et de biens
- ou de son cohabitant<sup>24</sup>
- et de leurs personnes à charge.

Si le demandeur est une personne à charge, le ménage est composé :

- du demandeur
- du titulaire à charge de qui il est inscrit
- du conjoint, non séparé de fait ou non séparé de corps et de biens, du titulaire
- ou du cohabitant du titulaire
- et des personnes à charge du titulaire à charge de qui il est inscrit ainsi que des personnes à charge du conjoint ou cohabitant susvisé de ce titulaire.

Le ménage est donc reconstitué autour du titulaire et est identique, que le demandeur soit le titulaire ou la personne à charge.

- **Si un bénéficiaire est à la fois personne à charge d'un titulaire et conjoint ou cohabitant d'un autre titulaire, la primauté est donnée à la qualité de personne à charge : il fera exclusivement partie du ménage de son titulaire, et non du ménage de son conjoint/cohabitant. En d'autres termes, le conjoint/cohabitant ne fait pas partie du ménage du demandeur s'il est inscrit à charge d'un autre titulaire**

**>** Exemples :

1. A est personne à charge de sa mère B, il vit avec son cohabitant C qui est titulaire : il y a deux ménages : AB et C, quel que soit le demandeur
2. A est titulaire, B conjoint séparé resté inscrit à charge de A. A a un cohabitant titulaire C, B également (D). Il y a deux ménages : ABC et D, quel que soit le demandeur.

**Remarques en ce qui concerne le cohabitant**

On ne peut pas considérer d'office que des personnes qui mettent fin au mariage ou à la cohabitation légale mais continuent à cohabiter, sont des cohabitants pour l'intervention majorée, même s'ils ont des enfants communs.

Si les intéressés ont déclaré être cohabitants pour le secteur des indemnités, au sens de l'article 225, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, de l'arrêté royal 3 juillet 1996, ils sont également considérés comme cohabitants dans le cadre de l'intervention majorée.

- **Si le demandeur est un enfant inscrit comme titulaire mais qui satisfait aux conditions pour être inscrit comme enfant à charge et qu'il cohabite avec ses parents, ou l'un d'eux, le ménage est composé :**
  - de cet enfant
  - du ou des parents avec qui il cohabite
  - du conjoint, non séparé de fait ou non séparé de corps et de biens, de ce parent
  - ou du cohabitant de ce parent
  - et des personnes à charge du ou des parents et/ou cohabitant du parent.

Autrement dit, son ménage sera le même que s'il était inscrit comme personne à charge.

Cette disposition ne s'applique pas si l'enfant ne remplit pas les conditions pour être inscrit à charge d'un parent : c'est le cas s'il a une qualité de titulaire qui peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle.

**>** Exemples :

1. A a moins de 25 ans et vit avec son parent B. Il est inscrit comme titulaire résident. S'il introduit une demande d'intervention majorée, B fait partie de son ménage. Si B introduit une demande d'intervention majorée, A ne fait pas partie de son ménage
2. A a moins de 25 ans et vit avec son parent B. Il est inscrit comme titulaire chômeur : il ne pourrait pas être inscrit à charge de son parent, il constitue un ménage distinct.

Les enfants inscrits comme titulaire handicapé et comme titulaire résident (sans paiement d'une cotisation) sont donc visés par cette disposition particulière de composition du ménage car la réglementation leur permet de rester à charge alors qu'ils ont une qualité de titulaire pouvant prétendre aux prestations sans paiement d'une cotisation personnelle<sup>25</sup>.


La disposition ne s'applique pas si l'enfant est un travailleur salarié pour lequel la valeur du bon de cotisation est insuffisante : il a le choix de rester personne à charge, mais s'il s'inscrit comme titulaire, il doit payer un complément de cotisation. Dans ce cas, il constitue un ménage distinct dans le cadre de l'intervention majorée.

25. Cf. art. 124, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> al., A.R. du 03.07.1996

Il en va de même pour l'enfant inscrit en qualité de titulaire étudiant, qui paie la cotisation y afférente : il constitue un ménage distinct.

Cette disposition ne s'applique que si l'enfant est le demandeur. Si le demandeur est un parent, le ménage est composé selon les règles habituelles. Le but est en effet d'éviter que des enfants soient inscrits comme titulaires pour constituer un ménage distinct dans le seul but d'obtenir l'intervention majorée.

Cette disposition ne s'applique pas si l'enfant a lui-même une personne à charge ni si l'enfant a un conjoint ou cohabitant.

 Exemples :

A a moins de 25 ans et vit avec son parent B et son cohabitant C. Il est inscrit comme titulaire résident.


A introduit une demande d'intervention majorée : le ménage est composé de A et son cohabitant C (que ce dernier soit titulaire ou PAC de A).

B introduit la demande : le ménage est composé de B.

C introduit la demande : le ménage est composé de A et C.

- En ce qui concerne les conjoints en maison de repos, il n'y a plus de disposition particulière et cette situation n'est plus assimilée à une séparation de fait. Le ménage est donc composé selon la règle générale : qu'ils soient tous deux titulaires, ou que l'un soit inscrit à charge de l'autre, et quel que soit celui qui demande l'intervention majorée, ils constituent un seul ménage**

Ceci ne signifie pas que l'on ne peut jamais considérer qu'il y a séparation de fait dans cette situation.

 Exemple :

B, titulaire, conjoint de A, titulaire, réside en maison de repos. A déclare avoir un cohabitant C : il exprime ainsi son intention de se considérer comme séparé de fait de B et on a deux ménages : AC et B.

Si par contre, B est resté inscrit à charge de A, il y a un seul ménage (voir ci-dessus).

#### 4.6. Plafond pris en considération (période)

Période de référence	Plafond
Pas de période de référence	Plafond du mois dont les revenus sont pris en compte
Un an	Moyenne arithmétique des 12 plafonds mensuels de cette année

#### 4.7. Revenus pris en considération (période)<sup>26</sup>

C'est au moment de la demande d'intervention majorée (voir ci-dessous, pt 4.8) que sont déterminés la période de référence et les revenus pris en compte :

- lorsqu'il n'y a pas de période de référence, ce sont les revenus du mois qui précède celui de l'introduction de la demande

26. Art. 28.

27. Art. 29 à 32.



- toutefois, lorsque la demande est introduite durant le mois au cours duquel est née la situation permettant de ne pas appliquer de période de référence (l'“indicateur”), ce sont les revenus de ce mois qui sont pris en considération (par ex., un pensionné demande le bénéfice de l'intervention majorée dès qu'il devient pensionné)
- si la période de référence est l'année civile précédente, ce sont les revenus de cette année.

Période de référence	Revenus déclarés
Pas de période de référence	Revenus du mois qui précède celui de l'introduction de la demande Revenus du mois en cours si la demande est introduite durant le mois au cours duquel est né l'indicateur
1 an	Revenus de cette année

## 4.8. Déclaration sur l'honneur<sup>27</sup>

### DEMANDE ET SIGNATURE

La date de référence est la date de la demande d'intervention majorée, c'est-à-dire le moment où l'assuré vient demander le formulaire de la déclaration sur l'honneur. La mutualité gestionnaire est celle qui reçoit cette demande.

Cette date est indiquée sur la déclaration, accompagnée de la signature du demandeur. Le demandeur doit donc apposer sa signature, d'une part, en regard de la date de la demande, et, d'autre part, sous sa déclaration sur l'honneur.

Cette date est celle qui est prise en compte :

- pour la composition du ménage
- pour la détermination de la période de référence et des revenus pris en compte.

À partir de la date de la demande, les membres du ménage disposent d'un délai de deux mois (de date à veille de date ; si ce n'est pas un jour ouvrable, on retient le premier jour ouvrable qui suit<sup>28</sup>) ; si pour compléter la déclaration sur l'honneur relative aux revenus, la dater et signer et la remettre à la mutualité accompagnée de tous les documents probants. Passé ce délai (la déclaration sur l'honneur n'est pas signée dans ce délai, ou elle n'est pas accompagnée de tous les documents probants), la demande est caduque. Cela suppose donc l'enregistrement de cette donnée par la mutualité.

### DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Dans la déclaration sur l'honneur, chaque membre du ménage (ou son représentant) indique, par type de revenus, s'il en dispose ou en a disposé durant la période de référence. Il ne mentionne donc pas le montant de ces revenus. C'est la mutualité gestionnaire qui détermine quels revenus doivent être pris en considération et en détermine le montant.

Si le ménage comprend des enfants mineurs, une seule signature du représentant est suffisante pour tous les enfants et si le représentant est lui-même membre du ménage, sa seule signature suffit pour lui et pour les enfants.

La signature de la déclaration sur l'honneur est considérée comme une formalité substantielle : si une signature fait défaut, la déclaration sur l'honneur est nulle et le droit à l'intervention majorée ne peut pas être octroyé.

28. Par ex. : demande le 30 janvier -> déclaration sur l'honneur au plus tard le 29 mars (si le 29 mars est un dimanche -> le 30 mars).

29. Art. 32.

30. Voir ci-dessous, pt 4.9.

## DOCUMENTS À JOINDRE

Sont joints à la déclaration sur l'honneur relative aux revenus, pour chaque membre du ménage :

- l'avertissement-extrait de rôle le plus récent ; ce document permet à la mutualité de se rendre compte s'il y a des risques que certains revenus soient dissimulés. Ceci étant, un revenu peut ne plus exister (ex. : vente d'un immeuble)
- tous documents probants afférents aux revenus pris en considération (en fonction de la période de référence). L'assuré social n'étant pas nécessairement informé des revenus pris en considération devra être correctement informé sur ce point par la mutualité.

Une brochure explicative quant aux revenus et aux documents probants est prévue par une autre circulaire du Service des soins de santé.

## DÉCLARATION RELATIVE AUX REVENUS ACTUELS<sup>29</sup>

En signant la déclaration sur l'honneur, les membres doivent également déclarer que leurs revenus pris en considération n'ont pas subi d'augmentation (autre que celle résultant d'une indexation ou d'une adaptation barémique), au moment de cette signature, et ce dans tous les cas<sup>30</sup>.

### 4.9. Vérifications auxquelles la mutualité gestionnaire doit procéder

La mutualité gestionnaire détermine quels sont les revenus à prendre en compte sur la base des documents fournis par le ménage et des autres données en sa possession et en établit le montant total.

Lors de l'examen de la demande d'intervention majorée, la mutualité tient compte de toute information utile en sa possession.

Elle vérifie au moins les points suivants :

1. Contrôle de l'existence d'un "indicateur" permettant la suppression de la période de référence
  2. Contrôle de la composition du ménage
  3. Fixation du plafond de revenus
  4. Contrôle de la déclaration sur l'honneur : elle doit être complétée, datée et signée par tous les membres du ménage (sous réserve de ce qui est dit plus haut pour les enfants mineurs)
  5. Contrôle des revenus déclarés :
- en ce qui concerne le statut de l'assuré social : est-il employé ou ouvrier ? S'il est ouvrier, par exemple, le pécule de vacances non versé par l'employeur fait l'objet d'un document séparé.
  - si les membres du ménage sont tous sans revenus ou ont tous des revenus très faibles, la mutualité doit se poser des questions quant aux ressources du ménage
  - comparaison des revenus déclarés avec les documents probants : les documents probants introduits par l'assuré social peuvent mentionner des revenus qui ne figurent pas dans la déclaration sur l'honneur

31. Art. 32.

32. Art. 30, § 5.

- détection de revenus possibles grâce à l'avertissement extrait de rôle ou par d'autres sources possibles pour la mutualité si elles concernent une période précédente. Dans ce cas, il faut demander à l'assuré social s'il perçoit toujours le revenu détecté. Le dossier doit comporter la réponse fournie par l'assuré social
- détection de revenus existants en utilisant des sources disponibles si les revenus portent sur la période actuelle (ex. : indemnités d'incapacité de travail)
- calcul des revenus : certains revenus doivent être recalculés et le dossier doit comporter une trace de ce calcul. C'est le cas :
  - du revenu cadastral de l'habitation personnelle (application de l'exonération)
  - des revenus professionnels dégagés d'une activité indépendante (multipliés par 100/80)
- exonération du revenu professionnel des enfants : la jouissance effective des allocations familiales doit être prouvée.


6. En ce qui concerne les pièces justificatives : contrôle de la date.

La mutualité gestionnaire constate à l'issue de cet examen si les revenus de la période de référence sont inférieurs au plafond applicable.

#### **Vérification relative aux revenus au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur**

Au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur, chaque membre du ménage doit déclarer si ses revenus ont ou n'ont pas augmenté depuis la période de revenus déclarée (la période de référence applicable)<sup>31</sup>.

La mutualité doit confronter cette déclaration à toute information en sa possession qui peut indiquer que les revenus annuels ont augmenté depuis la période de référence<sup>32</sup>.

 Exemples : la mutualité dispose d'un bon de cotisation d'une valeur supérieure à la valeur moyenne déclarée pour la période de référence ; entre le début de la période de référence et la signature de la déclaration sur l'honneur, un membre du ménage a acquis une qualité de titulaire au lieu de personne à charge, a commencé à travailler...

Lorsqu'un membre du ménage déclare que ses revenus ont augmenté, ou lorsque la mutualité dispose d'informations montrant que les revenus d'un membre du ménage ont augmenté, elle examine si les revenus du ménage restent inférieurs au plafond à la date de la signature de la déclaration sur l'honneur et n'octroie le droit que si c'est effectivement le cas<sup>33</sup>. Il ne s'agit pas d'une nouvelle demande avec une nouvelle date d'octroi.

Le membre du ménage est tenu dans ce cas de communiquer les documents probants complémentaires nécessaires et ceux-ci sont joints au dossier. S'il ne communique pas les documents nécessaires, il ne peut être donné suite à la demande d'intervention majorée et le droit ne pourra pas être octroyé au ménage. La signature d'une nouvelle déclaration sur l'honneur n'est toutefois pas imposée par la réglementation.

33. Art. 32.

34. Art. 33.

### > Exemples :

1. Le ménage AB introduit une demande d'intervention majorée le 10 février. A ayant l'indicateur "chômeur", A et B doivent déclarer les revenus du mois qui précède celui de l'introduction de la demande (en principe). Au moment de signer la déclaration sur l'honneur le 5 mars, A a recommencé à travailler : la mutualité doit recalculer les revenus de A (par ex., tient compte du nouveau revenu professionnel et déduit les allocations de chômage qui prennent fin). Si ce montant (de mars), additionné aux autres revenus déclarés par A et B (de janvier), atteint ou dépasse le plafond applicable à ce moment-là (mars, moment de la déclaration sur l'honneur), le droit ne peut pas être octroyé
2. Le ménage ABC introduit une demande d'intervention majorée le 10 février et se voit appliquer une période de référence d'un an. C est au moment de la demande personne à charge de A. Entre la demande et la déclaration sur l'honneur (5 mars), C commence à travailler. La mutualité vérifie si les revenus actuels (mars) de C, additionnés aux revenus déclarés par A et B – revenus de l'année civile précédente – sont toujours inférieurs au plafond au moment de la déclaration sur l'honneur (mars) et si ce n'est pas le cas, le droit ne peut pas être octroyé (pour les effets de la modification de la composition du ménage, voir ci-dessous pt 4.11.7)
3. Entre l'introduction de la demande et la déclaration sur l'honneur, A hérite d'un bien immobilier. Ce revenu (actuel) est ajouté aux revenus déclarés (que ce soient les revenus du mois précédant l'introduction de la demande ou de l'année précédente) et si le total est inférieur au plafond applicable au moment de la déclaration sur l'honneur, le droit est octroyé.

En cas de désaccord persistant entre la mutualité et l'assuré quant à la vérification relative aux revenus au moment de la signature de la déclaration sur l'honneur, le dossier peut être soumis pour avis par l'organisme assureur à l'INAMI.

Le mode de calcul et le montant des revenus devront être communiqués au demandeur lors de la décision.

Les revenus pris en compte font l'objet d'une autre circulaire du Service des soins de santé

## 4.10. Ouverture du droit

Si les conditions sont réunies, le droit à l'intervention majorée est octroyé à tous les membres du ménage, tel que défini au point 4.5.<sup>34</sup>

Le droit s'ouvre, selon la période de référence :<sup>35</sup>

Période de référence	Ouverture du droit
1 mois	<p>Selon les revenus pris en compte :            au 1<sup>er</sup> jour du mois qui précède celui de l'introduction de la demande</p> <p>OU</p> <p>au 1<sup>er</sup> jour du mois de la demande</p> <p>OU</p> <p>au 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel l'indicateur est né, si la demande est introduite dans les trois mois de cette acquisition d'un indicateur<sup>36</sup></p>
1 an	au 1 <sup>er</sup> jour du trimestre de l'introduction de la demande

35. Art. 34.

36. Lorsque la communication de l'existence d'un indicateur est faite par un tiers, le délai de 3 mois pour introduire une demande peut courir à partir de cette communication. Ceci ne doit pas empêcher d'octroyer le droit avant cette communication si l'indicateur est établi de façon certaine d'une autre façon.

### Exemples :

1. Un assuré introduit le 2 mai une demande. Il est pensionné depuis le 1<sup>er</sup> mars (- de 3 mois depuis l'acquisition de l'indicateur)

Ses revenus du mois d'avril sont comparés au plafond applicable en avril. Son droit s'ouvrira le 1<sup>er</sup> mars s'il remplit les conditions

2. Un assuré introduit le 2 mai une demande. Il est pensionné depuis le 1<sup>er</sup> mai


Ses revenus du mois de mai sont comparés au plafond applicable en mai. Son droit s'ouvrira le 1<sup>er</sup> mai s'il remplit les conditions

3. Un assuré introduit le 2 mai une demande. Il est pensionné depuis le 1<sup>er</sup> janvier (+ de 3 mois depuis l'acquisition de l'indicateur)

Ses revenus du mois d'avril sont comparés au plafond applicable en avril. Son droit s'ouvrira le 1<sup>er</sup> avril s'il remplit les conditions

4. Un assuré introduit le 2 mai une demande. Il ne dispose d'aucun indicateur

Ses revenus de l'année précédente sont comparés à la moyenne des plafonds applicables durant cette année précédente. Son droit s'ouvrira le 1<sup>er</sup> avril s'il remplit les conditions.

 Contrairement aux dispositions de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007, la durée de l'ouverture n'est plus prévue. Le droit une fois ouvert est maintenu jusqu'à ce que survienne un événement y mettant fin : modification de la composition du ménage, contrôle intermédiaire, contrôle systématique. Il n'est donc plus ouvert jusqu'au 31 décembre de la 3<sup>e</sup> année qui suit.

### PRÉCISIONS

Pensionné : la demande ne peut être introduite qu'à partir du moment où il a connaissance d'une décision d'octroi d'une pension (même si le paiement effectif de la pension n'intervient que plus tard).

#### 4.11. Fin du droit en cas de modification de la composition du ménage<sup>37</sup>

4.11.1. Il est tenu compte à tout moment de la modification de la composition du ménage. Si la composition du ménage est modifiée, le droit prend fin au plus tard le dernier jour du second trimestre suivant celui au cours duquel est intervenue la modification dans la composition du ménage.

Le maintien de droit commence à courir le lendemain du jour de cette modification.

Une exception est prévue : si la modification consiste en l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour qui une inscription est demandée au Registre national pour la première fois, il n'est pas mis fin au droit et le droit est également octroyé à l'enfant.

Pour continuer à bénéficier du droit, le ou les nouveaux ménages devront introduire une nouvelle demande avec application des règles habituelles d'ouverture du droit.

37. Art. 35.

38. Art. 40.

4.11.2. Le délai visé ici ne s'applique que si le droit n'a pas déjà pris fin pour d'autres raisons (par ex., suite au contrôle systématique). Donc, lorsque plusieurs périodes de maintien de droit sont applicables, c'est la plus courte qui s'applique.<sup>38</sup>

4.11.3. Lorsque les données du Registre national révèlent l'arrivée dans un ménage "intervention majorée" d'une personne susceptible d'être un cohabitant au sens de l'intervention majorée (soit, une personne majeure, ni parente, ni alliée jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus), la mutualité contacte le ménage concerné afin de savoir si la personne est ou non un cohabitant au sens de l'intervention majorée. Les enfants de moins de 18 ans ne sont pas censés avoir de cohabitant. Une personne cohabitant avec le titulaire dans le cadre d'un placement familial organisé n'est pas non plus un cohabitant pour l'intervention majorée.

Soit la personne concernée n'est pas un cohabitant au sens de l'intervention majorée : le bénéficiaire l'indique dans la case prévue à cet effet dans la déclaration sur l'honneur.

Soit la personne concernée est un cohabitant au sens de l'intervention majorée et il s'agit d'une modification de la composition du ménage : il est mis fin au droit (avec période de maintien de droit à partir de la date de la modification des données du Registre national).

Dans ce cadre, la mutualité peut utiliser la déclaration sur l'honneur relative aux revenus (annexe 2 de l'arrêté). Si la personne concernée n'est pas un cohabitant au sens de l'intervention majorée, la case "Je n'ai pas de conjoint/cohabitant" peut être cochée et le document doit simplement être signé. Il en va de même s'il y a plusieurs cohabitants potentiels.

Si la personne concernée est un cohabitant, la demande d'intervention majorée peut être directement introduite par le nouveau ménage.

Soit le ménage ne répond pas dans les trois mois (à compter de la date à laquelle la mutualité l'a contacté) et on considère qu'il s'agit d'une modification de la composition du ménage : il est mis fin au droit (avec période de maintien de droit à partir de la date de la modification des données du Registre national).

4.11.4. La perte de la qualité de personne à charge est considérée comme une modification de la composition du ménage. Cela veut dire que le droit à l'intervention majorée des autres membres du ménage doit être réexaminé même si la situation des autres membres du ménage est inchangée (le plafond applicable est évidemment revu à la baisse si l'ex-personne à charge ne fait plus partie du ménage considéré).



#### Exemple :

Un ménage est composé de X, son épouse et leurs deux enfants personne à charge. Ils bénéficient de l'IM. Un des enfants commence à travailler en novembre 2015 et s'inscrit comme titulaire salarié, avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 2015. Il ne fait plus partie du ménage IM. Il est mis fin au droit pour chaque membre du ménage au dernier jour du second trimestre suivant celui au cours duquel est intervenue la modification dans la composition du ménage, soit le 30 juin 2016.

Le ménage composé des parents et de l'enfant à charge devra introduire une nouvelle demande (nouvelle déclaration sur l'honneur, documents probants) et si les conditions sont remplies, il s'agira d'une nouvelle ouverture de droit. Il en ira de même pour le ménage du nouveau titulaire.


La perte de la qualité de personne à charge n'est pas considérée comme une modification de la composition du ménage si les personnes constituant le ménage restent les mêmes : un conjoint qui perd la qualité de personne à charge pour devenir titulaire fait toujours partie du ménage même si c'est à un autre titre. Il n'est donc pas mis fin au droit.

4.11.5. De même, lorsque le conjoint ou cohabitant titulaire devient personne à charge au sein du même ménage, on considère qu'il n'y a pas de modification de la composition du ménage et il n'est pas mis fin au droit.

L'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge constitue une modification de la composition de ce ménage sauf s'il s'agit de l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour qui une inscription est demandée au Registre national pour la première fois.


Toutefois, si un enfant inscrit à charge d'un parent devient personne à charge de son autre parent et que ses deux parents font partie du même ménage, on considère qu'il n'y a pas de modification de la composition du ménage.

Le décès d'un enfant de moins de 16 ans n'est pas considéré comme une modification de la composition du ménage ; le droit se poursuit pour le ménage dont il faisait partie et il sera éventuellement retiré suite au contrôle systématique, ce contrôle se faisant dès que possible sur la base du ménage sans compter l'enfant.

 4.11.6. La séparation de fait de conjoint est une modification de la composition du ménage prise en compte immédiatement (la période de 6 mois durant laquelle les conjoints étaient toujours censés constituer un seul ménage selon les dispositions de l'A.R. du 01.04.2007 est supprimée).

4.11.7. Modification de la composition du ménage entre la date de la demande et celle de la déclaration sur l'honneur

Pour l'examen de la demande, on fige la composition du ménage au moment de celle-ci.

 Exemple :

Au moment de la demande le 5 mai 2015, un ménage est composé d'un titulaire et de son cohabitant. Les deux personnes se séparent le 2 juillet 2015 (durant le délai de deux mois pour compléter le dossier). S'ils rentrent la déclaration sur l'honneur et les documents probants dans le délai et que les conditions sont remplies, le droit s'ouvre. Une modification de la composition du ménage est intervenue le 2 juillet, le droit prend donc fin le 31 mars 2016. Les deux ménages devront introduire une nouvelle demande avec application des règles habituelles d'ouverture du droit.

4.11.8. À quel moment les nouveaux ménages peuvent-ils introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur ?

 Exemple :

Le ménage AB a l'intervention majorée ; arrivée dans le ménage de C le 30/09/X -> le droit prend fin le 30/06/X+1 pour AB.

Le nouveau ménage ABC jusqu'à cette date pour introduire une nouvelle demande afin que AB puisse bénéficier du droit sans discontinuer .

Ils le font le 15/12/X :

- période de référence d'1 an : revenus X - 1 , ouverture du droit pour C le 01/10/X
- période de référence d'1 mois : revenus de 11/X, ouverture du droit pour C le 01/11/X
- période de référence d'1 mois et introduction de la demande dans les 3 mois de l'acquisition de l'indicateur le 14/10/X : revenus de 11/X, ouverture du droit pour C le 01/10/X
- période de référence mois en cours : revenus de 12/X, ouverture du droit pour C le 01/12/X.

Ils le font le 15/05/X+1 :

- période de référence d'1 an : revenus de X, ouverture du droit pour C le 01/04/X+1
- période de référence d'1 mois : revenus de 4/X+1, ouverture du droit pour C le 01/04/X+1
- période de référence d'1 mois et introduction de la demande dans les 3 mois de l'acquisition de l'indicateur le 14/03/X+1 : revenus de 4/X+1, ouverture du droit pour C le 01/03/X+1
- période de référence mois en cours : revenus de 5/X+1, ouverture du droit pour C le 01/05/X+1.

Il s'agit d'un nouveau droit auquel on applique les règles habituelles en matière de contrôle intermédiaire et contrôle systématique.

#### 4.12. Contrôle intermédiaire<sup>39</sup>

Cette procédure s'applique aux ménages dont le droit a été ouvert **sans période de référence**.

La mutualité gestionnaire doit vérifier si, au 30 juin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit, il existe toujours un indicateur au sein du ménage. Elle doit procéder à cette vérification avant le 1<sup>er</sup> septembre de cette même année.



Exemple :

Le droit à l'intervention majorée a été octroyé le 1<sup>er</sup> avril 2015 au ménage AB sans période de référence car A était chômeur de longue durée.

Le contrôle intermédiaire consiste à vérifier si, au 30 juin 2016, il y a toujours un indicateur dans le ménage :

- soit A est toujours chômeur de longue durée -> le contrôle intermédiaire s'arrête là
- soit A n'est plus chômeur mais B bénéficie d'indemnités d'invalidité -> le contrôle intermédiaire s'arrête là
- soit ni A ni B n'ont d'indicateur -> le contrôle intermédiaire se poursuit.

Si aucun membre du ménage ne dispose d'un indicateur au 30 juin de l'année qui suit celle de l'ouverture du droit et si le ménage ne bénéficie pas entretemps du droit automatique, la mutualité contacte le ménage afin qu'il souscrive une déclaration sur l'honneur.

S'il ressort de cette déclaration que les revenus du ménage (à la date de la déclaration – il est convenu de prendre en compte les revenus du mois qui précède la remise de la déclaration) ne dépassent pas le plafond applicable à ce même moment, le droit est maintenu. Cette déclaration doit être introduite avant le 31 décembre de la même année.

S'il ressort de cette déclaration que le plafond de revenus est dépassé ou si le ménage n'introduit pas de déclaration avant le 31 décembre, le droit est retiré au 31 décembre de cette année.

40. Art. 37 à 39.

41. Art. 37, § 3.



Une déclaration ultérieure est traitée comme une nouvelle demande, avec application des règles habituelles d'ouverture du droit.

## PRÉCISIONS

- Si la mutualité constate l'absence d'indicateur au 30/6 mais qu'il apparaît ultérieurement, de manière rétroactive, qu'il y avait bien un indicateur présent à cette date, la procédure du contrôle intermédiaire peut être abandonnée
- Par contre, si la mutualité constate l'absence d'indicateur au 30/6 et qu'un indicateur est récupéré par la suite, la procédure du contrôle intermédiaire est poursuivie
- Le contrôle intermédiaire effectué, il n'est pas remis en cause par la suite. Le droit est maintenu et les règles habituelles du contrôle systématique vont s'appliquer. Si le contrôle systématique relatif aux revenus de l'année au cours de laquelle est intervenu le contrôle intermédiaire montre un dépassement du plafond, les conséquences sont celles du contrôle systématique : fin du droit à la fin de l'année du contrôle (sauf fraude).

La procédure du contrôle intermédiaire s'applique également lorsque le droit a été ouvert sans période de référence sur la base de l'indicateur "veuf/-ve".

### 4.13. Conséquences du contrôle systématique<sup>40</sup>

Pour l'organisation du contrôle systématique, voir circulaire du Service du contrôle administratif.

La mutualité examine, sur la base des données transmises dans le cadre du contrôle systématique et des éléments en sa possession, si le ménage avait droit ou non à l'intervention majorée pendant l'année à laquelle ces données se rapportent.<sup>41</sup>

Si, selon les données transmises par l'administration fiscale, le plafond de revenus n'est pas dépassé, la mutualité doit vérifier qu'elle ne dispose pas d'éléments pouvant modifier ce résultat, en particulier, les revenus déclarés dans la déclaration sur l'honneur et qui ne figurent pas dans les données transmises par l'administration fiscale (par ex., le RC de la maison d'habitation, des revenus mobiliers).

Si, selon les données transmises par l'administration fiscale, le plafond de revenus est dépassé, la mutualité doit vérifier qu'elle ne dispose pas d'éléments pouvant modifier ce résultat, par exemple, immunisation du RC de la maison d'habitation, des revenus professionnels des enfants bénéficiant d'allocations familiales.

Si, après cet examen, la mutualité constate que le plafond de revenus n'est pas atteint, le droit est prolongé pour une année civile.



Si, après cet examen, la mutualité constate que le plafond de revenus est atteint, le droit est retiré au 31 décembre de l'année du contrôle.

Le droit est également retiré au 31 décembre de l'année du contrôle si aucune donnée fiscale n'est transmise pour un membre ou si les données transmises ne concernent pas tous les membres du ménage, et ce quel que soit le résultat des données qui sont transmises (dépassement ou non du plafond).

Une exception : si l'absence de données concerne un enfant de moins de 18 ans, il n'est pas mis fin d'office au droit au 31 décembre, mais la mutualité procède à l'examen des données pour vérifier si le droit peut être prolongé. En effet, un enfant n'est pas nécessairement sans revenus (en particulier, pension alimentaire).

42. Art. 40.

## INTRODUCTION D'UNE NOUVELLE DÉCLARATION SUR L'HONNEUR


Lorsque le droit a été retiré suite au contrôle systématique, le ménage peut introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur.

S'il introduit cette déclaration avant le 1<sup>er</sup> avril, le droit est octroyé au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle du contrôle (donc, sans discontinuer), et ce, quelle que soit la période de référence applicable. Le ménage restera dans le contrôle systématique.

C'est bien la déclaration sur l'honneur qui doit être remise avant le 1<sup>er</sup> avril, non uniquement la demande.

Si la déclaration est introduite à partir du 1<sup>er</sup> avril, les règles habituelles d'ouverture du droit sont applicables.

La nouvelle déclaration sur l'honneur doit être postérieure à la perte du droit : elle doit donc être introduite entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mars de l'année qui suit celle du contrôle systématique. Le but est de prendre en compte la situation au moment où le droit n'est plus octroyé.

 Lorsque le droit doit être retiré à des dates différentes en application des dispositions relatives à la modification de la composition du ménage, au contrôle intermédiaire ou au contrôle systématique, c'est la période de maintien de droit la plus courte qui s'applique.<sup>42</sup>

### 4.14. Passage du droit à l'intervention majorée octroyé automatiquement au droit à octroyer après une enquête sur les revenus opérée par la mutualité

La période de référence pour prolonger le droit automatique est l'année civile directement précédente. Ce n'est donc que le 31 décembre de l'année civile précédente que la mutualité peut constater avec certitude que le droit ne peut pas être prolongé.

Si le droit ne peut pas être prolongé dans le cadre du droit automatique, le ménage dispose d'un délai de trois mois pour introduire une nouvelle déclaration sur l'honneur (donc, avant le 1<sup>er</sup> avril de l'année suivante) pour bénéficier du droit au 1<sup>er</sup> janvier, donc sans interruption, si les conditions de revenus sont remplies.

Après cette date, les règles habituelles d'ouverture du droit s'appliquent.

Le ménage est incorporé dans le contrôle systématique selon les règles habituelles en cas d'ouverture du droit (voir ci-dessus, pt 4.13). Le contrôle intermédiaire est exécuté selon les règles habituelles (voir ci-dessus, pt 4.12).

### 4.15. Dispositions transitoires

Des dispositions transitoires sont prévues pour ceux qui bénéficient de l'intervention majorée au 1<sup>er</sup> janvier 2014 en vertu de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

- assuré bénéficiant du droit automatique dans le cadre de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 : les dispositions transitoires sont nécessaires du fait que :
  - la période de référence pour la prolongation du droit a changé
  - le bénéficiaire du RIS durant 6 mois interrompus n'est plus pris en considération

43. Chapitre II de l'A.R. du 01.04.2007.

44. Art. 44.

- o assuré bénéficiant du droit après contrôle des revenus dans le cadre de l'intervention majorée classique : le contrôle systématique est maintenu
- o assuré bénéficiant du statut OMNIO : des dispositions transitoires sont nécessaires pour l'intégrer dans le contrôle systématique, car le ménage omnio et le ménage intervention majorée peuvent être différents.

### BÉNÉFICIAIRES DU DROIT AUTOMATIQUE<sup>43</sup> : PROLONGATION DU DROIT EN 2015 ET 2016<sup>44</sup>

On applique les règles de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 (art. 8 à 9<sup>ter</sup>) pour prolonger les droits en 2014 et en 2015.



Exemples :

1. Un assuré bénéficie d'une allocation aux personnes handicapées depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013 : en vertu de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007, il bénéficie de l'intervention majorée du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 décembre 2014. Pour prolonger son droit en 2015, il faut vérifier s'il a bénéficié d'une telle allocation entre le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et le 30 septembre 2014 (période de référence de l'A.R. du 01.04.2007)
2. Un assuré bénéficie du revenu d'intégration sociale sans interruption pour les mois de juin 2013 à janvier 2014. Son droit s'est ouvert le 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 décembre 2014. Pour prolonger son droit en 2015, il faut vérifier s'il a bénéficié du RIS durant trois mois entre le 1<sup>er</sup> octobre 2013 et le 30 septembre 2014 ; durant cette période, le revenu d'intégration a bien été accordé durant 3 mois (octobre, novembre et décembre 2013) : le droit est donc prolongé en 2015
3. Un assuré bénéficie du RIS à partir du 15 octobre 2013 : quand son droit s'ouvre-t-il ? Il remplissait les conditions au 31 décembre 2013 pour que le droit s'ouvre au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et jusque fin 2015
4. Par contre, s'il bénéficie du RIS à partir du 15 novembre 2013, il n'y a aucun droit au 1<sup>er</sup> janvier 2014 sur base de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007. On applique la nouvelle règle et ouvrir le droit à l'intervention majorée le 15 février 2014
5. Un assuré bénéficie du RIS en aout/septembre/octobre 2013 et septembre/octobre/novembre 2014 :
  - o ouverture du droit (A.R. du 01.04.2007) : 1<sup>er</sup> novembre 2013 -> 31 décembre 2014
  - o prolongation en 2015 :
    1. selon les règles de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 (période de référence du 01.10.2013 au 30.09.2014) : non
    2. selon les nouvelles règles (période de référence : 2014) : oui

L'application des nouvelles règles semble donc moins favorable dans cet exemple. Toutefois, sur la base des nouvelles règles, le droit peut être octroyé sur la base de 3 mois de RIS en décembre 2014 et jusqu'au 31 décembre 2015. L'assuré passe ainsi dans le nouveau système.

### CAS PARTICULIER : LES BÉNÉFICIAIRES DU RIS PENDANT 6 MOIS INTERROMPUS

Le droit automatique à l'intervention majorée ne leur est plus accordé.

En 2014 et 2015, le droit est prolongé selon les règles de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007.

45. Chapitre III de l'A.R. du 01.04.2007.

46. Art. 45.

47. Art. 46.

De plus, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, ils sont intégrés dans le contrôle systématique.



Exemple :

Un assuré bénéficie du RIS pendant 6 mois interrompus en 2013 ; le 6<sup>e</sup> mois est le mois de décembre 2013 : lui ouvre-t-on le droit au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ? Sur base de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 (art. 6), l'assuré remplit les conditions pour bénéficier du droit au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ("à partir du jour suivant la fin de la période de six mois"). Son droit s'ouvre à cette date et jusque fin 2015.



Ces dispositions n'empêchent pas l'application des règles en cas de perte de la qualité de bénéficiaire dérivé (art. 14, voir ci-dessus pt 3.6).

Si la mutualité est dans l'impossibilité d'identifier les bénéficiaires concernés, il est mis fin à leur droit. Dans ce cas, la mutualité les invite à introduire une demande d'intervention majorée après contrôle des revenus.

#### **BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION MAJORÉE CLASSIQUE<sup>45</sup> : MAINTIEN DU CONTRÔLE SYSTEMATIQUE<sup>46</sup>**

Ces bénéficiaires sont maintenus dans le contrôle systématique, sauf s'ils ne sont plus qu'en période de maintien de droit par application de l'article 30 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007, parce que la composition du ménage a été modifiée.

#### **BÉNÉFICIAIRES DU STATUT OMNIO<sup>47</sup>**

Le but est d'intégrer ces bénéficiaires dans le contrôle systématique. On doit cependant passer du ménage Registre national au ménage "intervention majorée".

- Soit l'on peut composer d'emblée le ou les ménages "intervention majorée" et au total, les membres sont identiques OU il y a des membres en plus qui sont des enfants à charge de moins de 16 ans : on peut le(s) communiquer pour le contrôle systématique.



Exemples :

1. Ménage RN = A (titulaire), son conjoint B (titulaire), un enfant C (PAC de A), un enfant D (titulaire chômeur) -> ménage IM 1 = A B C, ménage IM 2 : D.
  2. Ménage RN = A (titulaire), son conjoint B (titulaire) -> ménage IM = A B + C enfant à charge de B, qui réside ailleurs et a moins de 16 ans ; de plus, on octroie le droit à l'enfant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.
- Soit l'on ne peut composer avec certitude le ménage "intervention majorée", car il y a dans le ménage Registre national plusieurs titulaires qui ne sont ni conjoints, ni cohabitants légaux, ni des parents ou alliés jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus : afin de pouvoir composer le ménage et de déterminer s'il y a parmi ces titulaires des cohabitants, on demande une déclaration sur l'honneur visée à l'article 14, § 3 = pour établir la qualité de cohabitant. S'ils restent en défaut de le faire avant le 15 mars 2014, il est mis fin au droit au 31 décembre 2014
  - Soit le ménage intervention majorée comporte un titulaire ou une personne à charge autre qu'un enfant à charge de moins de 16 ans, qui ne bénéficie pas de l'intervention majorée, il est mis fin au droit au 31 décembre 2014.

48. Art. 49.

49. Plus précisément, le conjoint qui a transféré sa résidence principale dans un service ou une institution visée à l'art. 34, al. 1<sup>er</sup>, 11<sup>e</sup> ou 12<sup>e</sup> de la loi SSI.

50. Art. 49.

### CONJOINTS EN MAISON DE REPOS<sup>48</sup>

Il n'y a plus de disposition spécifique pour les conjoints en maison de repos : on compose leur ménage selon les règles générales (donc ils forment *a priori* un seul ménage). La disposition transitoire prévoit que s'ils constituaient deux ménages distincts en vertu de l'article 22 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 (qui assimilait le transfert de résidence en maison de repos<sup>49</sup> à une séparation de fait), cette situation est maintenue sans limite de temps, sauf s'il devait s'avérer que la nouvelle réglementation (un seul ménage) est plus favorable : par exemple, un seul des deux bénéficie de l'intervention majorée alors que sur la base de la nouvelle réglementation les deux peuvent en bénéficier.

Les règles de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 continuent à s'appliquer même si le ménage de l'un d'eux est modifié (par ex., l'un prend une 2<sup>e</sup> personne à sa charge).

### CONJOINTS SÉPARÉS DE FAIT<sup>50</sup>

Il n'y a plus de disposition spécifique pour les conjoints séparés de fait depuis moins de six mois. La disposition transitoire prévoit que les ménages constitués de conjoints séparés de fait depuis moins de six mois au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (à cette date et selon l'A.R. du 01.04.2007, ils constituent encore un seul ménage) sont composés conformément à la nouvelle réglementation (donc constituent deux ménages). La modification de la composition du ménage est censée avoir lieu au 1<sup>er</sup> janvier 2014.



Exemples :

1. A et B bénéficient de l'intervention majorée sur la base d'un avantage octroyé à A ; ils se séparent le 1<sup>er</sup> novembre 2013 : sur base de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007, la perte de la qualité de "bénéficiaire dérivé" avait lieu 6 mois plus tard (le 01.05.2014) et le maintien de droit commençait à courir à cette date (soit jusqu'au 31.12.2014). En vertu de la disposition transitoire, la perte de la qualité de "bénéficiaire dérivé" a lieu au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le maintien de droit commence à courir à ce moment-là (soit jusqu'au 30.09.2014)
2. A et B, bénéficiant de l'intervention majorée sur la base des revenus, se séparent au 1<sup>er</sup> novembre 2013 : on considère qu'il y a une modification de la composition du ménage au 1<sup>er</sup> janvier 2014, donc un maintien de droit jusqu'au 30 septembre 2014
3. A et B, non bénéficiaires de l'intervention majorée, se séparent au 1<sup>er</sup> novembre 2013 : dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ils constituent deux ménages pour l'intervention majorée et peuvent introduire chacun une demande distincte.



Circulaire O.A. n° 2015/134 - 3991/262 du 11 mai 2015.

### III. Dispositions régissant le cumul des avantages accordés par l'assurance indemnités dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle avec des avantages similaires

#### Articles 106 et 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

##### 1. Modifications apportées aux articles 106 et 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : *ratio legis*

###### 1.1. *Ratio legis* de la modification

L'assurance indemnités prévoit certains avantages financiers qui peuvent être directement octroyés aux titulaires reconnus incapables de travailler, ayant suivi un programme de réadaptation professionnelle approuvé par la CSCMI. Afin de stimuler la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler, l'INAMI a conclu des accords de collaboration avec les organismes régionaux et communautaires compétents pour l'emploi et la formation professionnelle.

Les accords de collaboration déjà conclus sont les suivants :

- en Flandre : Accord de collaboration entre l'INAMI, le CIN, le VDAB et GTB (voir circ. O.A. n° 2012/490, applicable à partir du 01.10.2012)
- en Wallonie : Accord de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, l'AWIPH et le Forem (voir circ. O.A. n° 2013/180, applicable à partir du 15.01.2013)
- à Bruxelles : Accord de collaboration entre l'INAMI, les organismes assureurs, Actiris, le VDAB, Bruxelles Formation et Phare (voir circ. O.A. n° 2014/127, applicable à partir du 05.11.2013).

Dans le cadre d'un programme de réadaptation professionnelle approuvé, les titulaires reconnus incapables de travailler peuvent, outre les avantages octroyés par l'assurance indemnités, prétendre, dans certaines situations, à des avantages similaires octroyés par les services et organismes régionaux et communautaires qui participent à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail.

Afin d'éviter un cumul (illimité) des avantages susvisés, une réglementation relative au cumul a été mise en œuvre dans le cadre de l'assurance indemnités. À cet effet, les articles 106 et 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ont été modifiés par la loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale (M.B. 06.06.2014).

## 1.2. Explication de la modification

La loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale a apporté les modifications suivantes aux articles 106 et 109*bis*.

L'article 106 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est complété par les alinéas suivants :

- “Les avantages financiers visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont refusés lorsque le titulaire bénéficie d'avantages similaires octroyés en vertu d'un décret, d'un arrêté ou d'une ordonnance, par les services et organismes des Régions et des Communautés qui participent à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Si le montant de ces avantages est inférieur au montant des avantages octroyés dans le cadre de l'assurance indemnités, l'intéressé peut prétendre à la différence à charge de l'assurance
- La disposition visée à l'alinéa précédent n'est pas d'application lorsque les décrets, arrêtés ou ordonnances précités interdisent le cumul ou autorisent un cumul limité des avantages qu'ils octroient avec des avantages similaires accordés en vertu d'autres législations”.

L'article 109*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 est complété par les alinéas suivants :

- “Les avantages financiers visés aux alinéas 2 et 3 sont refusés lorsque le titulaire bénéficie d'avantages similaires octroyés en vertu d'un décret, d'un arrêté ou d'une ordonnance, par les services et organismes des Régions et des Communautés qui participent à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Si le montant de ces avantages est inférieur au montant des avantages octroyés dans le cadre de l'assurance indemnités, l'intéressé peut prétendre à la différence à charge de l'assurance
- La disposition visée à l'alinéa précédent n'est pas d'application lorsque les décrets, arrêtés ou ordonnances précités interdisent le cumul ou autorisent un cumul limité des avantages qu'ils octroient avec des avantages similaires accordés en vertu d'autres législations”.

En complétant ainsi les articles précités, l'assurance indemnités prévoit la possibilité de déterminer si elle prend en charge ou non les primes et les coûts liés au programme de réadaptation professionnelle si les services de réinsertion professionnelle prévoient des avantages similaires. Il est en outre prévu que les titulaires reçoivent à chaque fois un montant au moins égal au montant octroyé dans le cadre de l'assurance indemnités.

## 2. Les règles de cumul

Pour que les nouvelles dispositions des articles 106 et 109*bis* de la loi coordonnée soient applicables, il doit tout d'abord s'agir d'un avantage similaire aux avantages octroyés par l'assurance indemnités.

Trois scénarios sont possibles selon les dispositions légales des services et organismes de réinsertion professionnelle.

### 2.1. Les services de réinsertion professionnelle ne prévoient aucune interdiction de cumul

L'assurance indemnité n'intervient pas, sauf pour la différence entre les deux montants, de telle sorte que le titulaire perçoive un montant égal à celui octroyé dans le cadre de l'assurance indemnités.

Si le titulaire perçoit, par exemple, 1 EUR par heure de formation suivie, l'assurance indemnités intervient pour la différence, c'est-à-dire pour 4 EUR.

## 2.2. Les services de réinsertion professionnelle prévoient une interdiction de cumul

Dans ce cas, l'assurance indemnités accorde le montant total des avantages prévus par ladite assurance.

Si par exemple, sur base des dispositions réglementaires applicables au service de réinsertion professionnelle, le titulaire ne peut pas prétendre à une prime par heure suivie, le titulaire reçoit 5 EUR à charge de l'assurance indemnités.

## 2.3. Les services de réinsertion professionnelle prévoient un cumul limité

Si les services de réinsertion professionnelle prévoient eux-mêmes une règle de cumul, l'assurance indemnités intervient toujours pour le montant total prévu par cette assurance. En effet, deux règles de cumul ne peuvent pas être appliquées simultanément pour déterminer le montant de l'intervention à charge de l'autre réglementation.

La règle de refus ou de la différence prévue dans le cadre de l'assurance indemnités, n'est donc pas applicable dans cette situation.

**Ces nouvelles règles anti-cumul s'appliquent à tout paiement effectué à partir du 16 juin 2014**

# 3. Avantages sur lesquels s'appliquent les règles de cumul

Il s'agit des avantages visés à l'article 106 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, c'est-à-dire de *l'intervention forfaitaire de 500 EUR et de la prime de 5 EUR par heure de formation, d'encadrement ou d'apprentissage*.

L'article 106, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 stipule en effet que le Roi détermine les conditions dans lesquelles des *avantages financiers* peuvent être accordés au titulaire qui a achevé un programme de réadaptation professionnelle ainsi que le montant de ces avantages. L'article 215<sup>sexies</sup> dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996 stipule que le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle peut prétendre à une prime de 5 EUR par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage. Le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle peut prétendre à une allocation forfaitaire de 500 EUR.

Les avantages octroyés en vertu de l'article 109<sup>bis</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, sont définis à l'article 215<sup>quater</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 : les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109<sup>bis</sup>, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.



Sont compris dans ce type d'interventions :

- **Les frais de déplacement**

Si le titulaire bénéficie d'une intervention dans les frais de déplacement de la part des services de réinsertion professionnelle, l'assurance indemnités n'accordera d'intervention que :

- lorsque le titulaire utilise son *propre véhicule pour des raisons médicales* et
- pour la différence entre l'intervention prévue par l'assurance indemnités et l'intervention accordée par les services d'aide à l'emploi.

- **Les coûts liés à l'orientation et à la formation**

En vertu de l'article 109bis de la loi coordonnée et de l'article 215quinquies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, *les coûts liés à l'intégration effective* du titulaire après un programme de réadaptation professionnelle doivent contribuer directement à l'intégration de l'intéressé. Ces coûts doivent en outre être en proportion avec le but à atteindre.

Le tableau suivant présente un aperçu des avantages susceptibles d'être octroyés par l'assurance indemnités et qui sont soumis à la règle de cumul. La phase dans laquelle ces avantages peuvent être octroyés est à chaque fois identifiée.

Les avantages	Phase d'orientation	Phase de formation	Phase de réintégration (six mois au maximum après l'expiration de la phase de formation)
Prime de 5 EUR par heure suivie		X	
Allocation forfaitaire de 500 EUR après avoir achevé avec succès la formation		X	
Frais de déplacement	X	X	X (contribution directe à la réinsertion + proportionnelle à l'objectif visé)
Coûts liés à l'orientation	X		
Coûts liés à la formation		X	
Coûts liés à la réinsertion			X (contribution directe à la réinsertion + proportionnelle à l'objectif visé)

## 4. Exemples d'application de la disposition anti-cumul

### 4.1 Prime de 5 EUR par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage

Le schéma suivant représente la *prime de 5 EUR* par heure effectivement suivie de formation, d'encadrement ou d'apprentissage lorsque le titulaire se voit octroyer par un service ou organisme chargé de la réinsertion professionnelles un avantage similaire ou qu'il devrait en principe se le voir octroyer en cas de non-interdiction de cumul :

Avantage assurance indemnités (en EUR) Prime par heure de formation suivie	Avantage similaire du service de réinsertion professionnelle	Avantage similaire du service de réinsertion professionnelle (en EUR)	Intervention de l'assurance indemnités en EUR
5	Pas d'interdiction de cumul + avantage de 5 EUR ou plus	5	0
5	Pas d'interdiction de cumul + avantage inférieur à 5 EUR	6	0
5	Interdiction de cumul	3	2
5	Règle prévoyant un cumul limité + avantage inférieur ou égal à 5 EUR	0	5
5	Règle prévoyant un cumul limité + avantage supérieur à 5 EUR	0	5
5	Règle prévoyant un cumul limité + avantage supérieur à 5 EUR	1	5

### 4.2. L'allocation forfaitaire de 500 EUR

Le schéma suivant concerne l'*allocation forfaitaire de 500 EUR*, lorsqu'un avantage similaire est octroyé par la réglementation des services de réinsertion professionnelle

Avantage assurance indemnités (en EUR) Allocation forfaitaire	Avantage similaire octroyé par les services de réinsertion professionnelle	Exemple : avantage similaire du service de réinsertion professionnelle en EUR	Intervention de l'assurance indemnités en EUR
500	Pas d'interdiction de cumul + avantage de 500 EUR ou plus	500	0
500	Pas d'interdiction de cumul + avantage inférieur à 500 EUR	600	0
500	Interdiction de cumul	300	200
500	Règle prévoyant un cumul limité + avantage inférieur ou égal à 500 EUR	0	500
500	Règle prévoyant un cumul limité + avantage supérieur à 500 EUR	0	500
500	Règle prévoyant un cumul limité + avantage supérieur à 500 EUR	100	500

### 4.3. Coûts liés à la phase d'orientation, de formation ou de réinsertion

L'exemple suivant illustre les coûts liés à la phase d'orientation, de formation ou de réinsertion.

Un titulaire reconnu incapable de travailler a payé 800 EUR de frais d'inscription pour suivre une formation.

Avantage assurance indemnités (en EUR) Frais de formation	Avantage similaire des services de réinsertion professionnelle	Exemple : avantage similaire du service de réinsertion professionnelle en EUR	Intervention de l'assurance indemnités en EUR
800	Pas d'interdiction de cumul + avantage de 800 EUR ou plus	800	0
800	Pas d'interdiction de cumul + avantage inférieure à 800 EUR	250	550
800	Interdiction de cumul	0	800
800	Règle prévoyant un cumul limité + avantage inférieur ou égal à 800 EUR	0	800
800	Règle prévoyant un cumul limité + avantage supérieur à 800 EUR	100	800



Circulaire O.A. n° 2015/97 - 407/11 du 3 avril 2015.

## IV. Suivi d'un volet pratique (stage) au cours des trois phases (orientation, formation ou réintégration) d'un programme de réorientation/réhabilitation professionnelle

Un volet pratique (stage) peut être accompli par un assuré social au cours des trois phases d'un programme de réorientation/réhabilitation professionnelle :

- Durant la phase d'orientation (1)
- Durant la phase de formation (2)
- Durant la phase de réintégration (3)

### 1. Volet pratique (stage) durant la phase d'orientation

La phase d'orientation a pour objectif d'identifier les compétences et les aptitudes de l'assuré social, en tenant compte de ses préférences (voir Circ. O.A. n° 2014/143<sup>1</sup> - 407/10 du 18.03.2014).

Dans le cadre de cette phase, le médecin-conseil peut ainsi faire appel, après concertation avec l'assuré social et sans autorisation préalable de la CSCMI, à un centre spécialisé ou à un psychologue (dans le cadre de la procédure classique) ou à l'office régional de l'emploi et de la formation compétent (dans le cadre d'une convention de collaboration).

Durant cette phase d'orientation et donc, préalablement au suivi d'une formation qualifiante, un volet pratique de très courte durée (une semaine pour la plupart) pourrait déjà être entrepris par l'assuré social en vue de tester un métier.

Cet "essai métier", "testing en entreprise" constitue un outil d'orientation permettant à l'assuré social d'avoir une vue plus concrète sur le métier futur à choisir et sur les conditions réelles qu'impliquerait l'exercice de ce métier par le biais d'une mise en situation professionnelle réelle.

Ce type de volet pratique (stage) est encadré par une convention tripartite entre l'assuré social, l'employeur et l'organisateur de cet essai métier (cela vaut aussi bien pour le parcours classique que celui résultant d'une convention de collaboration).

Le suivi de ce volet pratique dans le cadre de la phase d'orientation ne nécessite pas d'autorisation formelle du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée. Dans cette situation, ce volet pratique fait en effet partie intégrante de la phase d'orientation.

Quant au dossier de l'intéressé, celui-ci devra contenir une copie de la convention tripartite conclue entre les différentes parties (assuré social, employeur et organisateur du stage).

## 2. Volet pratique (stage) durant la phase de formation

Le suivi d'une formation qualifiante approuvée par la CSCMI dans le cadre d'un programme de réhabilitation/réorientation professionnelle peut également impliquer un volet pratique (stage) pour lequel l'assuré social ne devra pas obtenir d'autorisation en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée. Dans cette situation, le suivi de ce volet pratique fait en effet partie intégrante du programme.

Si toutefois, le suivi de ce volet pratique (nécessaire à l'acquisition des compétences professionnelles requises) n'était pas initialement prévu, une modification du programme de formation doit alors être introduite et approuvée par la CSCMI. Dans ce cas, si cette modification est approuvée par la CSCMI, l'assuré social ne devra pas obtenir d'autorisation du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

Quant au dossier de l'intéressé, celui-ci devra contenir une copie de la convention tripartite conclue entre les différentes parties (assuré social, employeur et organisateur du stage).

Toutefois, si le volet pratique (stage) constitue un moyen d'affiner les compétences professionnelles acquises à la suite de la réorientation/réhabilitation professionnelle, le volet pratique ne peut plus être considéré comme faisant partie intégrante du programme. Dans ce cas, l'autorisation du médecin-conseil doit bel et bien être demandée dans le cadre de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

## 3. Volet pratique (stage) durant la phase de réintégration

Durant la phase de réintégration, une fois la qualification acquise, l'assuré social pourrait également entreprendre le suivi d'un volet pratique (stage) permettant l'exercice de son nouveau métier sous la forme d'un "testing en entreprise", qui ne peut dépasser six mois maximum à dater de l'expiration du mois pendant lequel le programme de formation a été achevé.

Le suivi de ce volet pratique (stage) ne nécessite pas d'autorisation en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée. Dans cette situation, le suivi de ce volet pratique fait en effet partie intégrante de la phase de réintégration professionnelle.

Quant au dossier de l'intéressé, celui-ci devra contenir une copie de la convention tripartite conclue entre les différentes parties (assuré social, employeur et organisateur du stage).

## 4. Conclusion

En conclusion, lorsque le volet pratique (stage) fait partie intégrante de l'une des trois phases d'un programme de réorientation/réhabilitation professionnelle (phases d'orientation, de formation et de réintégration), celui-ci ne nécessite pas d'autorisation formelle du médecin-conseil en application de l'article 100, § 2 de la loi coordonnée.

Ces mêmes principes sont par ailleurs également applicables à la situation du travailleur indépendant : le volet pratique (stage) qui fait partie intégrante de l'une des trois phases (orientation, formation et réintégration) ne nécessite donc pas d'autorisation formelle du médecin-conseil en application des articles 23 et 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

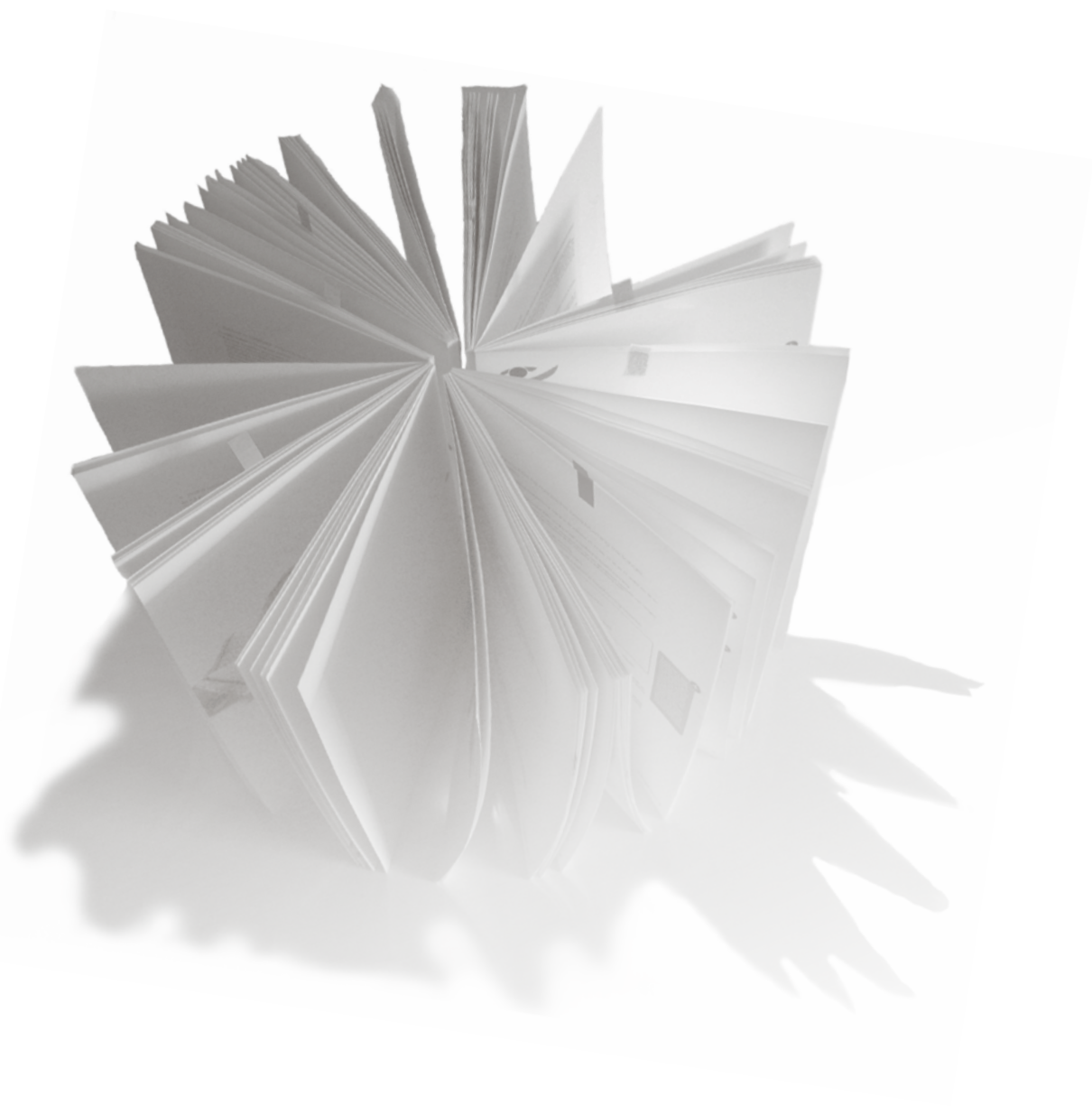
*A contrario*, si ce volet pratique (stage) ne fait pas partie intégrante du programme de réorientation/réhabilitation professionnelle, une autorisation du médecin-conseil devra alors être demandée conformément à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée (pour les travailleurs salariés) et aux articles 23 et 23*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (pour les travailleurs indépendants).



Circulaire O.A. n° 2015/135 - 407/12 du 12 mai 2015.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Le statut de personne atteinte d'une affection chronique. Montants pour l'année de référence 2015

Ci-dessous, les montants indexés pour l'année de référence 2015 sont communiqués.

Montant mentionné dans les articles 4, 5 et 8 de l'arrêté royal du 15 décembre 2013 : 305,78 EUR

Montant mentionné dans l'article 10 de l'arrêté royal du 15 décembre 2013 : 1.223,13 EUR



Circulaire O.A. n° 2015/85 – 3995/11 du 23 mars 2015.



## II. Régime général – Adaptation du plafond AMI

Régime indépendant - Revalorisation du forfait “isolé” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise suite à l’augmentation des montants de la pension minimum des indépendants

### 1. Éléments de base

#### a. Régime général

##### **ADAPTATION DU PLAFOND AMI (MESURE CONJONCTURELLE)**

Au 1<sup>er</sup> avril 2015, le plafond journalier AMI à prendre en considération pour les cas d’incapacité primaire, de maternité et d’invalidité prenant cours au plus tôt au 1<sup>er</sup> avril 2015 est revalorisé de 1,25 %. Le tableau D donne également les nouveaux maxima calculés sur base de ce nouveau plafond pour les cas d’incapacité primaire, de maternité et d’invalidité prenant cours au plus tôt ce jour là.

Le montant de base de ce nouveau plafond AMI est fixé à 100,9832 EUR (base 103,14). Adapté à l’indice pivot 119,62, ce montant s’élève, au 1<sup>er</sup> avril 2015, à 133,2473 EUR.

#### b. Régime indépendant

##### **REVALORISATION DU FORFAIT “ISOLÉ” OCTROYÉ AUX TITULAIRES EN INCAPACITÉ PRIMAIRE ET AUX INVALIDES N’AYANT PAS MIS FIN À LEUR ENTREPRISE SUITE À L’AUGMENTATION DES MONTANTS DE LA PENSION MINIMUM DES INDÉPENDANTS (MESURE CONJONCTURELLE)**

Le forfait “isolé” octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n’ayant pas mis fin à leur entreprise est augmenté au 1<sup>er</sup> avril 2015 suite à la revalorisation, à cette même date, des montants de la pension minimum des indépendants.

Le montant sur base annuelle de la pension minimum des indépendants octroyé aux titulaires isolés passe de 9.648,57 EUR à 9.739,51 EUR au 1<sup>er</sup> avril 2015 (base 103,14) ;

Adapté à l'indice pivot 119,62, le forfait "isolé" octroyé aux titulaires en incapacité primaire et aux invalides n'ayant pas mis fin à leur entreprise s'élève au 1<sup>er</sup> avril 2015 à 41,1900 EUR, arrondi à 41,19 EUR.

## 2. Date d'application

1<sup>er</sup> avril 2015

Le tableau D repris en annexe<sup>1</sup> remplace celui repris dans la circulaire O.A. n° 2014/337 – 45/249 – 482/123 du 26 août 2014



Circulaire O.A. n° 2015/86 - 45/251, 482/124 du 25 mars 2015.

1. Non publié ici.

# III. Revalorisation des prestations au 1<sup>er</sup> mai 2015

## Régime général

### Revalorisation du montant de la prime de rattrapage octroyée après deux ans d'incapacité de travail

#### 1. Éléments de base

##### a. Régime général

#### **REVALORISATION DU MONTANT DE LA PRIME DE RATTRAPAGE OCTROYÉE APRÈS DEUX ANS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (MESURE CONJONCTURELLE)**

À partir de mai 2015, le montant de la prime de rattrapage allouée aux titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année précédant l'année de son octroi, sont reconnus incapables de travailler depuis une durée minimum de deux ans, passe de 233,4901 EUR à 354,7482 EUR (base 103,14). Le montant octroyé aux titulaires pour qui la durée d'incapacité en question a atteint au moins un an mais reste inférieure à deux ans demeure inchangé par rapport à mai 2014.

Au mois de mai de l'année 2015, le montant de la prime de rattrapage octroyée aux titulaires dont la durée de l'incapacité a atteint au moins 2 ans au 31 décembre de l'année qui précède s'élève à 468,0902 EUR arrondi à 468,09 EUR (indice pivot 119,62).

#### 2. Date d'application

1<sup>er</sup> mai 2015

Vous trouverez le tableau D :



[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/indemnites\\_tableau\\_d.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/indemnites_tableau_d.pdf)



Circulaire O.A. n° 2015/91 - 45/252 - 482/125 du 31 mars 2015.

#### 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 El boutaibe  
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](mailto:abonnee@inami.fgov.be)

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726