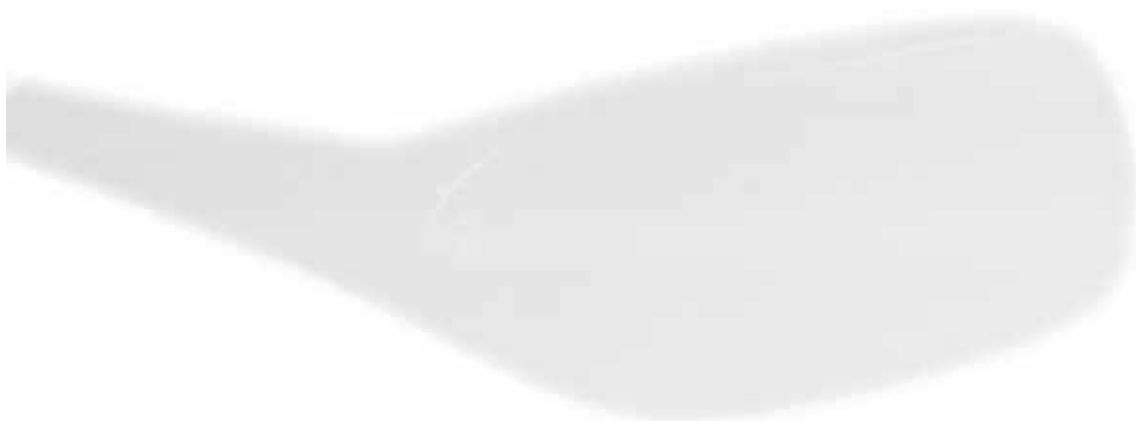




Service du contrôle administratif

Rapport d'activités 2014



Sommaire

Avant-propos.....	3
1^{re} Partie – Carte d'identité.....	5
I. Missions	6
II. Stratégie	6
1. Information et contrôle.....	6
2. Responsabilisation et régulation.....	7
III. Structure et organisation	7
1. Structure.....	7
2. Organisation	9
3. Personnel.....	12
IV. Concertation.....	13
2^e Partie – Rétro 2014.....	15
I. Information et contrôle	16
1. Contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités	16
2. Contrôles thématiques relatifs aux assurés sociaux.....	27
3. Actions de lutte contre la fraude sociale.....	30
4. Contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers.....	38
5. Cellule data-analyse	40
6. Echange d'informations avec le SPF Finances.....	42
7. Application e-PV	42
8. Contrôle et gestion des données d'accessibilité	43
9. Modernisation des formulaires à utiliser par les O.A.	56
II. Responsabilisation et régulation.....	59
1. Responsabilisation financière des O.A.	59
2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant.....	63
3. Contentieux	68
4. Initiatives législatives et réglementaires.....	78
3^e Partie : Données statistiques.....	79
I. Données statistiques de la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale.....	80
1. Contrôles thématiques	80
2. Contrôles non thématiques	83
3. Lutte contre la fraude sociale	85
4. Contrôles de suivi	86
5. Récupération	88
II. Données statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)	89
1. Évolution selon le régime.....	89
2. Évolution par organisme assureur	92

4 ^e Partie – Infos pratiques.....	95
I. Carnet d'adresses	96
1. Siège social de l'INAMI.....	96
2. Bureaux du SCA	97
3. Données de contact	97
II. Numéros d'identification des organismes assureurs.....	97
III. Pictogrammes et abréviations	98
1. Pictogrammes	98
2. Abréviations.....	99
IV. Index des tableaux et des graphiques.....	100
1. Tableaux	100
2. Graphiques	102

Avant-propos

Chers lecteurs,

Pour la 4^e année consécutive, nous avons le plaisir de vous présenter le rapport d'activités du Service du contrôle administratif (SCA) de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Ce rapport relate les actions de notre service et donne un aperçu chiffré de notre activité au cours de l'année 2014. Il contient également une nouvelle partie qui rassemble toutes nos données statistiques.

Parmi les faits marquants de 2014, citons :

- la réforme de l'intervention majorée qui vise à simplifier le système et son octroi;
- la modification du système d'évaluation des performances de gestion des organismes assureurs.

L'année 2014 voit s'accroître les efforts engagés par le service dans la lutte contre la fraude sociale dont celle contre les assujettissements fictifs de personnes à la sécurité sociale, les fausses domiciliations et les séjours irréguliers à l'étranger.

Durant cette année, le SCA a également développé les travaux de la Cellule de data-analyse en soutien aux contrôles thématiques et de la Cellule responsabilisation financière des organismes assureurs sur la partie variable de leurs frais d'administration.

Retenons également que les corps d'inspection du SCA ont réalisé en 2014 des enquêtes qui ont abouti à environ 17 000 constatations d'erreurs et d'infractions à la législation relative à l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités.

Tous ces résultats témoignent de façon éloquente du professionnalisme et du dynamisme qui animent toutes les équipes du SCA.

Face à ce bilan, c'est un plaisir pour moi de remercier l'ensemble du personnel ainsi que nos partenaires au sein de la sécurité sociale pour le travail accompli.

Ensemble, nous sommes à nouveau prêts à relever les défis qui nous attendent en 2015.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Patricia Heidbreder
Fonctionnaire dirigeant



1^e Partie

Carte d'identité



I. Missions

Le Service du contrôle administratif (SCA) constitue l'un des 5 services de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

L'INAMI est une institution publique de sécurité sociale sous la tutelle du Ministre des Affaires sociales qui gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités (SSI).



Plus d'informations sur les missions de l'INAMI sur le site : www.inami.be, rubrique « L'INAMI ».

Dans ce cadre, le SCA :

- veille à l'application correcte et uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI ;
- contrôle l'utilisation optimale des ressources financières de l'assurance SSI ;
- lutte contre la fraude sociale ;
- assure l'accès des assurés sociaux à l'assurance SSI ;
- garantit une égalité de traitement entre chaque assuré social.

Les missions du SCA s'orientent vers :

- les 7 organismes assureurs (O.A.) et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent ;
- les assurés sociaux.



Vous trouvez une liste des mutualités sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Professionnels > Autres professionnels > Mutualités > Contactez les mutualités.

II. Stratégie

Pour mettre en œuvre ses missions, le SCA développe une stratégie qui repose sur 2 piliers :

- l'information et le contrôle ;
- la responsabilisation et la régulation.

1. Information et contrôle

Le SCA :

- informe et conseille les O.A. quant à l'application de la réglementation relative à l'assurance SSI ;
- contrôle la qualité des prestations des O.A. ;
- contrôle l'application uniforme de la réglementation relative à l'assurance SSI ;
- lutte contre la fraude sociale ;
- contrôle le cumul illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail, de congés de maternité, de congés de paternité et d'adoption avec l'exercice d'une activité professionnelle frauduleuse ou non ;
- contrôle la conformité des documents sociaux délivrés par les employeurs ;



Les 7 organismes assureurs sont :

- ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- UNMN : Union nationale des mutualités neutres
- UNMS : Union nationale des mutualités socialistes
- UNML : Union nationale des mutualités libérales
- UNMLibres : Union nationale des mutualités libres
- CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
- HR Rail : Caisse des soins de santé de HR Rail.

- gère et contrôle les données qui permettent l'ouverture et le maintien du droit aux soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail des assurés sociaux, ou qui sont utilisées pour octroyer des mesures d'accessibilité financière (MAF, BIM, etc.) ;
- gère et contrôle les données qui permettent de réduire l'intervention personnelle dans les frais de soins de santé pour certaines catégories d'assurés sociaux ;
- réalise des projets de circulaires et répond aux questions parlementaires ;
- conçoit des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de sa compétence.

2. Responsabilisation et régulation

Le SCA :

- communique à l'Office de contrôle des mutualités (OCM) les données d'évaluation des performances de gestion des O.A. qui permettent de déterminer la partie variable de leurs frais d'administration ;
- constate les infractions aux dispositions de la réglementation ;
- constate et détermine les prestations indues et supplémentaires des assurés sociaux ;
- prend des décisions administratives sur base des dossiers des assurés sociaux ;
- traite les litiges relatifs aux activités de contrôle ;
- sanctionne le non-respect de la réglementation ;
- traite les sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux.

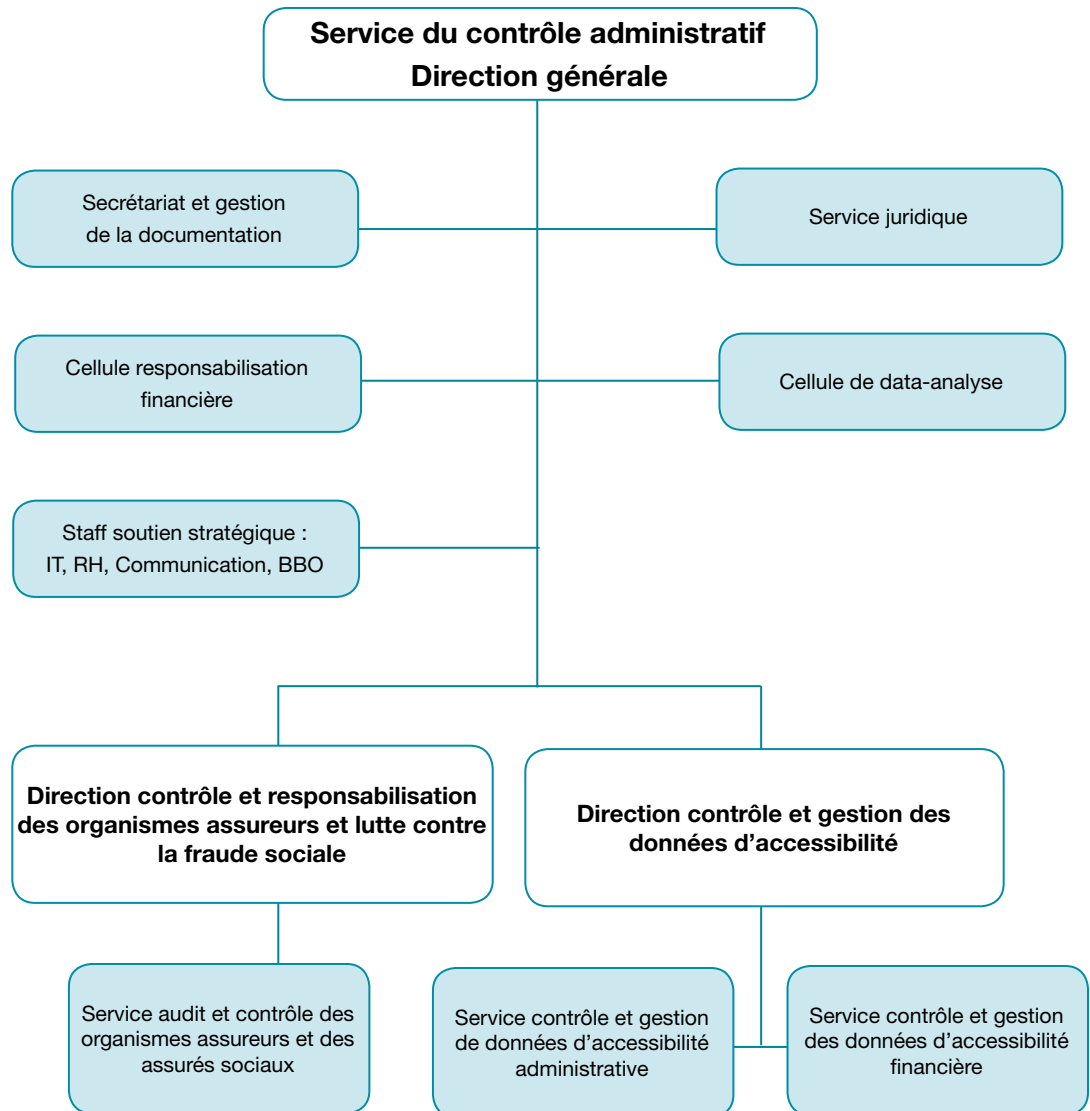
III. Structure et organisation

1. Structure

En 2014, le SCA s'est doté d'un nouvel organigramme qui comprend les adaptations suivantes :

- l'intégration du Service du contrôle social dans le Service du contrôle et responsabilisation des O.A. ;
- l'instauration de la Cellule de data-analyse en tant que service de soutien opérationnel dépendant directement de la Direction générale ;
- le regroupement des coordinateurs IT, RH, Communication et organisation (BBO) dans le Staff de soutien stratégique.

Cette structure résulte de la poursuite du processus de modernisation initié depuis 3 ans.



2. Organisation

a. Direction générale

Le fonctionnaire dirigeant :

- définit la stratégie du SCA ;
- gère et coordonne les activités du SCA ;
- prend des décisions administratives qui relèvent de son pouvoir discrétionnaire.

b. Soutien opérationnel

Pour accomplir ses tâches, le fonctionnaire dirigeant du SCA reçoit un soutien :

- de la Section secrétariat et gestion de la documentation ;
- du Service juridique ;
- de la Cellule responsabilisation financière ;
- de la Cellule de data-analyse ;
- du Staff soutien stratégique : IT, HR, Communication et organisation (BBO).

SUPPORT SECRÉTARIAT ET GESTION DE LA DOCUMENTATION

La Section secrétariat et gestion de la documentation est composée d'une équipe de soutien administratif qui :

- traite le courrier entrant et se charge de l'envoi de la correspondance ;
- gère les notes et P.V. des différents organes de gestion ;
- réceptionne, distribue et tient à jour la documentation administrative.

SUPPORT JURIDIQUE

Le Service juridique est composé de juristes et d'une équipe de soutien administratif qui :

- traitent les dossiers de sanctions administratives applicables aux O.A. et aux assurés sociaux ;
- prennent des décisions administratives sur des dossiers pour lesquels les assurés sociaux invoquent la suspension de la prescription pour cause de force majeure dans le cadre de leur demande d'indemnités d'incapacité de travail ou de soins de santé ;
- traitent les litiges relatifs aux activités de contrôle ;
- conçoivent des textes légaux et réglementaires sur les matières relevant de la compétence du SCA ;
- réalisent des projets de circulaires et répondent aux questions parlementaires.

SUPPORT DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILISATION FINANCIÈRE

La Cellule responsabilisation financière :

- soutient la direction générale dans l'exécution des missions du SCA et des objectifs du contrat d'administration dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. ;
- effectue des études et des analyses relatives à la responsabilisation financière des O.A. ;
- fait des propositions méthodologiques et procédurales en matière de responsabilisation des O.A. quant à leur frais d'administration ;
- propose des critères et des indicateurs permettant d'évaluer le fonctionnement des O.A. ;

SUPPORT DE LA CELLULE DE DATA-ANALYSE

La Cellule de data-analyse est composée de 7 inspecteurs sociaux et du coordinateur IT du SCA. Elle a été constituée dans le but de soutenir les activités de contrôle du SCA.

La Cellule de data-analyse recherche de manière proactive :

- les éléments indicateurs de fraude sociale ;
- les aspects de la législation susceptibles d'être à l'origine d'erreurs commises par les O.A. ;
- les domaines de contrôle intéressants dans le secteur des soins de santé et des indemnités.

Pour pouvoir réaliser ces tâches, la cellule utilise au maximum les techniques d'analyse de risques, de datamining (analyse approfondie des flux de données existants) et de datamatching (croisement des flux de données existants).

SUPPORT STRATÉGIQUE

Le Staff de soutien stratégique est composé d'une équipe de coordinateurs. De manière générale, les coordinateurs et les conseillers du SCA :

- soutiennent le service dans la réalisation de ses objectifs stratégiques ;
- réfléchissent à des orientations générales en matière d'organisation de projets et de développement de notre service ;
- définissent des processus clairs pour l'ensemble des directions du SCA ;
- élaborent un plan prévisionnel combiné en matière RH, IT et communication ;
- fixent des priorités, notamment pour les projets du plan opérationnel.

Le coordinateur IT :

- suit et développe des projets qui nécessitent des applications informatiques ;
- procède à la maintenance des applications et du matériel informatique ;
- développe les applications informatiques du SCA ;
- collabore aux projets informatiques avec le Service IT centralisé de l'INAMI.

Le coordinateur ressources humaines :

- soutient le fonctionnaire dirigeant en ce qui concerne les changements organisationnels et le développement organisationnel ;
- construit et garantit une politique RH cohérente pour l'ensemble de l'INAMI en collaborant avec le Service RH centralisé de l'INAMI ;
- identifie les besoins en personnel et procède aux sélections ;
- encadre et accompagne les collaborateurs en matière de formation, résolution de conflits, développement de carrière.

Le coordinateur communication et organisation (BBO) :

- soutient le fonctionnaire dirigeant dans le développement d'un plan de communication interne et externe ;
- développe et implémente des projets de communication interne et externe ;
- assure l'utilisation d'un style de communication uniforme ;
- accompagne les collaborateurs dans leurs démarches de communication ;
- collabore aux projets de communication avec le Service communication centralisé de l'INAMI ;
- analyse les processus d'organisation.

c. Directions opérationnelles

CONTRÔLE ET RESPONSABILISATION DES O.A. ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

La Direction contrôle et responsabilisation des O.A. et lutte contre la fraude sociale :

- veille à l'application uniforme par les O.A. de la réglementation soins de santé et indemnités et à l'utilisation optimale des ressources financières qui y sont liées ;
- lutte contre la fraude sociale.

Pour accomplir ses tâches, la direction est composée du Service audit et contrôle des organismes assureurs et des assurés sociaux. Ce service est chargé du :

• **Contrôle des organismes assureurs**

Le contrôle des O.A. est effectué par une équipe de support administratif et d'inspecteurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités et veillent à l'application uniforme de la législation ;
- informent, conseillent et contrôlent les O.A. quant à l'application des dispositions réglementaires de l'assurance SSI ;
- détectent les cumuls interdits entre des indemnités d'incapacité de travail et un travail déclaré, un travail non déclaré ou une indemnité de rupture de contrat ;
- rédigent des rapports présentant les résultats des contrôles entrepris et formulent des recommandations en vue de l'amélioration des pratiques et méthodes de travail des O.A.

• **Contrôle des assurés sociaux**

Le contrôle des assurés sociaux est effectué par une équipe de support administratif et de contrôleurs sociaux qui :

- réalisent des contrôles sur le terrain pour détecter et constater le cumul d'indemnités avec du travail au noir.

CONTRÔLE ET GESTION DES DONNÉES D'ACCESSIBILITÉ

La Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité :

- développe et supervise les flux de données qui permettent l'accès aux mesures de réduction de la quote-part personnelle dans les frais des soins de santé, en fonction des revenus ou de certaines situations socio-économiques déterminées des assurés sociaux ;
- développe et supervise les flux de données qui permettent aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits ;
- contrôle, gère et détermine les pièces justificatives spécifiques que les O.A. doivent utiliser pour octroyer les droits ;
- réalise des études et analyses sur les données d'accessibilité et les informations concernant les assurés sociaux (effectifs) ;
- réalise des études et des analyses statistiques des mutations individuelles ;
- organise la concertation avec les différents partenaires concernant l'architecture des flux, l'échange de données, leur structure, format et contenu ;
- suit les modifications de la réglementation en vue de les intégrer dans l'assurance SSI.

Pour accomplir ses tâches, la direction est composée de 2 services :

- **Contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative**

Le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité administrative a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux à l'assurance soins de santé et indemnités pour qu'ils puissent bénéficier des interventions et des indemnités de l'assurance.

A cette fin, il établit, développe et contrôle les données et pièces justificatives qui prouvent que les conditions de base telles que la qualité, l'inscription et l'obligation de cotisations sont effectivement remplies.

- **Contrôle et gestion des données d'accessibilité financière**

Le Service contrôle et gestion des données d'accessibilité financière a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux aux mesures de réduction de la quote-part personnelle dans les frais des soins de santé ou d'autres mesures visant à réduire le coût de l'assurance, en fonction des revenus ou de certaines situations socio-économiques déterminées : intervention majorée (I.M.) et maximum à facturer (MAF).

A cette fin, il établit, développe et contrôle les données et pièces justificatives qui prouvent que les conditions de revenus ou les conditions socio-économiques sont effectivement remplies.

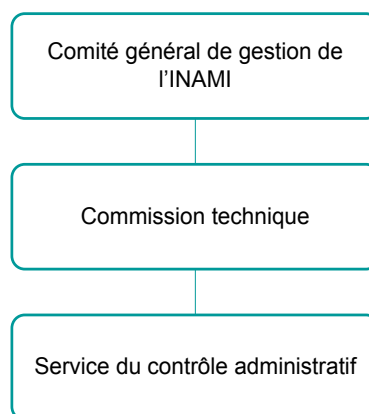
3. Personnel

Tableau 1 : Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2014)				
Membres du personnel par fonction	Nombre total	Administration centrale	Externes (centres régionaux et mutualités)	Détachés
Fonctionnaire dirigeant	1	1		
Conseiller inspecteur social	3	2		1
Conseiller	2	1		1
Attaché inspecteur social	39		38	1
Attaché juriste	4	4		
Attaché	11	11		
Expert technique - contrôleur social	25		25	
Expert technique - inspecteur social	1		1	
Collaborateur administratif	9	9		
Assistant administratif	42	42		
Expert administratif	4	4		
Gestionnaire de dossiers techniques	1	1		
Total	142	75	64	3

IV. Concertation

Commission technique

La Commission technique du SCA est un organe institué en 2010 pour favoriser la concertation entre les O.A. et le SCA. Des représentants de chaque O.A. la composent et le fonctionnaire dirigeant du service la préside. Les propositions qui sont soumises pour avis aux membres de la Commission technique sont ensuite répercutées pour décision au Comité général de gestion de l'INAMI.



La Commission technique :

- veille à ce que la réglementation relative au contrôle administratif soit claire et efficace ;
- formule des avis et éventuellement des propositions de modification de la législation ;
- émet des avis et des propositions concernant les rapports de contrôle réalisés par le SCA ;
- formule des avis sur la gestion des flux de données, des pièces justificatives et sur le contrôle systématique de l'accessibilité financière et administrative à l'assurance et l'archivage et la conservation des documents ;
- propose au Comité général de gestion, les règles administratives et statistiques que doivent observer les O.A. pour permettre au SCA d'exercer sa mission.



Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Structure administrative > Service du contrôle administratif.

2^e Partie

Rétro 2014



I. Information et contrôle

Ce chapitre décrit les activités et les résultats obtenus dans le cadre :

- des contrôles thématiques ;
- des actions de lutte contre la fraude sociale ;
- des contrôles à la demande, d'initiative et du suivi des dossiers ;
- des opérations de la Cellule de data-analyse ;
- des échanges d'informations avec le SPF Finances ;
- de l'application e-PV ;
- du contrôle et de la gestion des données d'accessibilité.

1. Contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités



Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un segment spécifique de l'assurance SSI. Les inspecteurs sociaux du SCA réalisent ces contrôles auprès des O.A. et des mutualités qu'ils chapeautent.

En application du contrat d'administration entre l'INAMI et l'Etat belge, plusieurs opérations de contrôle sont réalisées chaque année dans les domaines :

- des soins de santé ;
- des indemnités.

L'objectif des contrôles thématiques est d'analyser les procédures de contrôle internes mises en place par les mutualités et d'évaluer, en regard de celles-ci, la bonne application de la législation. Les contrôles thématiques visent avant tout à garantir un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

Chaque contrôle thématique implique les étapes suivantes :

- réaliser une analyse de risques ;
- définir des objectifs précis ;
- élaborer une méthodologie de contrôle ;
- constituer des échantillons ;
- réaliser un contrôle exploratoire ;
- rassembler une documentation, élaborer un questionnaire et des rapports types.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de toute constatation, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

Les constatations donnent lieu à :

- des récupérations ;
- des paiements supplémentaires ;
- des sanctions ;
- des obligations de régularisation.

A l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport de synthèse est rédigé. Il comprend :

- les objectifs du contrôle ;
- la méthodologie suivie ;
- les résultats chiffrés et commentés ;
- les recommandations adressées aux O.A.

Ces rapports sont diffusés aux différents acteurs de l'assurance : organes de gestion de l'INAMI, O.A., ministre de tutelle, Office de contrôle des mutualités (OCM), partenaires sociaux, etc. Enfin, ils sont présentés pour débat et avis à la Commission technique du SCA et soumis pour approbation au Comité général de gestion de l'INAMI.

Ainsi, pour l'année 2014, le SCA a porté son attention sur 3 thématiques de contrôle au sein des O.A. et mutualités :


- implants et dispositifs médicaux invasifs (articles 35 et 35*bis* de la nomenclature) ;
- indemnisation des titulaires ayant des personnes à charge (article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996) ;
- montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A. (article 195 de la loi du 14 juillet 1994).

a. Implants et dispositifs médicaux invasifs


PRINCIPE

Le premier contrôle thématique de 2014 avait pour objet d'évaluer les articles 35 et 35*bis* de la nomenclature (implants et des dispositifs médicaux invasifs) sur base des thèmes suivants :


◦ Stimulateurs cardiaques et les électrodes

 Un **stimulateur cardiaque** ou **pacemaker** est un appareil implanté dans le corps lors de certains troubles du rythme cardiaque pour stimuler les contractions du muscle cardiaque grâce à des impulsions électriques régulières délivrées au moyen d'électrodes implantées dans le cœur.


◦ Tuteurs coronaires

 Les **artères coronaires** se situent à la surface extérieure du cœur et vascularisent le muscle cardiaque. Si une artère coronaire est rétrécie à un certain endroit, un tuteur peut être placé afin d'élargir l'artère coronaire à l'endroit du rétrécissement. Ce tuteur est une prothèse composée d'un métal tressé comme de la gaze, qui se dilate après l'implantation et laisse de la sorte un passage dans l'artère.


◦ Tuteurs vasculaires périphériques

 Les vaisseaux sanguins dans les bras et les jambes constituent le **système vasculaire périphérique**. Si une veine ou une artère de ce système vasculaire est rétrécie à un certain endroit, un tuteur peut être placé afin d'élargir l'artère ou la veine à l'endroit du rétrécissement. Ce tuteur est une prothèse composée d'un métal tressé comme de la gaze qui se dilate après l'implantation et laisse de la sorte un passage dans l'artère.

- **Matériel de consommation et matériel implantable utilisés pendant une cholécystectomie**

 Une **cholécystectomie** est un acte chirurgical consistant à enlever la vésicule biliaire.


- **Matériel de consommation et ciment utilisés pour une cyphoplastie avec ballon**

 Lors d'une **cyphoplastie avec ballon**, on injecte du ciment dans une vertèbre écrasée, la plupart du temps en raison d'une ostéoporose, après avoir créé une cavité à l'aide d'un ballonnet.

MÉTHODE

Différents aspects devaient être contrôlés par thème. Certains de ces aspects se rencontrent dans plusieurs thèmes.

Il était important de déterminer plus précisément si :

- le prix en vigueur avait été respecté (tous les thèmes) ;
- le montant exact avait été pris en compte pour le maximum à facturer (tous les thèmes) ;
- l'implant avait été notifié (c.-à-d. enregistré auprès de l'INAMI) ou s'il figurait dans la liste des produits admis ou dans la liste limitative (stimulateurs cardiaques, tuteurs coronaires et tuteurs vasculaires périphériques) ;
- le médecin-conseil avait été informé (dans le délai) de l'implantation (stimulateurs cardiaques et tuteurs coronaires) ;
- l'établissement hospitalier disposait de l'agrément requis pour effectuer l'implant (stimulateurs cardiaques et tuteurs coronaires) ;
- la prestation relative avait été remboursée (tuteurs coronaires, cholécystectomie et cyphoplastie).
 Dans certains cas, le remboursement d'une prestation dépend de l'exécution d'une autre prestation. Cette autre prestation est à la base du remboursement et est appelée la « **prestation relative** ». Ainsi, le matériel de consommation pour le retrait de la vésicule biliaire ne peut être remboursé que si la prestation relative, à savoir le retrait de la vésicule biliaire même, a été effectivement exécuté et porté en compte ;
- les règles de non-cumul avaient été respectées (tuteurs coronaires et tuteurs vasculaires périphériques) ;
- la limitation du nombre de prestations à porter en compte avait été respectée (cholécystectomie et cyphoplastie). ;

Les cas à examiner ont été sélectionnés sur la base de l'édition 20 du fichier « Séjour hospitalier anonyme ». Ce fichier contient les données des séjours hospitaliers enregistrés entre le 1^{er} juillet 2011 et le 30 juin 2013. Les prestations ont été sélectionnées en tenant compte du délai de prescription de deux ans. L'objectif était d'arriver à un pourcentage de contrôle de 7% du nombre total de cas potentiellement à contrôler.

Pour la sélection des cas, un croisement de données a été effectué pour les aspects de contrôle « implantation dans un établissement hospitalier agréé », « prestation relative », « règles de non-cumul » et « limitation du nombre de prestations à porter en compte ». Les cas sélectionnés de cette façon ont été complétés par un échantillon issu du fichier « séjour hospitalier anonyme », afin d'atteindre le nombre requis de cas.

Tableau 2 : Aperçu du nombre de cas à contrôler par thème et par union nationale

UN	Stimulateurs cardiaques	Tuteurs coronaires	Tuteurs vasculaires périphériques	Cholécystectomie	Cyphoplastie	Total
100	319	499	265	438	19	1 540
200	26	47	24	45	2	144
300	163	343	199	355	11	1 071
400	37	73	48	59	3	220
500	84	154	73	168	6	485
600	5	12	4	9	-	30
900	14	21	10	10	-	55
Nombre	648	1 149	623	1 084	41	3 545

RESULTATS

Parmi les 3 545 cas examinés, 1 298 étaient incorrects. Cela correspond à un taux d'erreur de 37%.

Tableau 3 : Résultats généraux par thème

Thème	Cas examinés incorrects	Total de cas examinés	% de cas incorrects
Stimulateurs cardiaques	21	648	3%
Tuteurs coronaires	241	1 149	21%
Tuteurs vasculaires périphériques	65	623	10%
Cholécystectomie	949	1 084	88%
Cyphoplastie	22	41	54%
Total	1 298	3 545	37%

Les erreurs les plus fréquentes sont :

- la non-application de la règle relative au nombre maximum de jours d'hospitalisation postopératoire (cholécystectomie) ;
- l'octroi de l'intervention sans la/les prestation(s) relative(s) (tuteurs coronaires, cholécystectomie, cyphoplastie) ;
- le remboursement multiple de l'implant ou du matériel de consommation. Cette erreur a surtout été constatée pour le thème cholécystectomie, où 287 des 1 084 cas examinés (26%) sont incorrects ;
- la prise en compte d'un montant erroné de marge de délivrance pour le maximum à facturer (tous les thèmes).

Les 1 298 cas incorrects ont généré des paiements indus pour un montant total de 962 767,12 EUR.

b. Indemnisation des titulaires ayant des personnes à charge

PRINCIPE

Conformément à l'article 36 du Contrat d'administration 2013-2015 conclu entre l'Etat et l'INAMI, le SCA a réalisé, en 2014, un contrôle thématique dans le cadre de l'assurance indemnités.

Au terme de l'examen des dispositions réglementaires relatives à l'assurance SSI et de la réalisation d'un contrôle exploratoire, le choix du thème du contrôle s'est porté sur la problématique de la charge de famille; matière ayant déjà fait l'objet d'un contrôle très large durant le 4^{ème} trimestre de l'année 2006.

En effet, les dispositions relatives à la charge de famille (matière visée aux articles 225 à 227 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996) ayant fait l'objet d'une modification réglementaire d'importance depuis 2006 (introduction d'un second paragraphe dans l'article 226*bis*) et une nouvelle circulaire, de même qu'un nouveau modèle de formulaire 225 « Déclaration de la situation familiale et des revenus en vue de déterminer le taux de l'indemnité », étant d'application au 1^{er} juillet 2012 (Circulaire O.A. n° 2012/233 du 22 juin 2012), une vérification ciblée de l'application par les O.A. des dispositions concernées est apparue comme étant nécessaire.

En outre, une analyse de risque effectuée par le SCA concernant la réglementation relative à la charge de famille (plus particulièrement les articles 225 et 226*bis*) a démontré que la gestion des déclarations sur l'honneur (formulaire 225) par les mutualités constitue un risque important quel que soit la nature et le montant des revenus de la personne qui donne droit à une majoration de l'indemnisation (charge de famille conformément à l'article 225 ou taux majoré d'isolé en application de l'article 226*bis*).

Il a dès lors été décidé d'effectuer un examen ciblé de ces dispositions réglementaires et d'orienter le contrôle sur les titulaires invalides du régime général bénéficiant d'une indemnité majorée en application de l'article 226*bis*, §1^{er} et §2 de l'arrêté royal (A.R.) du 3 juillet 1996.

C'est pour rappel, par A.R. du 22 février 2010 publié au Moniteur belge (M.B.) du 09 mars 2010, que le Roi a introduit au sein de l'article 226*bis* un second paragraphe, entré en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2010.

L'article 226*bis* stipulait initialement, au 1^{er} juillet 2004, qu'une indemnité plus élevée (taux de 55 %) pouvait être accordée au titulaire qui cohabite avec une personne dont les revenus professionnels sont supérieurs au plafond visé à l'article 225 de l'A.R. du 3 juillet 1996 (932,98 EUR - montant indexé au 01-12-2012) mais inférieurs au montant de revenu minimum mensuel moyen (1 501,82 EUR – montant indexé au 01-12-2012).

Depuis le 1^{er} janvier 2010, en application de l'article 226*bis*, §2, une indemnité plus élevée (taux de 55%) peut également être octroyée au titulaire qui cohabite avec une personne dont les revenus de remplacement sont supérieurs au plafond de l'article 225 (932,98 EUR) sans toutefois dépasser un montant de 1 026,81 EUR (montant indexé au 01-12-12).

Dans ce cadre réglementaire, le SCA a souhaité procéder à une vérification de la manière dont les mutualités gèrent les nouveaux modèles de déclarations sur l'honneur par lesquelles les personnes cohabitant avec le titulaire communiquent leur situation familiale de même que leurs revenus professionnels et/ou de remplacement.

En outre, lors du contrôle exploratoire en mutualité, il est apparu que parmi les mesures d'immisation contenues dans les articles 225 et 226*bis* (mesures permettant de retrancher certains montants de revenus pour déterminer l'octroi ou non d'une indemnité majorée), l'une d'entre elles posait certains problèmes de détection et d'application par les O.A.

Ainsi, l'immunisation des revalorisations et augmentations hors index visée à l'article 225, §3, al.7 de l'A.R. du 3 juillet 1996 (A.R. du 15-10-12 – M.B. du 24-10-12) ne semblait pas être appliquée de façon uniforme par les mutualités.

Pour rappel, cette mesure stipule que l'augmentation conjoncturelle du minimum pour travailleur régulier sans personne à charge et sans perte de revenu unique survenue le 1^{er} septembre 2011 ne doit pas être prise en considération dans la détermination des revenus visés à l'article 225 de l'A.R. du 3 juillet 1996 (disposition entrée en vigueur le 01-09-12).

Au terme de cette analyse, le SCA a procédé à un contrôle ciblé en mutualité, durant le 4^e trimestre de l'année 2014.

En premier lieu, ces contrôles ont permis au SCA d'évaluer la manière dont les O.A. gèrent la problématique des déclarations sur l'honneur et d'évaluer le bien fondé de l'octroi ou non, d'une majoration des indemnités en application de l'article 226*bis*, §1 et §2.

En second lieu, les contrôles effectués ont permis de vérifier la fiabilité des déclarations de revenus des personnes cohabitant avec le titulaire par le biais de contrôles croisés entre les déclarations sur l'honneur et divers flux de données (déclaration multifonctionnelle, données des employeurs en ce compris les fiches de paies et les comptes individuels, données de l'ONEM, données des caisses de vacances, données du Registre national, etc.).

MÉTHODE

• Population cible du contrôle

Sur le plan méthodologique, la population cible concernée par le contrôle thématique se définit comme étant les invalides du régime général ayant bénéficié au moins d'une indemnité majorée en application de l'article 226*bis* durant l'année 2013, à l'exclusion des cas de « convention internationale », des invalides bénéficiant d'indemnités réduites pour cause de travail autorisé et des invalides décédés en 2013.

Cette population cible est extraite des documents de dépenses d'invalidité des 4 trimestres de l'année 2013 transmis par les unions nationales.

• Echantillonnage

Pour constituer les échantillons des cas à examiner en mutualité, le service a décidé de retenir 10% de l'effectif total de la population-cible de chaque mutualité. Une sélection aléatoire a été opérée au sein des dossiers à examiner pour chaque mutualité.

Cette règle d'échantillonnage n'a cependant pas pu s'appliquer à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (O.A. 600). En effet, la faible taille de la population-cible dans cette union nationale (91 dossiers) impliquait l'examen de moins de 30 dossiers. Afin de disposer malgré tout d'un échantillon de taille raisonnable, il a été décidé d'examiner au moins 3 cas dans chaque mutualité ou office régional.

L'échantillon total des cas examinés comprend donc 1 036 dossiers.

○ Examen des cas en mutualité

Les inspecteurs du SCA ont examiné chaque dossier au sein des mutualités. Ils ont tenu compte des informations directement disponibles en mutualité (soit les données de la déclaration sur l'honneur et de ses pièces justificatives et de toutes données dont la mutualité disposait pour traiter le dossier : bons de cotisation, relevé d'indemnités, déclaration multifonctionnelle, etc.).

Les inspecteurs ont également consulté les informations reprises dans les banques de données de la banque carrefour de la sécurité sociale auxquelles ils ont accès dans le cadre de leur fonction d'inspection.

Chaque inspecteur a dès lors pu se baser sur des données fiables pour évaluer les revenus des cohabitants de l'année 2013 et pour apprécier le bien fondé de l'indemnisation au taux majoré.

RÉSULTATS

○ Chiffres globaux

Dans le tableau ci-dessous, on entend par « cas exact », les dossiers où l'indemnisation consentie ne doit faire l'objet d'aucune rectification.

Par « indemnisation erronée », on entend les dossiers dans lesquels il a été notifié à la mutualité que l'indemnisation consentie n'est pas correcte au regard des revenus réels du cohabitant.

Échantillon	Cas exacts		Indemnisation erronée,		
	Nombre	%	Nombre	%	
Total	1 036	684	66,02%	352	33,98%

On constate que dans près de 34% des dossiers examinés dans le cadre du contrôle, une rectification de l'indemnisation consentie a été nécessaire.

Lorsque l'inspecteur a conclu que l'indemnisation consentie était erronée, il lui était demandé non seulement de chiffrer le montant de l'indu ou du supplément, mais aussi de déterminer à qui attribuer l'origine de l'erreur constatée.

Les erreurs ont donc été réparties en trois catégories :

- erreur de la part de la mutualité : une indemnisation incorrecte a été accordée alors que la mutualité disposait de toutes les données nécessaires ;
- erreur de l'intéressé : la responsabilité de l'assuré a été relevée dans le dossier ;
- erreur qui ne peut être trouvée ni dans le chef de la mutualité, ni dans celui de l'assuré.

- o **Indus constatés**

- o Origine : la mutualité

La première situation constatée est celle où l'origine de l'erreur est entièrement imputable à la mutualité : elle a été constatée à 106 reprises au cours de ce contrôle.

En cas d'erreur due à une institution de sécurité sociale, en ce compris les mutualités, les indus ne sont pas récupérés auprès de l'assuré social, sauf si celui-ci savait ou devait savoir, qu'il n'a pas ou plus droit à l'intégralité d'une prestation conformément au prescrit de l'article 17, alinéa 2 et 3 de la Charte de l'assuré social.

Il a dès lors été nécessaire, lors du contrôle, de distinguer les indus devant faire l'objet d'une récupération auprès de l'assuré social, des indus ne devant pas être récupérés auprès de celui-ci.

Pour rappel, dans le cadre de la responsabilisation financière, en application de l'article 194, §3, de la loi SSI, les montants non récupérables auprès de l'assuré social en application de l'article 17 de la Charte doivent être communiqués par les mutualités à l'INAMI, via un flux, conformément aux dispositions de la circulaire O.A. n°2014/102 – 495/6 du 20 février 2014. Les montants repris dans ce flux serviront de base au calcul du montant qui doit être effectivement mis à charge des frais d'administration des O.A.

Tableau 5 : Indu origine : mutualité

Nombre cas	Montant total (en EUR)	Indus « Charte » (en EUR)	Indus « non Charte » (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
106	219 730,82	155 386,45	64 344,37	2 072,93

- o Origine : l'assuré social

La deuxième situation constatée est celle impliquant une responsabilité de l'assuré social dans l'origine de l'erreur. Dans 19 cas, il a été déterminé que ce n'est pas la mutualité mais l'assuré social qui a commis une faute. Dans ce cas, l'indu constaté devra être récupéré auprès de l'assuré social.

Tableau 6 : Indu origine : assuré social

Nombre cas	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
19	32 171,04	1 693,21

- o Origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité

La troisième situation constatée concerne les montants indus chiffrés qui trouvent leur origine dans le contrôle effectué par l'inspecteur en dehors des obligations imposées aux mutualités.

Ces cas concernent le plus souvent une variation des revenus entre deux contrôles périodiques effectués par la mutualité dont l'intéressé ne pouvait se douter qu'elle aurait un impact sur son indemnisation.

Pour rappel, la mutualité ne doit procéder au contrôle des revenus du cohabitant qu'à la date anniversaire de l'entrée en invalidité ou lors d'une modification de la composition de ménage conformément au prescrit de la susdite circulaire.

Tableau 7 : Indu origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité

Nombre cas	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
69	83 847,27	1 215,18

- **Suppléments constatés**

- Origine : la mutualité

Dans 152 cas, un supplément a été notifié dont l'origine résulte d'une erreur de la mutualité.

Tableau 8 : Suppléments – origine : mutualité

Nombre cas	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
152	557 474,40	3 667,59

La majeure partie de ces dossiers erronés concerne une erreur dans le traitement de l'imputation des revenus du cohabitant. Le montant total des suppléments notifiés est important : plus d'un demi-million d'euros, pour un échantillon de 10% de la population cible. Le montant moyen du supplément par cas s'élève à 3 667,59 EUR, ce qui représente un montant conséquent.

- Origine : l'assuré social

Aucun supplément n'a été constaté résultant d'une mauvaise information de la part de l'assuré social.

- Origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité

Tableau 9 : Suppléments – origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité

Nombre cas	Montant total (en EUR)	Montant moyen (en EUR)
67	82 566,75	1 232,34

On remarquera que le montant moyen des suppléments ainsi chiffrés (1 232,34 EUR) est nettement inférieur à celui observé au point précédent.

- **Montants indus et suppléments totaux**

Au final, quelle que soit l'origine de la détection de l'erreur, les inspecteurs ont constaté :

- 194 erreurs pour un montant indu total de 335 749,13 EUR ;
- 219 erreurs pour un montant des suppléments total de 640 041,15 EUR.

c. Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A.

PRINCIPE

Le SCA effectue chaque année ce contrôle thématique en vertu de l'article 195 de la loi SSI et de l'arrêté royal du 7 octobre 1993 fixant le pourcentage dont les frais d'administration sont majorés en cas de récupération de sommes payées.

Ces textes de loi stipulent que les O.A. bénéficient d'une majoration de la partie variable de leurs frais d'administration en fonction des montants indus qu'ils ont effectivement récupérés auprès des bénéficiaires et en fonction des montants de remplacement en cas d'accidents de droit commun avec des tierces personnes, d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Chaque année, les O.A. mentionnent ces montants sur des listes. Le SCA contrôle ces montants car ils influencent les frais d'administration des O.A. Le service envoie les résultats de ce contrôle dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. à l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

MÉTHODE

Le SCA contrôle les listes contenant les montants récupérés par les O.A. Les attachés inspecteurs sociaux examinent si ces montants figurent à juste titre sur les listes. Un montant versé indûment et effectivement remboursé ne peut être inscrit sur les listes que s'il satisfait aux conditions suivantes :

- il ne peut s'agir d'un remboursement spontané ;
- le montant payé indûment ne peut résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné ;
- la récupération ne peut être le résultat d'une constatation du SCA ou de l'OCM non précédée d'une initiative de l'O.A.

Le SCA contrôle, pour chaque O.A. (sauf pour les O.A. 600 et 900), un échantillon de 5% des montants entre 25 et 5 000 EUR figurant sur les listes, par combinaison de branche et de régime. Les montants supérieurs à 5 000 EUR sont systématiquement contrôlés.

RESULTATS

Le tableau suivant présente les résultats du contrôle effectué en 2014.

Tableau 10 : Montants perçus et récupérés en 2014 – Nombre total de cas, nombre de cas corrects, nombre de cas complètement ou partiellement rejetés et montants correspondants

	Nombre total de cas	Total (en EUR)	Nombre de cas corrects	%	Nombre de cas complètement et partiellement rejetés	%	Montants rejetés (en EUR)	% montants rejetés
Échantillon	4 500	2 275 985,54	4 167	92,60%	333	7,40%	203 288,38	8,93%
> 5 000 EUR	414	3 314 281,57	348	84,06%	66	15,94%	464 616,46	14,02%

En raison de l'augmentation du pourcentage de rejets pour les cas de plus de 5 000 EUR au cours de ces dernières années, le SCA a choisi de continuer à examiner ces cas en profondeur. En 2014 le pourcentage de cas erronés et de montants rejetés pour cette catégorie reste également élevé et supérieur aux cas sélectionnés au hasard.

MODERNISATION DE L'ÉCHANGE DE DONNÉES

Le SCA a décidé de moderniser et d'actualiser l'échange de données existant avec les O.A. afin de l'optimiser et de mettre à jour les instructions en la matière.

Le 25 septembre 2012, la Commission technique du SCA a marqué son accord sur la création d'un groupe de travail O.A.-INAMI chargé de la modernisation de cet échange de données.

Ce groupe de travail poursuivait un double objectif :

- La création d'un flux électronique entre les O.A. et l'INAMI.

La circulaire qui régissait le transfert de données des O.A. vers le SCA (pour l'exercice x au plus tard le 31 mars de l'année x+1) datait déjà du 15 mars 1994 (circulaire O.A. n° 94/91 - rubrique 65/19). Le transfert de données se faisait sur support physique, compromettant ainsi la sécurité des données. De plus, le format des données étant désuet, les données devaient être traitées. Une transmission électronique sécurisée dans un format ad hoc s'imposait donc.

- L'actualisation des instructions données aux O.A. en vue de mentionner les montants des prestations effectivement récupérées sur les listes.

En effet, les O.A. étaient demandeurs d'instructions univoques pour permettre une application uniforme de ce dispositif réglementaire.

Concernant les modalités techniques de l'échange de données :

- le transfert électronique est opérationnel pour les données à partir de l'exercice 2013 (au plus tard le 31 mars 2014). Les modalités techniques, avec maintien de la description des données et du délai d'envoi actuels, ont été fixées par circulaire O.A. du 4 mars 2014, n° 2014/117, rubrique 65/23 ;
- les O.A. envoient actuellement les fichiers vers l'INAMI dans un format approprié sans faire usage de supports physiques, conformément aux directives et accords qui existent entre l'INAMI et les O.A. en matière de protocole et de sécurité de l'information et qui s'appliquent au moment de l'envoi. Il s'agit en l'occurrence d'accords tant au niveau du processus qu'au niveau ICT.

Au niveau du contenu :

- la discussion entre le SCA et les O.A. a conduit à l'élaboration d'instructions concernant le contenu de cette matière. Ces instructions ont été inscrites à l'ordre du jour de la Commission technique du SCA du 25 mars 2014 et intégrées dans l'Instruction O.A. du 17 avril 2014 (n° 2014/1 – 65/5). Elles sont applicables à partir du transfert de données pour l'exercice 2014 (au plus tard le 31 mars 2015) ;
- les différentes conditions à satisfaire, en vertu des dispositions de l'article 195, § 2, de la loi SSI et de l'arrêté royal du 7 octobre 1993, sont décrites dans ladite instruction O.A. et illustrées à l'aide de quelques exemples. Leur caractère non exhaustif a été souligné puisqu'il est impossible d'énumérer toutes les situations possibles.

Cette instruction prête une attention particulière à un certain nombre de situations spécifiques pour lesquelles il s'est avéré utile de développer des instructions.

2. Contrôles thématiques relatifs aux assurés sociaux

Depuis plus de 10 ans, le SCA organise chaque année des contrôles thématiques au sein des O.A. et des mutualités. L'équipe des contrôleurs sociaux a été intégrée au SCA en 2010 et ainsi son fonctionnement centralisé. La possibilité de développer une méthodologie similaire pour les matières traitées par cette équipe a été envisagée. C'est pourquoi le service a décidé d'étendre le concept du contrôle thématique aux compétences des contrôleurs sociaux en 2013-2014.

Ainsi, ce nouveau type de contrôle vise plus spécifiquement le contrôle des assurés sociaux.

Le thème retenu pour ce 1^{er} contrôle thématique a été « les autorisations de reprise de travail à temps partiel ». Ce contrôle s'est déroulé sur 2013-2014.

Autorisations de reprise de travail à temps partiel

PRINCIPE

L'article 100 de la loi SSI définit les conditions de reconnaissance des incapacités de travail pour les travailleurs salariés dont la cessation préalable de toutes activités professionnelles.

Durant la période de reconnaissance d'incapacité de travail, le travailleur ne peut reprendre une activité à temps partiel qu'avec l'autorisation du médecin-conseil. Lorsqu'il reprend une activité à temps plein, il doit en avvertir sa mutualité.

Pour les travailleurs indépendants, l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit des autorisations de reprise de travail à temps partiel dans ses articles 20*bis*, art. 23 et 23*bis*.

Le contrôle thématique visait à réaliser un contrôle coordonné sur les autorisations de reprise de travail à temps partiel.

L'objectif principal du contrôle thématique était de vérifier :

- le respect des conditions de l'autorisation de reprise de travail à temps partiel par les assurés sociaux ;
- le respect des obligations par les employeurs ;
- la conformité des autorisations avec les directives.

Ce contrôle était également l'occasion de :

- sensibiliser les différents intervenants ;
- formuler des avis quant au caractère contrôlable ou non du système des autorisations.

MÉTHODE

Sur base des autorisations enregistrées dans le flux électronique « Reprise de Travail à Temps Partiel », le SCA a extrait celles qui étaient en cours depuis 2 à 3 ans.

Un échantillon a été constitué de manière aléatoire en tenant compte des critères suivants :

- l'attribution de 10 dossiers d'enquêtes par contrôleur ;
- la province d'intervention de chaque contrôleur ;
- la répartition entre travailleurs salariés et indépendants ;
- le nombre de titulaires indemnisables au sein des différentes unions nationales.

Sur les 3 783 assurés repris dans le flux électronique « Reprise de Travail à Temps Partiel » comme ayant une autorisation de reprise de travail à temps partiel encore en cours depuis 2 à 3 ans, 236 ont été contrôlés.

Les contrôleurs sociaux ont d'abord examiné les documents administratifs, entre autres :

- l'introduction de la déclaration DIMONA ;
- la conformité des données dans le flux « Reprise de Travail à Temps Partiel » par rapport à l'autorisation papier ;
- la conformité de l'autorisation papier par rapport aux directives.

Si les autorisations étaient toujours en cours, ils se sont rendus sur les lieux de travail afin de vérifier si l'assuré n'était pas au travail à un moment non prévu dans l'autorisation pour les horaires fixes ou de manière aléatoire pour les horaires variables.

Ils ont réalisé l'audition des assurés et des employeurs présents lors du contrôle sur place et vérifié les documents (affichage de l'horaire, fiches de salaire,...).

Leurs conclusions concernent :

- la déclaration DIMONA ;
- l'affichage des horaires variables sur le lieu de travail ;
- le respect des conditions de l'autorisation au niveau de la nature de l'activité, du nombre d'heures et de l'horaire ;
- la conformité des déclarations de revenus avec les fiches de salaires ;
- la conformité des autorisations papier et l'enregistrement des informations dans le flux « Reprise de Travail à Temps Partiel ».

RÉSULTATS

○ Respect de l'autorisation

Tableau 11 : Respect des obligations par l'employeur

Déclaration DIMONA	95,2%
Horaire à disposition	94,3%

La grande majorité des employeurs respectent bien leurs obligations. Lorsque la déclaration DIMONA n'avait pas été introduite, c'est soit parce que l'assuré n'avait jamais démarré l'activité soit parce que l'employeur réel n'était pas le même. Les employeurs respectant leurs obligations, aucune sanction ne leur a été infligée.

Tableau 12 : Déclaration correcte des revenus de l'activité

Déclarations des revenus correspondant aux fiches de salaire	87,6%
--	-------

Tableau 13 : Respect de l'activité par l'assuré conformément à l'autorisation

Activité	Nombre d'heures	Horaire	Lieu de travail
94,9%	84,1%	71,8%	84,8%

La majorité des assurés respectent les conditions de leur autorisation et donc l'enquête a été classée sans suite. Les constats de non respect ont mené à des mesures différentes en fonction de leur gravité. Par exemple, en cas de changement de jour de travail, les contrôleurs sociaux ont donné un délai aux assurés pour se mettre en ordre.

- **Suite pour l'assuré**

Tableau 14 : Mesures prises en fonction du résultat de l'enquête		
	%	Nombre
Sans suite	84,3%	204
Délai pour se mettre en règle	13,7%	28 (dont 8 avec avertissement)
Avertissement	8,8%	18 (dont 8 avec délai)
Pro Justitia	0,5%	1

- **Conformité des autorisations**

Tableau 15 : Conformité de l'autorisation papier par rapport aux directives		
	%	Nombre
Volume de travail hebdomadaire manquant	73,1%	19
Nom de l'employeur non mentionné	11,5%	3
Date de décision post factum	3,8%	1
Horaire fixe non mentionné	0,0%	0
Autres	11,5%	3
Total des erreurs	100,0%	26

Tableau 16 : Conformité de l'enregistrement « Reprise de Travail à Temps Partiel »	
Correspondance des données avec celles de l'autorisation papier	78,4%
Arrêts effectivement enregistrés dans le flux « Reprise de Travail à Temps Partiel » (sur les 30 constatés)	26,7%

La non-conformité des autorisations par rapport aux directives et le non enregistrement des arrêts de l'autorisation de travail induisent des difficultés.

Dans plus de 70% des cas, les arrêts des autorisations de travail n'ont pas été encodés dans le flux « Reprise de Travail à Temps Partiel ».

3. Actions de lutte contre la fraude sociale



Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA consistent à détecter le non-respect de la réglementation SSI et à appliquer des sanctions administratives à des assurés sociaux. Le cas échéant, les inspecteurs et les contrôleurs constatent les cas qui imposent des récupérations, des sanctions ou des régularisations de dossiers.

Les actions de lutte contre la fraude sociale du SCA concernent :

- le cumul non autorisé d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS ;
- le cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée (activités de travail au noir) ;
- les fraudes portant sur le domicile ;
- les séjours irréguliers à l'étranger ;
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale.

a. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une indemnité de rupture de contrat de travail ou avec une activité non autorisée mais déclarée à l'ONSS

PRINCIPE

Les O.A. doivent détecter les cumuls interdits entre indemnités d'incapacité de travail et activités non autorisées mais déclarées auprès de l'ONSS. Pour ce faire, les O.A. procèdent à l'analyse de déclarations multifonctionnelles (DmfA) faites à l'ONSS.

Il est en outre possible que l'assuré en incapacité de travail reçoive de son employeur une indemnité pour rupture de contrat après son licenciement et qu'il ne l'ait pas déclarée à la mutualité. Ce cumul est également interdit. Les O.A. doivent également détecter ce type de cumul.

Les cas constatés doivent être régularisés.

Les contrôles effectués par le SCA de 2008 à 2013 ont toutefois permis de constater que ces procédures internes aux O.A. étaient susceptibles d'améliorations. En 2014, le SCA a donc réitéré son travail de recherche des cumuls d'indemnités d'incapacité de travail avec des indemnités de rupture et des activités non autorisées déclarées à l'ONSS. Il s'agit d'un contrôle annuel qui s'ajoute au contrôle thématique unique « gestion de cumuls par les O.A. ».

MÉTHODE

Afin de détecter les cas de cumul d'indemnités d'invalidité avec des activités non autorisées ou des indemnités de rupture de contrat de travail, le SCA a croisé les données contenues dans les dépenses d'invalidité (documents PI0 et PI41) et les déclarations DmfA.

L'opération sur les données de l'année 2012, qui aurait dû avoir lieu en 2014, a été réalisée fin 2013 dans le cadre d'un contrôle thématique. Les cas de cumul de plus de 2 semaines ont été contrôlés comme les autres années, les autres cas étant examinés seulement sous l'angle des procédures mises en place par les O.A.

RÉSULTATS

Les inspecteurs sociaux ont examiné :

- 500 cas relatifs à l'année de dépenses 2012 :
 - 169 cas de cumul avec une activité non-autorisée par le médecin-conseil ;
 - 265 cas de cumul avec une indemnité de rupture de contrat ;
 - 66 cas où il ne s'agissait pas de fraude sociale.



On parle de **cas exacts** lorsque l'O.A. a détecté le cumul et l'a régularisé de manière correcte. Par opposition, on parle de **cas erronés** lorsque l'O.A. n'a pas détecté le cumul et ne l'a pas régularisé.

Les résultats sont repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Cumuls interdits - année de dépenses 2012 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total						
	Total cas examinés	Nombre de cas exacts	%	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en EUR)
Cumul avec une activité non-autorisée	169	138	82%	31	18%	218 268,41
Cumuls avec une indemnité de rupture de contrat	265	235	89%	34	11%	42 772,01

Pour les cas erronés, le SCA a établi 43 sanctions administratives à l'encontre des assurés sociaux, ce qui correspond à une exclusion du droit aux indemnités durant 2 125 jours.

Au fil des différentes opérations de contrôle, on constate une amélioration des procédures de détection et de contrôle interne des O.A. qui se traduit par une diminution des prestations indues constatées.

Tableau 18 : Cumuls interdits : dépenses 2006-2012 – Cas examinés, cas erronés et indu total				
	Total cas examinés	Nombre de cas erronés	%	Indu total (en EUR)
Activité non-autorisée				
2006	537	391	73%	8 627 077,84
2007	430	170	40%	2 730 081,76
2008	299	114	38%	1 748 267,62
2009	209	60	29%	416 956,60
2010	189	43	23%	338 010,62
2011	174	28	16%	214 127,93
2012	169	31	18%	218 268,41
Indemnité pour rupture de contrat de travail				
2006	230	81	35%	144 510,03
2007	465	74	16%	167 125,40
2008	228	47	21%	138 374,52
2009	300	33	11%	110 662,53
2010	266	32	12%	101 585,69
2011	248	29	12%	111 993,41
2012	265	34	11%	42 772,01

Ce tableau comparatif fait apparaître :

- une diminution marquée d'année en année du nombre de cas non détectés ou mal gérés de cumul interdit entre des indemnités d'incapacité de travail et une activité non autorisée par le médecin-conseil, ainsi qu'un pourcentage de cas erronés en constante diminution, sauf pour l'année de dépenses 2012. Un taux de 18% d'erreur n'est pas encore satisfaisant;
- une stagnation du taux d'erreur en matière d'indemnité de rupture de contrat autour de 12% pour les quatre dernières années.

Même si les efforts consentis par les mutualités dans l'amélioration de l'efficience de leurs procédures de contrôle interne ont porté leurs fruits, elles doivent encore améliorer les procédures de détection mises en place.

b. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail avec une activité non autorisée et non déclarée

PRINCIPE

Au sens de l'article 100 de la loi SSI, le travailleur qui a cessé toute activité est reconnu incapable de travailler. Durant la période de reconnaissance d'incapacité de travail, le travailleur ne peut reprendre une activité à temps partiel qu'avec l'autorisation du médecin-conseil. Et lorsqu'il reprend une activité à temps plein, il doit en avertir sa mutualité.

Le SCA détecte et constate les cumuls illégaux d'indemnités d'incapacité de travail avec l'exercice d'une activité non autorisée non déclarée à l'ONSS (travail au noir). Pour ce faire, les contrôleurs sociaux du SCA réalisent des enquêtes dans tout le pays.

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des dénonciations ;
- des demandes d'enquête des auditorats du travail ;
- des procès-verbaux d'autres services d'inspection ;
- des demandes d'enquêtes d'autres services de l'INAMI ;
- des demandes d'enquêtes des O.A.

Les contrôleurs sociaux du SCA vérifient si la demande est recevable et donc si la personne perçoit bien des indemnités d'incapacité de travail et ne dispose pas d'une autorisation de travail. Si l'intéressé ne bénéficie pas ou plus d'indemnités d'incapacité de travail, le SCA n'est pas compétent pour effectuer une enquête. Le dossier est alors transmis au service compétent (l'ONEM, le Service d'inspection sociale du SPF Emploi, travail et concertation sociale, etc.) ou classé sans suite en cas de manque d'informations.

Ensuite, les contrôleurs sociaux vérifient si l'activité est déclarée (DIMONA et DmfA). Si c'est le cas, ils transmettent le dossier aux inspecteurs sociaux. Dans la négative, les contrôleurs sociaux effectuent un travail d'enquête de terrain pour détecter et constater les activités de travail en noir. Ils disposent d'un pouvoir d'appréciation qui leur est attribué selon les dispositions du Code pénal social.

Ils peuvent :

- procéder à des contrôles sur les lieux de travail ;
- procéder à des auditions ;
- convoquer les intéressés ;
- accorder un délai éventuel pour se mettre en règle ;
- donner un avertissement pour l'infraction constatée ;
- dresser un procès-verbal (P.V.) de constat d'infractions.

Les procès-verbaux de constat d'infractions sont transmis aux O.A. afin que :

- le Service « indemnités » procède à la récupération des indus ;
- le médecin-conseil convoque l'assuré pour un examen médical afin de vérifier son état de santé actuel.

Les inspecteurs sociaux, pour leur part, réalisent des contrôles auprès des O.A. pour s'assurer qu'ils effectuent la procédure de récupération des indemnités d'incapacité de travail perçues indûment.

En outre, sur base du P.V. établi, le fonctionnaire dirigeant du SCA applique une sanction et peut exclure l'assuré du droit aux indemnités pour un certain nombre de jours d'indemnisation.

Dans le cadre de leur mission de la lutte contre la fraude sociale, les contrôleurs sociaux travaillent en collaboration avec d'autres corps d'inspection dans le cadre des cellules d'arrondissement. Celles-ci regroupent différents acteurs :

- les auditeurs du travail et leur administration;
- les services d'inspection sociale : ONEM, Inspection Sociale, Inspection des lois sociales, ONSS, INASTI, etc. ;
- les autres services d'inspection : inspection économique, inspection des Finances, Service des affaires étrangères, etc. ;
- les services de police locale et fédérale ;
- les services communaux.

Le Service d'information et de recherche sociale (SIRS) coordonne les différents corps d'inspection concernés par la lutte contre la fraude sociale, notamment à travers les cellules d'arrondissement pour :

- préparer des actions communes ;
- évaluer des actions terminées ;
- échanger des données ;
- discuter des textes de loi pertinents et de leurs interprétations.

RÉSULTATS

En 2014, le SCA a reçu 1 283 nouvelles demandes, dont 510 « non recevables » (39,75%). Les nouvelles demandes sont subdivisées en différentes catégories selon l'origine de la demande :

Tableau 19 : Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2014	%
Requête de l'autorité judiciaire, essentiellement l'auditorat du travail	19,17%
Requête d'un service de l'INAMI	1,79%
Demande des O.A.	0,47%
Rapports d'un autre service d'inspection sociale	18,71%
Plaintes et déclarations de citoyens	53,23%
Propre initiative	2,88%
Constatations d'autres services dans le cadre d'actions communes de contrôle	3,74%

Au terme de l'enquête, les contrôleurs sociaux rédigent un rapport d'enquête. En cas d'infraction constatée, ils dressent un P.V. de constat d'infraction (Pro Justitia) ou un avertissement.

Tableau 20 : Nombre d'enquêtes clôturées en 2014 réparties selon le résultat de l'enquête

Pro Justitia	Avertissement	Sans suite	Total
310	92	443	845

Les 402 enquêtes qui ont abouti à une constatation d'infraction représentent 48% des 845 dossiers clôturés en 2014 :

- 77% ont mené à un P.V. ;
- 23% ont mené à un avertissement.

Les suites données aux dossiers pour lesquels les contrôleurs sociaux rédigent un P.V. de constat d'infraction sont prises en charge :

- par les mutualités qui calculent les indemnités perçues indûment. Les inspecteurs sociaux vérifient le calcul et que la procédure de récupération est effectuée ;
- par le Service juridique en vue de l'application d'une sanction administrative par le fonctionnaire dirigeant.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations et du montant total des indemnités versées indûment en 2014.

Tableau 21 : Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2014

Nombre de constatations	Montant total des indus (en EUR)
305	2 104 095,88

Le tableau suivant détaille le nombre de sanctions administratives prononcées à l'encontre du bénéficiaire et le nombre total de jours d'exclusion du droit aux indemnités en 2014.

Tableau 22 : Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2014

Nombre de sanctions administratives	Nombre total de jours d'exclusion
218	10 065

c. Fraudes portant sur le domicile

PRINCIPE

En matière d'indemnités, en application des articles 225 à 227 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, l'indemnité d'incapacité de travail varie en fonction de la charge de famille de l'intéressé. L'indemnité est plus élevée pour une personne isolée, et plus élevée encore pour un travailleur ayant personne à charge. Elle dépend ainsi de la composition du ménage et des revenus professionnels des personnes cohabitantes.

Le droit à l'intervention majorée (I.M.) est également octroyé en fonction de la composition du ménage.

La composition du ménage est établie conformément aux données du Registre national des personnes physiques, sauf s'il ressort d'autres documents probants que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus avec l'information du Registre national.

Si un titulaire s'inscrit à une adresse à laquelle il n'habite pas réellement dans le seul but de bénéficier d'une intervention majorée dans le cadre de l'assurance SSI, il est question de fraude au domicile.

Une Circulaire du Collège des Procureurs généraux a été rédigée dans cette matière. Cette circulaire, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2013 :

- fait de la problématique des domiciliations fictives une priorité de politique criminelle ;
- vise à améliorer la transmission et l'échange de données relatives à la constitution de domiciles fictifs et à renforcer le contrôle de la fraude au domicile ;
- attribue un rôle central à l'Auditeur du travail dans la recherche et la poursuite de la fraude sociale découlant de domiciliations fictives ;
- contribue également à optimiser les flux d'informations entre les autorités judiciaires, la police et les institutions de sécurité sociale.

Cette circulaire est complétée par un vade-mecum pratique.

MÉTHODE

Le SCA reçoit :

- des dénonciations ;
- des demandes de renseignements au sujet d'assurés de la part des différentes zones de police locale.

Il est tout d'abord procédé à la vérification des données de la sécurité sociale et du Registre national des personnes physiques.

Les dénonciations, après analyse de la pertinence des éléments qui y sont mentionnés, sont anonymisées et envoyées à la zone de police locale compétente accompagnées de la déclaration de personne lésée¹.

Les demandes de renseignements au sujet d'assurés provenant des zones de police locale sont envoyées aux attachés inspecteurs sociaux pour enquête en mutualité. Les éléments recueillis sont ensuite communiqués aux zones de police locale pour permettre la poursuite de l'enquête et la transmission de celle-ci à l'Auditeur du travail compétent.

S'il l'estime opportun, l'Auditeur du travail communique au SCA les procès verbaux de constat établis par les policiers, lequel devra en déterminer l'impact sur la situation des intéressés au regard de la législation sur l'assurance SSI.

Si cela s'avère nécessaire, une enquête complémentaire pourra être demandée à la police par l'intermédiaire de l'Auditeur du travail.

RÉSULTATS

Les enquêtes effectuées ont donné lieu en 2014 à la notification de 212 constatations.

Dans le cadre de l'assurance soins de santé, la régularisation du droit à l'I.M. de l'assurance a été notifiée pour 55 titulaires.

En ce qui concerne les indemnités d'incapacité de travail, des constatations d'indus ont été notifiées pour 157 titulaires, pour un montant total de 518 061,20 EUR.

1. Prévus à l'art. 5bis du titre préliminaire du code d'instruction criminelle.

d. Séjours irréguliers à l'étranger

PRINCIPE

En application des articles 136, § 1er de la loi SSI et 294, §1er et 3 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les indemnités d'incapacité de travail sont accordées lorsque le titulaire se trouve en dehors du territoire national pour autant qu'il bénéficie de l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité auprès de laquelle il est affilié ou qu'il soit dispensé de demander cette autorisation en vertu de la loi belge ou des conventions internationales qui lient la Belgique à l'Etat de séjour et qu'il remplisse les autres conditions d'octroi des indemnités d'incapacité de travail.

Dans tous les autres cas, l'assuré ne pourra pas bénéficier de ses indemnités pendant sa période de séjour à l'étranger.

MÉTHODE

Chaque année, le SCA reçoit, par le biais des auditeurs du travail, des rapports de la police des frontières constatant, à leur retour sur le territoire belge, la présence à l'étranger irrégulière de titulaires en incapacité de travail.

RÉSULTATS

En 2014, **7 constatations** d'indus ont été effectuées par les inspecteurs sociaux du SCA pour un montant total de **41 880,26 EUR**.

e. Assujettissements frauduleux à la sécurité sociale

PRINCIPE

Seules les personnes qui ont la qualité de titulaire et qui sont assujetties à la sécurité sociale peuvent bénéficier du droit aux prestations de soins de santé et aux indemnités d'incapacité de travail.

MÉTHODE

Depuis 2008, le SCA traite, en collaboration avec les autorités judiciaires, un vaste dossier de fraude à la sécurité sociale. Il s'agit d'un important réseau d'entreprises fictives qui utilisent différents procédés pour mettre les utilisateurs de ce réseau en possession de faux documents. De cette manière, ces utilisateurs peuvent prétendre frauduleusement à des indemnités et des interventions de la sécurité sociale.

L'ONSS a démontré que les entreprises concernées n'ont pas développé d'activités au cours des périodes contestées et qu'aucun contrat de travail n'existait entre ces entreprises et les personnes qui étaient déclarées à l'ONSS pour le compte de ces entreprises. L'ONSS a par conséquent décidé d'annuler l'assujettissement de ces travailleurs.

Etant donné l'étendue de la fraude sociale, le SCA, les O.A. et les mutualités ont décidé de collaborer. Le SCA envoie aux O.A. la liste des personnes qui ont utilisé des faux documents ainsi que toutes les données nécessaires pour établir les constatations. Sur base de ces données, les mutualités examinent chaque dossier aussi bien dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé et donnent un feedback au SCA sur la façon dont ils ont traité ces données. En 2014, les mutualités ont reçu 406 dossiers.

Le 12 novembre 2014, un important procès au niveau correctionnel a débuté à l'encontre de 15 personnes poursuivies en tant qu'organiseurs de la fraude dans le cadre de la perception induue de ces allocations sociales.

Les institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) belges ont travaillé de concert et elles ont mis en commun leurs recherches. Elles se sont par ailleurs constituées partie civile dans ce procès .

Sont concernées par cette affaire :

- **40 sociétés** ;
- **2 980 fausses relations de travail** ont été constatées, pour **un nombre de travailleurs fictifs compris entre 1 895 et 2 000**, lesquels ont dès lors été déchus de leurs droits sociaux ;
- **47 infractions** sont visées, allant de l'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale à la participation à une organisation criminelle, en passant par des faux en écriture, usage de faux, infractions au droit pénal social et même tentative de corruption sur des fonctionnaires en fonction.

Les IPSS réclament **20,2 millions d'euros** de dommages et intérêts rien que dans ce seul dossier de fraude (qui ne constitue qu'une partie des assujettissements fictifs). Ce montant se compose essentiellement des diverses allocations sociales payées indûment et non récupérées, mais également des coûts administratifs extraordinaires relatifs au traitement de ces multiples dossiers frauduleux.

Le 23 mars 2015, le Tribunal correctionnel de Bruxelles a prononcé 12 condamnations.

Pour la première fois en matière judiciaire, le tribunal a accordé un dédommagement de plusieurs centaines de milliers d'euros aux IPSS, dont l'INAMI, pour la masse de travail occasionnée par cette vaste fraude à la sécurité sociale.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu du nombre de constatations réalisées en 2014 par secteur.

Tableau 23 : Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations O.A./ SCA et indu total par secteur constatés en 2014

	Secteur soins de santé		Secteur indemnités	
	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)	Nombre de constatations	Indu total (en EUR)
O.A.	79	161 045,68	23	343 023,53
SCA	25	166 036,12	26	320 599,68
Total	104	327 081,80	49	663 623,21

En 2014, les O.A. et le SCA ont donc constaté un indu total de **990 705,01 EUR**.

Dans le secteur des indemnités 13 sanctions administratives ont été prononcées ce qui correspond à un total de 2 508 jours d'exclusion du droit aux indemnités.

Dans le secteur des soins de santé 21 sanctions ont été prononcées, ce qui correspond à une sanction administrative totale de 6 925 EUR.

Les contrôles de ces dossiers se poursuivront dans le futur. En effet, ces assujettissements fictifs et frauduleux évoluent en permanence.

f. Assujettissements erronés à la sécurité sociale

PRINCIPE

La qualité de travailleur salarié titulaire constitue une des principales qualités prévue par l'assurance SSI.

Contrairement aux assujettissements frauduleux à la sécurité sociale, il s'agit en l'occurrence d'assujettissements erronés de personnes de bonne foi. Il ne s'agit pas dans ce cas de fraude sociale. Les dossiers doivent être traités différemment sur le fond en ce sens que si la personne concernée a agi de bonne foi, elle maintient les prestations de santé jusqu'à la fin du trimestre dans lequel le SCA a communiqué l'assujettissement erroné à la mutualité (application de la circulaire O.A. 377/2006 du 27 novembre 2006). La mutualité doit toutefois procéder à la récupération des indemnités allouées dans le régime des travailleurs salariés.

MÉTHODE

Le SCA gère l'échange de données relatives aux assujettissements erronés. L'ONSS informe le SCA d'un assujettissement erroné en qualité de travailleur salarié. Le SCA examine à quelle période se situe l'assujettissement erroné et à quelle mutualité l'intéressé était affilié durant la période concernée. L'O.A. est ensuite informé de l'assujettissement erroné du titulaire concerné en qualité de travailleur salarié. Ensuite, l'O.A. informe le SCA de la manière dont il a régularisé la situation d'assurabilité. Si l'O.A. a procédé à une récupération, le dossier est contrôlé par un inspecteur social du SCA.

RÉSULTATS

En 2014, le SCA a envoyé 246 messages d'assujettissements erronés aux O.A. D'après le feedback des O.A., ils ont procédé à la récupération de prestations de santé dans 7 cas et à la récupération d'indemnités dans 18 cas. Les autres cas ont été neutralisés sans conséquence financière pour l'assuré(e) concerné(e). Il ressort de l'enquête des inspecteurs sociaux que dans les 7 cas précités, les prestations de santé ont été récupérées indûment étant donné que les personnes concernées ont maintenu le droit aux soins de santé jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel le SCA a signalé l'assujettissement erroné aux O.A. Les O.A. concernés en ont été informés.

EVOLUTION

Depuis 2014, le projet informatique de feed-back « AESS-AFSS » permet aux O.A. de donner un feedback uniforme et sécurisé tant pour les assujettissements erronés que frauduleux (fictifs). La gestion des dossiers d'assujettissement erroné à la sécurité sociale transmis depuis le 1^{er} décembre 2013 par l'ONSS au SCA est reprise par la Direction contrôle des O.A.

4. Contrôles à la demande, d'initiative et le suivi des dossiers

Outre les contrôles thématiques systématiques et les actions de lutte contre la fraude sociale, le SCA effectue également :

- des contrôles à la demande ;
- des contrôles d'initiative ;
- des contrôles de suivi.

a. Contrôles à la demande : enquêtes

PRINCIPE

Le SCA est fortement sollicité pour réaliser des enquêtes sur des dossiers particuliers. Ces demandes portent sur les différents aspects de l'assurance soins de santé et indemnités et émanent des assurés sociaux, des Auditeurs du travail, de syndicats, d'avocats, de cabinets ministériels mais aussi d'autres institutions de sécurité sociale (ONEM, ONSS) ou encore d'autres services publics fédéraux (par exemple le SPF Finances).

Les autres services de l'INAMI sollicitent également le SCA afin de réaliser des enquêtes au sein des mutualités pour étayer un dossier, répondre à une mutualité ou encore constater des infractions et/ou constater des montants indus.

Par ailleurs, les inspecteurs sociaux sont également chargés d'enquêtes à la demande d'autres services du SCA.

Ainsi, à la demande du Service juridique du SCA, l'inspection contrôle en mutualité des dossiers d'application de l'article 328 de l'A.R. du 3 juillet 1996 (levée de la prescription biennale pour le paiement de prestations aux assurés) ou encore des dossiers faisant l'objet d'un contentieux.

De plus, le Service contrôle et gestion de données d'accessibilité administrative demande l'examen de cas d'assurabilité ou de mutation.

MÉTHODE

Le SCA réceptionne et examine les demandes d'enquête. La plupart nécessite une enquête en mutualité. Les inspecteurs du service procèdent à l'examen des dossiers et établissent un rapport d'analyse. Ces rapports permettent au SCA de répondre au demandeur et le cas échéant, de dresser une constatation qui est notifiée à la mutualité. Certaines demandes ne nécessitent pas de visite d'inspection, la réponse pouvant être donnée sans analyser le dossier en mutualité.

Les inspecteurs sociaux du SCA consacrent une part importante de leur temps à la réalisation de ces enquêtes. Elles nécessitent un traitement rapide, notamment, celles qui concernent les assurés sociaux et ce, pour répondre aux obligations contenues dans la charte de l'assuré social.

La plupart de ces enquêtes donnent lieu à des constatations (d'indus, de suppléments ou de nécessité de régularisation) qui sont notifiées aux O.A. ; d'autres n'y donnent pas lieu, une lettre ou une note étant cependant envoyée au correspondant.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre de contrôles à la demande réalisés en 2014. Les enquêtes sont ventilées selon qu'elles aient abouti ou non à une constatation.

Tableau 24 : Enquêtes réalisées en 2014 – Nombre avec ou sans constatation et nombre total		
Enquêtes ayant donné lieu à une constatation	Enquêtes n'ayant pas donné lieu à une constatation	Total
1 092	1 244	2 336

b. Contrôle d'initiative

En plus de toutes les opérations de contrôles thématiques et celles réalisées dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale, le SCA effectue également des contrôles d'initiative. Les inspecteurs sociaux choisissent un thème de contrôle sur base de données émanant du service (par exemple : fichier de dépenses en indemnités) ou sur la base des données présentes en mutualité. Ils effectuent un contrôle d'application des textes légaux et des circulaires. Les thèmes sont variés : contrôle de l'indemnité d'incapacité de travail, contrôle de l'assurabilité, en indemnités et en soins de santé, contrôle du droit BIM, du MAF, contrôle des cotisations personnelles, etc.

c. Suivi des dossiers

PRINCIPE

Le SCA assure le suivi de tous les dossiers, sans exception, qui font l'objet d'une constatation adressée à une mutualité. Il importe en effet de vérifier la suite donnée par cette dernière aux décisions notifiées, que ce soit l'obligation de récupérer un montant indu auprès d'un assuré social ou celle de lui verser un montant supplémentaire, ou que ce soit encore l'obligation de régulariser un dossier (pièce manquante, cotisation insuffisante, information à obtenir, etc.).

MÉTHODE

La notification issue de la première visite de contrôle de l'inspecteur social est revue au siège de la mutualité 9 mois après son envoi. Le service envoie une notification de révision sur base du rapport établi par l'inspecteur. Ensuite, si c'est nécessaire, c.-à-d. si le dossier n'est pas terminé (indu non entièrement remboursé, affaire devant les juridictions, supplément non encore payé, dossier toujours incomplet, droit non enlevé, etc.), l'inspecteur réalise une nouvelle visite de contrôle au moins 2 ans après l'envoi de la première notification en vue de tenir compte du délai de prescription. Le service enverra une 3^e notification à l'O.A. Ensuite, si le dossier n'est toujours pas clôturé après ce 3^e contrôle, il sera revu, selon un timing fixé par le SCA suivant l'état du dossier, aussi longtemps qu'il n'est pas terminé.

RÉSULTATS

4 252 contrôles de suivi ont été effectués en 2014.

5. Cellule data-analyse

MISSION

Le SCA dispose depuis 2013 d'une cellule stratégique data-analyse qui est spécialisée dans le croisement de flux de données. La cellule dépend directement du directeur général. Il s'agit d'un centre d'expertise afin de lancer des idées et initiatives dans le but d'optimiser les missions de feed-back, d'évaluation et de contrôle du service.

OBJECTIFS DE LA CELLULE

L'objectif principal de la cellule est d'examiner les différentes possibilités de croisement de flux de données existants émanant de l'INAMI et d'autres services publics en vue de soutenir les activités de contrôle.

Afin de poursuivre la mise en place d'activités de contrôle efficaces, structurées et cohérentes, la cellule fournit d'abord les données nécessaires à tout contrôle thématique.

La cellule souhaite en outre étendre et/ou réorienter les activités de contrôle vers les domaines suivants : la lutte contre la fraude sociale et le secteur des soins de santé.

◦ **Lutte contre la fraude sociale**

Les contrôles qu'effectue le SCA dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale s'inscrivent dans les plans d'action du Gouvernement fédéral et du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) de lutte contre la fraude sociale.

L'article 24 du quatrième Contrat d'administration 2013-2015 prévoit la poursuite et l'élargissement des actions entreprises dans le cadre du datamatching (croisement des états de dépenses en assurance maladie-invalidité et des données sur le temps de travail que les employeurs communiquent à l'Office national de sécurité sociale).

La cellule améliore le processus de réception et de croisement de données et d'exploration de données, non seulement entre les différents services publics actifs dans la lutte contre la fraude sociale mais également au sein de notre institut afin de mieux mettre en avant les activités réalisées dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

La technique déjà existante de datamatching entre les données DmfA et les états de dépenses en invalidité a été étendue à tous les titulaires en incapacité primaire (y compris le repos de maternité et le congé de paternité). En plus des pistes de vérification décrites ci-dessous, de nouvelles pistes sont examinées dans des domaines qui présentent un risque relativement élevé d'abus, entre autres dans le domaine de la fraude au domicile.

◦ **Le secteur des soins de santé**

Le budget des dépenses pour l'assurance maladie-invalidité dans le secteur des soins de santé est élevé.

Des contrôles spécifiques doivent être développés dans ce secteur.

La cellule a donc pour objectif de détecter et prospector un certain nombre de thèmes potentiels qui pourront faire l'objet de contrôles en mutualités.

◦ **Autres objectifs**

La cellule apporte son soutien à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données pour l'établissement du rapport relatif à la situation et à la gestion des effectifs.

ACTIVITÉS EXÉCUTÉES

En 2014, un contrôle thématique a été réalisé dans le secteur des soins de santé en ce qui concerne les implants, de même qu'un autre consacré à la charge de famille dans le secteur des indemnités (en application de l'article 225 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996). Pour ces deux contrôles thématiques, la cellule a procédé à l'analyse des données nécessaires et a établi une sélection de cas à contrôler dans les mutualités. Pour ce faire, divers instruments de calcul ont été élaborés et/ou adaptés.

En ce qui concerne les contrôles prévus en 2015 dans le cadre du croisement des données DmfA et des états de dépenses en matière d'invalidité et d'incapacité de travail primaire, la cellule a établi en 2014, par le croisement de toutes les données, une liste de cas à examiner.

En ce qui concerne les domaines de contrôle, la cellule a établi un modèle permettant de comparer la rémunération journalière perdue des assurés sociaux, calculée sur la base des états de dépenses en invalidité, avec la rémunération journalière perdue révélée grâce aux données DmfA. Il en a résulté un contrôle des cas pour lesquels on avait constaté une différence significative entre les deux modes de calcul. Si l'on a pu trouver pour les différents cas examinés une explication logique à cette différence, il n'en demeure pas moins que des constats importants ont été dressés au sein de 2 secteurs spécifiques. En 2015, ces secteurs seront examinés et affinés par la cellule.

La cellule a également élaboré un contrôle pour les travailleurs indépendants percevant un montant journalier inchangé alors même que les données DmfA avaient révélé qu'ils bénéficiaient d'une rente pour cause d'accident de travail et/ou maladie professionnelle. Ce contrôle a été réalisé en décembre 2014 au sein des mutualités.

Sur la base de l'analyse des différentes banques de données, un test de contrôle a pu démarquer dans le secteur des soins de santé, consacré à l'aspect « forfaits journaliers séjour hospitalier anonyme ».

6. Echange d'informations avec le SPF Finances

PRINCIPE

Dans le cadre de la Convention de collaboration, conclue le 1^{er} janvier 2010 dans le but d'optimiser l'échange et l'utilisation des données fiscales et sociales entre le SPF Finances, le Contrôle des Lois Sociales (CLS), les Inspections Sociales (IS), l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI), l'Office national de l'emploi (ONEM), le Service d'information et de recherche sociale (SIRS) et l'INAMI, une procédure a été élaborée en 2013, permettant au Service du contrôle social de transmettre à l'Administration générale du SPF Finances certains dossiers relatifs aux activités non autorisées exercées par des personnes en incapacité de travail.

MÉTHODE

Un représentant du SCA assiste aux réunions du groupe de direction compétent en matière de suivi de la Convention de collaboration. Ce groupe de direction a été organisé une fois en 2014 (8 octobre 2014). À cette réunion, des chiffres relatifs aux dossiers échangés mutuellement pour l'année 2013 ont été communiqués. Il s'avère que le SPF Finances a traité 19 dossiers soumis par l'INAMI, via notre service (dont une partie importante en 2014).

RÉSULTATS

En ce qui concerne l'exercice 2014, le SCA a transmis au SPF Finances, un total de 54 dossiers relatifs aux activités non autorisées.

7. Application e-PV

PRINCIPE

L'application e-PV est une application web gérée par le SPF Emploi, travail et concertation sociale (SPF ETCS), dont le support technique est assuré par la SMALS.



SMALS est une asbl privée qui développe des services informatiques collectifs pour les institutions publiques de la sécurité sociale et des soins de santé.

Cette application permet aux inspecteurs sociaux de rédiger un procès-verbal selon un modèle structuré et uniforme.

Son but est d'améliorer la lutte contre la fraude sociale en :

- créant un modèle uniforme de procès-verbal sécurisé et électronique (l'e-PV) ;
- créant une banque de données centrale contenant l'ensemble des données issues des e-PV ;
- transmettant ces procès-verbaux par voie électronique ;
- permettant à tous les organismes compétents (dans un premier temps, les services d'inspection sociale) d'utiliser les données issues de la banque de données dans leur lutte contre la fraude sociale.

La sécurité juridique des personnes concernées est également renforcée :

- par une meilleure lisibilité des P.V. ;
- par le caractère plus exhaustif des P.V. ;
- par de meilleures garanties en matière de production de preuves.

MÉTHODE

Après les services d'inspection de l'INASTI, de l'ONEM, du SPF ETCS (Emploi, Travail et Concertation sociale) et l'Inspection sociale, le SCA s'est également associé audit projet, répondant ainsi au prescrit de l'article 33 du Contrat d'administration.

Après un exposé théorique, au cours duquel les inspecteurs sociaux du SCA ont été informés sur l'historique et la raison d'être de l'application, une formation pratique a été donnée permettant de se familiariser avec l'application PV électronique.

Les contrôleurs sociaux du SCA utilisent cette application depuis le 15 janvier 2014 pour constater les infractions et verbaliser les contrevenants.

RÉSULTATS

En 2014, les contrôleurs sociaux ont rédigé **323** e-PV, verbalisant ainsi **766** infractions.

8. Contrôle et gestion des données d'accessibilité

La Direction des données d'accessibilité a pour mission de garantir l'accès des assurés sociaux à l'assurance soins de santé et indemnités et aux mesures visant à réduire le coût de l'assurance, par la gestion et le contrôle des données relatives à l'accessibilité administrative et financière.

Par accès administratif à l'assurance, on entend les conditions de base auxquelles un assuré social doit répondre (« données d'assurabilité ») pour pouvoir bénéficier des interventions et des indemnités de l'assurance. Un certain nombre de données et de pièces justificatives doivent prouver que ces conditions de base (qualité, inscriptions et mutation, obligation de cotisations) sont effectivement remplies. Le Département Gestion des données relatives à l'accessibilité administrative du SCA est chargé de l'établissement, du développement et du contrôle de ces données.

Par l'accès financier à l'assurance, on entend l'ensemble des mesures qui visent à réduire le coût de l'assurance pour l'assuré social, tels que la réduction de la quote-part personnelle (intervention majorée de l'assurance), le plafonnement de l'intervention personnelle (le maximum à facturer), la limitation des cotisations personnelles, des interventions supplémentaires (mesure statut malades chroniques). Des conditions de revenus et des conditions socio-économiques sont prévues pour accéder à ces mesures. Certains flux de données et certaines pièces justificatives doivent prouver que ces conditions sont effectivement remplies. Le Département Gestion des données relatives à l'accessibilité financière est chargé de l'établissement, du développement et du contrôle de ces données.

Cette mission a été incluse dans l'article 162*bis* de la loi SSI.

La direction remplit cette mission par :

- des contrôles systématiques sur les mesures d'accessibilité financière à l'assurance SSI pour ce qui concerne :
 - le maximum à facturer (MAF) ;
 - l'intervention majorée (I.M.).
- la réalisation d'études et d'analyses sur les données d'assurabilité en produisant :
 - des informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance SSI ;
 - des chiffres trimestriels concernant le MAF ;
 - des chiffres concernant l'intervention majorée ;
 - des statistiques relatives aux mutations.
- le développement et la supervision des flux de données devant permettre aux assurés sociaux de faire valoir leurs droits ou d'accéder aux mesures visant à réduire le coût de l'assurance

Par exemple, en ce qui concerne le flux « données de cotisations travailleurs salariés », le service a la compétence, en tant qu'organe de surveillance et de contrôle au sein du groupe de direction BCSS de décider si des nouvelles situations sur le marché de travail, à savoir des modifications « ou » nouveautés dans la DmfA, ont un impact sur ce flux de données.

En d'autres termes, et de manière plus générale, le service analyse la nécessité de reprendre les nouveautés réglementaires dans le flux pour permettre aux O.A. de générer des droits aux soins de santé et aux indemnités.

- le service détermine également les pièces justificatives que les O.A., outre ces flux électroniques, doivent utiliser pour octroyer des droits.

Par exemple, le service se charge de certaines activités qui ont un impact important pour les assurés sociaux, et dans le cadre desquelles il édicte des instructions pour les O.A., sous forme de circulaire, et peut prendre des décisions individuelles pour certaines situations, parfois exceptionnelles, concernant ces conditions de base.

Ces instructions et décisions ont toujours pour objectif de fournir des reconnaissances ou des informations permettant aux assurés sociaux d'obtenir ou de conserver l'accès à l'assurance obligatoire.

a. Contrôles systématiques du maximum à facturer (MAF)

PRINCIPE

Le MAF est une mesure qui vise à limiter les frais médicaux annuels à charge des ménages. Lorsque, au cours d'une année civile, les dépenses en soins de santé d'un ménage atteignent un montant plafonné, le ménage se voit rembourser l'intégralité des prestations qui suivent (le ticket modérateur habituellement à charge du ménage lui est remboursé). Le montant plafonné varie en fonction de la situation sociale des ménages et en fonction de leur revenu.

Il existe 2 catégories de MAF :

- la plupart des ménages bénéficient du **MAF revenus**. Dans le cadre de cette mesure, le plafond annuel des frais médicaux dépend du revenu net perçu par un ménage 3 ans avant l'année pour laquelle le droit au MAF est examiné. Toutes les personnes habitant à la même adresse constituent un ménage dans le cadre du MAF revenus ;
- le **MAF social** est accordé à tous les ménages bénéficiant de l'I.M. Pour eux, le plafond s'élève toujours à 450 EUR par an. Le bénéficiaire de l'I.M., son compagnon ou sa compagne et leurs personnes à charge forment un ménage entrant en ligne de compte pour le MAF social.

Des mesures de protection supplémentaires sont prévues pour tous les enfants âgés de moins de 19 ans et pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées.



Plus d'informations sur le MAF sur le site : www.inami.be, rubrique Accueil > Thèmes > Soins de santé > Facilités financières > MAF.

MÉTHODE

Pour le MAF revenus, le SCA détermine les catégories de revenus des ménages sur base :

- des informations concernant les ménages transmises par les O.A. ;
- des informations concernant les revenus des ménages transmises par le SPF Finances.

Tous les ménages sont contrôlés au niveau de leur composition. Le contrôle consiste en une comparaison entre les données relatives aux ménages transmises par les O.A. et celles reprises dans le Registre national.

Lorsque la composition de ménage est correcte, le SCA demande les données fiscales des membres du ménage au SPF Finances. Sur base des informations relatives aux revenus, les ménages sont classés dans une catégorie de revenu. A chaque catégorie correspond un montant plafonné : au plus le revenu est important, au plus le plafond est élevé. Il existe 5 catégories de revenu dans le cadre du MAF.

RÉSULTATS

Une année MAF se clôture 2 ans après l'année civile concernée étant donné que les attestations de soins peuvent être introduites jusqu'à 2 ans après la date de prestation. Exemple : les compteurs des tickets modérateurs pour l'année MAF 2012 ont été clôturés au 31 décembre 2014.

Le tableau ci-dessous présente :

- le nombre de fichiers transmis par les O.A. au SCA ;
- le nombre de ménages dont les dépenses en soins de santé (le ticket modérateur) ont atteint le montant plafonné de 450 EUR ;
- le nombre et le pourcentage d'erreurs relevées dans les compositions de ménage constatés par le SCA.

Tableau 25 : Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2014

Année de contrôle	Nombre de fichiers	Ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et traité par le SCA	Erreurs dans la composition du ménage	% d'erreurs dans la composition du ménage
2012	135	7 065	126	1,78%
2013	158	481 248	1929	0,40%
2014	104	968 705	1767	0,18%
Total	398	1 457 018	3822	0,26%

b. Contrôle systématique de l'intervention majorée (I.M.)

PRINCIPE

Les assurés qui bénéficient de l'I.M. paient, pour chaque prestation de santé, des montants moins élevés que d'autres assurés sociaux.

Le droit à l'I.M. est accordé à 2 catégories d'assurés :

Les assurés qui bénéficient d'avantages sociaux bénéficient automatiquement du droit à l'I.M. Il s'agit des :

- personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration d'un centre public d'aide sociale (CPAS) ;
- personnes qui ont droit à une aide sociale octroyée par le CPAS ;
- personnes bénéficiant d'une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une majoration de rente ;
- personnes bénéficiant d'une allocation aux personnes handicapées du SPF Sécurité sociale ;
- enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées.

L'I.M. dont bénéficie un titulaire est également accordée aux personnes à sa charge, à son compagnon de vie et aux personnes à charge de ce dernier.

Les personnes à bas revenus peuvent obtenir le droit à l'intervention majorée (I.M.) après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité.

Les assurés qui veulent ouvrir un droit sur la base d'une enquête sur les revenus par leur mutualité doivent pouvoir démontrer que leurs revenus sont bas. Pour ce faire, ils remplissent une déclaration sur l'honneur (DSH) dans laquelle tous les membres du ménage indiquent leur revenu brut imposable. Le ménage se compose du demandeur, du partenaire/conjoint cohabitant et des personnes à leur charge. Les revenus qui doivent être déclarés sont notamment les revenus professionnels, les pensions, les allocations, les revenus mobiliers et immobiliers, ... pour l'année civile qui précède l'année au cours de laquelle la déclaration sur l'honneur est introduite.

Si ces conditions sont remplies, le droit à l'intervention majorée de l'assurance peut être accordé après une enquête sur les revenus sans respecter la période de référence d'un an (art. 18).

Le cas échéant, ce sont les revenus bruts imposables du ménage concerné du mois au cours duquel la demande est introduite qui sont pris en considération (art. 28).

Ce principe vaut plus particulièrement pour les ménages dont un des membres se trouve dans une des situations suivantes (art. 18) :

- pensionné ;
- invalide percevant des indemnités d'invalidité ;
- agent des services publics mis en disponibilité depuis un an ;
- militaire placé en retrait temporaire d'emploi (lorsque cette période de retrait atteint au moins un an) ;
- incapacité de travail ou chômage contrôlé, à condition que la somme des périodes ininterrompues d'incapacité de travail et de chômage atteigne la durée d'un an ;
- personne remplissant les conditions pour être inscrite en qualité de titulaire moins valide ;
- veuf ou veuve ;
- titulaire au sein d'une famille monoparentale.

Ces situations sont qualifiées « d'indicateur ».

Ces ménages déclarent les revenus du mois de la DSH parce que les indicateurs laissent supposer que les revenus sont stables. Si les revenus sont bas au cours du mois de la DSH, ils le resteront très probablement pendant longtemps. Il s'agit généralement de situations dans lesquelles une personne subit une baisse brutale de revenus (départ à la pension par exemple) ou perçoit des allocations depuis déjà un an minimum.

MÉTHODE

Les O.A. envoient annuellement au SCA un fichier contenant toutes les personnes qui, au 1^{er} janvier de l'année concernée, bénéficient de l'I.M. Tous les titulaires sont alors intégrés dans le répertoire de la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS). Le fichier contenant tous les bénéficiaires de l'I.M. est appelé le fichier global.

Chaque année, le SCA procède à un contrôle pour les bénéficiaires dont le droit a été ouvert sur la base d'une enquête sur les revenus effectuée par leur O.A. L'identité de ces ménages est transmise à notre service dans un fichier séparé. Ce processus s'appelle « contrôle systématique de l'I.M. ». Ce contrôle est effectué sur la base du revenu du ménage de ces bénéficiaires de 2 ans auparavant. Pour le contrôle, le SCA demande les données relatives au revenu au SPF Finances. Le SCA les envoie à l'O.A. qui examine le droit en fonction de ces données. L'O.A. calcule les revenus du ménage à partir des données figurant dans le fichier de réponse.

Ce calcul est par exemple nécessaire lorsque l'O.A. doit vérifier si les revenus des enfants peuvent être exonérés - les enfants bénéficiant encore d'allocations familiales - ou si une déduction du revenu cadastral est possible pour l'habitation propre. Le résultat de ce calcul peut aboutir au franchissement du plafond BIM ou à une prolongation du droit d'une année.

L'O.A. envoie au SCA un feed-back sur les enquêtes sur les revenus. Dans ces fichiers de feed-back, il est précisé pour les ménages faisant l'objet d'un contrôle systématique si leur droit à l'I.M. a été prolongé d'un an ou pas et pourquoi ce droit a été prolongé ou retiré.

RÉSULTATS

On peut déduire du fichier global susmentionné que 1 793 660 personnes bénéficiaient de l'intervention majorée au 1^{er} janvier 2014.

Parmi ces bénéficiaires, 850 122 ont fait l'objet, en 2014, d'un contrôle systématique pour obtenir la prolongation du droit. Les résultats de ce contrôle seront connus en mai 2015 seulement.

c. Gestion et actualisation des flux de données qui prouvent une qualité ou une valeur de cotisation

PRINCIPE

Pour pouvoir prétendre au remboursement de prestations de santé dans le cadre de l'assurance SSI, les assurés sociaux doivent :

- prouver qu'ils ont l'une des qualités de titulaire énumérées dans la réglementation ;
- payer une cotisation.

MÉTHODE ET RESULTATS

• Qualité

Les flux de données électroniques permettent de prouver la plupart des qualités octroyées. La Direction données d'accessibilité définit ces flux en concertation avec les O.A., d'autres autorités publiques et la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS). Ces flux de données doivent être adaptés en permanence en fonction des modifications de la réglementation ou des situations nouvelles sur le terrain. La Direction données d'accessibilité participe aux discussions relatives à ces modifications et est responsable de la validation finale.

Dans le courant de 2014, la Direction a finalisé les discussions et négociations entamées dans le but de revoir les données concernant la qualité de travailleur indépendant et de pensionné. Le but étant de simplifier et d'actualiser les flux de données afin de tenir compte des évolutions réglementaires et sociétales.

• Cotisation

La valeur de la cotisation est elle aussi généralement prouvée à l'aide de flux de données électroniques. C'est le cas tant pour les cotisations des travailleurs salariés que pour les cotisations des travailleurs indépendants. Ces flux sont définis par la Direction, les O.A., l'ONSS, l'INASTI et la BCSS. Ces flux de données doivent également être adaptés en permanence aux modifications de la réglementation. La Direction données d'accessibilité participe aux discussions relatives à ces modifications et est responsable de la validation finale.

Dans le courant de 2014, le service a examiné 20 modifications dans le flux de cotisation des travailleurs salariés. Dans le courant de l'année 2014, le service a également eu différentes concertations avec les O.A., le SPF Sécurité sociale DG Indépendants, l'INASTI et le Service des soins de santé de l'INAMI, dans le but d'actualiser le flux de données de cotisation des travailleurs indépendants à l'évolution des situations de cotisation.

Ces concertations ont abouti à la réalisation d'un projet d'adaptation de l'Arrêté ministériel déterminant la manière dont les données relatives aux conditions d'assurabilité des travailleurs indépendants en matière d'assurance maladie-invalidité sont établies et communiquées.

d. Circulaire sur les qualités et les documents de preuve pour les résidents

Dans l'assurance soins de santé et indemnités, démontrer une qualité est une des conditions essentielles pour avoir droit aux soins de santé et aux indemnités.

Afin de démontrer une qualité, les O.A. doivent être en possession de documents de preuve attestant de cette qualité.

Dans le courant de 2014, des discussions ont été entamées sous la houlette de la direction afin d'actualiser les circulaires relatives aux modalités de preuve « qualité » en fonction des modifications de la réglementation.

Il s'agit des :

- Modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national des personnes physiques en application de l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi SSI.

En application de l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi SSI, les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques peuvent être considérées comme bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

L'article 128 quinquies, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI, précise quelles catégories d'étrangers ont accès aux prestations de santé. Ces catégories d'étrangers doivent démontrer leur qualité à l'aide de preuves spécifiques.

Pour pouvoir être inscrites comme personnes inscrites au Registre national, ces personnes doivent transmettre les documents à leur O.A. Ces documents de preuve sont énumérés dans la circulaire O.A. 2014/452 du 24 novembre 2014.

Cette circulaire a été établie suite aux publications des arrêtés royaux des 19 juillet 2012 et 15 août 2012 modifiant l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et ce, en concertation étroite avec l'Office des étrangers et le Service des soins de santé de l'INAMI.

- Modalités de preuve pour certaines qualités de titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, de la loi SSI.

Pour qu'une personne puisse être inscrite dans une des qualités de titulaire visées à l'article 32, alinéa 1er, de la loi SSI, les O.A. doivent disposer de données ou de documents prouvant cette qualité.

Ces données ou documents ont été énumérés dans la circulaire O.A. 2014/432 du 5 novembre 2014, après une étroite concertation avec le Service des soins de santé et les O.A.

La circulaire actualise les preuves quand c'est nécessaire et les compile autant que possible sous la forme d'une synthèse.

e. Élaboration des preuves d'assurabilité provisoires

Bons de cotisation

PRINCIPE

Comme mentionné plus haut, les assurés sociaux doivent remplir une obligation de cotisation pour avoir droit au remboursement de prestations de santé dans le cadre de l'assurance SSI. Un flux de données électroniques fournit la preuve du paiement de cotisations suffisantes. Avant le 1^{er} décembre de chaque année, les O.A. vérifient s'ils peuvent prolonger les droits de leurs affiliés.

Lorsque l'assurabilité d'un travailleur présente des manquements, un bon de cotisation (électronique) faisant défaut, étant erroné ou incomplet, les O.A. font appel au SCA pour contrôler ces manquements. Ce dernier peut fournir une pièce justificative provisoire.

MÉTHODE

Si un bon de cotisation électronique fait défaut, le SCA a pour compétence de rédiger une attestation d'assurabilité provisoire sur la base des pièces communiquées par l'O.A. (une fiche de paie, par exemple) et de la lui transmettre.

Il n'y a pas de délais fixes pour l'envoi des demandes et des réponses dans ce processus. On enregistre à peu près un envoi par semaine. Les O.A. examinant au plus tard le 1^{er} décembre si l'assurabilité de leurs affiliés peut être prolongée, le nombre de demandes augmente fortement de janvier à mars.

La procédure de traitement des demandes diffère d'une demande à l'autre. Des banques de données de la BCSS sont utilisées :

- les flux relatifs aux bons de cotisation électroniques (flux A908) ;
- les flux électroniques qui reprennent les bons de cotisation des assurés qui ont été transmis sur papier par l'ONSS, ONSSAPL à l'INAMI (flux A911) ;
- le Registre national ;
- le répertoire des employeurs.

Pour les demandes relatives à des bons incomplets, manquants ou ceux pour lesquels le travailleur ne peut être identifié, l'O.A. fournit des preuves supplémentaires au SCA pour prendre une décision fondée sur ces éléments.

RÉSULTATS

Le SCA a examiné 4 963 demandes dans le courant de 2014. Le tableau ci-dessous présente une ventilation par type de demande.

Type de demande	Nombre de demandes
Demandes de duplicatas	3 376
Problèmes de qualité	93
Bon incomplet	25
Absence de bon	1 398
Problèmes d'identification	64
Rappels	7

Duplicata et interventions individuelles concernant les attestations de pension

PRINCIPE

L'attestation de pension atteste la qualité de titulaire pensionné au sens de l'assurance SSI, qualité qui constitue en soi la condition pour l'octroi du droit aux interventions de l'assurance obligatoire soins de santé. Cette attestation doit en principe être délivrée par l'instance chargée du paiement de la pension. En cas de perte ou de problèmes lors de l'échange électronique de ces attestations, l'O.A. ou l'assuré social peut demander au service un duplicata de l'attestation de pension.

- Établissement des duplicatas. Avant de délivrer un duplicata, il y a lieu de demander des informations supplémentaires auprès d'autres instances de la sécurité sociale, à savoir l'ONP, l'INASTI, etc. ;
- Envoi des attestations de pension sur papier pour les pensionnés/veufs/veuves du secteur public.

L'ouverture du droit pour la catégorie susmentionnée de titulaires se fait sur la base des données reçues par les O.A. via le flux électronique A101. Si l'échange électronique de données échoue, une attestation papier est transmise. Pour les pensionnés/veufs/veuves du secteur public, les attestations papier sont établies par la SMALS qui les transmet à notre Direction. Notre Direction (section attestations de pension) renvoie ces attestations au Service des Pensions du Secteur public (si le paiement de la pension est effectué par le Service Paiements Traitements du Secteur public) ou (dans les autres cas) au pouvoir public où était employé le pensionné en lui demandant de transmettre les attestations aux assurés sociaux (pensionnés) qui les introduisent à leur tour auprès de leur mutualité.

MÉTHODE

Le SCA reçoit les demandes par lettre, par mail ou exceptionnellement au terme d'un entretien personnel avec l'assuré. Les duplicatas sont uniquement délivrés aux assurés sociaux pensionnés qui résident en Belgique. La plupart des demandes émanent des O.A.

RÉSULTATS

Un grand nombre de demandes ne sont pas justifiées. Un duplicata n'est délivré que dans environ 35% des cas. Dans les autres cas, une attestation de pension électronique originale n'est pas disponible à cause d'un problème au niveau de l'institution de paiement des pensions. Un duplicata ne peut par conséquent pas être délivré.

Tableau 27 : Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2014

Nombre de demandes	1 394
Nombre de duplicatas délivrés	796

EVOLUTION

Depuis 2003, les attestations de pension sont envoyées aux O.A. par voie électronique (flux A101). On peut distinguer trois types d'attestations de pension électroniques, à savoir les attestations de l'ONP (travailleurs salariés), les attestations de l'INASTI (travailleurs indépendants) et les attestations émanant des organismes débiteurs de pensions du secteur public.

En 2013, les organismes de pension ont émis le souhait, dans le cadre d'une meilleure intégration des processus et d'une automatisation accrue, de chercher, en concertation avec l'INAMI, des solutions afin de limiter au maximum le nombre d'interventions interprétatives lors de la production des attestations de pension.

Sur la base des contacts pris suite à la demande des organismes de pension, l'INAMI a choisi d'essayer en première instance de simplifier au maximum le flux de données actuel.

Le service s'est engagé à réexaminer de façon critique ce flux, qui existe depuis longtemps et qui devait de toute façon être actualisé, à la lumière des principes de finalité et de proportionnalité qui sont les fondements de toute transmission de données depuis l'entrée en vigueur de la législation sur la protection de la vie privée.

Pour ce faire, une concertation a été organisée entre 2013 et 2014 avec tous les organismes de pension, les O.A. et le Service des soins de santé de l'INAMI pour les aspects strictement réglementaires.

Au terme de cette concertation une liste simplifiée de codes a été entérinée par l'ensemble des partenaires.

Une implémentation technique au niveau de la BCSS est en cours de discussions actuellement.

f. Gestion et contrôle de l'échange de données dans le cadre de l'accessibilité administrative

Gestion et contrôle des mutations individuelles

PRINCIPE

Une mutation individuelle signifie qu'un assuré qui a la qualité de titulaire change d'O.A. Une mutation peut avoir lieu le premier jour de chaque trimestre (aux 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre). Dans ce cas, le nouvel O.A. est tenu de transmettre la demande de mutation à l'ancien O.A.

MÉTHODE

Dans un souci de modernisation des échanges de données concernant les mutations individuelles, le service a établi un nouveau projet de transfert électronique des données relatives aux demandes, approbations et refus de mutations. Ce projet est passé en phase de production dans le courant de 2014 et remplace désormais, entièrement, l'envoi de formulaires de mutation sur papier à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité.

RÉSULTATS

Les statistiques qui seront fournies dans le rapport sont des données chiffrées concernant les valeurs principales des :

- demandes de mutation ;
- retraits de demandes de mutation ;
- décisions relatives aux demandes de mutation.

Outre leur qualité d'informations stratégiques ces données serviront de support aux services d'inspection chargés de vérifier si la réglementation en la matière est bien suivie. Ce rapport contribue aussi au ciblage des contrôles thématiques.

Le rapport est communiqué aux partenaires habituels (O.A., Collège intermutualiste national) fin du premier trimestre 2015.

EVOLUTION

Au cours de l'année 2015, le service et les O.A. travailleront de concert à la réduction des anomalies constatées et à l'amélioration de la qualité des fichiers envoyés chaque trimestre.

Concomitamment, une phase d'actualisation et de modernisation des formulaires et documents relatifs aux échanges de données entre O.A. sera pilotée sous l'égide du Collège intermutualiste national, qui travaillera de concert avec l'ensemble des O.A. sur la nouvelle version de formulaire 550.

Le service continuera à gérer l'évolution réglementaire en la matière.

g. Circulaire sur le droit aux soins de santé pour le titulaire de personnel diplomatique

RÉGLEMENTATION

Le 4 décembre 2013, le Service des soins de santé de l'INAMI a publié, après une période de concertation intensive avec le SCA, une circulaire sur le droit aux soins de santé pour le titulaire de personnel diplomatique et consulaire (Circulaire O.A. n° 2013/401 du 4 décembre 2013). Sur la base du contenu de cette circulaire, la circulaire SCA relative aux modalités de preuve pour l'inscription en qualité de personne inscrite au Registre national, visées à l'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, de la loi SSI, a été adaptée et publiée le 30 juillet 2013 (Circulaire O.A. n° 2013/262). La proposition relative au nouveau formulaire d'inscription a également été adaptée. Une mention a été ajoutée afin que le demandeur de l'inscription déclare ne pas être en possession d'une carte d'identité particulière.

ÉTAT D'AVANCEMENT

En vue d'appliquer les dispositions susmentionnées, plusieurs réunions de concertation ont été organisées avec des représentants du Service des soins de santé de l'INAMI, des O.A. et de la direction du Protocole du SPF Affaires étrangères.

h. Études et analyses des données d'assurabilité

Informations concernant les assurés sociaux et leur statut sur le plan de l'accessibilité administrative et financière à l'assurance (effectifs)

PRINCIPE

Le fichier des effectifs des O.A. constitue la seule banque de données à l'INAMI qui donne une image globale de la population des assurés sociaux en Belgique. Ce fichier constitue donc une importante source de données permettant de déterminer et d'améliorer l'accessibilité administrative et financière de l'assurance SSI.

MÉTHODE

Chaque O.A. transmet, deux fois par an, un fichier anonymisé sur les effectifs à la Cellule datamanagement de l'INAMI, qui en assure la bonne réception et effectue des contrôles de qualité des fichiers transmis. Ce fichier comprend tous les bénéficiaires de l'assurance SSI en Belgique qui sont affiliés à un O.A. au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

RÉSULTATS

Sur la base des données sur les effectifs, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité fournit des informations de base aux gestionnaires de l'assurance par le biais d'une note à l'attention du Comité général de gestion.

Le service répond en outre à des questions spécifiques sur ces effectifs. En 2014, 20 questions émanant des affiliés et portant sur les chiffres relatifs aux données d'assurabilité ont obtenu une réponse.



Les principes du MAF figurent au point a. « Contrôles systématiques du MAF »

La plupart des questions portent sur le nombre de bénéficiaires par régime, le nombre de bénéficiaires de l'I.M., parfois même par commune, province ou arrondissement. Des questions sur le nombre de membres ou de bénéficiaires par O.A. sont posées.

Chiffres trimestriels concernant le MAF

PRINCIPE

Dans le cadre du MAF, ce sont les mutualités qui, sur base du code qui leur a été communiqué par le SCA, à partir d'un montant en tickets modérateurs dans le compteur MAF, correspondant à ce code, remboursent intégralement les prestations aux membres du ménage. Le SCA n'a donc pas connaissance ni des ménages qui atteignent les montants plafonnés ni des montants qu'ils se voient rembourser.

PROCÉDURE

Tous les 3 mois, les O.A. envoient des données chiffrées concernant le nombre de bénéficiaires du MAF et le montant total des remboursements par catégorie et par année de référence. Les chiffres ne concernent pas uniquement le MAF revenus mais aussi le MAF social, le MAF pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans et le MAF pour les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées. Le SCA établit ces statistiques afin de pouvoir suivre les résultats et l'incidence de la mesure. Le SCA conserve et totalise annuellement ces données.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente les chiffres agrégés pour l'ensemble des O.A. pour l'année MAF 2014 au 1^{er} janvier 2015. Les nombres sont ventilés par catégorie MAF.

Tableau 28 : Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2014 au 1 ^{er} janvier 2015	
Bénéficiaires du MAF	MAF 2014
MAF social	191 939
MAF revenus (450 EUR)	73 661
MAF revenus (650 EUR)	186 081
MAF revenus (1 000 EUR)	78 401
MAF revenus (1 400 EUR)	22 664
MAF revenus (1 800 EUR)	30 772
Allocations familiales majorées	90
Enfant âgés de moins de 19 ans	5 173
Total	588 781

i. Décisions en matière d'assurabilité : cas particuliers

PRINCIPE

La plupart des décisions dans un dossier d'assurabilité sont prises par l'O.A. Dans des cas très particuliers concernant l'accès à l'assurabilité, le SCA prend des décisions ou prépare une décision qui sera prise dans un autre service de l'INAMI. Il s'agit des cas exceptionnels suivants :

- demande d'inscription avec effet rétroactif ;
- demande d'immunisation des périodes de séjour à l'étranger ;
- demande de dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé ;
- demande de renonciation à la récupération de prestations de santé.

Le SCA dresse en outre la liste des modalités de preuve pour certaines qualités ainsi que la liste des pièces justificatives pour les types de cotisations spécifiques de l'assurabilité. Quelques exemples :

- demander la reconnaissance de la preuve de séjour en Belgique et de cohabitation avec le titulaire, pour certains enfants inscrits comme personnes à charge ;
- demander la reconnaissance des moyens de preuve de l'inscription comme personne inscrite au Registre national (« résident »), pour les personnes qui ne sont pas encore inscrites au Registre national (en attendant leur inscription) ;
- prévoir des modalités de preuve de l'inscription de certaines catégories d'étrangers comme personnes inscrites au Registre national ;
- prévoir des modalités de preuve pour les étrangers mineurs non accompagnés ;
- actualiser la valeur minimale dans le cadre de l'obligation de cotisation ;
- élaborer des attestations de cotisations spécifiques pour les chômeurs qui suivent une formation professionnelle et qui, en cette qualité, sont victimes d'un accident de travail ;
- agréer des établissements d'enseignement relevant de l'enseignement supérieur ;
- établir des attestations pour les militaires bénéficiant de l'I.M.

MÉTHODE

Les O.A. introduisent une demande pour les assurés sociaux concernés.

La décision finale dans les dossiers d'accessibilité administrative appartient au fonctionnaire dirigeant du SCA. Pour les demandes de renonciation à la récupération de prestations de santé, c'est le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI qui prend la décision finale.

Les modalités de preuve sont contenues dans plusieurs circulaires qui sont régulièrement mises à jour, si nécessaire.

RÉSULTATS

Inscription rétroactive	35
Reconnaissance des moyens de preuve « résident »	1
Immunsation des périodes de séjour à l'étranger	86
Dispense de la période de stage pour le droit aux soins de santé	1
Demande de reconnaissance de la preuve de séjour en Belgique et de cohabitation avec le titulaire, pour certains enfants inscrits comme personne à charge	2

j. Valeur minimale des documents de cotisations pour les secteurs des soins de santé et des indemnités

Les O.A. demandent une cotisation complémentaire à leurs membres si les contributions pour le secteur des soins de santé et indemnités n'atteignent pas une valeur minimale déterminée.

En exécution de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité adapte annuellement ces données. En 2014, elle a élaboré une circulaire fixant la valeur minimale des bons de cotisations pour 2014, à savoir : circulaire O.A. n° 2014/118 du 4 mars 2014.

k. Remplacement de la carte SIS par la carte d'identité électronique

PRINCIPE



La **carte d'identité sociale** (carte SIS) contient des informations relatives au statut de l'assuré, c.-à-d. son accès administratif et financier à l'assurance SSI. Ces informations concernent entre autres la qualité de l'assuré social, son droit, s'il bénéficie ou non de l'I.M. de l'assurance.

En application d'une décision du gouvernement et en étroite collaboration avec tous les partenaires concernés (dont la direction Accessibilité des données), la loi du 24 janvier 2014 et l'arrêté royal du 26 février 2014 prévoient qu'à partir du 1^{er} janvier 2014, la carte SIS n'est plus valable comme support pour les données d'assurabilité.

À partir de cette date, les données d'assurabilité de l'assuré social sont consultées en ligne via le réseau MyCarenet.

MÉTHODE

L'accès aux données d'assurabilité sur ce réseau se fera sur la base de l'identification de l'assuré social. Pour cette identification, on aura recours à la carte d'identité électronique ou à des cartes d'identité électroniques y assimilées, comme la KIDS-ID.

Néanmoins, certaines personnes assujetties à la sécurité sociale ne disposent pas d'une telle carte d'identité électronique. C'est le cas, par exemple, des travailleurs frontaliers, des enfants de moins de 12 ans, etc.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les O.A. délivrent progressivement une carte spécifique à ces personnes, la carte ISI+.

L'arrêté royal du 26 février 2014 prévoit des situations dans lesquelles l'assuré, en attendant la délivrance ou le remplacement de la carte ISI+, reçoit une « attestation d'assuré social » provisoire, délivrée par son O.A. et contenant les mêmes données d'identification que la carte ISI+ :

- en cas de détérioration, de perte ou de vol de la carte ISI+, l'attestation a une durée de validité de deux mois ;
- si les assurés sociaux se trouvent dans une situation sociale digne d'intérêt reconnue par le SCA, l'attestation a une durée de validité de six mois.
- en exécution de cet arrêté royal, la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité a rédigé, en concertation avec les O.A. et le Service des soins de santé de l'INAMI, une circulaire qui prévoit le modèle d'attestation d'assuré social et qui en fixe les modalités de délivrance. Il s'agit de la circulaire O.A. n°2014/172 du 7 avril 2014.

9. Modernisation des formulaires à utiliser par les O.A.

L'article 29 du Contrat d'administration 2010-2012 de l'INAMI prévoit l'objectif suivant : évaluer les formulaires utilisés par les assurés sociaux dans le secteur SSI sur le plan de la lisibilité et les adapter afin de les rendre plus compréhensibles et de faciliter leur utilisation.

Cet article a comme objectif plus large :

- la simplification administrative ;
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

Cet objectif porte actuellement sur 2 formulaires :

- le formulaire d'inscription ;
- le formulaire de déclaration d'accident.

a. Formulaire d'inscription

RÉGLEMENTATION

L'article 118 de la loi SSI stipule que pour bénéficier de prestations de santé « *les bénéficiaires doivent être affiliés à une mutualité ou inscrits à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de HR Rail. À l'exception du personnel statutaire de la SNCB qui doit obligatoirement être inscrit à la Caisse des soins de santé de HR Rail, le choix de l'organisme assureur est librement exercé par les bénéficiaires. Le choix des bénéficiaires détermine celui des personnes à leur charge* ».

En exécution de l'article 118 de la loi SSI, l'article 252, alinéa 1^{er}, de l'AR du 3 juillet 1996 prévoit que « *pour choisir un organisme assureur, les bénéficiaires [...] remettent à une mutualité, à un Office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de HR Rail, une demande d'inscription comportant un bulletin de composition de ménage* ».

ÉTAT D'AVANCEMENT

Au sein de l'INAMI, l'analyse de la lisibilité est gérée par la Cellule communication qui en discute avec le Service du contrôle administratif, le Service des soins de santé et le Service des indemnités. La demande d'inscription s'effectue en effet à l'aide d'un formulaire qui est identique pour l'ensemble des secteurs de l'assurance SSI.

Au terme de discussions, il a été décidé de ne reprendre sur le formulaire d'inscription que les informations nécessaires à une inscription valable sur le plan légal, à savoir la composition du ménage et le choix de l'O.A.. Les O.A. peuvent prévoir des questions supplémentaires mais l'assuré social doit savoir précisément quelles informations sont obligatoires sur le plan légal et lesquelles sont plutôt de nature à informer.

En 2013 déjà, plusieurs organes consultatifs de l'INAMI ont été consultés. Dans le courant de 2014, l'avis et la validation du Comité général de gestion ont été sollicités (le 24 février 2014) ; le Comité de l'assurance a donné son avis et son approbation le 19 mai 2014. Outre les organes consultatifs de l'INAMI, le Conseil d'État a également été consulté. Le 22 avril 2014, le Conseil d'État a rendu l'avis n° 55.831/2.

Le 4 août 2014, le nouveau formulaire d'inscription a été publié au Moniteur belge en annexe de l'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI.

b. Formulaire de déclaration d'accident

RÉGLEMENTATION

Dans l'hypothèse où un dommage est susceptible d'être réparé en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun, les O.A., en application de l'article 136, §2, de la loi SSI, sont tenus d'octroyer à l'assuré social les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités dans l'attente de la réparation possible.

Toutefois en vertu de cette même disposition, les O.A. sont subrogés de plein droit aux bénéficiaires, à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues par l'autre législation. Ils ont donc l'obligation, le cas échéant, de récupérer, en tout ou en partie, les débours qu'ils ont avancés à charge de l'assurance soins de santé et indemnités.

Pour initier cette procédure en récupération des débours avancés, les O.A. doivent disposer d'informations que, dans un premier temps, l'assuré victime d'un accident doit lui fournir.

Sont visés différents types de situations où l'article 136, §2, de la loi coordonnée trouve application : accident de travail, maladie professionnelle, accident avec tiers responsable – accident de circulation, agression, accident scolaire.

L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 impose à l'assuré concerné une obligation d'information de son organisme assureur. Le formulaire « Déclaration d'accident » est un premier moyen de fournir à ce dernier les informations nécessaires à, le cas échéant, la mise en route de cette procédure en récupération.

ÉTAT DES LIEUX

Il est apparu à notre service, en concertation avec le Service modernisation de l'INAMI, que ce document devait être revu pour les raisons suivantes :

- ce document très ancien datant du 5 juin 1981 était devenu obsolète en raison de sa référence à des dispositions législatives qui ont été modifiées du seul fait de l'entrée en vigueur de la loi SSI et de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ;
- ce document contenait encore une rubrique concernant les accidents sportifs qui, en dehors de la responsabilité d'un tiers, ne tombent plus sous l'application de l'article 136 de la loi SSI depuis le 1^{er} mai 2003 ;
- ce document manquait de clarté, de lisibilité et avait un aspect rébarbatif pour l'assuré social.


Le SCA, en collaboration avec les mutualités qui ont apporté leur contribution par leurs remarques et leurs suggestions, a donc travaillé à la réalisation d'un nouveau document répondant aux exigences identifiées.

Ce formulaire, au gré des travaux, a fait l'objet de plusieurs versions. Un modèle complet et un modèle simplifié du formulaire de déclaration d'accident ont été proposés à la Commission technique du SCA lors de la réunion du 25 mars 2014.

Les modèles acceptés ont fait l'objet de la circulaire O.A. n° 2014/207 – rubrique 259/15 publiée le 15 mai 2014.

II. Responsabilisation et régulation

1. Responsabilisation financière des O.A.

 Dans le cadre de la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM. Sur la base de ces données, l'OCM évalue les prestations de gestion des O.A. et, lorsque des manquements sont constatés, des moyens financiers sont déduits d'une partie de l'enveloppe budgétaire allouée (la partie variable des frais d'administration) en fonction de l'ampleur de ces manquements.

PRINCIPE

En application de l'arrêté royal du 28 août 2002, modifié par l'arrêté royal du 21 décembre 2006, l'INAMI transmet chaque année des informations à l'OCM dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration.

L'OCM utilise ces données pour évaluer les prestations de gestion des O.A. Si l'OCM constate des manquements, il déduit des moyens financiers de la partie variable des frais d'administration qui leurs sont octroyés, proportionnellement à l'ampleur des manquements.

L'arrêté royal du 28 août 2002 mentionne 10 critères dont 6 pour lesquels l'INAMI doit fournir des informations (critères 1 à 5 et critère 9), à savoir:

- **1^{er} critère**
 - la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires pour atteindre les objectifs mentionnés dans le contrat d'administration ;
 - l'exécution, dans les délais et de manière correcte, des tâches et missions visées dans le contrat d'administration.
- **2^e critère**
 - les délais dans lesquels les mutualités traitent les dossiers auxquels s'applique la réglementation relative au MAF et la rigueur dans la gestion de ces dossiers ;
 - la rapidité de satisfaction aux autres obligations en matière de remboursement.
- **3^e critère**
 - la transmission, dans les délais prévus et dûment établis, des documents administratifs, comptables, financiers et statistiques légalement prévus ;
 - la transmission, dans les délais, des données correctes et complètes nécessaires aux experts qui sont chargés d'élaborer les paramètres qui serviront à établir la clé de répartition normative dans le cadre de la responsabilisation financière des O.A.
- **4^e critère**
 - la qualité de la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique, notamment la communication dans les délais et la qualité des données nécessaires.

- **5^e critère**

- l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne porte sur :
 - le respect des modalités particulières de remboursement des prestations ;
 - la récupération des paiements subrogatoires ou indus ;
 - la qualité des contrôles de validité institués en vue du remboursement et du décompte corrects des prestations et la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité de ces prestations ;
 - la qualité du contrôle de la réalité et de la conformité du résumé clinique minimum ;
 - la présence d'une faute, erreur ou négligence, lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail pour les demandes de renonciation à la récupération de l'indu introduites auprès du Comité de gestion du Service des indemnités de l'INAMI.

- **9^e critère**

- la bonne exécution des tâches dévolues aux médecins-conseil ;
- la transmission dans les délais et la bonne qualité des données nécessaires à l'exécution des missions du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

MÉTHODE

Le SCA recueille l'ensemble des données prévues par les 6 critères précités et ce auprès de chaque service de l'INAMI. Le SCA les communique ensuite à l'OCM.

Outre la coordination de ces données, le SCA fournit des informations pour 4 de ces 10 critères, à savoir les critères 1, 2, 3 et 5.

- **Critère 1**

Pour ce qui concerne l'objectif de développement du rôle d'audit et de conseil des services d'inspection de l'INAMI auprès des mutualités et des organes de gestion, les résultats de tous les contrôles thématiques réalisés par le SCA sont pris en considération.

- **Critère 2**

Le SCA fournit des données relatives aux délais dans lesquels les dossiers du MAF sont traités (données exprimées en nombre de jours de retard), à l'exactitude dans le cadre de la gestion des dossiers (données exprimées en nombre d'enregistrements rejetés) et à la fourniture des statistiques MAF trimestrielles.

- **Critère 3**

Documents administratifs, comptables, financiers et statistiques prévus par la loi. Dans ce cadre, le SCA transmet des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les O.A. transmettent les documents administratifs (fichiers de données) relatifs à l'intervention majorée, aux effectifs et à l'article 195 de la loi SSI. Le SCA transmet également des données chiffrées concernant les délais dans lesquels les O.A. transmettent les documents financiers et comptables (documents T20 et article 336).

○ Critère 5

En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la récupération en cas de paiement subrogatoire ou de paiement indu, le SCA s'occupe :

- des résultats du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A. effectué par les inspecteurs sociaux du SCA dans le cadre de l'article 195 de la loi SSI ;
- du contrôle de la récupération des paiements entraînant une augmentation des frais d'administration attribués à l'O.A. ;
- du contrôle des listes nominatives telles qu'elles sont introduites par l'O.A. en ce qui concerne les récupérations dans le cadre des articles 136, § 2, et 164 de la loi SSI.

En ce qui concerne l'évaluation du fonctionnement du système de contrôle interne et d'audit interne sur la base de la présence d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence lors de l'octroi d'indemnités d'incapacité de travail, et lorsque le Comité de gestion du Service des indemnités renonce à la récupération des montants indus, le SCA fournit des données relatives aux cas et montants pour lesquels il a été renoncé à une récupération en raison de la constatation par le SCA d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A.

RÉSULTATS

En 2014, le SCA a fourni les données suivantes :

- le rapport du contrôle thématique relatif aux implants en milieu hospitalier ;
- le rapport du contrôle thématique relatif à la charge de famille en matière d'indemnisation de l'incapacité de travail ;
- les fichiers concernant le MAF et les effectifs ;
- les fichiers concernant la transmission des données relatives à l'intervention majorée et la transmission des données article 195 de la loi SSI;
- le rapport du contrôle thématique relatif aux cas de récupération de montants entraînant une augmentation des frais d'administration alloués aux O.A. ;
- les cas et montants pour lesquels il a été renoncé à la récupération alors que le SCA a constaté une faute, une erreur ou une négligence.

Concernant 2014, un rapport de synthèse reprenant l'ensemble des données d'évaluation fournies par l'INAMI a été réalisé et transmis à l'OCM afin de déterminer la partie variable des frais d'administration octroyés aux O.A.

EVOLUTION

Si les critères susmentionnés permettent déjà une évaluation significative de la performance de gestion des O.A., ils ne donnent qu'une image partielle du fonctionnement de ceux-ci.

De plus, certains de ces critères sont imprécis ou laissent une marge d'interprétation.

Enfin, le système actuel offre peu de flexibilité.

La réforme de ce système est donc apparue comme une nécessité et a été insérée comme objectif dans les contrats d'administration de l'INAMI de 2010-2012 et de 2013-2015.

 Le système actuel sera une dernière fois mis en œuvre en 2015.

L'arrêté royal du 10 avril 2014 qui instaure un nouveau système d'évaluation des performances de gestion des O.A. a été publié au Moniteur belge le 13 juin 2014.

Celui-ci requiert d'évaluer les performances des O.A. sous l'angle de 7 processus qui sont:

1. la fourniture d'informations aux assurés sociaux sous la forme d'informations individualisées fournies dans des cas concrets, sous la forme d'informations collectives utiles aux assurés sociaux en vue de la garantie et du maintien de leurs droits, ou encore à la suite d'un enregistrement et d'une gestion des plaintes des affiliés par les O.A. ;
2. l'attribution correcte, uniforme des droits dans les délais fixés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
3. l'exécution correcte, uniforme et dans les délais fixés des paiements des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
4. la détection et la récupération des prestations et des montants à récupérer sur base des articles 136, §2 et 164 de la loi SSI ;
5. l'organisation de mécanismes de contrôle et d'audit internes nécessaires à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
6. la collaboration avec l'INAMI notamment en vue de l'exécution du contrat d'administration et la participation à des études effectuées en vue de déterminer une politique décidée par ou demandée par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions ;
7. la gestion comptable des organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.



Les processus 5^o et 7^o seront exclusivement du ressort de l'Office de Contrôle des Mutualités.

Les domaines sur lesquels les processus seront évalués ne sont pas fixés par le nouvel arrêté royal. Cette flexibilité donne l'opportunité aux différents services de l'INAMI de proposer chaque année, au Comité général de gestion de l'INAMI, des domaines et des indicateurs pour évaluer les processus fondamentaux.



Un **domaine** est une partie de processus dont relèvent un ou plusieurs indicateurs.



Un **indicateur** est une donnée mesurable qui a une fonction signalante sur la mesure de la qualité du travail de l'O.A.

Par ailleurs, les indicateurs seront évalués sur des échelles élaborées par l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

C'est pourquoi, l'implication des différents services de l'INAMI et la collaboration avec l'OCM sont essentielles.

Ainsi, différents dispositifs ont été mis en place :

- une Cellule responsabilisation financière a été créée au sein du SCA afin de monitorer le nouveau processus d'évaluation depuis les propositions jusqu'au suivi des remarques éventuelles, en passant par la récolte des données et le calcul des indicateurs ;
- un groupe de travail réunissant des représentants des différents services de l'INAMI et de l'OCM a vu le jour afin de déterminer les domaines et les indicateurs qui serviraient de base à l'évaluation des processus fondamentaux décrits dans l'arrêté royal ;
- une coordination avec l'OCM et une information mutuelle ont été mises en place afin d'avoir une vue globale du système d'évaluation et d'éviter des écueils éventuels.

2. Décisions relevant de la compétence discrétionnaire du fonctionnaire dirigeant

Dans une série de matières qui relèvent des missions du SCA, le fonctionnaire dirigeant a le pouvoir de prendre des décisions en disposant d'une latitude d'appréciation dans le respect de la légalité. Il s'agit de la compétence « discrétionnaire » du fonctionnaire dirigeant.

Le fonctionnaire dirigeant statue dans les domaines suivants :

- les sanctions et amendes administratives applicables aux assurés sociaux, O.A., dispensateurs de soins ;
- l'examen des autres moyens de preuves que ceux déterminés par la loi, pour attester de la cohabitation, en ce qui concerne les personnes à charge, ou pour attester de la résidence en Belgique, en ce qui concerne les « résidents » ;
- les demandes d'inscription à un O.A., avec effet rétroactif ;
- la récupération d'un indu en indemnités d'incapacité de travail au-delà de 7 ans ;
- les dispenses de prise en charge en frais d'administration des montants indus non récupérés par les O.A. ;
- les cas de force majeure qui peuvent suspendre le délai de prescription du paiement des prestations prévues par l'assurance SSI.

Les décisions prises dans ce cadre sont des décisions administratives dûment motivées et susceptibles de recours devant les juridictions du travail. La plupart de ces domaines prennent une place importante dans les activités du SCA. Certains domaines particuliers font l'objet d'un commentaire ci-après.

a. Sanctions administratives

Dans le cadre de la réglementation de l'assurance SSI, le fonctionnaire dirigeant prend des décisions administratives en cas d'infractions à la réglementation. Il prononce des sanctions administratives à charge :

- des assurés sociaux ;
- des O.A. ;
- des dispensateurs de soins.

Sanctions à charge des assurés sociaux

PRINCIPE

La fraude sociale commise par les assurés sociaux varie en intensité et en forme : assujettissement fictif à la sécurité sociale, travail au noir, travail déclaré mais non autorisé par le médecin-conseil, fraude au domicile, fausses attestations de soins donnés, etc.

Ces infractions peuvent aboutir à l'établissement d'un procès-verbal (P.V.) de constat, à une récupération de prestations payées indûment et à une sanction administrative prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Le but de la récupération d'indu est de compenser le préjudice subi par l'assurance SSI. Quant à la sanction ou la sanction avec sursis, elle a pour objectif de dissuader l'assuré de commettre à nouveau l'infraction.

L'article 168quinquies de la loi SSI distingue 2 types de sanctions pour le régime général :

- une amende dans le secteur des soins de santé ;
- une suspension temporaire de l'indemnisation dans le secteur des indemnités.

Tableau 30 : Sanctions et amendes prévues par la loi SSI		
	Faux document ou fausse déclaration	Exclusion / amende
Art. 168quinquies, §1	Soins de santé	Amende de 50 à 500 EUR
Art. 168quinquies, §2, 1°	Indemnités	Exclusion de 1 à 200 jours d'indemnités
	Jours de travail non autorisés	Jours d'exclusion
Art. 168quinquies, § 3		
1°	De 1 à 30 jours	De 1 à 36 jours
2°	De 31 à 140 jours	De 37 à 102 jours
3°	De 141 à 185 jours	De 103 à 144 jours
4°	186 jours et plus	De 145 à 180 jours

Les travailleurs indépendants sont quant à eux toujours sanctionnés sur base de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 lequel prévoit un régime spécifique consistant uniquement en exclusion temporaire des indemnités.

Le Code pénal social² procède à un inventaire et une codification de toutes les infractions pénales en droit pénal social et les classe par niveau de gravité, de 1 à 4.

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction établi par un inspecteur ou un contrôleur social du SCA ou un médecin-inspecteur du SECM reprend les éléments constitutifs des infractions et est transmis au Service juridique du SCA.

Le Service juridique envoie une copie de ce P.V. de constatation à l'assuré par lettre recommandée. Pour les dossiers des contrôleurs sociaux, il envoie également une copie du P.V. de constatation à la mutualité, en vue de l'examen médical par le médecin-conseil et pour débiter la récupération des prestations indues.

Avant de prononcer une sanction administrative, le Service juridique écrit également à l'Auditeur du travail pour savoir si des poursuites pénales sont envisagées. En cas de poursuites pénales, le fonctionnaire dirigeant ne peut pas prononcer de sanction administrative, dans le respect du principe du « non *bis in idem* ».

Le plus souvent, l'Auditeur du travail classe sans suite et le fonctionnaire dirigeant du SCA peut alors prononcer une sanction administrative après avoir invité l'assuré à faire valoir ses moyens de défense.

Le Service juridique du SCA calcule la durée de l'exclusion en indemnités en fonction de certains critères, notamment la durée de l'infraction (nombre de jours travaillés).

2. Loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social, M.B. 1er juillet 2010, en vigueur au 1^{er} juillet 2011.

RÉSULTATS

Le tableau suivant présente le nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2014 dans le secteur des soins de santé et dans le secteur des indemnités et mixtes.

Tableau 31 : Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2014		
Nombre d'amendes en soins de santé	Nombre de sanctions en indemnités	Nombre de sanctions mixtes (soins de santé et indemnités)
29	288	14

Sanctions à charge des O.A.

PRINCIPE

Les O.A. collaborent à la gestion de l'assurance SSI. Ils doivent également respecter certaines obligations en matière de gestion des dossiers d'assurance SSI de leurs affiliés. En cas de manquements, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut leur infliger des amendes administratives. Les sanctions sont décrites à l'article 166 de la loi SSI.

Les différentes sanctions prévues sont au nombre de 9 et dans 2 cas, de problème d'organisation ou dans la gestion de dossiers, l'amende administrative prescrite s'élève à 1 250 EUR tandis qu'un avertissement et un délai de régularisation sont prévus.

Les 7 autres sanctions administratives concernent des infractions constatées dans un dossier particulier. Elles visent l'absence d'interruption de prescription pour la récupération des paiements indus, l'absence d'inscription au compte spécial d'un indu constaté soit par l'O.A. lui-même, soit par le SCA.

Sont également visés le paiement par faute de l'O.A. mais aussi l'absence de régularisation en cas d'affiliation ou l'inscription d'un assuré dans une qualité erronée, l'absence de preuve que le montant de l'indu ou de l'amende a été mis à charge des frais d'administration.

Enfin, est sanctionnée l'inscription à tort sur les listes des montants effectivement récupérés d'un montant qui ne pouvait y figurer. La sanction immédiate aux O.A. est maintenue dans le cas d'infractions graves, qui portent atteinte aux fondements du régime de l'assurance SSI sans avertissement préalable ni délai de régularisation.

MÉTHODE

Le rapport de l'inspecteur social du SCA constate les manquements visés à l'article 166, §1^{er} de la loi SSI. Il est notifié à l'O.A. qui dispose de 2 mois pour faire valoir des moyens de défense.

Si l'O.A. envoie des moyens de défense, le SCA répond aux moyens de défense transmis. Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce l'amende si l'infraction est avérée.

Des circonstances atténuantes sont prévues. Ces amendes sont payables par les O.A. à l'INAMI et sont elles aussi passibles de recours, dans le mois de leur prononcé, devant le Tribunal du travail de Bruxelles.

RÉSULTATS

En 2014, 558 sanctions aux O.A. ont été prononcées.

Sanctions à charge des dispensateurs de soins

PRINCIPE

Le fonctionnaire dirigeant du SCA prononce également des sanctions administratives à charge des dispensateurs de soins dans certains cas, notamment pour non respect des honoraires. Cette infraction est sanctionnée par l'article 168, alinéa 3 de la loi SSI. Elle est passible d'une amende administrative égale à 3 fois le montant du dépassement, avec un minimum de 125 EUR.

En cas de retard dans la remise d'une attestation de soins par un dispensateur de soins, le fonctionnaire dirigeant du SCA peut aussi prononcer une amende, qui s'élève à 25 EUR par mois de retard, le montant de l'amende ne pouvant pas excéder 250 EUR par document.

MÉTHODE

Un P.V. de constatation d'infraction est établi et une copie du P.V. constatant l'infraction est transmise au contrevenant par lettre recommandée. Par la même notification, le contrevenant est prié de faire valoir ses moyens de défense au fonctionnaire dirigeant du SCA.

Le fonctionnaire dirigeant applique l'amende administrative et le contrevenant reçoit la décision par lettre recommandée. Il doit payer l'amende dans un délai de 3 mois à partir de la date de la communication de la décision.

RÉSULTATS

En 2014, le fonctionnaire dirigeant a appliqué 15 décisions d'amendes à charge de dispensateurs de soins pour un montant total de 16 850 EUR et ce, pour remise tardive d'attestations de soins.

b. Décisions d'octroi d'un délai de remboursement des indus en indemnités au-delà de 7 ans

PRINCIPE

Le SCA et les mutualités elles-mêmes détectent couramment des montants indus, notamment en matière d'indemnités d'incapacité de travail à charge des assurés sociaux.

En application de l'article 326, §1^{er} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les mutualités doivent récupérer ces indus endéans un délai de 2 ans à dater de leur constatation. Les mutualités et les assurés sociaux peuvent cependant conclure une convention prévoyant un remboursement sur un plus long terme. Toutefois, en matière d'indus en indemnités d'incapacité de travail, lorsque le délai prévu dépasse 7 ans, l'accord du fonctionnaire dirigeant du SCA est requis.

MÉTHODE

En accord avec l'assuré social, la mutualité envoie au SCA une demande de prolongation du délai de remboursement. Cette demande est accompagnée d'un dossier social reprenant les éléments d'information sur:

- l'indu ;
- la situation financière de la famille de l'assuré ;
- la reconnaissance de dette ;
- la proposition du niveau du remboursement.

Le SCA examine le dossier un contrôle sur les ressources de l'assuré est notamment effectué par la consultation des bases de données (DmfA, documents de dépenses en indemnités, etc.). La proposition du délai est aussi analysée dans le but de ne pas étendre le délai de remboursement sur un trop grand nombre d'années, en tenant compte aussi de l'âge de l'assuré.

Le fonctionnaire dirigeant prend sa décision sur base du dossier ainsi constitué. La décision peut être :

- positive ;
- positive avec une durée limitée dans le temps. Dans ce cas, une révision est programmée quelques années plus tard avec un réexamen de la situation financière de l'intéressé ;
- négative. Dans ce cas l'O.A. est invité à obtenir de l'assuré un nouvel accord avec des termes différents ou à employer d'autres moyens pour récupérer le montant (retenues sur le salaire ou sur les indemnités octroyées par exemple).

RÉSULTATS

En 2014, 129 demandes d'approbation d'un délai de remboursement de plus de 7 ans ont été introduites.

c. Décisions de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés

PRINCIPE

S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés. Celui-ci ne peut cependant pas en accorder si (article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996) :

- la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'O.A. ;
- l'O.A. n'a pas utilisé toutes les voies de droit en vue de la récupération ;
- la récupération porte sur un montant inférieur à 600 EUR ;
- la demande a été introduite tardivement.

MÉTHODE

Les dossiers pour lesquels une demande de dispense est introduite par l'O.A. sont examinés en mutualité. Les inspecteurs sociaux analysent les éléments du dossier par rapport au respect des 4 conditions d'application de l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Sur base de ce rapport, le fonctionnaire dirigeant prononce une décision négative ou positive. Suivant les cas, l'O.A. devra ou non prendre à charge de ses frais d'administration le montant indu non récupéré.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de demandes et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014.

Tableau 32 : Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014	
Nombre de demandes	Nombre de décisions positives
313	142

d. Suspension de prescription pour cause de force majeure

PRINCIPE

L'article 174 de la loi SSI stipule que le délai de prescription pour le remboursement de prestations en soins de santé et le paiement d'indemnités est de 2 ans à partir de :

- la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis pour ce qui concerne les soins de santé ;
- de la fin du mois au cours duquel les indemnités ont été payées.

Une exception est prévue³ en cas de force majeure (c.-à-d. une situation indépendante de la volonté de celui qui en fait la demande).

Il faut qu'un événement ait existé et persisté, qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité.

MÉTHODE

L'assuré, un dispensateur de soins ou l'O.A. introduit une demande. Le fonctionnaire dirigeant notifie la décision par lettre recommandée à l'assuré social et envoie une copie de la décision à l'O.A.

RÉSULTATS

Le tableau ci-dessous reprend le nombre de décisions d'accord de suspension de prescription pour force majeure et le nombre de décisions négatives prises par le fonctionnaire dirigeant, de 2011 à 2014.

Tableau 33 : Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2011, 2012, 2013 et 2014			
Année	Nombre de décisions positives	Nombre de décisions négatives	Nombre total
2011	699	63	762
2012	543	49	592
2013	438	36	474
2014	506	29	535

3. Contentieux

Tant les décisions du fonctionnaire dirigeant du SCA que les notifications adressées par le service aux O.A. sont susceptibles de recours devant les juridictions du travail.

Trois types de contentieux retiennent plus particulièrement l'attention :

- le contentieux des sanctions aux assurés ;
- le contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure ;
- le contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration.



Les constatations des rapports d'inspection adressés aux O.A. devant les juridictions du travail sont minimales et ne font pas l'objet d'un commentaire dans ce rapport.

3. prévue par l'article 328 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi SSI.

a. Contentieux des sanctions aux assurés

PRINCIPE

Le SCA prépare le point de vue qui sera coulé sous forme de conclusions par l'un des avocats de l'INAMI. La thèse comporte :

- un point sur la recevabilité : le délai de recours a-t-il été respecté ? Est-ce la compétence du tribunal ? ;
- les arguments de fait et de droit fondant la décision ;
- le dossier administratif contenant : la décision administrative litigieuse, le P.V. de constatation, les P.V. d'audition éventuels, les autres documents de preuve et un inventaire des pièces.

MÉTHODE

Le SCA se base sur la jurisprudence pour étayer sa position.

S'ensuit un échange de conclusions avec le conseil de l'assuré, un avis de l'Auditeur du travail et à l'issue de la procédure judiciaire, un jugement qui pourra lui aussi faire l'objet d'un appel devant la Cour du travail, d'où découlera un arrêt.

Contre un jugement qui a été signifié, l'INAMI dispose d'un mois pour interjeter appel devant la Cour du travail, voire introduire un recours en cassation contre un arrêt de la Cour du travail.

Les jugements non-contestés et les arrêts constituent ainsi une jurisprudence qui évolue au cours des années et permet de tracer des lignes conductrices.

RÉSULTATS

Le tableau suivant reprend le nombre de décisions de sanctions à charge des assurés qui ont fait l'objet de nouveaux litiges devant les tribunaux du travail au cours des années 2011, 2012, 2013 et 2014.

Tableau 34 : Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2011, 2012, 2013 et 2014.	
Année	Nombre de litiges
2011	43
2012	24
2013	29
2014	38

JURISPRUDENCE

• Assujettissements fictifs

En 2014, les cours et tribunaux ont eu l'occasion de confirmer les enseignements de la jurisprudence antérieure en matière d'assujettissements fictifs.

« La question fondamentale consiste à savoir si Monsieur D. a effectivement travaillé pour compte de la S.P.R.L. D. du 03.10.2005 au 28.02.2006 et, par conséquent, s'il a été assujetti à la sécurité sociale des travailleurs salariés pendant cette période, ce qui lui ouvrirait les droits au remboursement de soins de santé et aux indemnités de l'assurance maladie-invalidité au taux préférentiel.

Dans la négative, Monsieur D. ne fait pas la preuve d'une période d'occupation suffisante pour l'ouverture de ces droits requise par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. ».⁴

Après avoir relevé les éléments pris en compte par l'O.N.S.S. dans sa décision de désassujettissement, la Cour du travail constate que l'intéressé n'apporte aucun élément de nature à remettre en cause cette décision: « *les attestations qu'il dépose sont imprécises et sont insuffisantes pour démontrer une occupation effective et régulière. La présence, ou même le travail, de Monsieur D. au sein d'un établissement HORECA "L. G." à A. est sans pertinence pour la solution du présent litige dans la mesure où il n'est pas établi que cet établissement était exploité par la S.P.R.L. D. Il en est d'autant plus ainsi que, dans ses déclarations à l'ONSS, Monsieur D. déclare avoir travaillé dans le secteur du bâtiment et sur chantier* ».

La Cour du travail en conclut que c'est en toute connaissance de cause que l'intéressé a fait usage des faux documents produits par la société incriminée⁵ et que l'assuré social était animé d'une intention frauduleuse. Par conséquent, la Cour du travail confirmera la sanction prononcée par le fonctionnaire dirigeant du SCA, tant dans son principe que dans sa hauteur.

○ Recours téméraires et vexatoires

Dans la même affaire, « *en ce qui concerne les dépens de la procédure, la Cour relève la persistance de Monsieur D. dans sa mauvaise foi et, par conséquent, du caractère téméraire et vexatoire de sa thèse.*

En application de l'article 1017, alinéa 2 du Code judiciaire, il y a lieu de ne pas lui accorder les dépens qui seront délaissés à chacune des parties »⁶.

○ Domiciliations fictives

La lutte contre les domiciliations fictives est devenue, au fil des ans, l'une des principales priorités en matière de lutte contre la fraude sociale.

Le système de fraude est simple : un bénéficiaire de prestations sociales se déclare comme isolé dans les registres de la population afin de bénéficier d'avantages auxquels il n'aurait pas droit si les revenus de la personne avec laquelle il cohabite, en fait, avaient été pris en considération.

Le Tribunal du travail de Charleroi⁷ a rappelé que la notion de cohabitation a, de longue date, été définie par la Cour de cassation: « *attendu que la Cour de Cassation a défini, dans plusieurs de ses arrêts, la notion de cohabitation* » (notamment par rapport à l'article 110 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991) dans les termes suivants :

- il s'agit du fait pour deux ou plusieurs personnes de vivre ensemble sous le même toit (Cass. 24 janvier 1983, Chr.D.S., 1983, p.97) ;
- ces personnes font, par ailleurs, ménage commun, c'est-à-dire qu'elles règlent de commun accord et complètement, à tout le moins principalement, les affaires du ménage mais ne confondent pas nécessairement complètement ou presque complètement leurs ressources» (Cass. 8 octobre 1984, Chr.D.S. 1985, p. 110 et 111, Cass. 24 janvier 1983, Chr.D.S. 1983, p. 97; Cass. 13 janvier 1986, Pas. 1981, p. 593) ;
- «la cohabitation est une situation de fait : la circonstance qu'une personne est inscrite à la même adresse dans les registres de la population n'est pas décisive. » (Cass. 1^{er} mai 1993, R.D.S. 1993, p, 258).

4. C.T. Bruxelles, 3 septembre 2014, RG : 2012/AB/1288, inédit.

5. Il ne pouvait en effet ignorer n'avoir jamais travaillé pour ladite société.

6. C.T. Bruxelles, 3 septembre 2014, op. cit.

7. T.T. Charleroi, 24 mars 2014, RG : 11.5162.A, inédit.

La preuve de ces éléments n'est pas des plus simples à rapporter, les fraudeurs mettant tout en œuvre pour dissimuler leur situation réelle. Les éléments pris en considération par le tribunal sont les suivants :

« Attendu que, dans le cadre de son enquête, la Police d'A. a tout d'abord entendu le propriétaire des deux habitations sises aux numéros xx et yy, lequel a précisé que personne ne vivait au n° yy et que Monsieur L. vivait au n° xx ;

Qu'un propriétaire paraît être le mieux placé pour savoir ce qui se passe dans le bien qu'il loue;

Que, lors de la visite du logement de Monsieur L., la Police a constaté que:

- toutes les pièces sont encombrées de caisses, outils, matériels divers ou journaux;
- l'évier et la baignoire de la salle de bain, recouverts de poussière, ne sont, manifestement plus utilisés depuis fort longtemps ;
- il n'y a aucune cuisine digne de ce nom ;
- le lit dans lequel dormirait Monsieur L. est recouvert de caisses.

Que, durant la visite de la Police, Monsieur L. a précisé « je me lave chez K. », « je fais les courses avec K. » ;

Que, compte tenu de ces constatations, la Police a décidé d'inscrire Monsieur L. d'office au n° xx de la rue V. ;

Attendu que, lors de son audition par la Police, Madame D. a répondu à la question de savoir où elle vivait : au numéro xx de la rue V. ;

Que, sur interpellation de l'agent de Police, elle a confirmé ce numéro en précisant qu'elle était inscrite à ce numéro depuis 10 ans ;

Qu'à la question de savoir où vivait Monsieur L., elle a répondu au n°xx, soit à son propre domicile ;

Qu'à la fin de son audition, elle a souhaité modifier sa déclaration en précisant qu'elle vivait bien au n°xx et que Monsieur L. vivait au n°yy ;

Que l'audition de Monsieur L. n'apporte pas d'élément supplémentaire ;

Attendu que le Tribunal considère que ces déclarations concordantes, faites in tempore non suspecto, révèlent et démontrent l'existence d'une cohabitation entre les parties c'est-à-dire une vie sous le même toit - même s'ils ont eu des domiciles distincts - ainsi qu'une mise en commun des charges du ménage ». ⁸

Le Tribunal du travail de Charleroi constatera ensuite que l'intéressé ne dépose aucune preuve permettant de remettre en cause les faits établis par ce faisceau d'indices précis et concordants. Considérant les deux conditions réunies (vie sous le même toit et mise en commun des ressources), le tribunal débouterait l'intéressé de sa demande.

• **Non bis in idem – autorité de chose jugée des décisions pénales**

La jurisprudence a également eu l'occasion de rappeler les limites du principe *non bis in idem*.

L'intéressé, invalide, s'est présenté devant le Tribunal correctionnel dans le cadre d'une fraude bien organisée au sein de la société dans laquelle il travaillait sans autorisation du médecin conseil. Ce tribunal déclara les poursuites pénales prescrites.

Sanctionné par l'INAMI, l'intéressé invoqua devant le Tribunal du travail qu'il y avait lieu à application du principe *non bis in idem*.

8. Ibid.

C'est en ces termes que la juridiction écarta cet argument⁹ : « *l'autorité de la chose jugée et donc l'application du principe « non bis in idem » suppose une décision irrévocable rendue par une juridiction répressive belge qui statue quant au fond sur l'objet de l'action publique.*

L'exigence d'une décision rendue sur le fond implique que les décisions incidentielles, les décisions sur la recevabilité de l'action publique, les décisions qui accueillent une fin de non-recevoir n'ont pas autorité de la chose jugée au criminel lorsqu'elles sont définitives.

Ainsi, l'autorité de la chose jugée ne s'applique pas aux décisions relatives à la prescription de l'action publique.

La raison est la suivante : dans la mesure où ce type de décision ne s'est pas prononcé sur l'existence de l'acte, ni sur la culpabilité du prévenu, celui-ci reste étranger au fond, pour n'affecter que les poursuites.

En conséquence, et à supposer même que le fait sanctionné administrativement par l'INAMI soit identique à celui pour lequel Monsieur D. a déjà été poursuivi, force est de constater qu'il n'y a pas lieu à application du principe « non bis in idem » en l'absence d'autorité de chose jugée de la décision répressive. ».

◦ **Utilisation par les inspecteurs sociaux d'informations issues d'une enquête pénale**

Toujours dans le même dossier¹⁰, s'est posée la question de l'utilisation d'informations obtenues dans le cadre d'une enquête pénale par les services d'inspection.

Dans le cas d'espèce, les services d'inspection avaient été conviés par l'Auditeur du travail à participer à l'enquête diligentée à l'encontre de la société incriminée. Toutefois, l'Auditeur n'avait pas donné l'autorisation d'utiliser ces informations préalablement au prononcé de la sanction administrative par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Cette autorisation ne sera délivrée que plusieurs années plus tard.

Invoquant une violation des articles 5 et 6 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail¹¹ et le secret de l'instruction, l'intéressé postulait la nullité absolue des moyens de preuve obtenus par les inspecteurs sociaux. En effet, selon ces règles, les services d'inspection ne peuvent utiliser les renseignements obtenus dans le cadre d'une enquête judiciaire qu'avec l'autorisation du ministère public.

Le Tribunal du travail estimera que même à supposer que l'autorisation de l'Auditeur du travail doit nécessairement être antérieure à l'utilisation, il y aurait alors lieu de faire application de la jurisprudence "Antigone" de la Cour de cassation¹².

On peut déplorer que le Tribunal ne se soit pas prononcé quant à la légalité d'une ratification par le ministère public postérieure à l'utilisation des informations. En effet, ceci aurait pu clarifier le texte légal et, par là, accroître la sécurité juridique.

La tribunal rappelle donc que le juge pénal ne pouvait écarter une preuve obtenue illicitement que dans trois hypothèses:

- «
 - soit lorsque le respect de certaines conditions de forme est présent à peine de nullité ;
 - soit lorsque l'irrégularité commise a entaché la crédibilité de la preuve ;
 - soit lorsque l'usage de la preuve est contraire au droit à un procès équitable ».

Dès lors, le Tribunal constate que « *l'INAMI a recueilli les renseignements servant de base à la décision litigieuse dans le cadre de l'instruction menée par le juge d'instruction de Hasselt qui lui a confié l'enquête (en collaboration avec d'autres services d'inspection).*

9. T.T. Liège, 08 décembre 2014, RG : 349906, inédit.

10. Ibid.

11. Ces dispositions sont désormais reprises aux articles 54 à 57 du Code pénal social.

12. Cass., 14 octobre 2003, RG: P030762N, www.juridat.be .

Comme le relève l'Auditeur du travail, les éléments ainsi récoltés dans le cadre de l'enquête sont fiables, leur crédibilité n'est pas entachée par l'irrégularité commise.

La ratification postérieure de l'utilisation des informations par l'Auditorat du travail par l'INAMI et la mutuelle n'a aucune conséquence sur la crédibilité de ces informations.

Par ailleurs, Monsieur D. a eu l'occasion de faire valoir ses arguments (il a été entendu lors de l'enquête et, invité à faire valoir ses moyens de défense par l'INAMI, son conseil a communiqué une note de défense).

Ses droits de la défense ont donc été respectés, Monsieur D. ayant eu la possibilité de remettre en question les éléments de preuve produits.

Le Tribunal ne voit donc pas en quoi le droit au procès équitable de Monsieur D. aurait été bafoué.

Enfin, il n'y a pas eu de violation d'une forme prescrite à peine de nullité.

En conséquence, il ne saurait être question de considérer que la procédure est entachée d'une irrégularité irréparable qui conduirait à l'annulation des décisions prises par l'INAMI et l'UNMLibres ».

• Délai raisonnable

Toujours dans ce même dossier¹³, la question du délai raisonnable fut aussi soulevée. En effet, l'enquête débuta le 24 mars 2004 par des perquisitions dans les locaux de l'employeur. Le 29 juin 2005, l'intéressé est sanctionné par le fonctionnaire dirigeant du SCA. Toutefois, en 2014, l'affaire n'était toujours pas jugée.

L'intéressé a alors invoqué le dépassement du délai raisonnable.

Néanmoins, le Tribunal du travail écartera cet argument en ces termes: « *c'est à juste titre que l'Auditeur du travail rappelle que c'est donc bien à l'autorité administrative, seule compétente pour infliger la sanction administrative à caractère pénal, que le principe du délai raisonnable s'impose et non au Tribunal, lequel est saisi du recours contre la décision administrative et n'a pas le pouvoir d'aggraver la sanction infligée par l'INAMI.*

S'il est vrai qu'en règle, en matière pénale, on considère qu'il faut prendre en compte l'ensemble de la procédure jusqu'au prononcé d'une décision judiciaire définitive, c'est parce que la personne qui reçoit la notification qu'elle a commis une infraction et que cela aura des suites vit à partir de cette notification sous la menace de l'exécution de ces éventuelles conséquences et qu'il doit être mis fin à cette incertitude dans un délai raisonnable.

Monsieur D. a cependant été fixé sur son sort le plus défavorable dès le 29 juin 2005, soit rapidement après avoir été entendu sur les faits.

Dès le prononcé de la sanction administrative, Monsieur D. ne vit donc plus sous la menace de poursuites civiles (la demande d'un titre exécutoire n'étant que la conséquence de la décision de récupération qui a déjà été prise mais qui n'est pas exécutée volontairement et étant sans conséquence sur la sanction). Il ne peut qu'espérer une diminution voire une suppression de la sanction dans le cadre de son recours.

Il ne saurait donc être question de considérer que le délai de traitement du recours civil contre la sanction administrative peut, en cas de dépassement d'un délai raisonnable, conduire à une annulation de la décision contestée qui a été rendue dans un délai raisonnable.

13. Ibid.

En l'espèce, la longueur de la procédure résulte notamment de :

- l'importance du dossier répressif (12 cartons) contre la société XXX ;
- le choix légitime et compréhensible de demander le renvoi devant une juridiction pénale francophone non saisie du dossier-mère XXX, ce qui a impliqué la nécessité d'attendre la transmission et la traduction de pièces du dossier-mère ;
- l'absence de demande de mise en état judiciaire par Monsieur D. alors que la décision pénale a été rendue il y a plus de deux ans.

Le délai, bien que fort long, ne peut donc être considéré comme déraisonnable. ».

• Application de l'article 65 du Code pénal aux sanctions administratives

Enfin, nous relevons une décision prise dans le cadre de l'application de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 qui, avant le 12 juin 2010¹⁴, prévoyait les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Dans ce jugement¹⁵, le Tribunal du travail de Mons a estimé que l'article 65 du Code pénal était applicable aux sanctions administratives prononcées par le fonctionnaire dirigeant du SCA à l'encontre des assurés sociaux: « *le tribunal rejoint Monsieur G. en ce que ces sanctions, décidées le 18 décembre 2003, sont de nature pénale.*

Il a, en effet, été souligné que « les sanctions administratives que l'INAMI peut prendre à l'égard d'un invalide sont des sanctions qui, financièrement, peuvent être fort lourdes et qui ont un objectif dissuasif et répressif. Elles sont donc, comme celles qui visent le chômeur dans la réglementation relative au chômage, de nature pénale. Elles n'ont pas pour but de réparer le préjudice causé à l'assurance obligatoire, mais de sanctionner l'invalide en le privant du droit aux indemnités pendant une certaine période.

Les dispositions du Code pénal, plus spécialement l'article 65, trouvent ainsi à s'appliquer.

En manière telle que lorsque plusieurs faits constituent, en raison de l'unité d'intention, un fait pénal unique, le juge peut ne prononcer qu'une seule peine, la plus forte. ».

Au vu de la jurisprudence et de la doctrine antérieures, il semble difficilement contestable que le Tribunal du travail ait fait une mauvaise application du droit positif.

En effet, il est admis de longue date que : « *l'article 65 du Code pénal n'est pas un principe général de droit pénal (voir dans le même sens J. PUT, Bis Sed Non Idem, R.W., 2001 -2002, p.940, voir aussi C.T. Bruxelles, 30 juillet 2009, R.G. n° 50.687, inédit). Différentes législations de droit pénal excluent d'ailleurs son application.*

Dans la matière des condamnations d'office à verser à l'ONSS prévues par l'article 35 de la loi du 27 juin 1969, dont le caractère de sanction pénale a été retenu, la Cour constitutionnelle a considéré que le législateur avait voulu soustraire les condamnations de l'application de l'article 65 du Code pénal et que la différence de traitement qui en résultait, était raisonnablement justifiée (voir les arrêts de la Cour Constitutionnelle n°98/99 du 15 septembre 1999, 77/2001 du 7 juin 2001 et 80/91 du 13 juin 2001). La Cour Constitutionnelle a de même décidé dans son arrêt 96/2002 du 12 juin 2002, que le législateur peut, sans méconnaître le principe d'égalité, estimer que le régime de fixation de la peine prévu par l'article 65 du Code pénal n'est pas applicable aux amendes fiscales prévues à l'article 70,§2, du Code de la TVA.

14. Ces sanctions sont désormais reprises dans l'article 168quinquies de la loi coordonnée. Il est à noter que la question de l'application de l'article 65 du Code pénal aux amendes reprises à l'article 168quinquies ne se pose plus. Les infractions qui auraient été susceptibles de se voir appliquer les principes de l'article 65 sont désormais « globalisées » : l'assuré n'encourt plus qu'une seule sanction pour l'ensemble des comportements (à l'exception de l'utilisation de faux documents), en fonction de la durée de l'infraction. Qu'une, deux ou trois infractions soient commises est donc à présent sans incidence sur l'ampleur de la sanction qui sera infligée.

15. T.T. Mons, 12 février 2014, RG : 07/10758/A, inédit.

Le tribunal constate que le législateur a dans le cadre des sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, expressément voulu déroger à la règle de l'article 65 du Code pénal, dès lors que l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose en son article 9 alinéa 1er, qu'en cas de concours de plusieurs manquements, les sanctions sont cumulées.

Il n'est pas établi que le législateur aurait, ce faisant, méconnu un principe général de droit pénal, devant trouver à s'appliquer à toutes les sanctions pénales ou sanctions administratives à caractère pénal.

Le tribunal estime qu'il n'existe aucun obstacle juridique à cumuler les sanctions prévues aux articles 2,1°, 2,4° et 2,6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 qui visent différents manquements. »¹⁶

b. Contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure

PRINCIPE

En cas de refus d'accorder la suspension de prescription de 2 ans pour cause de force majeure, un assuré social dispose de 3 mois pour introduire un recours devant le Tribunal du travail tandis que les dispensateurs de soins disposent d'un mois.

MÉTHODE

Dans le contexte des recours introduits, un juriste du SCA prépare la défense de la décision contestée. Le point de vue sert de base aux conclusions de l'avocat de l'INAMI. S'ensuit un échange de conclusions, avis d'auditeur du travail et jugement, voire arrêt en cas d'appel. Pour établir le point de vue, la jurisprudence des tribunaux et des cours du travail est utilisée.

Il faut qu'il ait existé un événement qui, de manière absolue, empêche l'assuré ou le dispensateur de soins de demander le paiement ou le remboursement par la mutualité. Aussi, ne constitue pas un événement de force majeure, la négligence commise par un assuré qui a égaré ses attestations. Par contre, le fait de ne plus être capable de gérer ses biens peut être considéré comme un cas de force majeure.

Dans le secteur des indemnités, par exemple, l'octroi d'un droit par une décision avec effet rétroactif, c.-à-d. prise par un organisme en dehors du délai de 2 ans sans que le caractère tardif n'incombe à la personne qui en fait la demande est considéré comme un événement de force majeure.

La situation de force majeure doit normalement avoir existé pendant toute la durée du délai de 2 ans. En effet, l'assuré qui a laissé, sans raison, s'écouler une année sans agir ne peut pas se plaindre de l'expiration du délai de prescription.

Avec les années, de plus en plus de demandes sont introduites par les O.A. au nom des assurés mais aussi par les centres médicaux et les hôpitaux.

RÉSULTATS

Le tableau suivant contient le nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription pour cause de force majeure qui ont fait l'objet d'un litige devant les tribunaux du travail en 2011, 2012, 2013 et 2014.

Tableau 35 : Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2011, 2012, 2013 et 2014	
Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	1
2013	1
2014	1

JURISPRUDENCE

En 2014, il n'y a pas de jurisprudence significative à relever.

c. Contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration

PRINCIPE

Si les O.A. ne parviennent pas à récupérer les montants indus des assurés sociaux dans le délai légal prévu, ils doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration. Le point de départ du délai de récupération est défini à l'article 326, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Le délai de récupération de 2 ans débute à la date de la constatation de l'indu par l'O.A..

Toutefois, si c'est le SCA qui informe l'O.A. de ces montants, la date de début du délai de 2 ans correspond à la date de cette notification. Si l'O.A. obtient ensuite un titre exécutoire, la date de début correspond à la date de la décision judiciaire définitive.

En vertu de l'article 326, § 2, le délai de récupération peut être suspendu pour ne pas pénaliser l'O.A. au cours d'une période pendant laquelle ce dernier ne sait pas chez qui récupérer le montant (par exemple après un décès) ou pendant laquelle il ne peut pas procéder à la récupération, par exemple en cas de demande d'exequatur ou lorsqu'il faut attendre la fin d'une procédure de faillite ou d'un règlement collectif de dettes.

Sur la base de cet article, le délai de récupération peut également être suspendu lorsque le débiteur effectue des remboursements en exécution de et conformément à un jugement ou dans le cadre d'une convention établie avec l'O.A.

Les O.A. peuvent cependant demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'être dispensés de l'obligation d'inscrire les montants indus à charge de leurs frais d'administration. L'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 stipule toutefois qu'une telle dispense ne peut pas être octroyée lorsque :

- la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'O.A. ;
- l'O.A. n'a pas utilisé toutes les voies de droit en vue de la récupération ;
- la récupération porte sur un montant inférieur à 600 EUR ;
- la demande a été introduite tardivement.

RÉSULTATS

En vertu de l'article 167 de la loi SSI, les O.A. ont un mois pour contester devant le Tribunal du travail la décision de refus de dispense prise par le fonctionnaire dirigeant du SCA.

Le tableau suivant comporte le nombre de décisions de refus de dispense d'inscription à charge des frais d'administration que les O.A. ont contestées devant le Tribunal du travail de Bruxelles en 2011, 2012, 2013 et 2014.

Année	Nombre de contentieux
2011	4
2012	2
2013	7
2014	2

JURISPRUDENCE

• Introduction de la demande de dispense

La demande de dispense d'inscription en frais d'administration doit, logiquement, être introduite avant l'expiration du délai de six mois¹⁷ prévu à l'article 327, §1, mais après l'expiration du délai de deux ans prévu à l'article 326, §1^{er}, éventuellement suspendu par l'une des causes de suspension visées au §2 de cette même disposition.

La question de l'applicabilité des causes de suspension à une situation donnée revêt dès lors une importance particulière, dès lors qu'elle déterminera si la demande a été introduite dans les délais ou si elle est tardive, voire prématurée.

Dans ce contexte, une cause de suspension a particulièrement retenu l'attention de la jurisprudence en 2013, à savoir celle contenue à l'article 326, §2, h¹⁸ qui concerne le décès de l'assuré. Cette cause de suspension est actuellement libellée comme suit : « § 2. Le délai visé au § 1er est suspendu : (...)h) pour une période de deux ans à partir de la date du décès de l'assuré.

Si la succession est acceptée sous bénéfice d'inventaire endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin le jour de la clôture de l'inventaire, même si celui-ci se produit avant la fin des deux ans. Si la clôture se produit après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à cette date.

Si la succession est déclarée vacante et qu'un curateur à succession vacante a été désigné endéans ce délai de deux ans, la suspension prend fin lors de la clôture de la succession par le curateur à succession vacante, même si celle-ci a lieu avant la fin des deux ans. Si la succession se clôture après la fin des deux ans, la période de suspension sera prolongée jusqu'à la date de la clôture ».

La problématique est assez simple : un assuré est en période d'incapacité de travail indemnisée par sa mutualité lors de son décès. Néanmoins, l'information concernant ce décès n'est connue que postérieurement à celui-ci. En tout état de cause, la mutualité continue d'indemniser son assuré jusqu'au moment où elle a connaissance du décès. La période indemnisée après le décès constitue naturellement un indu que l'O.A. a l'obligation de récupérer, conformément à l'article 164 de la loi SSI.

17. Notez que ce délai a été porté à six mois par l'arrêté royal du 30 septembre 2012. Auparavant, ce délai était de trois mois.

18. Auparavant contenue dans le §3, c.

La question qui se pose alors est de savoir si la cause de suspension susmentionnée s'applique à la récupération de cet indu.

Selon une jurisprudence, désormais bien établie, il n'en est rien : « avec l'INAMI, le tribunal observe que puisque ce paiement est intervenu après le décès de Monsieur X, il n'a été fait ni à l'assuré social, décédé, ni à la succession, qui est clichée à la date du décès, de sorte que le paiement postérieur au décès est intervenu soit au profit d'un héritier qui l'a reçu à titre personnel, soit au profit d'un tiers qui l'a perçu sans aucun titre.

En conséquence, le débiteur de l'indu n'est pas la succession (ni a fortiori l'assuré décédé) mais est soit cet héritier, soit ce tiers indélicat (v. en ce sens, C.Trav. Bruxelles, 29.4.2013, R.G. n° 2011/AB/953 ; C.Trav. Bruxelles, 30.6.2010, R.G. n° 2009/AB/51786).

Cette position a été récemment validée par la Cour du travail de Bruxelles qui a souligné en ce sens « cette suspension qui est d'application lorsqu'un paiement a été fait du vivant de l'assuré social et que la récupération est poursuivie à charge des héritiers, ne s'applique pas lorsque le paiement a été fait après le décès et que l'indu n'est pas une dette de la succession. » (...) ».¹⁹

4. Initiatives législatives et réglementaires

Outre l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des O.A. sur le montant de leurs frais d'administration (Cf. 2^e partie, II., 1.), le SCA a pris l'initiative de proposer une modification de certains articles de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, en ce qui concerne les dispositions comptables (articles 331 à 344).

En effet, historiquement, le SCA exerçait des compétences en matière de contrôle comptable des O.A. Ces compétences sont désormais exercées par d'autres instances dont l'Office de contrôle des mutualités (OCM).

Néanmoins, la réglementation prévoyait toujours la transmission d'un certain nombre de documents comptables au SCA. De plus, notre service restait compétent pour fixer les modèles de ces documents.

Dans un souci de simplification administrative et d'efficience, la réglementation a été changée.

En effet, il appartient désormais à l'INAMI, plutôt qu'au SCA, de réceptionner ces documents.

Ce changement a l'avantage de permettre une certaine flexibilité en cas de modification ultérieure des compétences des services de l'INAMI.

En pratique, ces documents sont envoyés directement à la Direction Finances des services généraux de support de l'INAMI, en format électronique, et non plus en format papier.

En outre, ces dispositions ont été adaptées à la structure actuelle de l'INAMI. En effet, le Comité du SCA ayant disparu, ce sera désormais le Comité général de gestion de l'Institut qui sera chargé d'établir les modalités concernant ces formulaires, après avis de la commission technique du SCA.

Enfin, deux modifications mineures sont venues compléter l'objet de ce projet :

- la date de transmission des documents T3-T43 (documents récapitulatifs globaux de toutes les recettes et dépenses) a été portée au 30 juin de l'année qui suit l'exercice comptable considéré ;
- l'article 344 a été adapté à la pratique ayant cours depuis 2005, la date limite de transmission des documents y visés (documents T20 et annexes – documents concernant la situation financière) a été portée au 28 du mois (avant le 29^e jour) qui suit celui auquel les documents se rapportent.

L'arrêté royal du 27 mai 2014 (M.B. 13 juin 2014) a une portée rétroactive (1^{er} janvier 2014) afin que ces nouvelles règles puissent déjà s'appliquer aux documents relatifs à l'année 2014.

19. T.T. Bruxelles, 31 octobre 2013, R.G. n° 11/1762/A, inédit ; dans le même sens, C.T. Bruxelles, 10 octobre 2013, R.G. n° 2012/AB/792 ; C.T. Bruxelles, 29 avril 2013, R.G. n° 2011/AB/953 ; C.T. Bruxelles, 24 octobre 2013, R.G. n° 2012/AB/571.

3^e Partie

Données statistiques



I. Données statistiques de la Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Cette partie du rapport d'activités présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2012, 2013 et 2014. Ces statistiques donnent un aperçu du fonctionnement du service.



Certains graphiques portent essentiellement sur les indemnités d'incapacité de salariés et indépendants. Les membres du personnel de la SNCB sont statutaires et ne parviennent donc pas à ces régimes. Dès lors, ces graphiques ne reprennent pas de chiffres pour la Caisse des soins de santé de la SNCB Holding (nouvellement dénommée « Caisse des soins de santé de HR Rail »).



Le SCA établit aussi des statistiques sur les assurés sociaux (Cf. 3^e partie, II.).

1. Contrôles thématiques

L'inspection de l'INAMI a évolué d'une philosophie de contrôle basée sur des dossiers individuels vers une philosophie de contrôle basée davantage sur des thèmes.



Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un aspect spécifique de l'assurance SSI. Le but est d'analyser les procédures de contrôle internes des mutualités. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre.

L'approche de chaque contrôle thématique est entièrement documentée : un syllabus est rédigé par contrôle thématique expliquant le thème, décrivant l'approche et la méthodologie, comprenant un questionnaire standardisé, des rapports types, etc. Une telle approche garantit un traitement équitable de tous les dossiers.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.



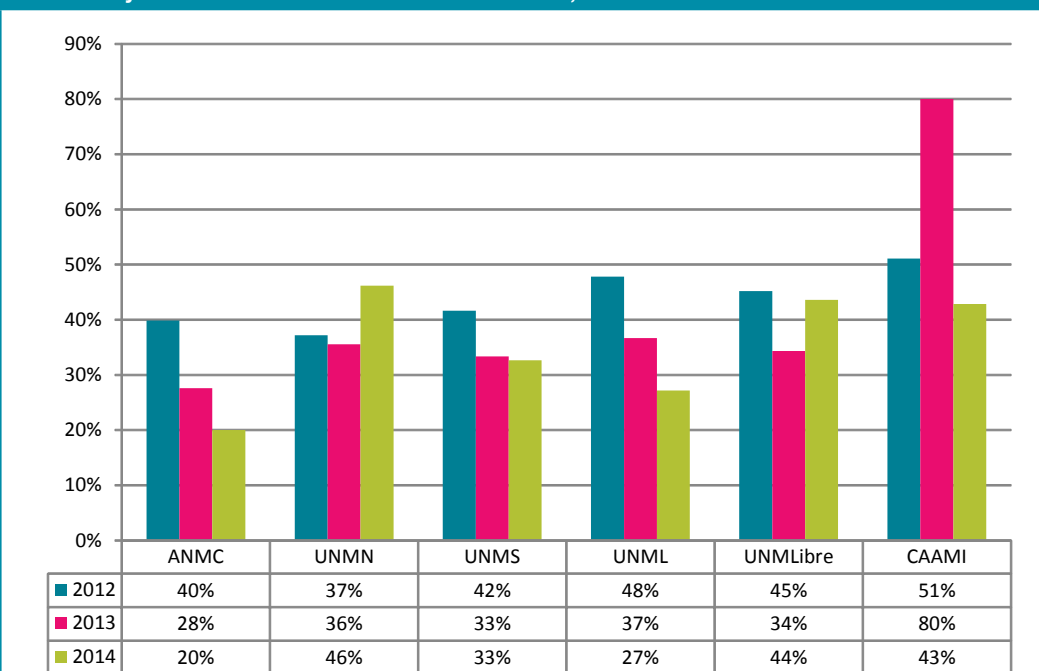
Les **constatations** concernent des récupérations, paiements supplémentaires, sanctions ou remarques résultant d'un contrôle.

À l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance SSI (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient des recommandations pour l'amélioration des pratiques de travail des O.A.



Le Contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI impose au moins deux contrôles thématiques par an pour que l'INAMI puisse remplir, en permanence, son rôle de prévention par le biais de feed-back et de recommandations aux mutualités.

Graphique 1 : Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale



La CAAMI est une institution de plus petite taille où un nombre limité de contrôles a donc été effectué. Le pourcentage élevé de constatations CAAMI est dû justement à sa petite taille et n'est donc pas représentatif.

Parmi les contrôles thématiques, le contrôle annuel « Montants perçus et récupérés dans le cadre de la majoration des frais d'administration des O.A » (article 195 de la loi SSI) est très spécifique.

Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (art. 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet.

Ces listes ont une incidence majeure sur les frais d'administration que les O.A. reçoivent chaque année. Les frais d'administration augmentent en effet d'un certain pourcentage des montants récupérés (l'art. 195 de la loi SSI décrit ce mécanisme).

Ces augmentations sont cependant liées à certaines conditions :

- il ne peut pas s'agir de remboursements spontanés ;
- le montant payé indûment ne peut pas résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné ;
- la récupération ne peut pas résulter d'un constat du SCA ou de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.



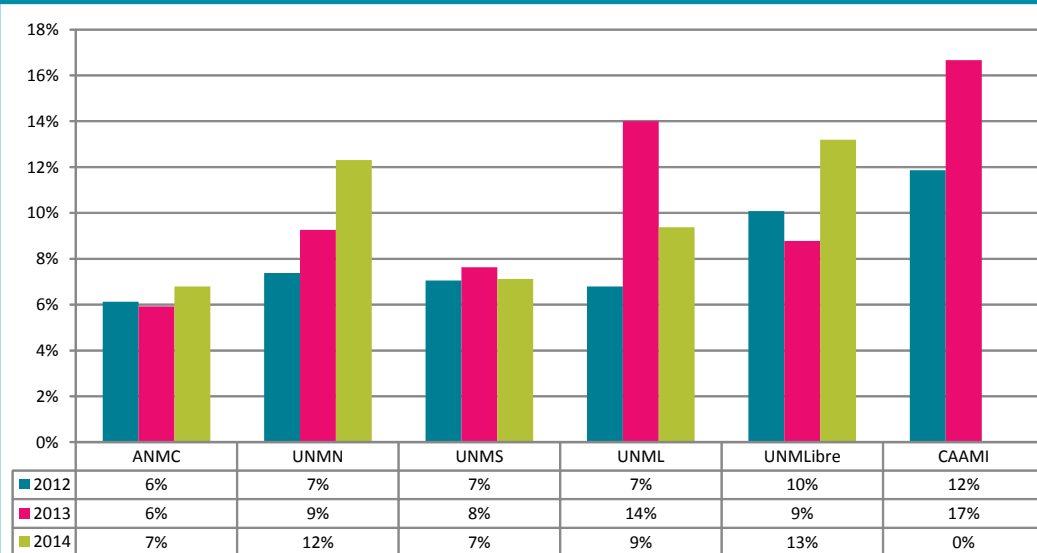
Plus d'informations sur l'OCM sur le site web : www.ocm-cdz.be



L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) est compétent pour l'exécution et le contrôle de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (statuts, comptabilité, règles en matière d'assurance complémentaire, etc.).

Lors du contrôle thématique en question, le SCA compare les listes avec les montants récupérés par l'O.A. pour s'assurer que les montants y figurent à juste titre.

Graphique 2 : Contrôles thématiques « article 195 de la loi SSI » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale



La Caisse des soins de santé de HR Rail n'a pas introduit de listes à contrôler dans le cadre de ce contrôle thématique pour les 3 années de référence.

2. Contrôles non thématiques

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également des contrôles dits « non thématiques » :

- les contrôles relatifs à l'assurance indemnités ;
- les contrôles relatifs à l'assurance soins de santé.

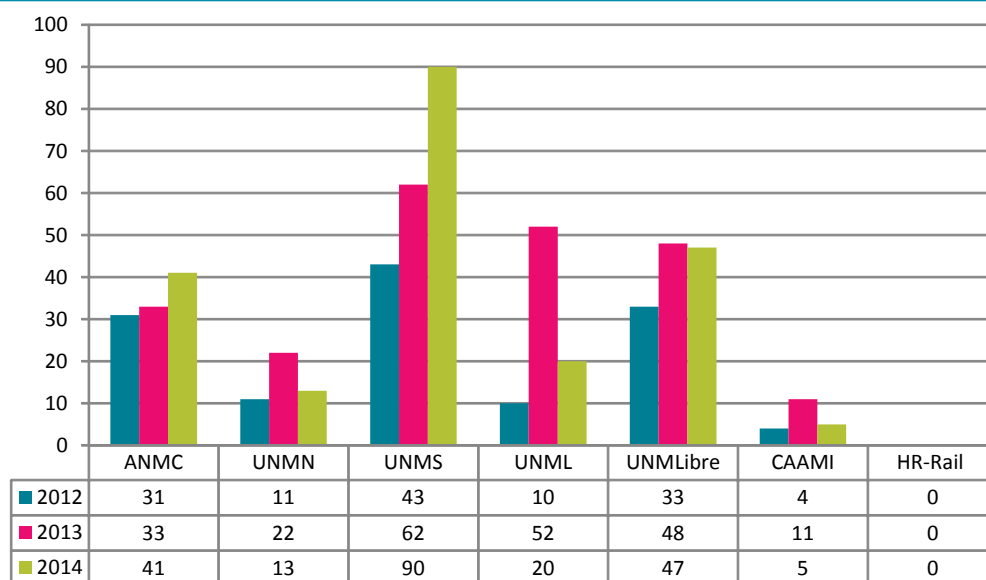
L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande, à des plaintes ou à des questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de cellules stratégiques (cabinets) ou d'autres institutions sociales, etc.

Graphique 3 : Contrôles non thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 4 : Contrôles non thématiques « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2012, 2013, 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

3. Lutte contre la fraude sociale

La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA. Le service détecte entre autres :

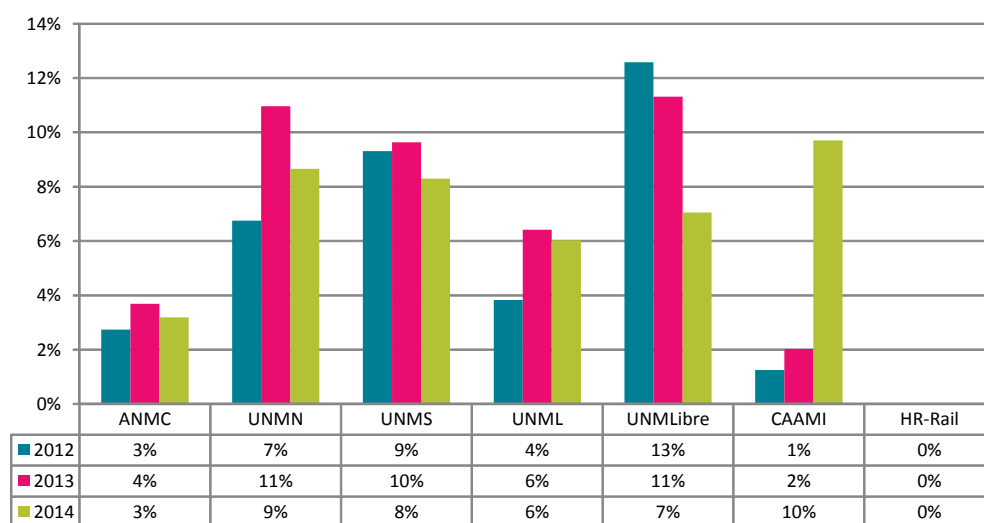
- les cumuls non autorisés d'indemnités SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement de données (datamatching) ou un croisement de banques de données) ;
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale ;
- les activités non autorisées (travail au noir) ;
- les fraudes portant sur le domicile ;
- les séjours irréguliers à l'étranger ;
- etc.

Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2013-2015, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS via un croisement de données (datamatching), tant pour les personnes en incapacité primaire que pour les invalides.



Un rapport annuel sur la lutte contre la fraude est rédigé; il concerne la lutte contre le travail au noir, les datamatchings, les assujettissements fictifs à la sécurité sociale, les fraudes portant sur le domicile et les séjours irréguliers à l'étranger.

Graphique 5 : Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

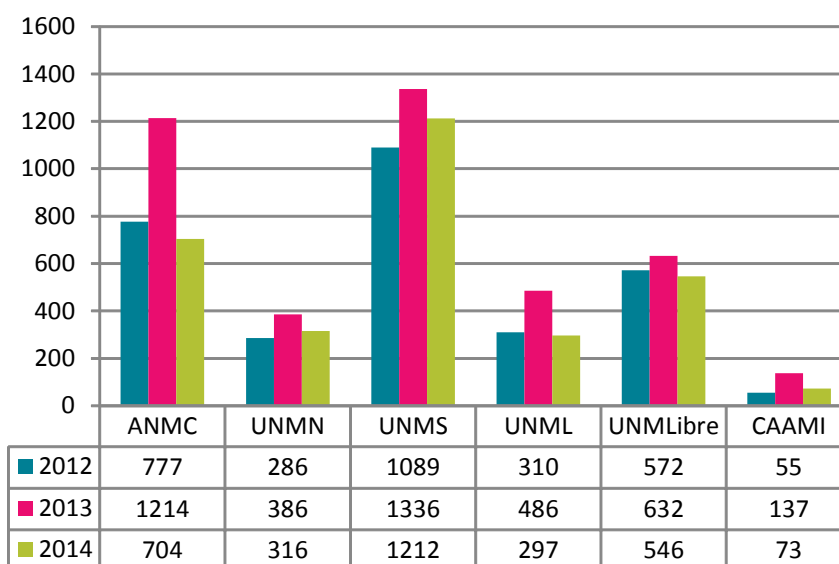
4. Contrôles de suivi

Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites.

Il y a donc des contrôles de suivi pour :

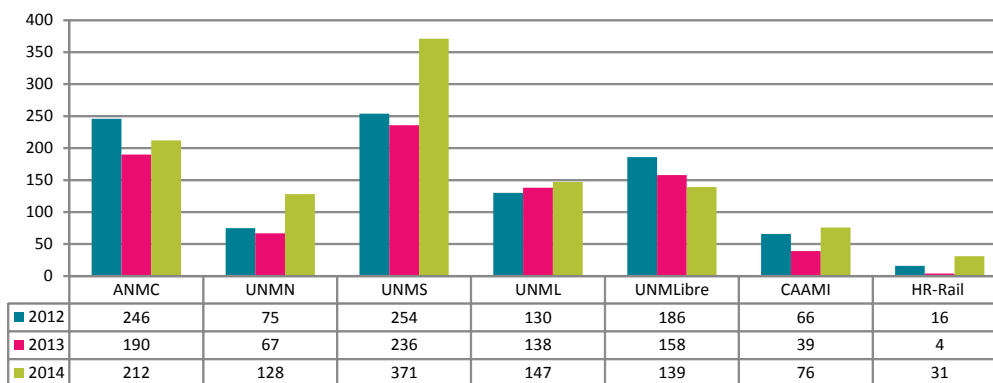
- l'assurance indemnités et l'assurance soins de santé ;
- les contrôles thématiques et les contrôles non thématiques.

Graphique 6 : Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

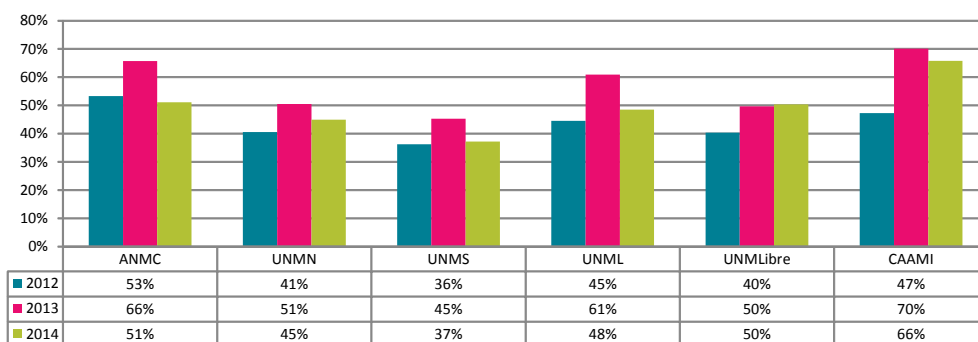
Graphique 7 : Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

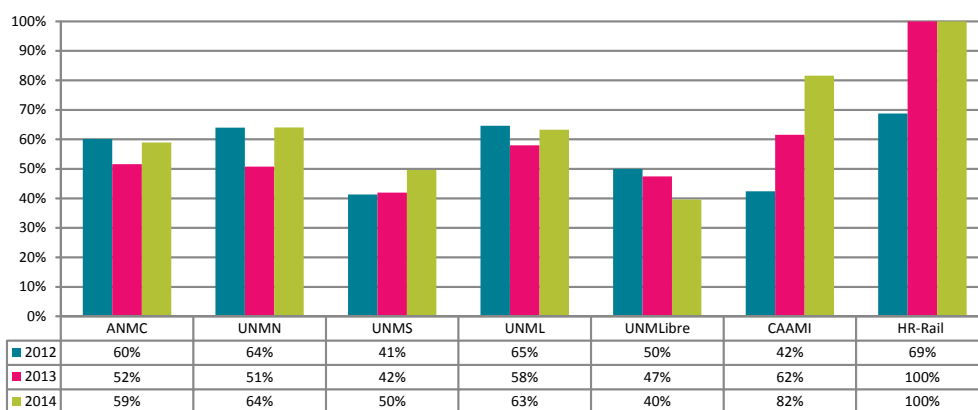
Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question est clôturé.

Graphique 8 : Premiers contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 9 : Premiers contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

5. Récupération

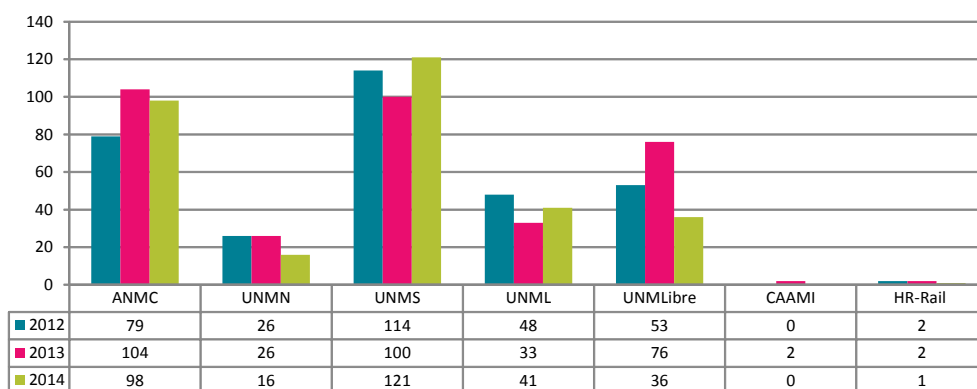
S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes²⁰ :

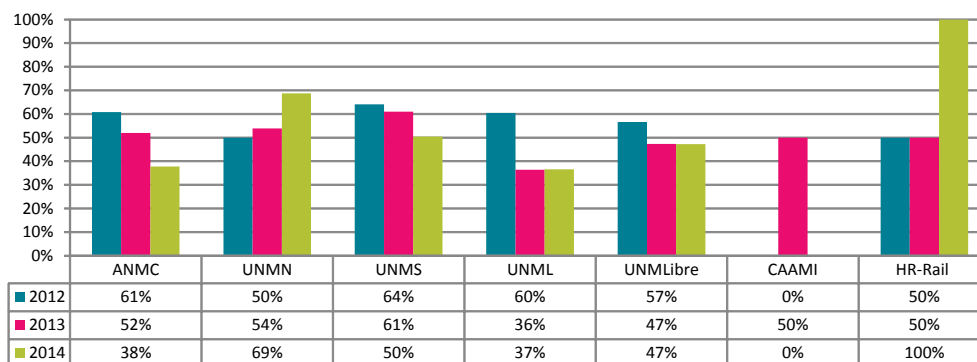
- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné ;
- si l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération ;
- si la récupération concerne un montant de moins de 600 EUR ;
- si la demande est introduite hors délai.

Graphique 10 : Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Nombre de demandes de dispenses en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

Graphique 11 : Demandes article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Pourcentage de dispenses en 2012, 2013 et 2014



Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Direction contrôle et responsabilisation des organismes assureurs et lutte contre la fraude sociale

20. A.R. du 3 juillet 1996, art. 327.


II. Données statistiques des personnes affiliées à une mutualité (effectifs)


Cette partie présente l'évolution, par régime et par O.A., des personnes (assurés sociaux) ayant droit à des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des affiliés des mutualités (aussi appelés « effectifs »). Les O.A. transmettent 2 fois par an des données sur les effectifs au SCA. Ces données se rapportent à la situation au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.


Les assurés sociaux ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et/ou de l'assurance indemnités. **L'assurance soins de santé** intervient dans les frais relatifs aux soins prestés par des dispensateurs de soins individuels ou par des institutions de soins de santé. **L'assurance indemnités** offre une indemnité de remplacement de revenus aux assurés sociaux qui n'exercent plus d'activité de travail en raison d'une période d'incapacité de travail, de maternité, de paternité, ou d'adoption.

L'assurance soins de santé englobe deux catégories de bénéficiaires, les titulaires et les personnes à charge :

 Les **titulaires** sont des personnes auxquelles l'assurance s'adresse en premier lieu, et qui doivent remplir les conditions de base pour ouvrir le droit aux interventions en matière de soins de santé.

 Les **personnes à charge** sont des personnes qui bénéficient du droit du titulaire, parce qu'elles cohabitent ou sont apparentées à ce titulaire. Il s'agit plus précisément des conjoints et conjointes, cohabitant, ascendants et descendants.

À partir de 1993, deux catégories de bénéficiaires sont à distinguer : les bénéficiaires et les bénéficiaires non assurés.

 Les **bénéficiaires non assurés** sont des personnes qui ne remplissent plus les conditions pour avoir droit aux prestations, ces personnes ayant par exemple refusé de payer la cotisation personnelle due lorsque des données de cotisation d'une valeur insuffisante ont été transmises à la mutualité. Ces personnes sont donc encore affiliées à une mutualité mais ont perdu leur droit aux prestations, c'est-à-dire leur qualité de bénéficiaire.

1. Évolution selon le régime

Jusqu'à fin 2007, les bénéficiaires étaient repris dans 2 régimes, avec un niveau différent d'interventions et d'indemnités :

- le **régime général**, issu d'une assurance qui, à l'origine, était organisée pour des personnes qui se trouvaient sur le marché du travail en tant que travailleurs ou qui n'y restaient pas à cause du chômage, d'une incapacité de travail ou de la pension et qui par la suite a été étendu à d'autres couches de la population ;
- le **régime des indépendants** et des membres des communautés religieuses.

Pour ce qui concerne l'assurance soins de santé, cette distinction entre les régimes a disparu à partir du 1^{er} janvier 2008. À partir de cette date, les travailleurs indépendants (et les membres des communautés religieuses) ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les autres groupes de la population et font partie aujourd'hui d'un seul et même système d'assurance soins de santé.



Le principe suivant est toutefois encore valable.

Les dépenses en soins de santé des personnes possédant la qualité de travailleur indépendant ou qui ont une relation manifeste avec cette qualité sont en principe financées à partir de la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs indépendants et non à partir de celle des travailleurs salariés. Ceci permet de mentionner encore les effectifs séparément. La notion de "régime" doit donc être comprise dans ce sens.

Concernant l'assurance indemnités, il existe toujours une différence tant sur la forme que sur le contenu entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

a. Régime général

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le régime général et l'évolution du nombre de bénéficiaires non assurés.

Tableau 37 : Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2006 à 2014									
Catégorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Titulaires (1)									
TIP + Services publics & assimilés	4 146 598	4 201 320	4 246 561	4 266 947	4 285 516	4 302 436	4 310 964	4 308 868	4 295 974
Invalides	210 505	215 832	224 453	235 765	249 187	261 017	274 424	289 044	308 533
Handicapés	69 675	72 054	73 323	72 381	72 598	72 872	71 970	72 058	71 844
Veuves, veufs et orphelins	362 834	360 937	356 116	350 145	343 996	336 064	325 689	315 374	306 203
Pensionnés	1 244 028	1 264 128	1 296 471	1 325 193	1 354 763	1 398 639	1 446 241	1 499 695	1 552 663
Personnes inscrites au Registre national	175 697	174 391	165 391	155 199	158 051	166 317	165 575	162 704	159 413
Total (1)	6 209 337	6 288 662	6 362 315	6 405 630	6 464 111	6 537 345	6 594 863	6 647 743	6 694 630
Personnes à charge (2)									
Conjoints	734 870	692 268	674 025	658 994	647 357	632 636	615 524	599 952	586 550
Ascendants	13 472	12 340	12 924	13 842	14 929	15 882	15 415	14 530	13 851
Descendants	2 474 198	2 393 277	2 394 253	2 414 598	2 438 538	2 457 285	2 479 685	2 501 384	2 516 729
Total (2)	3 222 540	3 097 885	3 081 202	3 087 434	3 100 824	3 105 803	3 110 624	3 115 866	3 117 130
Bénéficiaires (1+2)	9 431 877	9 386 547	9 443 517	9 493 064	9 564 935	9 643 148	9 705 487	9 763 609	9 811 760
Bénéficiaires non assurés	41 967	90 343	89 346	103 890	103 011	108 620	119 219	118 547	122 116

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires du régime général sont les suivantes :

- les **titulaires indemnisables primaires (TIP)** : les travailleurs actifs, les travailleurs en incapacité primaire de travail, les travailleurs en congé de maternité, les chômeurs contrôlés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les travailleurs en assurance continuée ;
- les **invalides** : les assurés qui sont reconnus en incapacité de travail suite à une maladie d'au moins une année ;

- les **handicapés** : les assurés qui, sans nécessairement bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, ont été reconnus incapables. Il s'agit d'une reconnaissance soit, dans le cadre de la réglementation concernant les allocations pour les personnes avec un handicap, soit dans le cadre de la réglementation concernant les allocations familiales ;
- les **veufs, veuves et orphelins** des titulaires ;
- les **pensionnés** : toutes les personnes ayant droit à une pension de retraite, à une pension anticipée ou à un avantage en vigueur comme équivalent ;
- les **personnes inscrites au Registre national des personnes physiques** : les personnes qui ont leur résidence principale légale en Belgique et qui ne sont pas assujetties à une assurance soins de santé étrangère ou à une assurance maladie spécifique belge telle que la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins par exemple. En ce qui concerne les effectifs, une personne n'est intégrée dans cette catégorie que si elle ne peut l'être dans une autre.

b. Indépendants et communautés religieuses

Le tableau ci-après présente l'évolution du nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité (c'est-à-dire les travailleurs indépendants proprement dits) et les communautés religieuses. Les travailleurs indépendants à carrière mixte relèvent du régime général.

Tableau 38 : Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin

Catégorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Titulaires (1)									
TIP	521 215	500 948	553 240	561 740	566 225	567 671	571 882	574 896	577 819
Invalides	16 659	16 760	17 048	17 524	18 270	18 667	19 014	19 544	20 474
Pensionnés	82 515	57 737	82 531	83 138	83 671	83 937	85 104	86 009	87 427
Veuves, veufs et orphelins	31 866	14 734	29 463	30 608	28 594	27 965	27 436	26 819	26 288
Starters		36 349							
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)		9 400							
Handicapés			6 632	3 945	5 421	5 363	5 314	4 989	4 821
Total (1)	652 255	635 928	688 914	696 955	702 181	703 603	708 750	712 257	716 829
Personnes à charge (2)									
Conjoints	124 160	105 121	115 071	111 954	107 647	102 614	98 234	94 234	90 802
Ascendants	1 052	1 095	1 300	1 543	1 743	1 865	1 907	1 843	1 722
Descendants	201 053	202 337	222 341	240 348	253 063	262 133	269 065	277 652	283 811
Total (2)	326 265	308 553	338 712	353 845	362 453	366 612	369 206	373 729	376 335
Bénéficiaires (1+2)	978 520	944 481	1 027 626	1 050 800	1 064 634	1 070 215	1 077 956	1 085 986	1 093 164
Communautés religieuses	3 755	1 118	3 009	2 726	2 459	1 993	1 763	1 565	1 424

Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

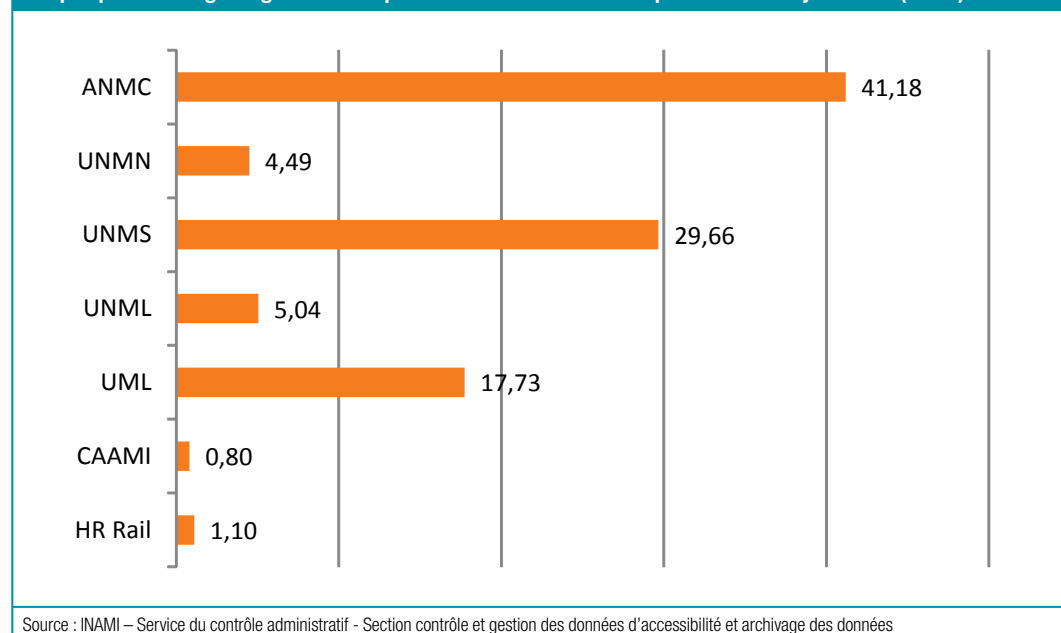
Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

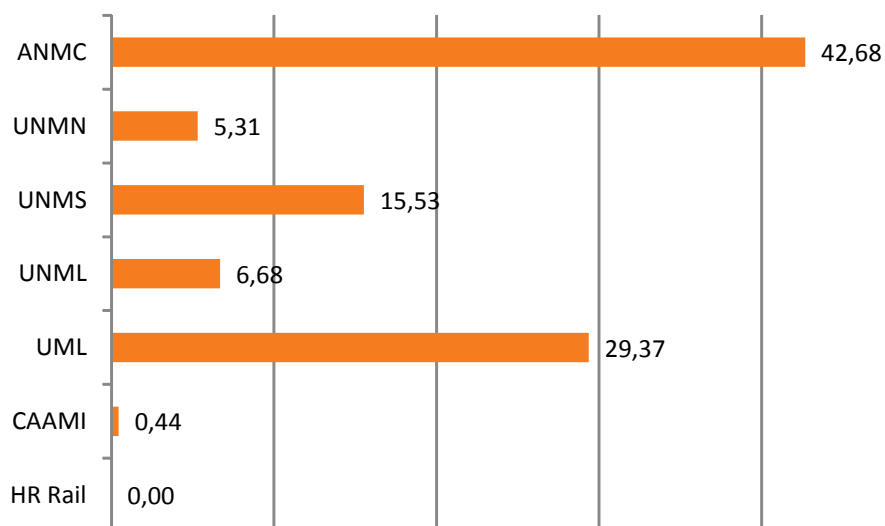
- les **indépendants titulaires indemnissables primaires (TIP) et leurs aidants** : les indépendants/aidants actifs et les indépendants/aidants en incapacité de travail primaire ou en congé de maternité ;
- les **invalides** : les assurés qui restent incapables de travailler après une période d'incapacité primaire et remplissent les conditions en matière d'invalidité définies par l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ;
- les **pensionnés** : tous les travailleurs indépendants qui ont droit à une pension de retraite en tant que travailleurs indépendants ;
- les **veufs, veuves et orphelins** de travailleurs indépendants dont le conjoint ou la conjointe a exercé une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant pendant au moins une année ;
- les **“starters” et les bénéficiaires de la “Garantie de revenus aux personnes âgées” (GRAPA)** : Entre le 1^{er} juillet 2006 et le 31 décembre 2007, les “travailleurs indépendants débutants” et les “travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA” avaient déjà droit à une intervention et ce, tant pour les gros risques que pour les petits risques. Durant cette période, il était possible de les distinguer dans les fichiers des effectifs comme catégories distinctes. Comme, depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants assurés ont droit à une intervention tant pour les gros risques que pour les petits risques, les travailleurs indépendants débutants et les travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA font, à partir de cette date, respectivement partie des titulaires indemnissables primaires et des pensionnés (sans mention distincte) ;
- le groupe **handicapés indépendants** : tous les bénéficiaires handicapés, pour lesquels un lien peut encore être identifié avec une qualité d'indépendant ;
- les membres des **communautés religieuses**.

2. Évolution par organisme assureur

Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents O.A.

Graphique 12 : Régime général - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2014 (en %)



Graphique 13 : Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2014 (en %)

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de bénéficiaires par O.A. au 30 juin pour les années 2000 à 2014, dans le régime général (à l'exclusion des bénéficiaires non assurés).

Tableau 39 : Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)

Année	ANCM	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	HR Rail
2000	44,05%	3,84%	28,96%	5,73%	14,98%	0,81%	1,64%
2001	43,8%	3,91%	29,09%	5,71%	15,09%	0,81%	1,59%
2002	43,53%	3,95%	29,24%	5,68%	15,26%	0,79%	1,55%
2003	43,29%	3,97%	29,36%	5,63%	15,49%	0,79%	1,49%
2004	43,01%	3,98%	29,58%	5,57%	15,65%	0,79%	1,42%
2005	42,77%	3,98%	29,79%	5,51%	15,81%	0,79%	1,36%
2006	42,37%	3,98%	30,00%	5,43%	16,14%	0,78%	1,31%
2007	42,39%	4,04%	29,41%	5,41%	16,69%	0,77%	1,29%
2008	42,21%	4,11%	29,46%	5,34%	16,86%	0,75%	1,26%
2009	42,04%	4,18%	29,51%	5,29%	17,01%	0,74%	1,23%
2010	41,81%	4,23%	29,54%	5,27%	17,21%	0,75%	1,20%
2011	41,66%	4,28%	29,56%	5,22%	17,36%	0,75%	1,16%
2012	41,48%	4,35%	29,65%	5,17%	17,45%	0,76%	1,14%
2013	41,29%	4,41%	29,67%	5,11%	17,62%	0,79%	1,12%
2014	41,18%	4,49%	29,66%	5,04%	17,73%	0,80%	1,10%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Le tableau ci-dessous présente la même évolution dans le régime des travailleurs indépendants.

Tableau 40 : Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)						
Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI
2000	48,76%	5,35%	13,97%	8,13%	23,47%	0,33%
2001	48,50%	5,32%	14,19%	8,03%	23,64%	0,32%
2002	48,26%	5,31%	14,21%	7,96%	23,95%	0,32%
2003	47,93%	5,30%	14,28%	7,89%	24,29%	0,31%
2004	47,67%	5,26%	14,37%	7,78%	24,62%	0,30%
2005	46,97%	5,23%	14,41%	7,64%	25,46%	0,30%
2006	45,88%	5,22%	14,35%	7,48%	26,76%	0,30%
2007	44,96%	5,14%	14,28%	7,22%	28,08%	0,32%
2008	45,10%	5,17%	14,56%	7,10%	27,79%	0,27%
2009	44,55%	5,20%	14,84%	6,96%	28,11%	0,34%
2010	44,43%	5,15%	14,99%	6,85%	28,23%	0,34%
2011	44,03%	5,19%	15,07%	6,82%	28,58%	0,31%
2012	43,60%	5,20%	15,17%	6,81%	28,81%	0,40%
2013	43,11%	5,22%	15,44%	6,72%	29,10%	0,41%
2014	42,68%	5,31%	15,53%	6,68%	29,37%	0,44%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des bénéficiaires non assurés à partir de 2011.

Tableau 41 : Bénéficiaires non assurés - Evolution par O.A. au 30 juin (en %)							
Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	HR Rail
2011	41,66%	4,28%	29,56%	5,22%	17,36%	0,75%	1,16%
2012	30,53%	3,84%	32,51%	3,75%	25,96%	3,41%	0,01%
2013	31,73%	3,95%	31,85%	3,55%	25,89%	3,04%	0,01%
2014	33,91%	3,27%	31,99%	3,78%	24,50%	2,56%	0,00%

Source : INAMI – Service du contrôle administratif – Section contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données


4^e Partie


Infos pratiques

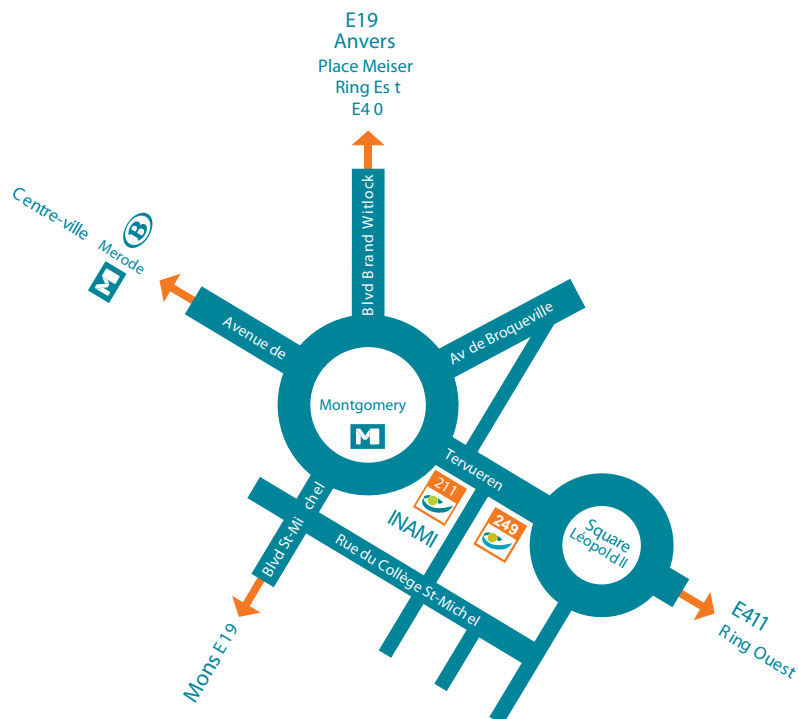


I. Carnet d'adresses


1. Siège social de l'INAMI

 Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.
Tél. : 02 739 71 11
Fax : 02 739 72 91


 Site web : www.inami.be



2. Bureaux du SCA

 Les bureaux du Service du contrôle administratif (SCA) se situent Avenue de Tervueren 249, à 1150 Bruxelles.

3. Données de contact

 Vous avez des questions sur notre rapport ? Contactez-nous :


Secrétariat général

Tél. : 02 739 74 38

Fax : 02 739 74 09

Email : secr.dac-sca@inami.fgov.be

Vous souhaitez des exemplaires supplémentaires du rapport ?





 Envoyez-nous un e-mail à l'adresse : secr.dac-sca@inami.fgov.be, en mentionnant le format souhaité ainsi que vos coordonnées. Le rapport est disponible en version électronique ou en version imprimée.

II. Numéros d'identification des organismes assureurs

N° d'identification	Dénomination
100	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
200	Union nationale des mutualités neutres
300	Union nationale des mutualités socialistes
400	Union nationale des mutualités libérales
500	Union nationale des mutualités libres
600	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
900	Caisse des soins de santé HR Rail

III. Pictogrammes et abréviations

1. Pictogrammes

-  un lien ou une référence internet, une adresse e-mail
-  une information pratique complémentaire
-  une définition
-  une note supplémentaire/complémentaire par rapport à l'article qu'elle accompagne

2. Abréviations

A.R.	Arrêté Royal
Assurance SSI	Assurance soins de santé et indemnités
BCSS	Banque carrefour de la sécurité sociale
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
CIN	Collège intermutualiste national
CPAS	Centre public d'action sociale
C.T.	Cour de Travail
DmfA	Déclaration multifonctionnelle / Multifunctionele aangifte
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
IT	Information technology
I.M.	Intervention majorée
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INASTI	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
Loi SSI	Loi soins de santé et indemnités
MAF	Maximum à facturer
NISS	Numéro d'identification de la sécurité sociale
O.A.	Organisme assureur
OCM	Office de contrôle des mutualités
ONEM	Office national de l'emploi
ONSS	Office national de sécurité sociale
ONSSAPL	Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales
P.V.	Procès-verbal
RH	Ressources humaines
SCA	Service du contrôle administratif
SdSS	Service des soins de santé
SECM	Service d'évaluation et de contrôles médicaux
Sigedis	Sociale individuele gegevens - données individuelles sociales
SIRS	Service d'information et de recherche sociale
SIS (carte)	Système d'identification sociale
SNCB	Société Nationale des Chemins de fer Belges
SPF	Service public fédéral
T.T.	Tribunal de Travail
VIP	Veuf, invalide, pensionné et orphelin
OOSZ – FOSZ	AESS-AFSS

IV. Index des tableaux et des graphiques

1. Tableaux

Tableau 1	Répartition des membres du personnel par fonction et par localisation administrative (situation au 31 décembre 2014)	12
Tableau 2	Aperçu du nombre de cas à contrôler par thème et par union nationale	19
Tableau 3	Résultats généraux par thème	19
Tableau 4	Résultats globaux	22
Tableau 5	Indu origine : mutualité	23
Tableau 6	Indu origine : assuré social	23
Tableau 7	Indu origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité.....	24
Tableau 8	Suppléments – origine : mutualité.....	24
Tableau 9	Suppléments – origine : contrôle effectué par le corps d'inspection en dehors des obligations imposées à la mutualité.....	24
Tableau 10	Montants perçus et récupérés en 2014 – Nombre total de cas, nombre de cas corrects, nombre de cas complètement ou partiellement rejetés et montants correspondants.....	25
Tableau 11	Respect des obligations par l'employeur.....	28
Tableau 12	Déclaration correcte des revenus de l'activité	28
Tableau 13	Respect de l'activité par l'assuré conformément à l'autorisation	28
Tableau 14	Mesures prises en fonction du résultat de l'enquête	29
Tableau 15	Conformité de l'autorisation papier par rapport aux directives.....	29
Tableau 16	Conformité de l'enregistrement « Reprise de Travail à Temps Partiel ».....	29
Tableau 17	Cumuls interdits - année de dépenses 2012 - cas examinés, cas exacts, cas erronés et indu total.....	31
Tableau 18	Cumuls interdits : dépenses 2006-2012 – Cas examinés, cas erronés et indu total	31
Tableau 19	Origines des nouvelles demandes d'enquête en 2014	33
Tableau 20	Nombre d'enquêtes clôturées en 2014 réparties selon le résultat de l'enquête	34
Tableau 21	Cumul avec une activité non autorisée - nombre de constatations et montant total des indus en 2014	34
Tableau 22	Cumul avec une activité non autorisée - Nombre de sanctions administratives et nombre total de jours d'exclusion en 2014.....	34
Tableau 23	Assujettissement frauduleux à la sécurité sociale - nombre de constatations O.A./ SCA et indu total par secteur constatés en 2014.....	37
Tableau 24	Enquêtes réalisées en 2014 – Nombre avec ou sans constatation et nombre total.....	39

Tableau 25	Nombre de fichiers transmis, de ménages qui atteignent le montant plafonné de 450 EUR et d'erreurs dans la composition du ménage en 2014	46
Tableau 26	Nombre de demandes relatives aux bons de cotisation en 2014, par type/cause	50
Tableau 27	Nombre de duplicatas demandés et délivrés en 2014	51
Tableau 28	Nombre de bénéficiaires du MAF pour l'année MAF 2014 au 1 ^{er} janvier 2015	54
Tableau 29	Aperçu du nombre de demandes en 2014, ventilées par type de demande	55
Tableau 30	Sanctions et amendes prévues par la loi SSI	64
Tableau 31	Nombre total de sanctions aux assurés prononcées en 2014	65
Tableau 32	Nombre de demande et de décisions positives de dispense de prise en charge par les O.A. des indus non récupérés en 2014	67
Tableau 33	Nombre de décisions de suspension de prescription pour force majeure positives ou négatives et nombre total en 2011, 2012, 2013 et 2014	68
Tableau 34	Nombre de décisions de sanctions assurés qui ont fait l'objet d'un litige en 2011, 2012, 2013 et 2014	69
Tableau 35	Nombre de contentieux du refus d'accorder la suspension de prescription de deux ans pour cause de force majeure en 2011, 2012, 2013 et 2014	76
Tableau 36	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration en 2011, 2012, 2013 et 2014	77
Tableau 37	Nombre de contentieux de refus de dispense d'inscription en frais d'administration de 2006 à 2014	90
Tableau 38	Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin	91
Tableau 39	Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)	93
Tableau 40	Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en %)	94
Tableau 41	Bénéficiaires non assurés - Evolution par O.A. au 30 juin (en %)	94

2. Graphiques

Graphique 1	Contrôles thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2012, 2013 et 2014	81
Graphique 2	Contrôles thématiques « article 195 de la loi SSI » effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant abouti à des constatations en 2012, 2013 et 2014	82
Graphique 3	Contrôles non thématiques « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2012, 2013 et 2014.....	83
Graphique 4	Contrôles non thématiques « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de constatations en 2012, 2013, 2014.....	84
Graphique 5	Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2012, 2013 et 2014	85
Graphique 6	Contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2012, 2013 et 2014	86
Graphique 7	Contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Nombre de contrôles en 2012, 2013 et 2014.....	86
Graphique 8	Premiers contrôles de suivi « indemnités » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2012, 2013 et 2014.....	87
Graphique 9	Premiers contrôles de suivi « soins de santé » effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2012, 2013 et 2014.....	87
Graphique 10	Article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - Nombre de demandes de dispenses en 2012, 2013 et 2014	88
Graphique 11	Demandes article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 – Pourcentage de dispenses en 2012, 2013 et 2014	88
Graphique 12	Régime général - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2014 (en %).....	92
Graphique 13	Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2014 (en %)	93

Ce rapport d'activités a été réalisé grâce à la précieuse collaboration de :

Christophe Ciprietti, Christophe Buret, Carine Collin, Gorik Cools, Isabelle Daumerie, Mariane De Pauw, Pierre Gielen, Bert Govaerts, Ilse Kerfs, Isabelle Kersten, Nicki Kitsopoulos, Dirk Marcelis, Michel Monette, Katrien Persoons, Jean-Pierre Pinet, Bernard Rauw, Frederik Remorie, Louis Van Damme, Peter Van Haelter, Karlien Van Hellemont, Wout Verstraete, Allister Zuinen

Publicatiedatum: Juillet 2015

Editeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service du contrôle administratif de l'INAMI

Graphique design : Cellule communication de l'INAMI

Photo : Verypics

Dépôt légal : D/2015/0401/26