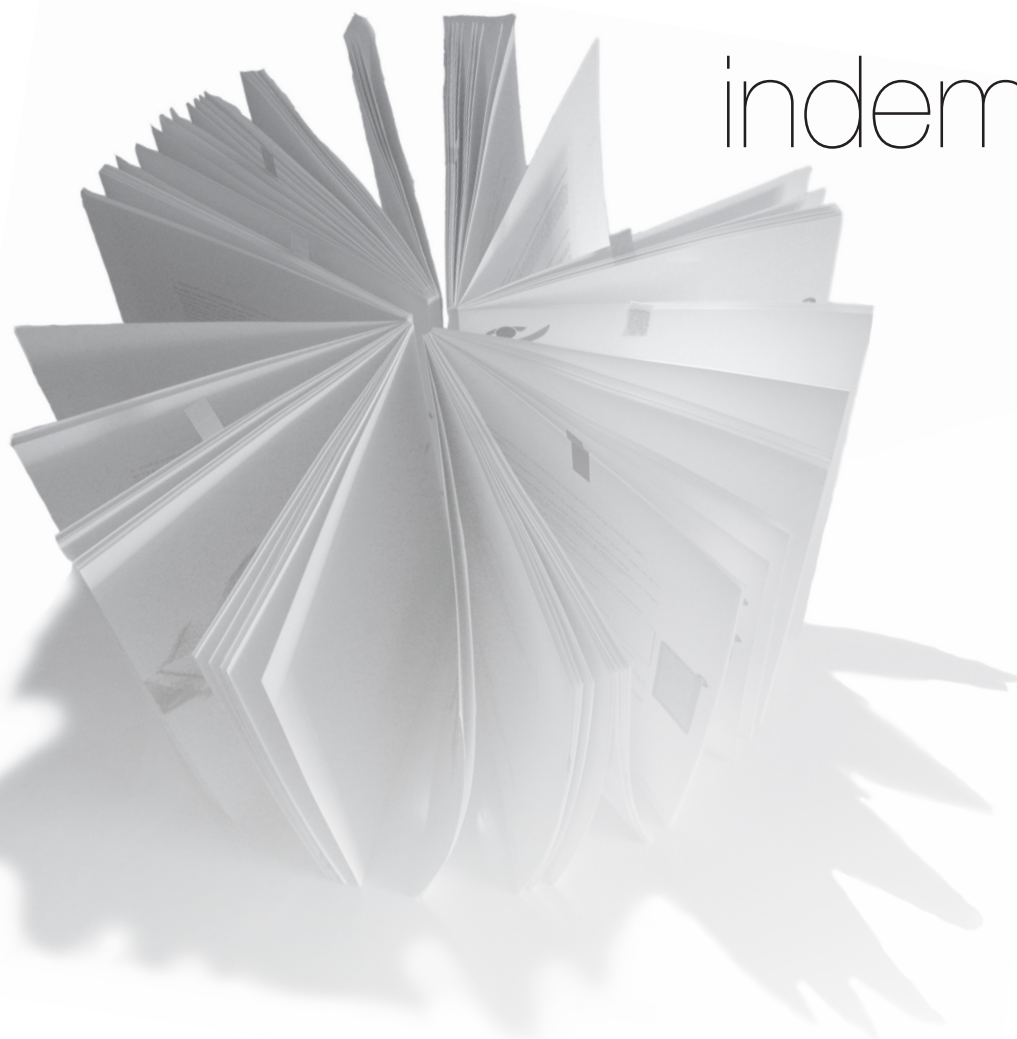


1<sup>re</sup> Partie

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



# I. Modifications légales et réglementaires

## 1. Loi

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2016	22.06.2016	Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

### Résumé des modifications

Dans le Titre I<sup>er</sup> de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé, consacré à l'INAMI, les articles 2 à 30 introduisent les modifications suivantes :

- en vue de simplifier et d'harmoniser les procédures de remboursement des prestations pharmaceutiques, les procédures d'inscription et de modification concernant le remboursement des préparations magistrales, des moyens diagnostiques, des prestations remboursables du lait maternel, de l'alimentation de régime à usage médical et de l'alimentation parentérale, des dispositifs médicaux remboursables et des prothèses capillaires remboursables sont adaptées
- la possibilité est également donnée au Roi de définir une procédure spécifique qui permet d'étendre simplement et rapidement le remboursement de médicaments déjà repris dans la liste de spécialités pharmaceutiques remboursables à une utilisation pour les bénéficiaires de moins de 18 ans;

l'article 35<sup>bis</sup> est modifié de manière à ce que l'entrée en vigueur du remboursement des spécialités pharmaceutiques puisse avoir lieu le jour qui suit la notification de la décision ministérielle au demandeur concerné pour certains types de procédures qui sont définies en concertation avec l'industrie pharmaceutique. On introduit également dans cette disposition un devoir de confidentialité concernant l'information qui est échangée entre le demandeur et l'INAMI et qui a été considérée comme confidentielle par le demandeur. Cet échange d'information s'inscrit dans le cadre de la conclusion de contrats en matière de règles de compensation lors de l'inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables;

Des mesures sont prises pour éviter que les spécialités (radio-)pharmaceutiques soient rayées d'office de la remboursabilité après un an d'indisponibilité. L'entreprise responsable peut introduire une exception à cet effet pour prolonger ce délai jusqu'à cinq ans

- la référence pour le calcul du cluster de "*médicaments les moins chers*" devient la spécialité pharmaceutique ayant la base de remboursement la plus basse par unité d'utilisation qui est effectivement disponible
- dans le cadre de l'introduction d'un trajet soins buccaux, un relèvement de la part personnelle est prévu pour certaines prestations, lorsque le trajet d'une visite annuelle chez le dentiste n'est pas suivi
- le système de financement des centres de psychiatrie légale est clarifié. Le financement comprend le remboursement de tous les coûts liés aux soins
- un groupe de remboursement V.8.7 (analogue de l'insuline humaine à durée d'action prolongée) est ajouté à l'exception à la baisse de prix de 7,5 % des médicaments biologiques
- un certain nombre d'adaptations purement techniques de la législation.

27.12.2016

18.12.2016

Loi portant des dispositions diverses en matière de santé

### Résumé des modifications

Une 1<sup>re</sup> modification à l'article 2 de la loi SSI vise à assimiler aux anciens grades académiques les nouveaux grades académiques issus de la réforme dite de Bologne dans la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette assimilation rétroagira à la date des premières obtentions des nouveaux grades.

Les autres dispositions du Titre 2 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé concernent :

- la Commission de Remboursement des Médicaments dont le président devra être un expert dans le domaine des médicaments, travaillant dans une institution universitaire (le président aura également droit de vote, afin d'harmoniser le nombre de voix dont disposent les représentants des institutions universitaires à celui accordé aux organismes assureurs)
- En matière de remboursement de référence, des alinéas supplémentaires ajoutés à l'article 35<sup>ter</sup>, § 1<sup>er</sup>, visent à corriger une situation désavantageuse pour le patient et l'assurance maladie, en introduisant également une diminution de plein droit de la base de remboursement des préparations combinées lorsque le système de remboursement de référence est appliqué pour au moins un des principes actifs composants. En effet, dans le système actuel, le système de remboursement de référence est appliqué aux spécialités originales si une spécialité générique remboursable, ayant le même ou les mêmes principes actifs, est disponible 2 mois avant la date d'application

il est possible qu'il existe sur le marché des préparations combinées (des médicaments avec 2 ou plusieurs principes actifs) à côté des préparations mono. Lorsque le système de remboursement de référence est appliqué pour une des préparations mono ou même pour les deux séparément suite à la disponibilité d'une spécialité générique, cette diminution n'est pas automatiquement appliquée pour les préparations combinées qui combinent ces principes actifs. Par conséquent, ces préparations combinées maintenaient dans le système actuel, leur base de remboursement plus élevée, ce qui est un désavantage pour le patient et l'assurance maladie

- l'article 36<sup>septies</sup> nouveau attribue au Roi la compétence de fixer les règles et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire paye un honoraire au médecin généraliste reconnu pour la gestion du dossier médical global. Par cet ajout, l'honoraire ne sera seulement dû que si le médecin généraliste utilise un dossier médical électronique. Ce dossier médical électronique doit être géré par un logiciel enregistré par la plate-forme eHealth. Les médecins généralistes qui seront reconnus à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 devront satisfaire aux conditions (pour les médecins généralistes qui étaient déjà reconnus, une période transitoire est prévue et s'étend jusqu'au 31.12.2020)
- dans le cadre du "Maximum à facturer", l'article 37<sup>duodecies</sup>, § 3, de la loi prévoit actuellement que les bénéficiaires qui se trouvent dans certaines situations dignes d'intérêt (par ex. arrêt de l'activité professionnelle, chômeur complet depuis au moins six mois) peuvent demander à leur organisme assureur de déterminer le montant actuel du revenu du ménage ;

Pour rendre cette procédure de situations dignes d'intérêt plus accessible, la modification légale supprime la limitation à certaines situations et rend cette procédure possible dans tous les cas dans lesquels le revenu du ménage est descendu en dessous d'un des montants déterminés par le Roi

- une modification à l'article 54 de la loi permet d'instituer un régime d'avantages sociaux pour les infirmiers à domicile. Tout comme pour les autres prestataires de soins qui bénéficient déjà de ce régime, les conditions d'octroi ainsi que les modalités de ce régime seront reprises dans un arrêté royal
- à l'instar d'autres IPSS tels que l'ONVA, l'ONSS ou l'ONP, une modification de l'article 167 permet à l'INAMI de transiger et de compromettre. L'administrateur général pourra désormais décider de transiger dans tous les cas où les intérêts de l'INAMI ou du régime ASSI sont engagés, sous réserve de l'approbation du Comité de gestion du service compétent (dans l'hypothèse où les montants en jeu sont importants)
- La possibilité est offerte dans l'article 174, pour les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, d'interrompre une prescription par un message électronique via le réseau Carenet - My Carenet
- Il est instauré, à partir de l'année 2017, une cotisation indemnitaire sur le chiffre d'affaires, pour autant qu'un dépassement du budget global fixé soit constaté et établi pour cette année t par le Conseil général. Le système de récupération du dépassement budgétaire mis maintenant en place via cette cotisation indemnitaire permet d'avoir deux mois supplémentaires de données sur les dépenses pour consolider l'estimation du dépassement budgétaire de l'année en cours (année t)
- Un nouvel alinéa est inséré à l'article 73bis afin de préciser la notion de "*documents réglementaires*" qui y est utilisée. Cette précision est nécessaire dans la mesure où les documents papier sont progressivement abandonnés en faveur d'un processus de facturation électronique. L'extension de l'application de l'article 73bis nécessite également une adaptation de l'article 142. Cet article précise, en effet, l'échelle de sanction pour les infractions administratives décrites à l'article 73bis
- En matière de méthodes de recherche, une disposition est introduite dans la loi autorisant le Service d'évaluation et de contrôle médicaux à recourir à la preuve par extrapolation
- L'article 33 de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé vise à clarifier la portée de l'article 16 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en précisant, avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2012, que l'accès au dossier de patient vise bien le droit de consulter et d'obtenir une copie du dossier de patient.

29.12.2016 - Édition 2

25.12.2016

Loi-programme (1)

### Résumé des modifications

Dans le cadre de cette loi-programme, les mesures suivantes sont adoptées :

- le niveau de facturation des médicaments biologiques, inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, délivrés en hôpital à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et pour lesquelles un biosimilaire est disponible, est diminué de 10 %
- à l'article 73 de la loi qui prévoit la base légale de la prescription "bon marché", sont apportées deux modifications à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 :
  - d'une part, le pourcentage minimal de prescriptions "bon marché" pour les médecins généralistes est augmenté de 50 % à 60 %

- d'autre part, la définition d'un médicament "bon marché" est adaptée : le groupe des médicaments les "moins chers", est le cluster dans lequel les spécialités sont groupées par molécule, dosage et taille de conditionnement, constitué de la spécialité dont la base de remboursement par unité d'utilisation est la plus basse et qui est effectivement disponible, et des spécialités disponibles dont la base de remboursement par unité d'utilisation n'est pas élevée de plus de 5 % que la plus basse, étant entendu que si le groupe des spécialités les moins chères ne comporte pas au moins 3 spécialités différentes, les spécialités disponibles dont la base de remboursement par unité d'utilisation est la plus basse ou la pénultième ou l'antépénultième sont aussi prises en compte.

Si 3 spécialités ne se trouvent pas dans la fourchette de 5 %, le médicament le moins cher, le deuxième et le troisième médicament le moins cher, sont considérés comme bon marché. Il semble y avoir d'importantes différences de prix entre le médicament le moins cher et le troisième médicament le moins cher. Pour cette raison, une fourchette supplémentaire de 20 % est instaurée entre le médicament le meilleur marché et le troisième médicament le meilleur marché, à côté de la "fourchette de 5 %"

- la contribution sur le marketing, prévue à l'article 191, alinéa 1<sup>er</sup>, 31°, de la loi, qui a été instaurée pour contrebalancer l'effet de la promotion sur l'augmentation du volume de prescription des médicaments remboursables est maintenue pour l'année 2017
- les cotisations sur le chiffre d'affaires prévues à l'article 191, alinéa 1<sup>er</sup>, 15°*novies* (cotisation standard), 15°*duodecies* (cotisation contributive) et 15°*terdecies* (contribution "orpheline") de la loi sont reconduites en 2017
- une évaluation budgétaire correcte du secteur des spécialités pharmaceutiques ne peut avoir lieu que si les recettes des conventions – article 81 – peuvent également être portées en compte au cours du processus budgétaire et financier complet. Pour réaliser cet objectif, un certain nombre d'articles de la loi sont adaptés
- l'article 16 de la loi-programme reprend les mesures d'économies sur la masse d'indexation des secteurs d'honoraires
- les dispositions relatives au maximum à facturer sont adaptées de façon à indexer les plafonds de tickets modérateurs applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017
- l'article 53 de la loi est adapté afin de fournir, en cas de recours aux attestations de soins donnés électroniques, la base légale nécessaire à la transmission d'informations par l'INAMI au SPF Finances. Cette transmission est destinée à compenser la perte d'informations qui résulte pour l'administration fiscale de la suppression de la facturation papier puisque les informations liées aux commandes de formules de reçu-attestation de soins donnés n'existent plus
- un honoraire spécifique est attribué au pharmacien d'officine pour l'exécution d'une prescription pour une spécialité pharmaceutique remboursable inscrite au chapitre IV
- enfin cette loi-programme comporte, dans son Chapitre 4 (art. 31 à 34 inclus), un certain nombre de modifications réglementaires dans le cadre de la mesure relative à l'allongement du stage requis pour l'ouverture du droit aux indemnités d'incapacité de travail dans le régime de l'assurance indemnités pour les travailleurs salariés (où il est dorénavant prévu un stage de douze mois en lieu et place de six mois). Ces modifications concernent :
  - la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses (à savoir une adaptation apportée au chapitre qui fixe un régime de cotisations spécifiques pour les fonctionnaires (statutaires) dont la relation de travail a pris fin)
  - la loi du 6 février 2003 portant des dispositions sociales pour des militaires qui retournent à la vie civile.

En outre, une mesure de transition particulière y est également insérée.

Les dispositions légales mentionnées ci-dessous précisent à cet effet que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'employeur doit verser, en cas de cessation de la relation de travail après le 31 décembre 2016, et sous certaines conditions, les cotisations dues par l'employeur et le travailleur calculées sur une période de douze mois (en lieu et place de six mois), à l'organisme percepteur de cotisations de sécurité sociale. Cette période de douze mois correspond en effet au minimum légal imposé dorénavant pour le stage à accomplir en vue de pouvoir bénéficier des indemnités d'incapacité de travail du secteur des indemnités.

La date d'entrée en vigueur de la mesure de prolongation du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail est reportée au 1<sup>er</sup> avril 2017 (au lieu du 01.01.2017, comme prévu initialement).

## 2. Arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
25.11.2016 - Édition 1	28.10.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal complète l'article 205, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 par un 7°. Il produit ses effets à partir du 21 mai 2015 et s'applique aux risques qui débutent à partir de cette date.

Il s'agit notamment d'une dispense de stage pour un agent statutaire qui prend un congé sans solde pour convenue personnelle pour entamer un emploi contractuel et qui se voit donc assujéti à l'assurance indemnités et maternité des travailleurs salariés (cette modification de la réglementation découle de "l'arrêt ROSSELLE" rendu par la Cour européenne de Justice le 21.05.2015).

24.11.2016 - Édition 2	08.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle
------------------------	------------	--

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal, qui insère de nouvelles dispositions (art. 215<sup>octies</sup> -> art.215<sup>sexies-decies</sup>) dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996, porte sur les nouveaux trajets de réintégration socioprofessionnelle.

Le but est de réinsérer le titulaire le plus rapidement possible via :

- une porte d'accès centrale : le médecin-conseil

- une collaboration entre plusieurs médecins : le médecin-conseil (MC), le conseiller en prévention-médecin du travail (CP-MT) et le médecin traitant.

Deux circuits sont mis en place afin de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle du titulaire :

- celui qui est lié par un contrat de travail : trajet de réintégration par le conseiller en prévention-médecin du travail
- celui qui n'est pas lié par un contrat de travail : trajet de réintégration par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

12.12.2016 - Édition 2	21.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle
------------------------	------------	---

#### Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie les articles 138 et 294 et abroge l'article 142, § 4 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Fin 2013, l'article 294 du même arrêté avait déjà été modifié en raison de la transposition, en droit belge, de la Directive 2011/24/EU du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Suite à cela, une centralisation progressive du traitement des demandes d'intervention dans le coût de la rééducation fonctionnelle à l'étranger s'est opérée vers le Collège des médecins-directeurs (CMD). Les présentes modifications ont pour objet d'inscrire clairement les modalités de ce traitement dans la réglementation.

### 3. Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
22.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

Insère dans l'article 2, B de la nomenclature, la prestation 103095 et la règle d'application suivante :

"103095 - Supplément pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) inhabituelle du médecin généraliste ..... N 7

La visite ou consultation inhabituelle du médecin généraliste désigne la première consultation ou visite réalisée par le gestionnaire du DMG, quand le médecin explique la situation et planifie le suivi du patient :

- a) soit lors de la première admission d'un patient dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins ;
- b) soit lors du retour à domicile d'un patient de 75 ans et plus après une hospitalisation de plus de 14 jours".

27.09.2016	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

#### Résumé des modifications

Ces modifications de la nomenclature se justifient par la demande de la Ministre des Affaires Sociales de réaliser une économie dans la prise en charge de la douleur chronique et plus spécialement du dos ; ces mesures se traduisent par :

- la suppression de la prestation 202812-202823 : infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an
- la limitation du remboursement de la prestation 202790-202801 : infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'imagerie médicale, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an à 3 infiltrations par an
- quelques modifications annexes :
  - article 12, § 4 a) : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste
  - article 12, § 5 : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste
  - article 12, § 7 : suppression de la prestation 202812-202823 de la liste.

27.09.2016	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 21, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

#### Résumé des modifications

En raison de l'augmentation du coût du matériel et du personnel, de l'utilisation de plus en plus fréquente de la suture en 2 plans après excision de lésion pour obtenir un résultat esthétique et enfin, de l'impossibilité actuellement de réaliser une plastie après excision en dehors de l'hôpital, l'article 21, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature est modifié comme suit :

- augmentation de la valeur de K pour les excisions de tumeurs cutanées
- création d'une prestation pour l'excision de tumeurs cutanées suivie d'une suture en 2 plans
- création d'une prestation pour l'excision de tumeurs cutanées suivie d'une plastie.



27.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1 <sup>er</sup> , A, II, 24, § 1 <sup>er</sup> , 32, § 2, et 33 <i>bis</i> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------------------	------------	--

### Résumé des modifications

La nomenclature de biologie clinique relative à l'hématologie doit être actualisée et modernisée car elle ne correspond plus nécessairement à la réalité des actes prestés, compte tenu notamment de l'évolution technologique dans ce domaine, mais également compte tenu de l'évolution de l'indication de certains tests. La révision impacte les articles 3, 24, 32 et 33*bis* de la nomenclature et concerne 57 prestations.

Certaines prestations sont devenues obsolètes, certains libellés ne correspondent plus à la réalité technique. En outre, certains actes techniques réalisés aujourd'hui ne disposent d'aucune nomenclature appropriée. À titre d'exemple :

- hématologie : suppression de l'examen cytologique sur concentré de globules blancs (553011-553022) car les automates peuvent actuellement réaliser des formules fiables sur un faible nombre de globules blancs
- hémostasie : adaptation des prestations (554072-554083, 554433-554444, 553291-553302) relatives au lupus systémique érythémateux et au syndrome des anti phospholipides (augmentation du maximum, du coefficient, limitation des indications)
- transfusion : création de prestations (587790-587801, 587812-587823) relatives aux D variant et D faible, permettant une meilleure gestion des stocks de sang Rhésus négatif
- immunologie : création d'une prestation (553394-553405) de détection d'anticorps contre la membrane basale glomérulaire dans le cadre du syndrome de Goodpasture
- immunodéficiences : création de prestations (553475-553486, 553490-553501, 553512-553523, 553534-553545) d'identification de récepteur ou d'antigène dans le cadre d'une immunodéficiences congénitales
- hémato-oncologie : création d'une prestation (587856-587860) de suivi de l'état de chimérisme des cellules T dans le cadre d'une transplantation allogène de cellules souches, création d'une prestation (587871-587882) de Dépistage d'anomalies géniques sub-microscopiques au moyen d'une méthode de biologie moléculaire complexe pangénomique dans la phase d'investigation diagnostique d'une leucémie lymphoïde chronique ou d'un myélome multiple.

10.10.2016	27.09.2016	Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

### Résumé des modifications

La règle de la nomenclature (art. 5) qui limite le remboursement pour le remplacement de la base d'une prothèse amovible à 30 % des honoraires de la prothèse sur laquelle est effectué le traitement, est supprimée. Une valeur de nomenclature L90 est attribuée aux prestations pour le remplacement de la base et ce, indépendamment du nombre de dents présentes sur la prothèse amovible.

Grâce à cette adaptation, la base de remboursement pour chaque remplacement de la base sera assimilée au maximum en vigueur pour une prothèse amovible complète.

L'article 6, § 5 précise en outre que le nouveau critère de dérogation, qui prévoit la possibilité de rembourser une prothèse amovible chez un patient âgé de moins de 50 ans avec perte de dent consécutive à une crise d'épilepsie, relève de la compétence du médecin-conseil.

Il est enfin précisé dans le libellé du numéro de code 307252-307263 que son remboursement est limité aux personnes à partir du 70<sup>e</sup> anniversaire.

Ces deux dernières adaptations sont de nature technique et ne visent qu'à clarifier la nomenclature.

20.10.2016	25.09.2016	Arrêté royal modifiant les articles 11, §§ 1 <sup>er</sup> , 2 et 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1 <sup>er</sup> , c), et 2, A et C, et 25, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

### Résumé des modifications

L'article 20, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature est modifié à la demande des gastro-entérologues qui souhaitent :

- d'une part, introduire de nouvelles prestations rendues possibles par l'évolution des techniques endoscopiques
- d'autre part, permettre de combiner plus facilement les prestations en raison de la complexité croissante des traitements endoscopiques.

Rien qu'à l'article 20, sept nouvelles prestations ont été créées et neuf ont été supprimées ; enfin, dix-huit prestations ont été modifiées (fibro-duodéoscopie 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> duodénum, Jéjunoscopie avec un entéroscope, etc.)

Au § 2 de l'article 20, toutes les lignes qui commencent par *"de la rubrique c) : aux points A et B, ainsi que suppression au point C des prestations concernées par la révision de la nomenclature de gastro-entérologie"* ont été supprimées.

À l'article 11, § 1<sup>er</sup>, les numéros d'ordre 473756-473760 sont supprimés de la règle d'application de non-cumul avec la rectoscopie et au § 2, les numéros d'ordre 473653-473664 sont supprimés de la liste des prestations du supplément attestable pour le médecin spécialiste qui effectue une prestation par la méthode au laser YAG (355036-355040). Au § 4, le libellé de la prestation 355950-355961 (gastrostomie percutanée sous contrôle endoscopique) devient gastrostomie ou entérostomie percutanée.

À l'article 14, a), suite à la suppression de la prestation 472010-472021, ces numéros ont également été supprimés au deuxième alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 221196-221200.

À l'article 16, § 5, aucune prestation n'est accordée pour une aide opératoire au cours des actes de gastro-entérologie (art. 20, § 1<sup>er</sup>, c)).

Enfin, à l'article 25, § 4, les numéros d'ordre 472356-472360, 473056-473060, 472452-472463 et 472415-472426 sont supprimés de la liste des prestations qui peuvent être portées en compte par tout médecin spécialiste ou candidat spécialiste de garde répondant au prescrit du § 3, lorsqu'elles sont effectuées dans les conditions prévues à l'article 26, § 5.

La règle interprétative 20c/01 est obsolète. Elle concerne une prestation supprimée depuis plus de 10 ans (placement d'une sonde de Miller-Abbot sous scopie télévisée).

17.10.2016	03.10.2016	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	--

### Résumé des modifications

Les adaptations à l'article 28 de la nomenclature permettent d'y intégrer les règles interprétatives et d'y ajouter une nouvelle règle de tarification qui supprime une discrimination basée sur le sexe du bénéficiaire.

Au § 18 de cet article 28, qui traite des "Vêtements compressifs" :

- au point "D. Procédure de demande et documents pour l'intervention de l'assurance, 1. Prescripteurs", il est précisé quels médecins peuvent prescrire des vêtements compressifs en cas de chirurgie correctrice tardive pour les indications prévues au § 18, C., 1., d) (insertion de la RI 28)
- au point "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 1. Généralités", il est précisé que pour la détermination du nombre maximum de pièces remboursables, c'est l'âge au moment de la première prestation qui compte (insertion de la RI 31)
- aux points "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 2. Nombre maximum de prestations remboursables - Règle générale" et "3. Nombre maximum de prestations remboursables - Exceptions", le mot "brûlures" est remplacé par "lésions" afin de couvrir toutes les indications prévues au § 18, C., 1. (insertion de la RI 29)
- au point "E. Nombre maximum de prestations remboursables, 2. Nombre maximum de prestations remboursables - Règle générale", il est précisé ce qu'on entend par "prestations complémentaires en silicone". Les prestations relatives aux centimètres supplémentaires à une pelote de base ne sont pas visées par ces mots (insertion de la RI 30)
- au point "F. Cumuls et tarifications particulières", est insérée une nouvelle règle de tarification qui stipule que lorsque une veste et un segment soutien-gorge sont délivrés ensemble, cela ne compte que pour une seule prestation dans le nombre maximum de prestations de base par 24 mois.

30.11.2016 - Édition 2	17.10.2016	Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------------------	------------	--

### Résumé des modifications

À l'article 7 de la nomenclature, pour les prestations de kinésithérapie, la phrase "En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396" est réintroduite au 5<sup>e</sup> alinéa du § 11 afin d'interdire le cumul entre les prestations spécifiques de drainage lymphatique et les deuxièmes séances journalières.

07.12.2016	17.10.2016	Arrêté royal modifiant l'article 7 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (+ corr. publié au M.B. du 15.12.2016)
------------	------------	---

### Résumé des modifications

Les modifications de la nomenclature de kinésithérapie concernant les patients atteints du syndrome de fatigue chronique font suite à la disparition des centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique (SFC) et ont pour but de répondre plus précisément aux besoins spécifiques de ces patients.

Les modifications concernant les patients atteints de fibromyalgie ont le même objectif et sont, en outre, effectuées pour être en cohérence avec celles effectuées pour les patients atteints du syndrome de fatigue chronique.

Les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie sont extraites de la liste "Fb" (§ 14, 5°, B.) pour faire l'objet de deux nouvelles rubriques spécifiques à l'article 7, § 1<sup>er</sup>.

Les modalités et règles d'application de ces deux nouvelles rubriques sont décrites aux §§14<sup>quater</sup> et *quinquies*. Les patients atteints du syndrome de fatigue chronique ou de fibromyalgie peuvent bénéficier d'un maximum de 18 séances d'une durée globale moyenne de 45 minutes en lieu et place d'un traitement de 60 séances, renouvelable, en liste "Fb" comme c'était le cas jusqu'à présent. Ce traitement n'est désormais possible qu'une fois dans l'historique du patient.

Cette adaptation de la nomenclature entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

30.11.2016	09.11.2016	Arrêté royal modifiant les articles 2, B, et 25, § 1 <sup>er</sup> , de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
------------	------------	---

### Résumé des modifications

Dans le cadre d'une revalorisation de la consultation de neurologie ainsi que la revalorisation de la neuropédiatrie, les prestations utilisées jusqu'à présent à la fois par les neurologues et les neuropédiatres sont modifiées pour être désormais réservées aux neurologues (art. 2, B). Elles sont également revalorisées (N20 à N21).

On crée aussi deux nouvelles prestations pour la consultation du neuropédiatre (accrédité ou non). Ces prestations sont revalorisées (N20 à N25).

L'article 25 de la nomenclature est modifié pour permettre aux neuropédiatres, pédiatres de formation, de facturer des avis dans un service de pédiatrie, à la demande d'un pédiatre.

## 4. Arrêté royal modifiant l'article 37 *bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
20.10.2016 - Édition 2	25.09.2016	Arrêté royal modifiant l'article 37 <i>bis</i> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Cette modification de l'arrêté royal modifiant l'article 37 *bis* de la loi SSI est liée aux nouvelles prestations d'endoscopie créées par l'arrêté royal du 25 septembre 2016 modifiant les articles 11, §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 4, 14, a), 16, § 5, 20, §§ 1<sup>er</sup>, c), et 2, A et C, et 25, § 4, de la nomenclature (voir ci-dessus).

Aucune intervention personnelle n'est proposée pour les neuf nouvelles prestations (art. 37, § 5, Loi SSI). Il est également prévu, pour les bénéficiaires sans régime préférentiel non hospitalisés :

- d'instaurer une intervention personnelle, pour la prestation 473174, de 15 % avec un maximum de 5,62 EUR par prestation
- de supprimer l'intervention personnelle de la prestation 473955.

## 5. Arrêtés royaux modifiant les arrêtés royaux fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations

Moniteur belge	Date	Titre
01.07.2016	28.06.2016	Arrêté royal portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires

### Résumé des modifications

L'arrêté royal du 28 juin 2016 fixe le montant de l'intervention personnelle des bénéficiaires sans régime préférentiel pour prestations dentaires ; il abroge et remplace l'arrêté royal du 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires.

L'arrêté royal fixe, dans le cadre des trajets de soins buccaux, l'intervention personnelle des bénéficiaires dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 5 de la nomenclature. Outre le ticket modérateur de base, est introduit un ticket modérateur supplémentaire à charge du patient si aucun soin remboursé n'a été enregistré l'année précédente.

22.09.2016 - Édition 2	11.09.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
------------------------	------------	--

#### Résumé des modifications

Cette modification insère dans l'arrêté royal du 23 mars 1982, un article 1<sup>er</sup>bis rédigé comme suit :  
*"Article 1<sup>er</sup>bis. Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103095."*

Cette prestation prévoit un supplément pour la consultation ou la visite du médecin généraliste qui gère le DMG ; pour cette prestation , il n'y a pas d'intervention personnelle du patient.

14.11.2016 - Édition 2	20.10.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 28 juin 2016 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour prestations dentaires
------------------------	------------	---

#### Résumé des modifications

Toujours dans le cadre des trajets de soins buccaux, l'arrêté royal du 20 octobre 2016 fixe l'intervention personnelle des bénéficiaires **avec régime préférentiel** dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 5 de la nomenclature.

30.11.2016 - Édition 2	09.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations
------------------------	------------	--

#### Résumé des modifications

Suite à la création dans la nomenclature, d'une prestation pour une consultation dermatologique chez un patient souffrant d'une maladie chronique traitée de façon systémique par médicament anti-tumoral ou immunosuppresseur, l'arrêté royal du 9 novembre 2016 fixe le montant de l'intervention personnelle pour la consultation du médecin spécialiste.

07.12.2016	25.11.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations
------------	------------	--

#### Résumé des modifications

L'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 est adapté afin d'y intégrer les § 1<sup>er</sup>, 9<sup>o</sup> et 10<sup>o</sup> de l'article 7 de la nomenclature (voir ci-dessus A.R. du 17.10.2016) créés dans le cadre de l'adaptation de la nomenclature pour les patients atteints de fibromyalgie et du syndrome de fatigue chronique (SFC).

## 6. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
26.09.2016 - Édition 2	16.08.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins

### Résumé des modifications

Cet arrêté royal modifie l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins et introduit notamment un seuil d'activité qui est fixé à 25.000 EUR pour les médecins généralistes (les médecins qui adhèrent totalement à la convention mais n'atteignent que la moitié du seuil ont droit au montant réduit des avantages sociaux). Ne sont pas soumis à cette condition d'activité, les médecins en formation et les médecins agréés depuis moins de 5 ans lors de l'année de référence.

Les montants des avantages sociaux sont également adaptés en fonction des économies générées par l'introduction du seuil d'activité.

24.10.2016	08.10.2016	Arrêté royal concernant le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2016
------------	------------	---

### Résumé des modifications

En application de l'article 269, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la Loi-programme (I) du 24 décembre 2002, le montant à charge des frais d'administration de l'INAMI destiné au financement du Centre fédéral d'expertise des soins de santé est fixé à 12,8 millions d'EUR en 2016.

02.12.2016	27.11.2016	Arrêté royal instituant un régime d'avantages sociaux pour certains logopèdes
------------	------------	---

### Résumé des modifications

L'arrêté royal du 27 novembre 2016 introduit un régime d'avantages sociaux en vue de la constitution contractuelle soit d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, en cas de retraite ou en cas de décès, en faveur du logopède qui adhère individuellement à la convention nationale entre les logopèdes et les organismes assureurs.

L'arrêté royal fixe deux seuils d'activités auxquels correspondent deux cotisations différentes. Aucune cotisation ne peut être octroyée à un logopède qui a un seuil d'activité trop élevé et qui est considéré comme un "outlier", soit un consommateur excessif de la nomenclature des prestations de santé.

La mesure est d'application à partir de la cotisation 2016 (payement des cotisations début janvier 2018).

21.12.2016	07.12.2016	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants
------------	------------	--

### Résumé des modifications

La loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, prévoit un transfert de certaines missions actuellement exercées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux en matière d'incapacité de travail, vers les organes du Service des indemnités. L'objectif poursuivi par ce transfert vise à rendre plus cohérente l'organisation des missions des différents services de l'INAMI en matière d'incapacité de travail, en concentrant au sein d'un même service (le Service des indemnités) les compétences liées à l'incapacité de travail.

Afin d'intégrer ce transfert de compétences en faveur du Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants, des modifications sont apportées à l'article 41 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 en vue d'y insérer les nouvelles missions du Comité de gestion en matière de fixation des directives pour l'organisation du contrôle de l'incapacité de travail, en rétablissant le point 8° de cet article 41.

Une autre modification de cet article prévoit, au point 6° de ce même article 41, la transmission par le Conseil médical de l'invalidité au Comité de gestion des travailleurs indépendants (pour examen), des rapports désormais établis par ledit Conseil médical de l'invalidité dans le domaine de l'incapacité de travail.

## 7. Arrêtés ministériels

**Arrêté ministériel du 21 décembre 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**

Plusieurs dizaines d'arrêtés ministériels ont apportés, au cours du 2<sup>e</sup> semestre 2016, des modifications à la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 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. Il nous est impossible de reprendre ici l'ensemble des spécialités pharmaceutiques qui ont été introduites, modifiées ou retirées de la liste (les AM en question peuvent être consultés sur le site des publications au moniteur belge).

16.12.2016 - Édition 1	01.12.2016	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger
------------------------	------------	--

### Résumé des modifications

L'article 1<sup>er</sup>, § 2, de l'arrêté ministériel du 5 juin 1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger est complété comme suit : "Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2017, le prix de la journée d'entretien visé au § 1<sup>er</sup> est fixé à 496,09 EUR".



## 8. Règlements modifiant le règlement des soins de santé du 28 juillet 2003

Moniteur belge	Date	Titre
13.07.2016	20.06.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Le modèle de facture patient dans les hôpitaux est modifié comme suit :

- ajout du "libellé" dans la rubrique "1.4. Rééducation fonctionnelle". L'hôpital peut nommer concrètement à cet endroit les forfaits facturés en application des conventions de rééducation fonctionnelle
- adaptation de la définition de "supplément" sur l'annexe 37
- suppression de la mention "Toutes les prestations médicales (ou paramédicales) sont facturées par l'hôpital; le patient ne peut recevoir de facture autre que celle qui est établie par l'hôpital" sur l'annexe 37bis
- adaptation qui permet également d'appliquer correctement la nouvelle réglementation en matière de TVA sur les interventions d'esthétique.

02.08.2016	25.07.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	--

### Résumé des modifications

Ce règlement remplace l'annexe 12 (attestation de fourniture destinée aux audiciens) : suite à l'établissement de la 1<sup>re</sup> liste limitative des appareils auditifs, une colonne supplémentaire avec le code d'identification de l'appareil auditif sur la liste est ajoutée.

03.11.2016	03.10.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	--

### Résumé des modifications

Dans le règlement du 28 juillet 2003 est inséré un chapitre XV/1 qui fixe les modalités de lecture électronique d'un document d'identité par les dispensateurs de soins qui sont tenus en vertu de l'article 53 de la loi de vérifier de manière électronique l'identité du patient pour l'application du tiers payant.

09.12.2016	01.12.2016	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
------------	------------	---

#### Résumé des modifications

Dans l'annexe 5b du règlement, les points e) et f) du formulaire de notification pour une affection "Fb" sont supprimés.

En effet, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, les prestations pour les patients atteints de syndrome de fatigue chronique et de fibromyalgie sont extraites de la liste "Fb" (§14, 5<sup>o</sup>, B.) pour faire l'objet de deux nouvelles rubriques spécifiques au § 1<sup>er</sup> de l'article 7 de la nomenclature (voir ci-dessus l'A.R. du 17.10.2016 modifiant l'art. 7 de la nomenclature des prestations de santé).

À partir de cette date, elles ne doivent donc plus figurer sur le formulaire de notification "Fb".

# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



# I. Arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne (quatrième chambre), 21 mai 2015

*Dans l'affaire C-65/14 du 21 mai 2015, la CJUE (4<sup>e</sup> chambre) a dit pour droit, suite à une question préjudicielle relative à la directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail, que l'article 11, point 4, de ladite directive s'oppose à ce qu'un État membre refuse d'accorder à une travailleuse une prestation de maternité au motif que, en sa qualité d'agent statutaire ayant obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, elle n'a pas accompli, dans le cadre de cette activité salariée, le stage prévu par le droit national pour bénéficier de ladite prestation de maternité, même si elle a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.*

Arrêt C-65/14

...

Dans l'affaire C-65/14,

ayant pour objet une demande de décision préjudicielle au titre de l'article 267 TFUE, introduite par le tribunal du travail de Nivelles (Belgique), par décision du 20 décembre 2013, parvenue à la Cour le 10 février 2014, dans la procédure

...

La Cour (quatrième chambre),

...

## Arrêt

1. La demande de décision préjudicielle porte sur l'interprétation des directives 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (10<sup>e</sup> directive particulière au sens de l'art. 16, § 1, de la directive 89/391/CEE) (JO L 348, p. 1), et 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil, du 5 juillet 2006, relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (JO L 204, p. 23).

2. Cette demande a été présentée dans le cadre d'un litige opposant Madame R. à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et à l'O.A. au sujet du refus de lui attribuer une prestation de maternité au motif qu'elle n'a pas accompli le stage prévu par le droit national.

## Le cadre juridique

### LE DROIT DE L'UNION

#### La directive 89/391/CEE

3. La directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (JO L 183, p. 1), énonce, à son article 2, paragraphe 1 :

“La présente directive s'applique à tous les secteurs d'activités, privés ou publics (activités industrielles, agricoles, commerciales, administratives, de service, éducatives, culturelles, de loisirs, etc.).”

4. L'article 3, sous a), de cette directive dispose :

“Aux fins de la présente directive, on entend par :

a) travailleur, toute personne employée par un employeur ainsi que les stagiaires et apprentis, à l'exclusion des domestiques”.

5. L'article 16, paragraphe 1, de ladite directive prévoit :

“Le Conseil adopte, sur proposition de la Commission fondée sur l'article 118 A du traité CEE, des directives particulières, entre autres dans les domaines tels que visés à l'annexe. ”

#### La directive 92/85

6. Aux termes des neuvième et dix-septième considérants de la directive 92/85 :

“considérant que la protection de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, allaitantes ou accouchées ne doit pas défavoriser les femmes sur le marché du travail et ne doit pas porter atteinte aux directives en matière d'égalité de traitement entre hommes et femmes ;

[ ... ]

considérant, par ailleurs, que les dispositions concernant le congé de maternité seraient également sans effet utile si elles n'étaient pas accompagnées du maintien des droits liés au contrat de travail et du maintien d'une rémunération et/ou du bénéfice d'une prestation adéquate”.

7. L'article 1<sup>er</sup>, paragraphes 1 et 2, de cette directive énonce :

“1. La présente directive, qui est la dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1 de la directive [89/391], a pour objet la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail.

2. Les dispositions de la directive [89/391], à l'exception de son article 2, paragraphe 2, s'appliquent pleinement à l'ensemble du domaine visé au paragraphe 1, sans préjudice de dispositions plus contraignantes et/ou spécifiques contenues dans la présente directive. ”

8. L'article 2 de ladite directive contient les définitions suivantes :

"Aux fins de la présente directive, on entend par :

- a) "travailleuse enceinte" : toute travailleuse enceinte qui informe l'employeur de son état, conformément aux législations et/ou pratiques nationales;
- b) "travailleuse accouchée" : toute travailleuse accouchée au sens des législations et/ou pratiques nationales, qui informe l'employeur de son état, conformément à ces législations et/ou pratiques;
- c) "travailleuse allaitante" : toute travailleuse allaitante au sens des législations et/ou pratiques nationales, qui informe l'employeur de son état, conformément à ces législations et/ou pratiques."

9. L'article 8 de la même directive, intitulé "Congé de maternité", prévoit :

"1. Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que les travailleuses au sens de l'article 2 bénéficient d'un congé de maternité d'au moins quatorze semaines continues, réparties avant et/ou après l'accouchement, conformément aux législations et/ou pratiques nationales.

2. Le congé de maternité visé au paragraphe 1 doit inclure un congé de maternité obligatoire d'au moins deux semaines, réparties avant et/ou après l'accouchement, conformément aux législations et/ou pratiques nationales. "

10. L'article 11 de la directive 92/85, intitulé "Droits liés au contrat de travail", dispose :

"En vue de garantir aux travailleuses, au sens de l'article 2, l'exercice des droits de protection de leur sécurité et de leur santé reconnus dans le présent article, il est prévu que :

[ ... ]

2) dans le cas visé à l'article 8, doivent être assurés :

- a) les droits liés au contrat de travail des travailleuses au sens de l'article 2, autres que ceux visés au point b) ;
- b) le maintien d'une rémunération et/ou le bénéfice d'une prestation adéquate des travailleuses au sens de l'article 2 ;
- 3) la prestation visée au point 2 b) est jugée adéquate lorsqu'elle assure des revenus au moins équivalents à ceux que recevrait la travailleuse concernée dans le cas d'une interruption de ses activités pour des raisons liées à son état de santé, dans la limite d'un plafond éventuel déterminé par les législations nationales ;
- 4) les États membres ont la faculté de soumettre le droit à la rémunération ou à la prestation visée au point 1 et au point 2 b) à la condition que la travailleuse concernée remplisse les conditions d'ouverture du droit à ces avantages prévues par les législations nationales.

Ces conditions ne peuvent en aucun cas prévoir des périodes de travail préalable supérieures à douze mois immédiatement avant la date présumée de l'accouchement."

## LE DROIT BELGE

11. La loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée (M.B. du 27.08.1994, p. 21524), dans sa version applicable au litige au principal (ci-après la "loi du 14.07.1994"), énonce à son article 86, paragraphe 1<sup>er</sup> :

"Sont bénéficiaires du droit aux indemnités d'incapacité de travail telles qu'elles sont définies au titre IV, chapitre III, de la présente loi coordonnée et dans les conditions prévues par celle-ci, en qualité de titulaires :

1° a) les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire indemnités, en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs y compris les travailleurs bénéficiant d'une indemnité (due à la suite de la rupture irrégulière du contrat de travail, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ou de la cessation du contrat de travail de commun accord), pendant la période couverte par cette indemnité ;

b) les travailleuses visées ci-dessus pendant la période de repos visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 4 ;

c) les travailleurs qui se trouvent dans une des situations visées à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 3, et 5 ;

[ ... ]

2° les travailleurs qui, au cours d'une période d'incapacité de travail (ou de protection de la maternité), telle qu'elle est définie par la présente loi coordonnée, perdent la qualité de titulaire visée au 1° ;

3° à l'expiration de la période d'assurance continuée visée à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, les travailleurs ayant eu la qualité visée au 1°, à condition qu'ils soient devenus incapables de travailler (ou se soient trouvés dans une période de protection de la maternité au plus tard le premier jour ouvrable suivant l'expiration de la période d'assurance continuée). "

12. L'article 112 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit :

"Sont bénéficiaires du droit à l'indemnité de maternité telle qu'elle est définie au titre V, chapitre III, de la présente loi coordonnée et dans les conditions prévues par celle-ci, les titulaires visées à l'article 86, paragraphe 1<sup>er</sup>. "

13. L'article 116 de ladite loi dispose :

"Pour obtenir le droit aux prestations prévues au titre V les titulaires visées à l'article 112 doivent satisfaire aux conditions prévues par les articles 128 à 132.

Le Roi peut après avis du Comité de gestion du Service des indemnités pour les catégories de titulaires qu'il définit, soit dispenser des conditions de stage prévues à l'article 128, soit les adapter."

14. L'article 128 de la même loi est libellé comme suit :

"1. Pour obtenir le droit aux prestations prévues au titre IV, les titulaires visés à l'article 86, paragraphe 1<sup>er</sup>, doivent accomplir un stage dans les conditions suivantes :

1° avoir totalisé, au cours d'une période de six mois précédant la date d'obtention du droit, un nombre de jours de travail que le Roi détermine. Les jours d'inactivité professionnelle assimilables à des journées de travail effectif sont définis par le Roi. Il définit ce qu'il y a lieu d'entendre par "journée de travail";

2° fournir la preuve, dans les conditions déterminées par le Roi, que par rapport à cette même période, les cotisations pour le secteur des indemnités ont été effectivement payées, ces cotisations doivent atteindre un montant minimum fixé par le Roi ou doivent, dans les conditions fixées par Lui, être complétées par des cotisations personnelles.

2. Le Roi détermine les conditions dans lesquelles le stage est supprimé ou diminué.

[ ... ] ”

15. L'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 31.07.1996, p. 20285), dans sa version applicable au litige au principal (ci-après "l'A.R. du 03.07.1996"), énonce à son article 203 :

“Pour l'application de l'article 128, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi [du 14 juillet 1994], les titulaires doivent totaliser, au cours d'une période de six mois, au moins cent vingt jours de travail [ ... ] ”

16. L'article 205, paragraphe 1<sup>er</sup>, 6°, de cet arrêté royal prévoit :

“Sont dispensés du stage pour le droit aux indemnités d'incapacité de travail :

[ ... ]

6° la personne qui, dans la période de trente jours suivant la date à laquelle prend effet sa démission volontaire comme agent statutaire, acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, paragraphe 1<sup>er</sup>, 1°, a) ou c) de la loi [du 14 juillet 1994], pour autant qu'elle ait été employée pendant une période ininterrompue d'au moins six mois comme agent statutaire. Si elle a été employée pendant une période de moins de six mois en cette qualité, cette période est assimilée à une période, prise en considération pour le calcul du stage, prévu à l'article 128 de la loi [du 14 juillet 1994].”

17. Les articles 203 et 205 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 figurent sous le titre III, chapitre III, sections 1 et 2, de cet arrêté.

18 La loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses (M.B. du 01.08.1991, p. 16951), dans sa version applicable au litige au principal, énonce à son article 7, paragraphe 1<sup>er</sup> :

“Ce chapitre est applicable à toute personne :

- dont la relation de travail dans un service public ou tout autre organisme de droit public prend fin parce qu'elle est rompue unilatéralement par l'autorité ou parce que l'acte de nomination est annulé, retiré, abrogé ou non renouvelé
- et qui du fait de cette relation de travail n'est pas assujettie aux dispositions de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs salariés, en ce qu'elles concernent le régime de l'emploi et du chômage et le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.”

19. L'article 10, paragraphe 1<sup>er</sup>, de cette loi dispose :

“L'employeur verse à l'Office national de sécurité sociale ou à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales au profit des bénéficiaires du présent chapitre :

1° les cotisations dues par l'employeur et le travailleur pour la période qui correspond au nombre de journées de travail que la personne licenciée doit prouver normalement vu la catégorie d'âge à laquelle elle appartient, pour être admise au bénéfice des allocations de chômage en vertu de la réglementation en matière de chômage ;



2° les cotisations dues par l'employeur et le travailleur, calculées sur une période de six mois, pour l'admission de l'intéressé au bénéfice du régime de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, secteur des indemnités, et de l'assurance maternité. ”

## Le litige au principal et la question préjudicielle

20. Au mois de septembre 2003, Madame R. a été engagée pour travailler en qualité d'enseignante à ... (Belgique) et, au mois de septembre 2008, elle a été nommée agent statutaire par la Communauté flamande.

21. Madame R. a obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles afin d'enseigner en Communauté française, dans le cadre de classes d'immersion linguistique, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009, en qualité de salariée.

22. Madame R. a exercé cette activité jusqu'au 11 janvier 2010, date à laquelle son congé de maternité a débuté. Elle a accouché le 2 février 2010.

23. Madame R. a demandé à l'O.A., organisme auprès duquel elle était affiliée, qu'une prestation de maternité lui soit versée à partir du 11 janvier 2010.

24. Par décision du 23 février 2010, l'O.A. a rejeté cette demande au motif que Madame R. avait changé de statut le 1<sup>er</sup> septembre 2009, en étant devenue salariée après avoir été agent statutaire. Or, selon la réglementation belge, un stage de six mois devrait être accompli pour bénéficier d'une prestation de maternité, condition qu'elle ne remplissait pas en tant que salariée.

25. Madame R. a introduit un recours contre cette décision devant le tribunal du travail de Nivelles, en invoquant notamment la directive 92/85.

26. La juridiction de renvoi souligne que la réglementation belge prévoit, dans le cas de l'agent statutaire qui démissionne ou qui est licencié, une dispense de stage pour percevoir certaines prestations sociales. En revanche, une telle dispense n'existe pas dans la situation d'un agent statutaire mis en disponibilité pour convenances personnelles, notamment en ce qui concerne la prestation afférente au congé de maternité.

27. Dans ces conditions, le tribunal du travail de Nivelles a décidé de surseoir à statuer et de poser à la Cour la question préjudicielle suivante :

“L'arrêté royal du 3 juillet 1996, dans son titre III, chapitre III, sections 1 et 2, viole-t-il la directive 92/85 et la directive 2006/54 en ne prévoyant pas de dispense de stage pour l'agent statutaire mis en disponibilité pour convenances personnelles qui est en congé de maternité, alors que tel est le cas de l'agent statutaire démissionnaire et de l'agent statutaire licencié ?”

## Sur la question préjudicielle

28. Par sa question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les directives 92/85 et 2006/54 doivent être interprétées en ce sens qu'elles s'opposent à ce qu'un État membre refuse d'accorder à une travailleuse une prestation de maternité au motif que, en sa qualité d'agent statutaire ayant obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, elle n'a pas accompli, dans le cadre de cette activité salariée, le stage prévu par le droit national pour bénéficier de ladite prestation de maternité, même si elle a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

## SUR LA DIRECTIVE 92/85

29. Aux termes de l'article 8, paragraphe 1, de la directive 92/85, les États membres prennent les mesures nécessaires pour que les travailleuses bénéficient d'un congé de maternité d'au moins quatorze semaines continues, réparties avant et/ou après l'accouchement, conformément aux législations et/ou aux pratiques nationales.

30. Selon une jurisprudence constante de la Cour, le droit à un congé de maternité reconnu aux travailleuses enceintes doit être considéré comme un moyen de protection de droit social revêtant une importance particulière. Le législateur de l'Union européenne a ainsi estimé que les modifications essentielles dans les conditions d'existence des intéressées pendant la période limitée d'au moins quatorze semaines qui précède et suit l'accouchement constituaient un motif légitime de suspendre l'exercice de leur activité professionnelle, sans que la légitimité de ce motif puisse être remise en cause, d'une manière quelconque, par les autorités publiques ou les employeurs (arrêts Kiiski, C-116/06, EU : C:2007 : 536, pt 49; Betriu Montull, C-5/12, EU : C:2013:571, pt 48, et D., C-167/12, EU : C:2014:169, pt 32).

31. Il découle de l'article 11, point 2, sous b), de la directive 92/85 que, en vue de garantir aux travailleuses l'exercice des droits de protection de leur sécurité et de leur santé reconnus à cet article, il est prévu que, dans le cas du congé de maternité, doivent être assurés le maintien d'une rémunération et/ou le bénéfice d'une prestation adéquate des travailleuses.

32. À cet égard, l'article 11, point 4, de la directive 92/85 précise que les États membres ont la faculté de soumettre le droit à la rémunération ou à la prestation de maternité visée au point 2, sous b), de cet article à la condition que la travailleuse concernée remplisse les conditions d'ouverture du droit à ces avantages prévues par les législations nationales, ces conditions ne pouvant en aucun cas prévoir des périodes de travail préalable supérieures à douze mois immédiatement avant la date présumée de l'accouchement.

33. En l'occurrence, il ressort de la décision de renvoi que, en vertu de la réglementation nationale en cause au principal, pour obtenir le droit à une allocation de maternité, la travailleuse concernée doit accomplir un stage, lequel suppose notamment d'avoir totalisé, au cours des six mois précédant la date d'obtention du droit à l'allocation de maternité, au moins 120 jours de travail.

34. Cependant, cette réglementation ne prévoit pas de dispense de stage pour obtenir cette allocation de maternité dans le cas, tel que celui en cause dans l'affaire au principal, d'un agent statutaire mis en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, à la différence du cas de l'agent statutaire démissionnaire ou licencié.

35. Ainsi, dans l'affaire au principal, entre la date à laquelle Madame R. est devenue travailleur salarié après avoir été agent statutaire et la date présumée de son accouchement, elle n'avait pas accompli, en cette qualité de travailleur salarié, les six mois de stage requis par la réglementation belge. Il en résulte que, même si Madame R. a travaillé sans interruption en qualité d'enseignante pendant plusieurs années avant de prendre son congé de maternité, elle a été privée de toute prestation de maternité.

36. Il convient donc de vérifier si l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85 s'oppose à ce qu'un État membre puisse imposer un nouveau stage de six mois lorsqu'un agent statutaire, telle Madame R., est mise en disponibilité en vue d'occuper un emploi salarié, même si cet agent a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

37. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que, aux termes de son article 1<sup>er</sup>, paragraphes 1 et 2, la directive 92/85 est la dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391 et que les dispositions de cette dernière directive, à l'exception de son article 2, paragraphe 2, s'appliquent pleinement à l'ensemble du domaine visé à l'article 1<sup>er</sup>, paragraphe 1, de la directive 92/85. Or, en vertu de l'article 2, paragraphe 1, de la directive 89/391, cette dernière directive s'applique à tous les secteurs d'activités, privés ou publics. À son article 3, sous a), la même directive définit le "travailleur" comme toute personne employée par un employeur ainsi que les stagiaires et apprentis, à l'exclusion des domestiques.

38. S'agissant du libellé de l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85, il y a lieu de constater que celui-ci se réfère à des "périodes de travail préalable" au pluriel dans plusieurs versions linguistiques de cette disposition. Tel est le cas notamment dans les versions en langues espagnole ("periodos de trabajo previo"), anglaise ("periods of previous employment"), française ("périodes de travail préalable"), italienne ("periodi di lavoro preliminare") ou portugaise ("periodos de trabalho").

39. D'autres versions linguistiques, notamment les versions en langues danoise, allemande ou néerlandaise, n'excluent pas l'existence de plusieurs périodes de travail préalable.

40. Par ailleurs, ni l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85 ni aucune autre disposition de cette directive ne fixe de condition quant à la nature de ces périodes de travail.

41. Dans ces conditions, les "périodes de travail préalable" visées à l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85 ne sauraient être limitées au seul emploi en cours avant la date présumée de l'accouchement. Ces périodes de travail doivent être entendues comme comprenant les différents emplois successifs occupés par la travailleuse concernée avant cette date, y compris pour différents employeurs et sous des statuts distincts. La seule exigence prévue par cette disposition est que la personne concernée ait exercé un ou plusieurs emplois pendant la période requise par le droit national pour ouvrir le droit à la prestation de maternité, en application de ladite directive.

42. Il résulte ainsi du libellé de l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85 qu'un État membre ne peut imposer une nouvelle période de stage de six mois préalable à l'ouverture du droit à une prestation de maternité en raison du seul fait que la travailleuse concernée a changé de statut ou de travail.

43. Conformément à une jurisprudence constante de la Cour, il y a lieu, pour l'interprétation d'une disposition du droit de l'Union, de tenir compte non seulement des termes de celle-ci, mais également de son contexte et des objectifs poursuivis par la réglementation dont elle fait partie (arrêts Merck, 292/82, EU : C:1983:335, pt 12; TNT Express Nederland, C-533/08, EU : C:2010 : 243, pt 44, et Utopia, C-40/14, EU : C:2014 : 2389, pt 27).

44. À cet égard, il y a lieu de rappeler que l'objectif de la directive 92/85, qui a été adoptée sur la base de l'article 118 A du traité CEE, auquel correspond l'article 153 TFUE, est de promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (arrêts Paquay, C-460/06, EU:C:2007:601, pt 27; Danosa, C-232/09, EU : C:2010:674, pt 58, et D., C-167/12, EU : C : 2014 : 169, pt 29).

45. Dans ce contexte et ainsi qu'il ressort du dix-septième considérant de la directive 92/85, afin d'éviter le risque que les dispositions concernant le congé de maternité soient sans effet utile si elles n'étaient pas accompagnées du maintien des droits liés au contrat de travail, le législateur de l'Union a prévu, à l'article 11, point 2, sous b), de la directive 92/85, que le maintien d'une rémunération et/ou le bénéfice d'une prestation adéquate pour les travailleuses auxquelles s'applique cette directive doivent être assurés dans le cas du congé de maternité visé à l'article 8 de ladite directive (voir, en ce sens, arrêt Boyle e.a., C-411/96, EU : C : 1998 : 506, pt 30).

46. Or, requérir un stage distinct à chaque changement de statut ou de travail reviendrait à remettre en cause la protection minimale prévue à l'article 11, point 2, de la directive 92/85 lorsque la travailleuse concernée n'a pas accompli le stage de six mois dans son nouvel emploi, même si elle a exécuté des périodes de travail supérieures à douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

47. Enfin, le gouvernement belge fait valoir que la réglementation nationale en cause au principal n'impose pas à la travailleuse concernée d'occuper le même emploi pendant les six mois précédant tout accouchement, mais exige que celle-ci ait occupé, pendant six mois au minimum, un ou plusieurs emplois lui ouvrant des droits dans le cadre de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Or, s'agissant d'un emploi exercé dans le cadre de la fonction publique, celui-ci n'engendrerait pas le versement de cotisations à la sécurité sociale des travailleurs salariés.

48. À cet égard, il suffit de rappeler que, dans le cas où la travailleuse concernée a changé d'emploi en devenant salariée après avoir été agent statutaire pendant la période visée à l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85, il appartient à chaque État membre d'assurer la coordination des différents organismes qui pourraient intervenir dans le versement de la prestation de maternité.

49. Dans ces conditions, il y a lieu de constater que, en application de l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85, un État membre ne peut refuser d'accorder à une travailleuse une prestation de maternité au motif que, en sa qualité d'agent statutaire ayant obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, elle n'a pas accompli, dans le cadre de cette activité salariée, le stage prévu par le droit national pour bénéficier de ladite prestation de maternité, même si elle a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

### Sur la directive 2006/54

50. Compte tenu de la réponse apportée à la question au regard de la directive 92/85, il n'y a pas lieu de répondre à cette même question au regard de la directive 2006/54.

51. Eu égard à ce qui précède, il convient de répondre à la question posée que l'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85 doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce qu'un État membre refuse d'accorder à une travailleuse une prestation de maternité au motif que, en sa qualité d'agent statutaire ayant obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, elle n'a pas accompli, dans le cadre de cette activité salariée, le stage prévu par le droit national pour bénéficier de ladite prestation de maternité, même si elle a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

...

Par ces motifs, la Cour (quatrième chambre) dit pour droit :

L'article 11, point 4, second alinéa, de la directive 92/85/CEE du Conseil, du 19 octobre 1992, concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'art. 16, § 1<sup>er</sup> de la directive 89/391/CEE), doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à ce qu'un État membre refuse d'accorder à une travailleuse une prestation de maternité au motif que, en sa qualité d'agent statutaire ayant obtenu une mise en disponibilité pour convenances personnelles en vue d'exercer une activité salariée, elle n'a pas accompli, dans le cadre de cette activité salariée, le stage prévu par le droit national pour bénéficier de ladite prestation de maternité, même si elle a travaillé pendant plus de douze mois immédiatement avant la date présumée de son accouchement.

## II. Cour du travail d'Anvers, le 23 juin 2015

*Les troubles fonctionnels de l'assurée existaient déjà avant son entrée sur le marché du travail. Il s'agit dès lors en l'occurrence d'une situation préexistante. En raison de cette affection, l'intéressée n'a jamais pu constituer une capacité de gain suffisante supérieure à 1/3 sur le marché du travail.*

*Le fait que l'intéressée a d'abord été reconnue pendant plusieurs années en incapacité de travail dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés, et puis exclue à cause d'une situation préexistante, ne viole pas le principe de sécurité juridique, de confiance légitime et du raisonnable. La réglementation sur l'assurance indemnités des travailleurs salariés est en effet d'ordre public. Un assuré social ne peut pas puiser de droits acquis d'une reconnaissance temporaire illégitime d'incapacité de travail.*

*Il ne peut pas non plus être question d'une violation des droits de la défense, vu que l'intéressée a eu la possibilité d'apporter, non seulement à la séance d'expertise mais aussi lors du traitement de son action devant la juridiction du travail, une preuve contraire utile contre la décision administrative contestée du Conseil médical de l'invalidité.*

R.G. 2014/AA/448

...

### 4. Ten gronde

#### 4.1. Situering van het geschil in hoger beroep

Het geschil tussen partijen betreft de vraag of de verzekerde 29 mei 2010 en sedertdien arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Overeenkomstig artikel 100, § 1 eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt, dat ze zijn vermogen tot, verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit, hoofde van zijn beroepsopleiding.

Een geneesheer-inspecteur van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) heeft de verzekerde op 21 mei 2010 bij haar thuis onderzocht en besliste vervolgens dat betrokkene vanaf 29 mei 2010 niet meer arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vermits de stopzetting van de werkzaamheden niet het rechtstreeks gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen; het betreft een voorafbestaande toestand.

Gelet op de medische betwisting heeft de arbeidsrechtbank van Antwerpen dokter B. L. aangesteld als gerechtsdeskundige.

In zijn deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank van Antwerpen op 12 september 2012, kwam dokter B. L. tot volgende bespreking (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: expertiseverslag dokter B. L. d.d. 11.09.2012, pag. 6-7):

“Deze 33-jarige vrouw is van Marokkaanse origine. Zij ontwikkelde een angststoornis, reeds in de kindertijd, waarvoor op 12-jarige leeftijd reeds hulp werd gezocht. Blijkbaar is er een familiale belasting voor angsten en obsessief-compulsieve problematiek, onder andere bij haar tweede oudste zus. De extreme angsttoestand betreft een comorbiditeit van verschillende angststoornissen, met name claustrofobie, paniekaanvallen en hyperventilatie, een sociale fobie, een gegeneraliseerde angststoornis met hartkloppingen, een obsessief-compulsieve problematiek.

Alleszins is er een extreme vorm van vermijding, dewelke in zeer belangrijke mate interfereert met sociale contacten en alleszins is het een belangrijk obstakel voor arbeidstrajectrehabilitatiepogingen.

De situatie is zo ernstig dat ze zich in feite voornamelijk binnenskamers beweegt, het is te zeggen de slaapkamer. Het betreden van andere ruimtes gaat gepaard met angst en vermijdingsgedrag. Desondanks tracht ze zich goed in het huishouden te integreren en slaagt ze erin om samen met haar man 3 kinderen groot te brengen. Haar man is permanent thuis en doet afstandsonderwijs om dicht bij zijn gezin te zijn. Opvallend is dat haar vermijdingsgedrag een dwingend karakter heeft.

Ze is erg bepalend wie haar wel en niet mag opzoeken, wat zich ook geuit heeft tijdens de expertiseverrichting. Zij veranderde van locatie en vroeg aan de experten om haar te volgen, nadien bepaalde ze andermaal dat de expertiseverrichtingen opnieuw zonder haar verder zouden verlopen.

Vanuit een psychiatrisch standpunt spreken we van een uitgesproken angststoornis of een cluster van comorbide angststoornis met een uitgesproken vermijdingsgedrag, geënt op een persoonlijkheidsproblematiek.

Op therapeutisch vlak zijn er pogingen ondernomen in de kindertijd en later bij de huisarts, Dr. S., Dr. M., Dr. A. en Dr. V. D. M.

Ze volgde een korte tijd daghospitalisatie in het Stuivenbergziekenhuis, een korte in observatiestelling onder andere in Zoersel. Sinds 2005 zijn er nog weinig doorgedreven acties ondernomen waardoor deze situatie dreigt te chronificeren.

Ook de huidige discussie, over de voorafbestaande toestand of niet, interfereert in belangrijke mate met pogingen tot herstel.

Mijn inziens is deze vrouw reeds getroffen door verschillende angststoornissen, in combinatie met een opvallende tic (een snuffend, snurkend geluid dat geïntensifieerd wordt bij de geringste stress). Deze situatie bestaat van in de kindertijd, heeft een lichte verbetering gekend tussen haar 18 en haar 23 jaar om nadien in volle hevigheid terug op te flakkeren, tot ongeveer 2007, om nadien weer lichtjes beter te worden.

Het huidig klinisch psychiatrisch toestandsbeeld is van die aard dat er zich nog veranderingen kunnen voordoen, doch niet in die mate dat er sprake zou kunnen zijn van arbeidsintegratie. Moest zij toch opnieuw de arbeidsmarkt kunnen betreden kan dit altijd gebeuren vanuit het statuut van FOD. Haar zelfredzaamheid kan nog steeds begroot worden op een categorie II.”

Na verzending van het deskundig verslag in voorlezing heeft de raadsman van de verzekerde volgende bemerkingsen geformuleerd (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B. L. d.d. 12.09.2012 - reactie van Mr. T. B., pag. 5):

“...Cliënte is het absoluut oneens met uw bevindingen en conclusie als zouden haar letsels of functionele stoornissen en de daaraan verbonden arbeidsongeschiktheid reeds bestaan hebben voor haar intrede op de arbeidsmarkt en zij nooit een verdienvermogen zou gehad hebben van meer dan één derde in vergelijking met een referentiepersoon. U concludeert ten onrechte dat er sprake is van een voorafbestaande toestand...”

Samengevat meent Mr. T. B. : “dat cliënte inderdaad beperkte angstaanvallen en hyperventilatie heeft gehad omstreeks haar 12 jaar. Zoals u aangeeft is zij hiervoor behandeld geweest. Omstreeks haar 17-jarige leeftijd hebben deze problemen zich opnieuw beperkt gemanifesteerd evenwel zonder dat ze invloed hadden op haar dagelijks leven...”

...uitstekende punten afgestudeerd in de richting economie-moderne talen en heeft ze haar diploma ASO behaald, hetgeen impliceert dat zij dagdagelijks naar school ging, de lessen bijwoonde en daarenboven uitstekende punten haalde. Dit is niet te rijmen met de belemmeringen die zij thans ondervindt...

... TEW... zich in te schrijven bij de VDAB er 20 oktober 2000...

Op dat moment begaf cliënte zich op de arbeidsmarkt. Zij had regelmatige afspraken met haar trajectbegeleider en heeft meerdere sollicitaties gedaan in de periode 20 oktober 2000 tot 12 februari 2003.

Tevens heeft zij in die periode bij de VDAB een omscholing tot informaticus gevolgd...

Het bovenstaande geeft aan dat zij in deze periode, waar zij zich op de arbeidsmarkt bevond, perfect normaal functioneerde, zich buitenshuis verplaatste, in contact trad met het publiek en dergelijke meer en dus perfect in staat was te werken,...

Het is inderdaad pas einde 2002 dat cliënte in haar dagdagelijkse leven ernstig gehinderd werd door angstaanvallen, hartkloppingen, hyperventilatie en agorafobie, problemen waar zij voordien geenszins in deze mate mee te maken had. Deze problemen... zorgden er deze keer wel voor dat zij arbeidsongeschikt werd en zich niet meer buiten huis kon begeven en dergelijke meer, dit in tegenstelling tot voordien...

... doch dat het ziektebeeld zich nadelen in de regel nadrukkelijker manifesteert, zoals bij cliënte het geval was einde 2002...

Besluit: In de periode 20 oktober 2000 tot einde 2002 had cliënte wel degelijk een verdienvermogen van meer dan een derde in vergelijking met een referentiepersoon...

Minstens dient - in alle eerlijkheid - besloten te worden dat op heden het niet meer vast te stellen is of cliënte in die periode al dan niet een verdienvermogen had in de bewuste periode...”

De geneesheer-deskundige heeft kennis genomen van deze reactie en deze als volgt besproken in zijn definitief deskundig verslag van 12 september 2012 (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B. L. d.d. 12.09.2012, pag. 5-6):

“dat Mr. T. B. toch wel erg voorbijgaat aan de premorbide ziektegeschiedenis, met name de situatie voor ze haar studie TEW heeft gestopt om zich in te schrijven bij de VDAB op 20 oktober 2000.

Mijns inziens kan men pas spreken over de volwaardige arbeidsmarkt als men een zeker traject volgt dat dan ook effectief aanleiding geeft tot een doelgerichtheid waardoor inschakeling op de arbeidsmarkt gerealiseerd wordt.

Bij deze vrouw kan er geen sprake zijn van arbeid in strikte zin wat gezien de ernstige psychiatrische problematiek niet onlogisch is. Premorbied waren er reeds angststoornissen op 12-jarige leeftijd, met een herhaling op 17 jaar, om dan progressief, sluimerend, opnieuw tot een exacerbatie te komen in 2002. Het verloop van angststoornissen is bij deze vrouw wel erg typisch. Als kind kan er heel wat psychopathologie gecompenseerd worden doch de meeste psychiatrische stoornissen komen tot uiting rond de 18 à 21 jaar, zo ook angststoornissen.

Als we dan ook moeten vaststellen dat het niet alleen gaat over 1 stoornis, doch een comorbiditeit van veralgemeende angststoornissen, fobische klachten zoals claustrofobie, paniekaanvallen hyperventilatie, een sociale fobie, een obsessiefcompulsieve problematiek, extreem vermijdingsgedrag, in combinatie met lichamelijke pre-occupaties, dan kunnen we toch wel spreken van een voorafbestaande toestand.

Ik ben het helemaal oneens met Mr. T. B. en blijf bij de besluiten van mijn voorverslag.

Bij deze vrouw gaat het effectiefom een voorafbestaande toestand.”

Op basis van voormelde medische bevindingen besluit dokter B, L. dat de verzekerde nooit arbeidsgeschikt is geweest in de zin van artikel 100, § 1 van de wet tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; het gaat om een voorafbestaande toestand (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Antwerpen: deskundig verslag dokter B. L. d.d. 11.09.2012, pag. 7).

De arbeidsrechtbank heeft zich aangesloten bij het advies van de geneesheerdeskundige en de vordering van de verzekerde ongegrond verklaard,

De verzekerde acht zich gegriefd door het bestreden vonnis en poneert dat er ten onrechte werd geoordeeld dat zij nooit over een verdienvermogen heeft beschikt en het zou gaan om een voorafbestaande toestand.

Tevens roept zij een schending in van het rechtszekerheids-, vertrouwens- en redelijkheidsbeginsel alsmede een schending van het recht op een eerlijk proces daar zij, na ettelijke jaren arbeidsongeschikt te zijn erkend, praktisch in de onmogelijkheid wordt gesteld enig nuttig tegenbewijs te kunnen aanvoeren tegen de bestreden administratieve beslissing gelet op het tijdsverloop.

## 4.2. Beoordeling

Overeenkomstig artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die:

- alle werkzaamheid heeft onderbroken
- als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen
- waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.



Een erkenning van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is niet mogelijk in ien de vermindering van het verdienvermogen het gevolg is van een voorafbestaande toestand; er is sprake van een voorafbestaande toestand indien de sociaal verzekerde, op het ogenblik dat hij zijn intrede doet op de arbeidsmarkt, geen verdienvermogen had van meer dan een derde.

Het oorzakelijk verband tussen het intreden of verergeren van de letsels of functionele stoornissen enerzijds en de stopzetting van aile werkzaamheden anderzijds, werd in de definitie van arbeidsongeschiktheid ingevoerd bij artikel 8 van het Koninklijk besluit nr. 22 van 23 maart 1982 en beoogde diegenen van wie het verdienvermogen zo ernstig was aangetast dat ze in feite nooit arbeidsgeschikt zijn geweest, uit te sluiten uit het stelsel van de ziekteverzekering (Arbh., 13.01.2004, Soc. Kron. 2004, 336; Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 15.02.2007, I.B. 2007/2, 225 - 227).

De verzekerde, heeft school gelopen in het humaniora tot de leeftijd van 19 jaar met als studierichting ASO en behaalde hiervoor een diploma. Zij vatte de universitaire opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan tijdens het academiejaar 1999-2000 maar deze studie heeft zij na 3 maanden stopgezet.

De verzekerde heeft zich vervolgens op 20 oktober 2000 ingeschreven als werkzoekende bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding; op 19 juli 2001 werd zij uitkeringsgerechtigd volledig werkloze.

Zowel tijdens haar wachttijd als in de jaren dat zij uitkeringsgerechtigde werkloze was op basis van haar middelbare studie werd zij geregeld bij de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening uitgeschreven omwille van ziekte.

De verzekerde bevestigde op de expertizezitting dat zij geen enkele werkervaring heeft. Ook een door de VDAB aangeboden opleiding als informaticus, met een gemiddelde wekelijkse uurregeling in de periode an de opleiding van 38 uren per week (met een maximumduur van 14 maanden) werd na een tweetal maanden gestopt.

De door de arbeidsrechtbank aangestelde geneesheer-deskundige heeft de psychiatrische voorgeschiedenis van de verzekerde als volgt samengevat (zie stuk 32 dossier rechtspleging arbeidsrechtbank Antwerpen: expertiseverslag dokter B. L. d.d. 11.09.2012, pag. 2-3):

“De psychiatrische voorgeschiedenis is gekenmerkt door enkele consultaties bij een kinderpsychiater, gedurende 1 jaar, reeds op 12-jarige leeftijd.

Op 17 jaar consulteerde ze Dr. F. V., psychiater, wegens hyperventilatie aanvallen. Vanaf 1999 tot 2003 waren volgens de echtgenoot van betrokkene in feite minder klachten.

Het is ook in die periode dat ze getrouwd zijn en zich geïnstalleerd hebben.

In 2002 bezocht regelmatig Dr. M. S., neuropsychiater, wegens angststoornissen, daghospitalisatie werd voorgesteld. Betrokkene ging hier op in en kon gedurende twee maanden naar een dagcentrum gaan in het dagziekenhuis van S. te A.

In 2004 werd ze opgenomen in S.-A. te M. waar ze gedurende 8 dagen, met overnachting, verbleef maar de symptomen namen eerder toe.

Dr. F. A., psychiater, werd verzocht om betrokkene thuis op te zoeken en deze stelde een in observatiestelling voor. In februari 2005 werd ze opgenomen in Z. doch na de vastgezette periode van 40 dagen werd de “in-observatieprocedure” stopgezet (Dr. R. D.).

Later werd nog het advies gevraagd aan een psychologe die eveneens een in-observatiestelling aanvroeg maar ook hier werd geen gevolg aan gegeven.

Ondertussen is N. thuis tot op heden, zander diagnosestelling of behandeling.

Uit het definitief besluit van de geneesheer-deskundige blijkt dat de verzekerde reeds in de kindertijd een angststoornis ontwikkelde waarvoor op 12-jarige leeftijd reeds psychiatrische hulp werd gezocht.

De extreme angsttoestand betreft een comorbiditeit van verschillende angststoornissen, met name claustrofobie, paniekaanvallen en hyperventilatie, een sociale fobie, een gegeneraliseerde angststoornis met hartkloppingen, een obsessief-compulsieve problematiek.

Vanuit een psychiatrisch standpunt spreekt de gerechtsdeskundige van een uitgesproken angststoornis of een cluster van comorbide angststoornissen met een uitgesproken vermijdingsgedrag, geënt op een persoonlijkheidsproblematiek.

De gerechtsdeskundige besluit dat de verzekerde wegens een psychiatrische pathologie nooit een verdienvermogen heeft gehad en dat de angststoornissen reeds bestonden voor haar intrede op de arbeidsmarkt zodat er wel degelijk sprake is van een voorafbestaande toestand.

De medische appreciatie van de geneesheer-deskundige, die zijn deskundigenverslag op verantwoorde en grondige wijze heeft opgesteld en die tevens de bemerkingen op zijn verslag in voorlezing op gemotiveerde en uitvoerige wijze heeft beantwoord, kan volgens het arbeidshof worden onderschreven.

Het gegeven dat de verzekerde weliswaar ten onrechte - gedurende meer dan zeven jaar arbeidsongeschikt is erkend geweest in de uitkeringsverzekering voor werknemers alvorens een beslissing tot einde van de staat van arbeidsongeschiktheid zoals bedoeld in artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is genomen, verhindert geenszins dat deze erkenning van de arbeidsongeschiktheid steeds kan worden beëindigd.

De reglementering inzake de uitkeringsverzekering voor werknemers is immers van openbare orde. De verzekerde kan geen "verworven rechten" putten uit een tijdelijke onterechte erkenning van haar arbeidsongeschiktheid (Arbh. Antwerpen, afdeling Hasselt, 22.02.2005, 1.B. 2005/S, pag. 334-339)

Er is derhalve geen schending van de door de verzekerde ingeroepen beginselen van behoorlijk bestuur.

Evenmin kan er een schending van haar rechten van verdediging worden vastgesteld aangezien de verzekerde de mogelijkheid heeft gehad om niet alleen tijdens de expertisезitting maar ook tijdens de behandeling van haar vordering voor de arbeidsrechtbank en thans voor het arbeidshof, nuttig tegenbewijs aan te voeren tegen de bestreden administratieve beslissing van de Gewestelijke Commissie van Geneeskundige Raad voor Invaliditeit *de dato* 21 mei 2010.

De geneesheer-deskundige is zeer formeel in zijn advies dat de verzekerde, op het ogenblik dat zij haar intrede deed op de arbeidsmarkt, geen verdienvermogen had van meer dan één derde gelet op haar ernstige psychiatrische problematiek; bij de verzekerde gaat het immers niet om een stoornis doch om het gelijktijdig vóórkomen van veralgemeende angststoornissen, fobische klachten zoals claustrofobie, paniekaanvallen hyperventilatie, een sociale fobie, een obsessief-compulsieve problematiek, extreem vermijdingsgedrag, in combinatie met lichamelijke pre-occupaties.

Samenvattend besluit het arbeidshof dat de verzekerde, gelet op de voorafbestaande toestand, niet in aanmerking komt om vanaf 29 mei 2010 als arbeidsongeschikt te worden erkend in de zin van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het hoger beroep is ongegrond.

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.

...

### III. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, le 12 juin 2015

*L'appel du jugement introduit par l'assuré social doit, à peine de nullité, contenir un exposé de ses griefs. Afin de respecter cette obligation, l'assuré social doit, en tant que partie demanderesse, déclarer ses objections contre la décision contestée de manière claire et nette. L'exposé des objections doit être clair et précis pour permettre au défendeur, en l'occurrence l'INAMI, de préparer sa conclusion et d'évaluer la portée afin de pouvoir mener un débat contradictoire, et pour que le juge d'appel puisse vérifier la portée des objections (Cass. 08.04.2011).*

R.G. 2014/AH/250

...

#### 1. Niet-ontvankelijkheid van het hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna: het RIZIV) laat gelden dat het hoger beroep niet ontvankelijk is wegens schending an artikel 1057, 7° Gerechtelijk Wetboek.

##### 1.1 Uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° V Ger. W.) - algemene principes

De akte van hoger beroep bevat, op straffe van nietigheid, de uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° Ger. W.).

Voor de nakoming van die verplichting is het noodzakelijk maar voldoende dat de eiser in hoger beroep zijn bezwaren tegen de bestreden beslissing vermeldt. Die vermelding moet klaar en duidelijk genoeg zijn om de verweerder in hoger beroep in staat te stellen zijn conclusie voor te bereiden en om de rechter in hoger beroep in staat te stellen de draagwijdte ervan na te gaan. (Cass. 08.04.2011, [www.cass.be](http://www.cass.be)).

Alhoewel de wetgever verder niet bepaalt op welke manier de grieven moeten geformuleerd worden, dient te worden aangenomen dat de aangevoerde grieven voldoende duidelijk en nauwkeurig moeten aangeven welke bezwaren de eiser in hoger beroep oppert tegen het vonnis a quo. De grieven moeten zodanig omschreven zijn dat de verweerder in hoger beroep weet hoe hij zijn verweer moet voorbereiden en dat de appelrechter in staat wordt gesteld de draagwijdte ervan te beoordelen, zodat zo snel mogelijk een contradictoir debat kan worden aangevat. (J. LAENENS en K. BROECKX, Het gerechtelijk recht in een stroomversnelling, R.W., 1992-93, 927)

##### 1.2. Uiteenzetting van de grieven (art. 1057, 7° Ger. W.) – toetsing in concreto

In het verzoekschrift tot hoger beroep van de heer P. wordt gesteld dat hij niet akkoord gaat met het vonnis a quo om volgende reden :

- niet op hoogte van zitting
- advocaat heeft me niet verwittigd
- ik ga andere advocaat nemen
- niet akkoord vonnis + had gevraagd gerechtsdeskundige ij te onderzoeken, is niet gebeurd.

Hieruit kan wel afgeleid worden dat de heer van mening is dat zijn vroegere advocaat zijn werk niet heeft gedaan, maar enige grief tegen het bestreden vonnis wordt niet gegeven. Er wordt immers niet vermeld waarom de heer P. niet akkoord is met het vonnis *a quo* en er wordt ook geen enkele reden opgegeven waarom de eerste rechters op foutieve basis zouden geoordeeld hebben om geen deskundige aan te stellen en om de vordering van de heer P. ongegrond te verklaren.

De door de heer P. opgesomde redenen voldoen niet aan de hierboven vermelde vereisten daar hieruit niet kan afgeleid worden elke grieven tegen het vonnis *a quo* ontwikkeld worden, waardoor de verweerders in hoger beroep niet in staat zijn om hun conclusie voor te bereiden en om het arbeidshof in staat te stellen de juiste draagwijdte ervan na te gaan.

De akte van hoger beroep bevat bijgevolg niet de uiteenzetting van de grieven, zoals bedoeld in artikel 1057, 7<sup>o</sup> Ger. W., en dient nietig verklaard te worden.

### 1.3. Verweer van de heer P.

De heer P. laat gelden dat de akte van hoger beroep slechts nietig kan verklaard worden wanneer de belangen van de gedaagden in hoger beroep worden geschaad (zie art. 861 Ger. W.) en is van oordeel dat er in casu geen sprake is van een belangenschade aangezien de verweerders in hoger beroep zich nog hebben kunnen verdedigen op het in graad van beroep bijgebrachte medisch attest.

Het RIZIV stelt uitdrukkelijk dat bij gebrek aan grieven geen verdediging kon opgebouwd worden, waardoor het goede verloop van de rechtspleging wordt belet.

Inderdaad, het ontbreken van motivering in de akte van hoger beroep belet het goede verloop van de rechtspleging en leidt bijgevolg tot nietigheid van die akte aangezien de belangen van de gedaagden in hoger beroep worden geschaad doordat de oplossing van het geschil aanzienlijk wordt vertraagd. (Cass. 14.12.2000, Arr. Cass. 2000, 692)

Het loutere feit dat het RIZIV en de verzekering instituut (hierna : V.I.) over alle informatie beschikten en een conclusie hebben neergelegd die ook inhoudelijke argumenten bevat, wijzigt dit niet. Uiteraard kenden het RIZIV en de verzekeringsinstelling de zaak en konden ze een conclusie in hoger beroep neerleggen, maar hierin kon enkel het standpunt van het RIZIV en de verzekeringsinstelling herhaald worden dat in eerste aanleg werd ingenomen.

Door de vereiste te voorzien dat de akte van hoger beroep grieven moet bevatten, wilde de wetgever voorkomen dat er onnodig tijd werd verloren en dat er conclusies moesten neergelegd worden die enkel het standpunt in eerste aanleg herhaalden.

De belangen van de verweerders in hoger beroep werden dan ook geschaad door het ontbreken van de grieven tegen het bestreden vonnis in de akte van hoger beroep.

Nu deze nietigheid door het RIZIV voor ieder ander middel is opgeworpen, is deze niet gedekt in toepassing van artikel 864 Ger. W.

Het hoger beroep is niet ontvankelijk.

### Beslissing

Het arbeidshof.

Recht doende op tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep onontvankelijk.

...

## IV. Cour du travail d'Anvers, le 28 avril 2015

### Réforme de jugement - Contradiction entre la motivation et le dispositif du jugement

*Un jugement doit être réformé quand l'existence d'une contradiction est constatée entre, d'une part, les motifs et, d'autre part, le dispositif du jugement. En l'espèce, le Tribunal du travail avait confirmé dans ses motifs les conclusions de l'expert judiciaire qui avait limité dans le temps la reconnaissance de l'incapacité de travail, alors qu'il n'avait pas apporté cette limitation dans son dispositif. La Cour du travail a donc jugé que le jugement du Tribunal du travail devait être réformé, dans ce sens que la limitation de la reconnaissance de l'incapacité de travail devait être reprise dans le dispositif du jugement.*

R.G. 2014/AA/532

...

### 3. Eisen in hoger beroep

Het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering vordert:

- het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren
- het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout te vernietigen in zoverre het de arbeidsongeschiktheid niet beperkt tot en met 31 maart 2013
- opnieuw recht doende: te zeggen voor recht dat de verzekerde, op en vanaf 13 september 2012 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en dat die arbeidsongeschiktheid eindigde op 31 maart 2013.

De verzekerde vordert:

- in hoofdde: het vonnis van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout van 10 oktober 2008 [lees 2014] te bevestigen
- in ondergeschikte orde: een gerechtsdeskundige aan te stellen met als opdracht te onderzoeken of zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezit zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering te veroordelen tot de kosten van het geding.

## 4. Ten gronde

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft een beperkt hoger beroep ingesteld tegen het vonnis van 10 oktober 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen (afdeling Turnhout) ten einde de erkenning van de arbeidsongeschiktheid te beperken in de tijd zoals vermeld in het deskundig verslag.

In haar deskundig verslag, ontvangen ter griffie van de arbeidsrechtbank Turnhout op 30 januari 2014 kwam dokter C. V. tot volgende bespreking en besluit (zie stuk 15 dossier rechtspleging Arbeidsrechtbank Turnhout: deskundig verslag d.d. 30.01.2014, pag. 7-8):

De verzekerde, 45 jaar, volgde een opleiding als kapster en werkte vervolgens in de horecazaak van haar ouders, in een hotel en als verantwoordelijke van een kledingzaak.

Sinds 2012 ontvangt betrokkene een uitkering.

Op medisch vlak weerhouden we bij betrokkene op/vanaf 13 september 2012:

- status na microdissectomie lumbaal (2011) waarna voorlopig conservatieve therapie
- verwerking van een echtscheiding met fysiek geweld waarna het echtpaar uit elkaar ging in mei 2012.

Medio september 2012 werd mevrouw een week gehospitaliseerd owv een exacerbatie van lage rugpijn.

Medische beeldvorming toonde toename van een discushernia L5 met mogelijk radiculair conflict

Er was een gunstige reactie op aangepaste medicatie.

Begin 2013 werd nog een succesvolle facetinfiltratie lumbaal toegepast, waarna succesloze facetdenervatie.

Antidepressiva, gestart omwille van de echtscheiding, werden vanaf januari 2013 tijdelijk niet meer ingenomen en herstart vanaf de tweede helft 2013.

Vanaf januari 2013 ontstonden er ook klachten van cervicobrachiaigie, zonder verklarende afwijking bij uitgebreid onderzoek.

Intussen woont de verzekerde, samen met haar nieuwe partner.

Sedert september 2013 zou de verzekerde naar een psycholoog gaan en recent zou ze onderzocht zijn bij neurochirurg Dr. K. van wie nog geen verslag beschikbaar is.

Bij klinisch onderzoek weerhouden we antalgisch licht geremde beweeglijkheid dorsolumbaal en gevoeligheid ter hoogte van de linkerheup en rechterschouder.

Omwille van bovenvermelde ziektegeschiedenis, de lagerugpathologie in combinatie met verwerkingsproblematiek van de echtscheiding, lijkt het me billijk om tijdelijk een graad van arbeidsongeschiktheid toe te kennen zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dit t.e.m. 31 maart 2013.

(...)

=> Ik meen dan ook als definitief besluit te mogen voorstellen:

dat de verzekerde op 13 september 2012 wel nog een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; dat deze graad van arbeidsongeschiktheid aanvaardbaar is tot en met 31 maart 2013.

Uit voormeld definitief besluit blijkt dat de gerechtsdeskundige de periode van arbeidsongeschiktheid in hoofde van de verzekerde beperkt in de tijd, met name van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013; vanaf 1 april 2013 is betrokkene niet langer arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

In het bestreden vonnis van 10 oktober 2014 overwoog de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout, dat partijen geen opmerkingen formuleerden op het deskundig verslag zodat de rechtbank zich aansloot bij de bevindingen en de conclusies van de deskundige.

Echter, in het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis wordt de erkenning van de arbeidsongeschiktheid niet beperkt in de tijd zoals vermeld in het deskundig verslag.

Gelet op de vastgestelde tegenstrijdigheid tussen enerzijds het overwegend gedeelte en anderzijds het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis komt het beperkt hoger beroep gegrond voor; het vonnis van de arbeidsrechtbank dient derhalve hervormd te worden derwijze dat de erkenning van der arbeidsgeschiktheid in hoofde van de verzekerde beperkt blijft van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013.

De verzekerde brengt geen medische verslagen bij waarin melding wordt gemaakt van psychische letsels opgelopen tijdens haar kinderjaren door mishandeling en seksueel misbruik binnen het gezin zodat er geen aanleiding is om een nieuwe geneesheer-deskundige aan te stellen.

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het beperkt hoger beroep van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ontvankelijk en gegrond.

Hervormt dienvolgens het vonnis van 10 oktober 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Turnhout waarvoor recht wordt gezegd dat de verzekerde op 13 september 2012 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Opnieuw recht doende.

Zegt voor recht dat de verzekerde van 13 september 2012 tot en met 31 maart 2013 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat zoals bedoeld bij artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

...



## V. Cour du travail d'Anvers, section Hasselt, le 28 mai 2015

Preuve d'incapacité de travail - Les attestations médicales apportées par l'assuré social sont les mêmes que celles déposées en première instance au Tribunal du travail

*Si, dans son acte d'appel, l'assuré invoque les mêmes attestations médicales que celles déjà soumises en première instance au jugement du Tribunal du travail, attestations dont le Tribunal du travail a jugé qu'elles ne contenaient pas de nouveaux éléments médicaux convaincants contre la décision contestée, ces mêmes attestations ne peuvent par conséquent pas avoir de force de conviction en degré d'appel.*

R.G. 2014/AH/225

...

### 1. Postuleringen van partijen

De verzekerde postuleert, in het verzoekschrift tot hoger beroep, in hoofddorde het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren.

Dienvolgens het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, van 23 juni 2014 en de bestreden administratieve beslissing van 7 juni 2012 te vernietigen en te zeggen voor recht dat de verzekerde vanaf 14 juni 2012 arbeidsongeschikt is gebleven als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde ZIV-wet.

Het RIZIV te veroordelen tot de kosten in beide aanleggen.

In ondergeschikte orde de aanstelling van een geneesheer-deskundige te bevelen.

Ter openbare terechtzitting van 23 april 2015 verklaart de verzekerde zich te gedra en naar de wijsheid van het hof.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering postuleert het hoger beroep ontvankelijk te verklaren doch als ongegrond af te wijzen.

Dienvolgens het bestreden vonnis te bevestigen in al zijn beschikkingen.

### 2. Motivering

1. Het bestreden vonnis dient bevestigd te worden en het hof verwijst naar de motieven van de eerste rechter waarbij het hof zich kan aansluiten om de in het aangevochten vonnis ontwikkelde redenen die wij ons eigen maken en zulks zover als nodig en zover deze niet in tegenspraak zijn met onderhavige.

Het geschil tussen partijen beperkt zich tot de vraag of vanaf 14 juni 2012 arbeidsongeschikt is zoals bedoeld in artikel 100, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Overeenkomstig artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die:

- 1) alle werkzaamheid heeft onderbroken,
- 2) als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen,
- 3) waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Gedurende de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid wordt de arbeidsongeschiktheid beoordeeld ten aanzien van het gewone beroep van de verzekerde, voor zover de oorzakelijke aan-doening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een redelijk korte tijdspanne.

Na een periode van zes maanden dient de toestand geëvalueerd te worden ten aanzien van de algemene arbeidsmarkt.

Aangezien de verzekerde de beslissing van de geneesheer-inspecteur van het RIZIV betwist, dient aan de hand van medische stukken het tegendeel aangetoond te worden.

2. In de akte van hoger beroep kan de verzekerde zich niet akkoord verklaren met dit vonnis en verwijst naar de verslagen van twee specialisten (Dr. V. en Dr. L.) dewelke betrokkene ook liet gelden in eerste aanleg en waarop de gerechtsdeskundige reeds gereageerd heeft, brengt geen nieuwe overtuiging ende medische elementen aan ter ontkrachting van de bestreden beslissing, zodat een ander dient bevestigd te worden.

Het hof is van oordeel dat de deskundige na een degelijk uitgevoerd onderzoek en rekening houdend met de door partijen bijgebrachte (medische) stukken tot een goed gemotiveerd besluit komt.

3. Ten overvloede dient vastgesteld dat *ter* openbare terechtzitting van 23 april 2015 zich naar de wijsheid van het hof wenst te gedragen, aangezien onvoldoende attesten kunnen overlegd worden.

4. De verdere argumenten van partijen, ontwikkeld in conclusies of ter zitting, en voor zover niet beantwoord in huidig arrest, worden verworpen als irrelevant, minstens ongegrond.

Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt - 2014/AH/225 - 28 mei 2015 - p. 6

## Beslissing

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond.

Bevestigt het vonnis van 23 juni 2014 van de Arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren gewezen onder A.R. nr. 12/1234/A.

...

## VI. Arrêt de la Cour de Bruxelles du 26 janvier 2017

### Loi du 14 juillet 1994, article 100 – Critères de reconnaissance

*La durée de l'écartement du marché du travail pour cause de maladie, bien qu'elle puisse rendre plus difficile la réintégration d'un titulaire, ne peut être retenue pour apprécier l'incapacité de travail au sens des dispositions d'ordre public de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Cette circonstance est en effet étrangère à la notion légale d'incapacité de travail, qui doit être évaluée en tenant compte de l'impact des lésions ou troubles fonctionnels existants sur l'exercice d'une profession.*

*À cet égard, l'expert ne peut donc baser son évaluation sur cet aspect à moins de prendre en considération les facteurs intrinsèques spécifiques qui auraient un impact sur les capacités réelles d'adaptation de l'intéressée.*

*Les difficultés d'accès au marché du travail pour les personnes qui ont été reconnues en incapacité de travail durant une longue période ne constituent pas un risque qui ressort de l'assurance maladie invalidité mais bien de l'assurance chômage.*

*Le Conseil médical de l'invalidité conserve par ailleurs la compétence de réévaluer à tout moment la reconnaissance de l'incapacité de travail et d'y mettre fin sans être liés par des reconnaissances d'incapacité antérieures, fussent-elles de longue durée.*

R.G. 2015/AB/623

...

#### **LE FOND**

1.

Pour écarter le rapport d'expertise déposé, le premier juge a fait siens les arguments avancés par l'INAMI; à savoir :

- que l'expert a émis son avis en tenant compte de la longue période d'écartement du marché général du travail de Madame ...
- qu'il n'a pas tenu compte de l'avis du psychiatre sapiteur, le Docteur ... qui ne retenait qu'une incapacité de travail de moins de 20 % en écartant le diagnostic d'un véritable stress post-traumatique, mais parlant plutôt d'une angoisse posttraumatique
- que l'expert a retenu à tort comme date litigieuse le 9 décembre 2012 alors qu'il s'agit du 9 décembre 2011.

2.

Madame ... estime qu'il n'y a aucun motif pour écarter le rapport d'expertise du Docteur ... . Celle-ci s'est fondée, sur un dossier médical particulièrement complet, reprenant les avis des spécialistes qui l'avaient suivi médicalement depuis l'accident.

D'après Madame ... le docteur ... a dans son avis à tort minimisé les conséquences de l'explosion, en écartant sans motivation suffisante un rapport établi par le psychologue ... du 2 février 2012, qui retenait une incapacité de travail de 50 %.

Elle demande par conséquent que la cour entérine le rapport d'expertise et déclare l'action initiale recevable et fondée.

3.

En vertu de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est reconnu incapable de travailler au sens de la 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.

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

4.

L'expert conclut :

“En réponse à la mission confiée par le Tribunal du travail de Nivelles, l'expert estime qu'à la date du 9 décembre 2012, la cession de l'activité de Madame ... est bien la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels reconnus en 2007.

Actuellement, en fonction de la formation Madame ... (graduat en études commerciales et cours de secrétariat), de son expérience professionnelle au poste de secrétaire pendant 10 ans, mais en fonction également des troubles présentés en 2007 (probable déstabilisation) en fonction également de la longue période d'écartement du marché général du travail et en fonction des capacités d'adaptation de Madame ... qui sont faibles, nous estimons qu'elle présente encore actuellement un taux d'incapacité de travail de plus de 66 % au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.”

5.

La notion d'incapacité de travail, au sens de l'article 100 des lois coordonnées, ne permet pas, en règle, de tenir compte de la longueur de la période d'écartement du marché du travail, pour apprécier si oui ou non l'assurée est dans l'impossibilité de reprendre un travail.

Certes l'écartement du marché du travail pendant une certaine période va rendre plus difficile la réintégration de Madame ... au marché du travail. C'est le cas de nombreux assurés sociaux qui ont été malades durant de longues périodes, mais dont la situation a évolué favorablement, de sorte qu'ils ne répondent plus aux critères de l'article 100.

C'est également le cas de nombreux chômeurs de longue durée qui voient leurs possibilités de réintégration également limitées du fait de leur écartement du travail. Il s'agit donc d'un élément qui est lié à la "souplesse" du marché du travail, pour donner une nouvelle chance à des personnes écartées longtemps. Il s'agit donc d'un élément qui est étranger à la notion d'incapacité de travail, mais qui est lié à la faculté d'accès au marché du travail, c'est-à-dire un risque qui ressort de l'assurance chômage.

C'est donc à tort que l'expert désigné tient compte dans son évaluation de cet écartement du travail. L'expert n'indique à cet égard pas non plus quels éléments spécifiques elle retient pour considérer que les capacités d'adaptation de Madame ... sont faibles.

C'est à juste titre que l'INAMI, en se référant à une jurisprudence constante de la Cour de cassation, rappelle que le Conseil médical de l'invalidité a toujours la compétence pour réévaluer une incapacité de travail, reconnue, et d'y mette fin, sans être lié par les reconnaissances d'incapacité antérieures.

6.

L'INAMI relève également à juste titre que l'expert, qui avait désigné un sapsiteur, le psychiatre ..., afin d'évaluer la capacité ou incapacité psychique de Madame ... s'écarte de l'évaluation de cet expert (qui ne retenait sur le plan psychique qu'une incapacité de 20 % ou moins), alors qu'elle ne retient aucune lésion ou trouble fonctionnel physique qui pourrait justifier l'incapacité de travail.

7.

Compte tenu de ces éléments, c'est à juste titre que le premier Juge a estimé qu'une nouvelle expertise s'imposait et a désigné en qualité d'expert le Docteur ... . L'appel est donc non fondé. L'affaire doit conformément, à l'article 1068 du Code judiciaire, être renvoyée devant le premier juge.

Il importe toutefois de signaler que la mission d'expertise fixe à tort le début de la période d'évaluation au 9 décembre 2012, alors que, comme retenue dans le corps du jugement, il s'agit de la date du 9 décembre 2011.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL,**

...

Déclare l'appel recevable, mais non fondé. Confirme le jugement dont appel et renvoie l'affaire devant le premier juge en vue de l'exécution de la mesure d'expertise ordonnée, sous la seule réserve que le début de la période d'incapacité à examiner se situe au 9 décembre 2011.

...



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



## I. Réduction du séjour en hôpital des jeunes mamans

Conséquences de la réduction du forfait remboursé –  
Incidence sur le BMF – Organisation du retour à domicile –  
Nouveaux modèles de soins maternels – Projets pilotes –  
Indicateurs de qualité – Continuité des soins

Question n° 910 posée le 20 mai 2016 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, par Monsieur le Représentant THIEBAUT<sup>1</sup>

Votre décision de réduire de quatre à trois jours le forfait remboursé aux hôpitaux pour la prise en charge d'une naissance provoque une sérieuse levée de boucliers.

Seize mois après le début de la mesure, non seulement les jeunes mamans se sentent pénalisées, mais les sages-femmes, qui soutenaient pourtant le principe d'un retour plus précoce à la maison, dénoncent les périls de cette situation.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont confrontés à un plus grand renouvellement de patientes, à une chute du taux d'occupation et à une diminution du personnel, ce qui empêche les sages-femmes de préparer sereinement le retour des familles à domicile.

La collaboration intensifiée entre les hôpitaux et les sages-femmes, annoncée lors de la coupure budgétaire, n'arrive pas. Il me revient que certaines maternités font revenir les femmes quatre jours après l'accouchement pour effectuer des tests de dépistages néonataux.

En outre, il apparaît dans certaines régions que les mamans et leur bébé doivent faire face au troisième jour après la naissance à l'absence d'un relais professionnel à domicile.

Il règne ainsi toujours un flou énorme dans l'organisation du retour à domicile tant pour les parents que pour les professionnels de la santé. Les aspects économiques prendraient bien souvent le dessus sur la prise en charge adéquate et visant à la sécurité des familles.

1. Qu'en est-il exactement ?
2. Existe-t-il une pression à l'égard des sages-femmes afin qu'elles diminuent le temps consacré aux jeunes mères au motif qu'il y a moins d'incitant économique ?
3. Une évaluation des conséquences de la réduction du forfait remboursé aux hôpitaux pour la prise en charge d'une naissance est-elle réalisée ? Si oui, quelles conclusions tirez-vous des résultats qui en ressortent ?
4. Des mesures sont-elles prises pour améliorer l'organisation du retour à domicile des jeunes mamans et les soins apportés aux bébés ?

1. Bulletin n° 096, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 184.



## Réponse

### Erratum:

Dans le bulletin des Questions et Réponses, n° 93 du 28 octobre 2016, pages 219 à 223, question n° 910 du 20 mai 2016, remplacer le texte de la réponse du 24 octobre 2016, par ce qui suit :

1. Tout d'abord je souhaite vous rappeler le contexte des mesures prises.

Dans le cadre de ma politique de santé, je souhaite réduire la durée de séjour en maternité et aligner la Belgique sur d'autres pays européens où la durée de séjour suivant l'accouchement est également plus courte.

En effet sur la base des données de 2011, il apparaissait que pour les accouchements par voie basse et par césarienne, la durée moyenne d'hospitalisation était, en Belgique, de 4 jours (SI mineurs) ou 5 jours (SI modérés) alors qu'elle serait de 2,1 jours dans les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord.

Le coût en 2011 pour un séjour "moyen" était de 2.906 EUR dont 1.832 EUR de frais de séjour hospitalier, de 28 EUR de forfait médicaments et 1.041 EUR de montant moyen d'honoraires. Le gouvernement fédéral avait donc initialement décidé de prendre des mesures pour réduire la durée moyenne de séjour des accouchements ordinaires de ½ jour en 2015 et d'1 jour en 2016. Il convient toutefois de préciser que la durée de séjour réelle en maternité s'est avérée déjà être plus courte d'une demi-journée par rapport à la durée de séjour financée.

L'incidence de cette mesure sur le BMF (Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux) a été estimée à 18.727.024 EUR. La mesure budgétaire a cependant suscité de nombreuses discussions et, à la demande du secteur et du Conseil national des établissements hospitaliers, j'ai décidé en 2016 de répartir les efforts sur l'ensemble du secteur des hôpitaux. En parallèle, j'ai décidé, dans le cadre du Plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux, de lancer des projets pilotes avec sept initiatives qui devront tester de nouveaux modèles de soins maternels pendant deux ans. En cas d'évaluation positive, le trajet de soins pourra être déployé dans tous les hôpitaux et le système de financement pourra également être modifié.

2. En ce qui concerne votre question sur la pression exercée sur les sages-femmes, je peux vous dire qu'il n'existe pas de réglementation qui impose la sortie anticipée. Mais, il faut savoir que les hôpitaux sont essentiellement financés via les sources suivantes de financement : le "Budget des Moyens Financiers" (BMF), les honoraires des médecins et paramédicaux, les forfaits INAMI et via les suppléments de chambre et autres. Le BMF est un budget qui est en grande partie calculé de manière forfaitaire. Celui-ci couvre les coûts relatifs à la prise en charge des patients hospitalisés (en hospitalisation classique ou en hospitalisation de jour). La base de calcul de ce financement est fixée par l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux.

Ce système de financement se base notamment sur le principe qu'un budget national disponible est réparti entre les hôpitaux en fonction de leur "activité justifiée" en matière de personnel soignant et infirmier et de produits médicaux. Concrètement, cela signifie qu'un hôpital n'est financé que pour les "journées" (les séjours, les admissions) qui sont justifiées.

À ces journées “justifiées” sont liés également certains autres financements (comme les forfaits INAMI, etc.). Pour calculer ou mesurer l’activité justifiée, par exemple pour les séjours en maternité, il est tenu compte de la durée de séjour dans tous les hôpitaux pour ensuite comparer chaque durée de séjour à la durée moyenne nationale. L’hôpital qui a une durée de séjour plus longue que la durée moyenne nationale ne sera pas financé pour les jours au-delà de ce qui est “justifié”.

Le système de financement “BMF” est tel qu’en principe, lorsque mon administration calculera les budgets en 2018, elle utilisera les données de l’année 2016 de tous les hôpitaux afin de les comparer à la moyenne nationale.

Étant donné que les hôpitaux savent que l’objectif du gouvernement est d’arriver à terme à une durée de séjour de 2 jours, chaque hôpital essaie déjà d’y parvenir. S’il a une durée plus longue (par ex. de 4 jours) et que la durée moyenne nationale sera de 2,5 jours, l’hôpital concerné ne sera pas financé pour la différence (à savoir 1,5 jours, qui correspond à la différence entre sa durée (4 jours) et la moyenne nationale (2,5 jours).

Aucune réglementation n’oblige donc l’hôpital à réduire la durée de séjour à 48 heures, mais il y a bien un risque financier pour lui. Cependant, ce risque financier ne peut en aucun cas être un motif pour ne pas assurer la continuité des soins requis.

3. Comme mentionné ci-dessus, sept projets pilotes ont été lancés dans le but d’examiner s’il convient d’adapter le financement. Bien entendu, la qualité des soins est au centre des préoccupations. Une étude a révélé que la réduction de la durée de séjour ne doit pas nécessairement avoir une influence sur la santé de la mère de son enfant, sur l’allaitement ou sur le taux de satisfaction de la mère. Afin de pouvoir confirmer cela au niveau belge, des indicateurs de qualité ont été liés aux projets pilotes. Une fois les projets finalisés, ces indicateurs devront permettre de déduire quelles mesures prises par les projets pour garantir la qualité des soins postnataux peuvent être généralisées.
4. Chaque réseau est en mesure de réinvestir lui-même les gains générés par la réduction de la durée de séjour dans des mesures fixées au préalable visant à améliorer la qualité des soins postnataux. Ces mesures ont été soumises à certaines conditions, telles que le maintien du taux de participation aux dépistages néonataux, les chiffres d’allaitement, etc. En outre, des mesures de sécurité minimales ont été instaurées, telles que des sages-femmes chargées de contrôler la mère et l’enfant dans les 24 heures suivant la sortie de l’hôpital.

Les plans de soins *evidence based* sont établis et doivent être respectés. Un numéro d’appel disponible 24/7 est prévu par tous les hôpitaux. Afin de recueillir toutes les données et le suivi de la mère et du nouveau-né en *pré*, *péri* et *post partum*, un dossier patient informatisé est aussi prévu. La prise en charge au domicile sera aussi adaptée aux besoins spécifiques de la mère. Une des conditions de sortie précoce est que la continuité des soins du *post partum* à domicile soit assurée (suivi prévu avec pédiatre, gynécologue, sage-femme, médecin traitant, kiné, etc.).

## II. Usage inapproprié de médicaments chez les personnes âgées

Risque accru d'hospitalisation ou de mortalité – Mesures – Projet PIP (Potentially Inappropriate Prescription) – Critères Start-Stop – Coopération entre médecins généralistes, MCC et gériatres – Plan d'action e-santé – Instrument BelRAI – Rôle du MCC (Médecin Coordinateur et Conseiller)

Question n° 1113 posée le 24 août 2016 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Madame la Représentante MUYLLE<sup>2</sup>

Il ressort d'une recherche universitaire que les personnes très âgées qui vivent à domicile se voient souvent prescrire trop peu de médicaments et courent ainsi un risque accru d'hospitalisation ou de mortalité.

La prescription de médicaments à l'intention des personnes très âgées relève d'un exercice d'équilibre périlleux. Il arrive que des médecins généralistes doutent du bienfondé de prescrire des médicaments supplémentaires à des patients qui souffrent déjà de nombreuses maladies et prennent de nombreux médicaments.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Selon la recherche, près de 70 % des octogénaires ne se voient pas prescrire les médicaments dont ils ont besoin. La combinaison médicamenteuse de quatre sur dix d'entre eux est insuffisante et composée de médicaments inadéquats. Il s'agit principalement de médicaments qui entretiennent le fonctionnement du cœur. Les anticoagulants occupent la deuxième place. 13 % des séniors se voient même prescrire deux fois le même médicament par erreur.

Les patients qui se voient prescrire un nombre insuffisant de médicaments essentiels courent un risque accru de mortalité ou d'hospitalisation. Le risque de décès encouru augmente de 39 % pour chaque médicament manquant.

1. Êtes-vous informé de ce problème ? Dans l'affirmative, quelles mesures supplémentaires prévoyez-vous pour veiller à ce que les patients bénéficient de médicaments plus appropriés ?
2. Est-il, selon vous, possible de faire jouer un rôle dans ce cadre au médecin coordinateur et conseiller ? Dans l'affirmative, quel rôle le médecin coordinateur et conseiller peut-il exercer ? Dans la négative, pourquoi n'est-ce pas possible ?

## Réponse

L'usage inapproprié de médicaments chez les personnes âgées présentant un profil de soins vulnérable est un phénomène connu qui donne lieu chaque année à un nombre important d'hospitalisations.

La littérature montre que jusqu'à 18 % des hospitalisations chez les personnes âgées sont liées aux médicaments. Outre le médecin, le patient et tous les prestataires de soins des différentes structures de première ligne sont eux aussi impliqués dans cette problématique.

### 1. Mesures en vue d'une utilisation correcte des médicaments :

Le Collège de Gériatrie a relevé cette problématique et un projet de coopération avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), appelé projet PIP (Potentially Inappropriate Prescription), a été mis en place, permettant de mener, dans tous les services G de Belgique, une étude sur dix prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées concernant notamment les produits auxquels vous faites référence, mais aussi des antidépresseurs, des benzodiazépines, des antipsychotiques, etc.

Les résultats de cette étude PIP ont été examinés en détail et présentés à tous les comités de concertation médico-pharmaceutiques locaux (GLEMs) du pays, et une attention particulière y a été consacrée lors de différents congrès réunissant gériatres, Médecins Coordinateurs et Conseillers (MCC) et médecins généralistes.

Il en résulte aujourd'hui une attention accrue portée à la médication tout au long du parcours pathologique : les médicaments administrés au moment de l'admission du patient, durant son traitement à l'hôpital et plus tard à sa sortie, et l'élaboration de la prescription médicamenteuse pour le domicile, les maisons de repos ou les centres de rééducation.

En 2016, le Collège de Gériatrie prévoit de formuler des recommandations relatives à des critères START-STOPP pour des médicaments potentiellement inappropriés pour des personnes âgées dans les services gériatriques. Ces recommandations s'appliquent bien évidemment aussi aux soins à domicile et aux maisons de repos. On remarque déjà aujourd'hui que l'intérêt pour les critères START-STOPP chez les personnes âgées a augmenté. En témoignent, entre autres, les initiatives locales lors desquelles les résultats notamment de l'étude PIP sont examinés, une coopération entre médecins généralistes, MCC et gériatres.

Les soins et le traitement de personnes âgées vulnérables se caractérisent par une approche multidisciplinaire et nous ont incités à poursuivre le développement de l'instrument BelRAI au cours des dernières années. Cela permet une observation et un rapportage plus précis, de même qu'un plan de soins et de médication évaluable, mieux adapté. L'instrument dispose d'une fonction qui avertit des éventuelles conséquences des médicaments prescrits.

En collaboration avec les Régions et Communautés, un plan d'implémentation pour l'utilisation de l'instrument BelRAI dans les MR/MRS, dans les soins à domicile et les soins hospitaliers aigus pour les personnes âgées vulnérables, est actuellement à l'étude. Ce plan d'implémentation s'inscrit dans le cadre plus large du "Plan d'action e-santé", qui accorde une attention particulière à la prescription électronique de médicaments ([www.plan-esante.be](http://www.plan-esante.be), action 3 : Schéma de médication) et l'usage généralisé de l'instrument BelRAI (action 8).

Une évaluation et une surveillance organisées, personnalisées, de l'utilisation (abus) de médicaments, dans toute la première ligne, contribueraient assurément à prévenir les prescriptions inappropriées et peuvent éviter de nombreuses hospitalisations. Toutes les parties concernées doivent y être attentives. Le planning opérationnel des instruments adaptés à cette fin est en préparation.

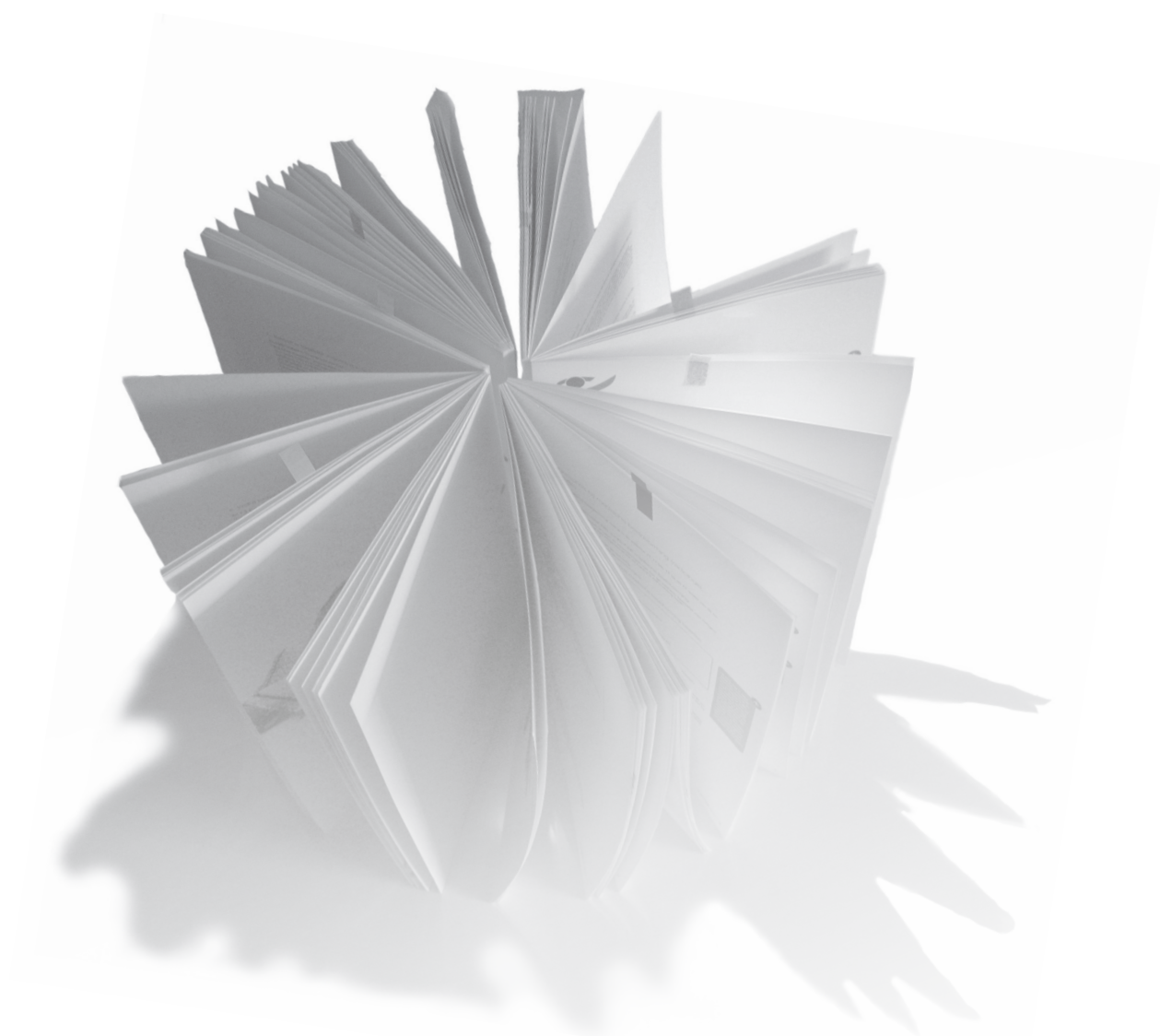
## 2. Le rôle du Médecin Coordinateur et Conseiller :

L'arrêté royal du 9 mars 2014 relatif au médecin coordinateur et conseiller (MCC) prévoit déjà aujourd'hui une collaboration entre le MCC et ses collègues médecins dans les maisons de repos et avec les cercles locaux de médecins généralistes. Le MCC fait déjà incontestablement office aujourd'hui d'interlocuteur important, et ce rôle pourrait s'étendre. Toutefois, comme vous le savez, cette matière a été transférée aux Régions et Communautés dans le cadre de la sixième réforme de l'État.



# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Adaptation des modalités de facturation

Suite à sa séance du 8 novembre 2016, la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations a décidé, à l'unanimité, de modifier les modalités de facturation des honoraires ci-dessous pour les maisons médicales.

Les instructions relatives à la facturation sur support magnétique ont été adaptées en conséquence puis entérinées par le Comité de l'assurance du 21 novembre 2016.

## 1. Décompte comptable des honoraires pour le suivi d'un patient diabétique de type 2 - En particulier pour 2016 - Selon le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance

- a. Pour chaque suivi l'organisme assureur paie, une fois par année civile, les honoraires pour le pré-trajet diabète (pseudo-code 109594).
- b. Lorsque la *maison médicale* estime, durant un mois (*t*), que certains de ses *patients répondent aux critères fixés*, elle établit une *liste* sur papier reprenant les bénéficiaires diabétiques de type 2 "activés".  
  
Entre le 30 du mois (*t*) et le 5 du mois de (*t+1*) suivant cette activation, la maison médicale envoie à l'organisme assureur cette liste, comme liste annexée à la facture mensuelle du forfait du mois (*t+1*).
- c. Outre l'opération reprise sous b., la *facturation des honoraires se fait sur le support magnétique* reprenant les montants mensuels forfaitaires du mois (*t+1*), support qui est transmis à l'organisme assureur selon les instructions y afférant.
- d. Le montant de l'honoraire est le *tarif* qui est applicable au *jour d'activation*.
- e. L'organisme assureur liquide les honoraires en même temps que les montants mensuels.
- f. La facturation pour 2016 se fera pour la première fois entre le 30 du mois de décembre 2016 et le 5 du mois de janvier 2017. Cette première facturation comprendra les patients dans le pré-trajet diabète au 1<sup>er</sup> février 2016 ainsi que les patients qui ont ouvert le droit au pré-trajet entre le 2 février 2016 et le 30 décembre 2016. Les facturations suivantes comprendront uniquement les nouveaux inscrits et les éventuels renouvellements.

Pour des informations détaillées sur le dessin d'enregistrement, voyez notre site :



[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions\\_facturation\\_electronique\\_description\\_miseajour.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions_facturation_electronique_description_miseajour.pdf), pages 413 et 414.



## 2. Décompte comptable des honoraires pour le supplément DMG malades chroniques 2016

- a. Les paiements afférents au *supplément* DMG malades chroniques (pseudo-code 101430) pour l'année 2016, à concurrence de 25 EUR, auront lieu au plus tard dans le courant du premier trimestre de 2017 et seront effectués pour tous les patients répondant aux critères du groupe cible.
- b. L'organisme assureur effectuera la sélection de ces patients parmi les inscrits au 1<sup>er</sup> octobre 2016.
- c. Il enverra la liste des personnes retenues (nom, prénom et numéro de registre national) à la maison médicale.
- d. L'organisme assureur liquidera, avant le 1<sup>er</sup> avril 2017, le paiement directement sur le compte de la maison médicale, en reprenant en communication une mention structurée.



Circulaire O.A. n° 2016/397 - 395/443 du 23 décembre 2016.

## II. Droit passerelle pour les travailleurs indépendants et les conjoints aidants - Certificat médical afin d'attester l'allergie par le médecin-conseil

### 1. Cadre réglementaire

Dans le Moniteur belge du 6 janvier 2017 est publié la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants. L'arrêté royal du 8 janvier 2017 portant exécution de la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants est publié dans le Moniteur belge du 20 janvier 2017.

Ces textes réglementaires renforcent à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 le droit passerelle dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants.

### 2. Quelques grandes lignes du droit passerelle renforcé

Le droit passerelle comprend **quatre piliers**:

- a) le pilier *faillite* ;
- b) le pilier *règlement collectif de dettes* ;
- c) le pilier *interruption forcée* (en raison (i) d'une calamité naturelle, (ii) d'un incendie, (iii) d'une destruction ou (iv) d'une allergie) ;
- d) le pilier *difficultés économiques*.

Dorénavant, **les conjoints aidants et les aidants** pourront aussi avoir recours au droit passerelle (sauf pour le pilier *faillite*).

L'intéressé doit prouver son assujettissement dans le cadre du statut social et les cotisations requises sont dues pendant les quatre trimestres précédant immédiatement le premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel le "fait" qui peut donner lieu à l'octroi du droit passerelle se produit. En outre, il y a la condition générale d'un paiement effectif de cotisations pendant au moins quatre trimestres pendant la période de seize trimestres qui précède le premier jour du trimestre suivant celui au cours duquel le "fait" se produit.

### L'octroi du droit passerelle

- **ouvre un droit à une prestation financière** pendant (maximum) douze mois à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le "fait" qui donne lieu à l'octroi du droit passerelle se produit.

Le montant mensuel de cette prestation financière est en principe égal au montant mensuel de la pension d'isolé minimale pour un travailleur indépendant ayant une carrière complète. Cependant, si l'intéressé peut être considéré comme "titulaire avec charge de famille" en vertu de la réglementation du secteur indemnités, il a droit au montant mensuel plus élevé qui est égal à la pension de ménage minimale pour un travailleur indépendant ayant une carrière complète. La mutualité de l'intéressé a la compétence d'attester que le bénéficiaire doit être considéré, sur base de la réglementation de l'assurance indemnités, comme un titulaire avec personne à charge. Si l'intéressé ne fournit pas cette attestation à la caisse d'assurances sociales, il reçoit (temporairement) le montant le plus bas (le tarif "isolé"). L'obtention ou la perte de la qualité de titulaire avec charge de famille pendant la période d'octroi du droit passerelle entraîne une modification du montant mensuel à partir du mois qui suit cet événement.

- **a pour conséquence le maintien de certains droits sociaux** pendant (maximum) quatre trimestres à partir du premier jour du trimestre qui suit celui au cours duquel le "fait" qui donne lieu à l'octroi du droit passerelle se produit.

En ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *il y a une extension générale au secteur des indemnités* (et plus seulement au secteur des soins de santé).

Enfin il est important de souligner que le droit passerelle a un **caractère subsidiaire**. Pour pouvoir prétendre à ce droit passerelle, l'intéressé ne peut pas exercer d'activité professionnelle à partir du premier jour qui suit le jour où le "fait" donné se produit. Il ne peut pas non plus pouvoir faire valoir des droits à un revenu de remplacement.

### 3. Compétence du médecin-conseil pour reconnaître l'allergie (dans le cadre du pilier *interruption forcée*)

Dans le cadre du pilier *interruption forcée*, le médecin-conseil de la mutualité a la compétence de reconnaître une allergie afin que le travailleur indépendant ou le conjoint aidant puisse bénéficier du droit passerelle.

Trois conditions cumulatives doivent être remplies :

- l'allergie est reconnue par le médecin-conseil de l'organisme assureur
- l'allergie trouve son origine dans l'exercice de l'activité indépendante spécifique du demandeur
- *après l'épuisement de ses droits aux indemnités d'incapacité de travail pendant la période d'incapacité de travail primaire*, le demandeur n'est pas reconnu invalide par une décision de l'instance médicale compétente.

Dans cette situation, "l'interruption de l'activité" est censée débiter à la date à laquelle le demandeur n'est pas reconnu pendant la période d'invalidité.

**Il est explicitement stipulé que l'intéressé doit demander des indemnités d'incapacité de travail primaire avant de pouvoir prétendre à un droit passerelle** (cf. le caractère subsidiaire du droit passerelle). Comme les critères d'incapacité de travail pendant la période d'invalidité sont beaucoup plus stricts<sup>1</sup>, il est plausible que le travailleur indépendant qui souffre d'allergie l'empêchant d'exercer son activité indépendante pourra bel et bien être reconnu en incapacité de travail primaire mais ne pourra pas entrer en invalidité.

**À la demande** adressée à la caisse d'assurances sociales, **l'intéressé doit joindre les documents** permettant de constater que :

- l'allergie du demandeur trouve son origine dans l'exercice de son activité indépendante spécifique et cette allergie est incompatible avec la poursuite de cette activité indépendante spécifique
- le demandeur n'est pas reconnu invalide après avoir épuisé ses droits aux indemnités pendant l'incapacité primaire.

Dans ce cadre, le SPF Sécurité Sociale a conçu en collaboration avec le Service des indemnités **un document-type** que le médecin-conseil de la mutualité doit compléter, document qui contient les données nécessaires pour la demande.

Ce document est joint en annexe<sup>2</sup> de cette circulaire.

## 4. Date d'entrée en vigueur

Cette circulaire entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017.



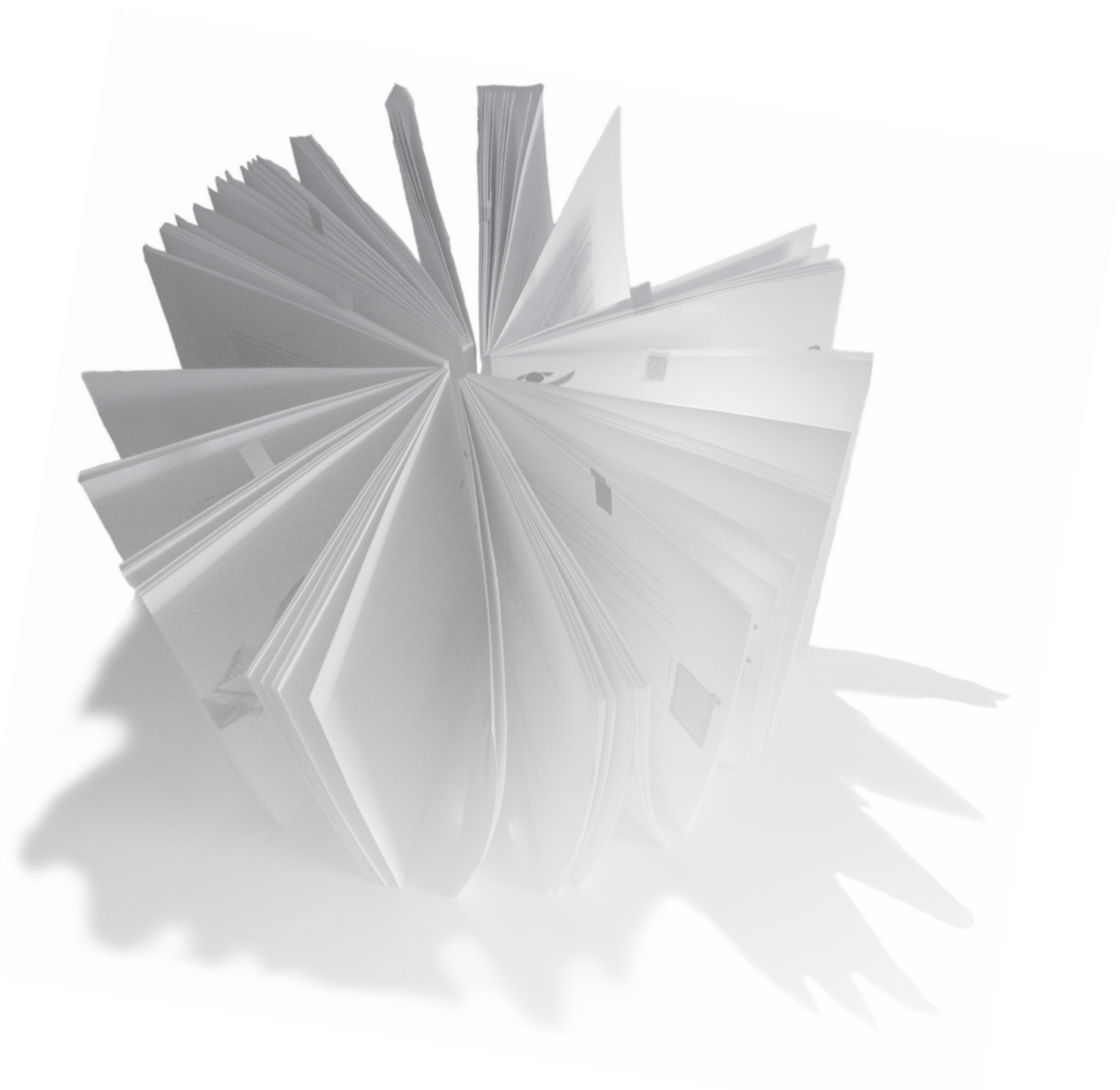
Circulaire O.A. n° 2017/32 - 480/10 du 30 janvier 2017.

1. Pour pouvoir être reconnu invalide, il ne suffit pas que l'intéressé ait dû, en raison de lésions ou troubles fonctionnels, mettre fin à l'accomplissement de tâches liées à son activité professionnelle exercée en tant qu'indépendant avant le début de l'incapacité de travail. L'intéressé doit aussi être 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 (art. 20 de l'A.R. du 20.07.1971).

2. Non publiée ici

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



# I. Intervention personnelle du patient en cas d'hospitalisation : montants à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017

Vous trouverez ci-dessous les montants qui peuvent être portés en compte aux patients à partir du **1<sup>er</sup> janvier 2017** et ce en application de l'arrêté royal du 5 mars 1997 et en application de l'article 37bis, § 3 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

## 1. Le jour d'admission

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

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance : de **5,55 EUR**
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de **32,82 EUR**
- c. pour les titulaires qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en chômage contrôlé et qui ont depuis douze mois la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de **32,82 EUR**
- d. pour les autres bénéficiaires : de **42,89 EUR**.

## 2. À partir du deuxième jour

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

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de **5,55 EUR**
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de **5,55 EUR**
- c. pour les autres bénéficiaires : de **15,62 EUR**.

### 3. À partir du 91<sup>e</sup> jour de séjour (à l'exclusion des centres de rééducation fonctionnelle ou professionnelle)

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

- a. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés (y compris leurs personnes à charge) : de **5,55 EUR**
- b. pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de **5,55 EUR**
- c. pour les titulaires qui ont des personnes à charge au regard de l'assurance soins de santé ou qui sont tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de **5,55 EUR**
- d. pour les autres bénéficiaires : de **15,62 EUR**.

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

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

- a. pour les titulaires ayant des personnes à charge, les titulaires de l'intervention majorée (et chômeurs y assimilés) avec des personnes à charge, les personnes qui sont tenues de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, de même que les personnes à leur charge : de **5,55 EUR**
- b. pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs y assimilés qui n'ont pas de personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié : de **15,62 EUR**
- c. pour les autres bénéficiaires : de **26,03 EUR**.



Circulaire O.A. n° 2016/393 – 362/46 du 23 décembre 2016.

## II. Maximum à facturer - Exercice 2017

1. Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2017

a) Calcul de l'indice corrigé

Moyenne des indices des prix 2016 :	=	$\frac{102,89}{100,90}$	=	1,0197
Moyenne des indices des prix 2015 :				

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2017

De	0,00	à	18.231,97
De	18.231,98	à	28.028,25
De	28.028,26	à	37.824,56
De	37.824,57	à	47.212,66
Dès	47.212,67		

2. Fixation des plafonds tickets modérateurs pour l'exercice 2017

Général

Exercice 2016	450,00	650,00	1.000,00	1.400,00	1.800,00
Exercice 2017	459,00	663,00	1.020,00	1.428,00	1.836,00

Réduction application maximum à facturer pour malades chroniques

Exercice 2016	100,00
Exercice 2017	102,00

3. Conditions d'octroi maximum à facturer malades chroniques exercice 2017

Le total des interventions personnelles relativement aux prestations effectuées au cours de la deuxième année civile et de l'année civile précédant l'année en cours :

Exercice 2016	450,00
Exercice 2015	450,00



Circulaire O.A. n° 2016/398 – 3998/38 du 23 décembre 2016.



## III. Revalorisation des prestations au 1<sup>er</sup> janvier 2017

Modification du tableau III : salaire minimum pour employés Barème I, fixé par la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés (CPAE)

### 1. Éléments de base

[Modification du tableau III : salaire minimum pour employés Barème I, fixé par la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés \(CPAE\)](#)

Le tableau III repris en annexe remplace, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tableau III qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2016/29 – 45/256 du 26 janvier 2016<sup>1</sup> et est d'application à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

### 2. Date d'application

1<sup>er</sup> janvier 2017



Circulaire O.A. n° 2017/9 – 45/261 du 12 janvier 2017.

1. Publié dans le B.I. n° 2016/1.

Tableau III Période à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2017						
Incapacité primaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
Catégorie de titulaire						
<u>0 année d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion</li> <li>○ Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation</li> <li>○ Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement</li> <li>○ Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée</li> <li>○ Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements</li> </ul>	64,2388	38,5433	57,8150	48,1791	65,5236	55,8878
<u>9 années d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée)</li> </ul>	66,3296	39,7978	59,6967	49,7473	67,6563	57,7068

Invalidité	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
Catégorie de titulaire								
<u>0 année d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion</li> <li>• Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation</li> <li>• Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement</li> <li>• Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée</li> <li>• Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements</li> </ul>	64,2388	41,7552	35,3313	25,6955	62,6328	52,1940	70,9838	60,5450
<u>9 années d'expérience :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée)</li> </ul>	66,3296	43,1142	36,4813	26,5318	64,6713	53,8928	73,2941	62,5156

Ces montants ne tiennent pas compte de l'application des minima.



Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts  
M. Luc Maroy  
M. Frank Nassen  
Mme Isabelle Daumerie  
M. Jan Demey  
Mme Nancy De Marneffe  
Mme Caroline Lekane  
Mme Natalia Golovneva  
Mme Caroline Marthus  
Mme Françoise Garet  
Mme Caroline Schellis  
Mme Marie Lejeune

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726