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

4e trimestre 2015

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Conseil technique des radio-isotopes

Les représentants suivants viennent élargir la composition du Conseil technique des radio-isotopes :[1]

- un représentant du ministre du budget
- un membre de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, désigné par la ministre de la Santé publique.

2. Prix de la journée d'entretien

Pour la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016 inclus, le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation d'urgence dans un pays non uni à la Belgique par une convention multilatérale ou bilatérale réglant cette matière, est fixé à 461,82 EUR.[2]

3. Frais d'administration des organismes assureurs

Le montant des frais d'administration s'élève, en 2016 :[3]

- à 1.050.174.000 EUR, pour les cinq unions nationales
- à 18.037.000 EUR pour la Caisse des soins de santé de la SNCB.

Les montants alloués reflètent les mesures d'économies imposées.

1. A.R. du 27.09.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. 16.10.2015, p. 64176.
2. A.M. du 08.10.2015 modifiant l'A.M. du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, M.B. du 16.10.2015, p. 64177.
3. Loi-programme du 26.12.2015, M.B. du 30.12.2015 (éd. 2), art. 83.

4. Prélèvements sur les spécialités pharmaceutiques

a. Prélèvements sur le chiffre d'affaires

En 2016, on continuera à prélever sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques.[4]

Il s'agit :

- d'une cotisation de base de 6,73 %
- d'une cotisation contributive de 1 %
- d'une contribution orpheline visant à faire participer aux dépenses de solidarité les médicaments orphelins ayant un chiffre d'affaires de plus de 3 millions d'EUR.

b. Contribution sur le marketing

La contribution instaurée en vue de compenser l'effet négatif de la promotion sur l'augmentation du nombre de prescriptions de médicaments remboursables est maintenue en 2016.[5]

c. Remboursement de référence[6]

Le système de remboursement de référence change en vue de l'exécution du "patent cliff". L'ouverture du cluster de référence entraîne une diminution unique de la base de remboursement (de 51,52 % pour les médicaments de la catégorie A, et de 43,64 % pour les autres spécialités) au lieu de baisses de prix consécutives dans le cadre du système de remboursement de référence/anciens médicaments.

À partir du 1er mars 2016, on régularisera en outre le prix et la base de remboursement :

- des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le cluster de référence a déjà été ouvert (spécialités originales et génériques) et pour lesquelles toutes les baisses de prix supplémentaires (2, 4 et 6 ans après l'ouverture initiale du cluster de référence) n'ont pas encore été appliquées, pour les amener au nouveau niveau de -51,52 % pour les spécialités remboursables dans la catégorie A, et au niveau de -43,64 % pour les autres spécialités

- des nouveaux génériques (récemment admis sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables conformément aux "anciens" pourcentages de diminution applicables avant le 01.03.2016) pour lesquels le cluster de référence n'a pas encore été ouvert (parce qu'il n'y avait pas encore de génériques par ex.), pour les amener au nouveau niveau de -51,52 % pour les spécialités remboursables dans la catégorie A, et au niveau de -43,64 % pour les autres spécialités

- des spécialités de référence (il s'agit des spécialités originales pour lesquelles le cluster de référence a été ouvert) avec un "supplément" à charge du patient afin d'apporter, le cas échéant, une correction à la suite d'une diminution de la "marge de sécurité" de maximum 10,80 EUR à maximum 5 EUR.

4. Loi-programme du 26.12.2015, M.B. du 30.12.2015 (éd. 2), art. 84-86.
5. Loi-programme du 26.12.2015, M.B. du 30.12.2015 (éd. 2), art. 87.
6. Loi-programme du 26.12.2015, M.B. du 30.12.2015 (éd. 2), art. 88 et 100-101.

Au 1er janvier 2017, il y aura en outre une régularisation du prix et de la base de remboursement des génériques et des copies, pour lesquels il n'existe plus de spécialités de référence remboursables, de sorte que les baisses de prix supplémentaires (2, 4 et 6 ans après l'ouverture initiale du cluster de référence) n'ont pas encore été appliquées, pour les amener au nouveau niveau de -51,52 % pour les spécialités remboursables dans la catégorie A, et au niveau de -43,64 % pour les autres spécialités, afin de supprimer cette discrimination.

5. Objectifs budgétaires

Durant l'année civile 2016, les honoraires, les interventions, les tickets modérateurs, les plafonds de tickets modérateurs et les prix qui ne fonctionnent pas suivant le mécanisme de l'indice pivot, ne seront pas indexés.[7]

6. Conventions bilatérales en matière de sécurité sociale

La Belgique a conclu un arrangement administratif en matière de sécurité sociale respectivement avec la Moldavie et l'Albanie, les 20 mai 2015 et 24 septembre 2015.[8] Les dispositions sur lesquelles portent les accords concernent la législation applicable et les prestations pouvant être effectuées au bénéfice d'un concitoyen qui réside sur le territoire de l'autre État signataire de la convention.

7. MyCareNet

Le secteur des laboratoires de biologie clinique sera intégré dans le système MyCareNet à partir de 2016.[9] Cette intégration entraînera une importante simplification sur le plan administratif. Les états mensuels et trimestriels que les laboratoires sont obligés d'envoyer au Service des soins de santé de l'INAMI, seront supprimés.

7. Loi programme du 26.12.2015, M.B. du 30.12.2015 (éd. 2), art. 99.
8. Arrangement administratif relatif à l'application de la convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République albanaise, M.B. du 30.12.2015, p. 80582 et arrangement administratif relatif à l'application de la convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Moldavie, M.B. du 30.12.2015, p. 80578.
9. A.R. du 09.11.2015 portant exécution de l'art. 63, al. 1er, 3°, de la loi SSI , M.B. du 09.12.2015, p. 72982.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Tiers payant

En application de la nouvelle réglementation relative au régime du tiers payant, la Commission nationale dento-mutualiste a fixé les modalités d'application du régime du tiers payant pour les praticiens de l'art dentaire. Ces modalités ont été mentionnées dans un addendum à l'Accord national dento-mutualiste 2015-2016.[10]

b. Assurabilité des artistes

Les artistes peuvent se voir refuser l'allocation de chômage pour les jours où ils sont rémunérés au moyen d'un salaire à la tâche (rémunération sur laquelle on prélève des cotisations de sécurité sociale) et ce, par l'application d'une règle de conversion qui détermine la période de travail couverte par ce salaire à la tâche. Ces jours sont assimilés à des jours de chômage contrôlé. Les artistes conservant leur qualité de chômeurs contrôlés, ils conservent leur droit aux prestations de santé.[11]

c. Maximum à facturer (MAF)[12]

Le MAF social est étendu aux enfants handicapés qui bénéficient automatiquement du droit à l'intervention majorée.
Un certain nombre de modifications formelles sont en outre apportées concernant les revenus qui sont pris en considération pour la détermination du revenu du ménage quand l'administration fiscale ne dispose pas de données concernant un membre du ménage et en cas de situations dignes d'intérêt. Les bénéficiaires ne devront plus mentionner le montant de leurs revenus sur la déclaration sur l'honneur mais uniquement le type de revenus dont ils bénéficient.

2. Dispensateurs de soins

a. Attestations de soins donnés

De nouveaux modèles d'attestations de soins donnés sont disponibles depuis le 1er juillet 2015. La période de transition pour l'utilisation d'anciennes attestations sous la forme d'attestations à imprimer en continu et d'anciennes attestations récapitulatives est prolongée jusqu'au 31 décembre 2016.[13]

10. Accord national dento-mutualiste 2015-2016, addendum, M.B. du 29.12.2015, p. 80190.
11. A.R. du 30.11.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI , M.B. du 11.12.2015, p. 73296.
12. A.R. du 08.10.2015 modifiant l'A.R. du 15.07.2002 portant exécution du chapitre IIIbis du Titre III de la loi SSI, M.B. du 23.10.2015 (éd. 2), p. 65485.
13. Règlement du 21.09.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 13.10.2015, p. 63706 et Règlement du 26.10.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11° de la loi SSI, M.B. du 05.11.2015 (éd. 2), p. 67475.

b. Pharmaciens

MYCARENET

Les pharmaciens bénéficient d'une prime unique de 400 EUR en vue d'encourager le déploiement de l'e-Santé.[14] L'octroi de cette prime s'inscrit dans le cadre d'un objectif global (pour tous les pharmaciens confondus) :

- utilisation à 100 % de MyCareNet Assurabilité au 1er juillet 2015
- utilisation à 100 % de MyCareNet – Consultation médicaments chapitre IV au 1er juillet 2015
- utilisation à 100 % de Recipe au 1er juillet 2015 ou au moins un accord sur la date du déploiement collectif de Recipe avec les médecins au sein de l'asbl Recipe (au plus tard à 100 % le 31.12.2016).

Aucune prime ne sera octroyée si l'objectif collectif global n'est pas atteint.

Le Service des soins de santé contrôlera les données transmises et déterminera si l'objectif collectif global a ou non été atteint. Les conclusions seront communiquées à la Commission de conventions des Pharmaciens - Organismes assureurs au plus tard le 1er octobre 2015.

Recip-e = service permettant au médecin de sauvegarder une prescription de médicaments sur le serveur de Recip-e, et au pharmacien de la consulter quand le patient se présente dans l'officine.

OBLIGATION D'INFORMATION

À partir du 1er janvier 2016, le document "paiement au comptant" mentionnera le numéro BCE de la pharmacie.[15] La mention du numéro d'identification de la Banque Carrefour s'inscrit dans le cadre de l'obligation légale d'information.

3. Prestations

a. Médecins

MÉDECINE GÉNÉRALE – PASSEPORT DU DIABÈTE

À partir du 1er février 2016, un pré-trajet sera prévu pour tous les patients diabétiques de type 2, à partir du diagnostic jusqu'à la prise en charge dans le cadre d'une convention diabète ou la conclusion d'un trajet de soins.[16] Ce pré-trajet comprend l'identification et l'enregistrement des patients, la fixation des objectifs avec le patient, l'enregistrement de données cliniques et biologiques et les soins adéquats.

Le protocole de soins est établi à l'aide d'un nouveau formulaire.[17]

14. A.R. du 12.10.2015 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde au pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public ou à la société au sein de laquelle il travaille, une intervention pour encourager le déploiement de e-Santé , M.B. du 05.11.2015 (éd. 2), p. 67421.
15. Règlement du 05.10.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 15.10.2015, p. 64010.
16. A.R. du 30.11.2015 modifiant l'art. 2, B, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 11.12.2015, p. 73297.
17. Règlement du 04.05.2015 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 11.12.2015, p. 73408.

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES – DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

La nomenclature sera modifiée à partir du 1er février 2016 en vue d'un meilleur dépistage du cancer du sein.[18]

- Trois nouvelles prestations ont été créées pour le dépistage précoce du cancer du sein chez les femmes asymptomatiques mais ayant un risque accru de développer un cancer du sein, quel que soit leur âge. Il s'agit d'une mammographie, d'une échographie et d'un examen RMN
- Un screening des deux seins est en outre prévu pour les femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans, et pour les femmes asymptomatiques ayant un profil de risque accru, indépendamment de leur âge.

Les femmes présentant un risque accru de développer un cancer du sein ne sont pas redevables d'une quote-part personnelle.[19]

Le formulaire "Notification de risque particulièrement accru de développer un cancer du sein" sera également modifié.[20] Ce formulaire de notification est envoyé au médecin-conseil et a pour but de documenter le risque particulièrement accru de développer un cancer du sein et de garantir aux femmes concernées le droit intégral au remboursement.

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES - IMAGERIE MÉDICALE

Les prestations relatives à la médecine nucléaire de diagnostic sont modifiées. Les nouvelles dispositions entreront en vigueur à partir du 1er janvier 2016.[21]

- La nomenclature des scintigraphies classiques est modifiée. De nouveaux sous-titres y sont insérés et le libellé de la prestation "double tomo" est modifié. Quelques autres petites adaptations y sont en outre également apportées
- La liste des indications pour lesquelles des examens PET sont remboursés est également modifiée. Il y a six nouvelles prestations pour les examens PET, cinq pour différents groupes d'indications bien définies. Il s'agit d'indications dans le cadre des pathologies oncologiques, des pathologies cardiaques, de l'épilepsie, des pathologies inflammatoires et infectieuses et des affections neurodégénératives. Un numéro de code de nomenclature spécifique est créé pour les examens PET effectués dans le cadre d'indications qui tombent en dehors de cette liste, c'est-à-dire pour les indications dites "orphelines".

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES – BIOLOGIE CLINIQUE

La période de transition de 2 ans, accordée aux laboratoires pour porter en compte la prestation "Recherche de l'HPV à haut risque au moyen d'une méthode de diagnostic moléculaire", sera abolie à partir du 1er février 2016.[22]

18. A.R. du 25.11.2015 modifiant les art. 17, §§ 1er et 11, et 17*bis*, § 1er, 1, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.12.2015, p. 77694.
19. A.R. du 25.11.2015 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 24.12.2015, p. 77696.
20. Règlement du 28.04.2014 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11°, de la loi SSI, M.B. du 24.12.2015, p. 77828.
21. A.R. du 16.12.2015 modifiant les art. 18, § 2, B, et 19, § 8, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , M.B. du 24.12.2015, p. 77697.
22. A.R. du 09.11.2015 modifiant l'art. 32, § 10, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , M.B. du 09.12.2015, p. 72981.

À partir de cette même date, une disposition de la nomenclature relative à la sérologie infectieuse sera supprimée. Il s'agit du dépistage d'anticorps contre le campylobacter.[23]

PRESTATIONS DE SOINS

Un certain nombre d'articles de la nomenclature seront modifiés à partir du 1er février 2016.[24] Il ne s'agit pas, en l'occurrence, de modifications de fond mais d'actualiser un certain nombre de concepts et de libellés et de supprimer un certain nombre de règles d'application et de règles interprétatives qui n'ont plus lieu d'être.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Une règle interprétative désuette portant sur une prestation qui a été supprimée il y a plus de 10 ans (pose d'une sonde Miller-Abbott sous scopie télévisée) sera supprimée à partir du 1er juillet 2003.[25]

PROTOCOLES D'ACCORD

Le 24 février 2014, les ministres fédéral, des Communautés et des Régions qui ont les soins de santé dans leurs attributions ont fixé un certain nombre d'accords sur les appareils PET dans le protocole d'accord (Protocole d'accord en matière d'imagerie médicale, M.B. du 20.06.2014) après s'être concertés sur les besoins en matière d'imagerie médicale en Belgique.

L'extension de la capacité, et par conséquent de l'accès aux appareils PET, est justifiée compte tenu de l'extension importante des indications en oncologie. L'extension de la programmation PET donne en outre lieu, à partir du 1er janvier 2016, à une adaptation du financement des appareils PET.[26]

- Un forfait est introduit pour couvrir les frais de fonctionnement
- La base de remboursement du traceur PET utilisé dans le cadre d'un examen PET est adaptée en fonction des indications ou des indications orphelines reconnues.

b. Praticiens de l'art dentaire

La nomenclature des praticiens de l'art dentaire change en fonction des accords conclus à la Commission nationale dento-mutualiste (2014-2016).[27]

- À partir du 1er octobre 2015, on relèvera la limite d'âge supérieure pour l'examen bucco-dentaire annuel de 65 à 66 ans. À partir du 1er janvier 2016, on relèvera cette limite d'âge à 67 ans

- Une nouvelle prestation sera admise à partir du 1er octobre 2015. Il s'agit de la rémunération de la thérapie d'urgence initiale dans le cadre d'un traitement radiculaire

23. A.R. du 09.11.2015 modifiant l'art. 24, § 1er, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , M.B. du 09.12.2015, p. 72980.
24. A.R. du 09.11.2015 modifiant les art. 1er, §§ 3, 4*bis*, II, A, 4*ter* et 7, 9, c), 12, §§ 1er, c), et 3, 7°, 14, a), 14, d), 14, h), § 2, 19, § 5*quinquies*, 20, §§ 1er et 2, 21, § 1er, 22, II, b), 24, § 10, et 25, §§ 1er et 3, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 09.12.2015, p. 72978.
25. Règle interprétative du 07.09.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 20.10.2015 (éd. 3), p. 64644.
26. A.R. du 16.12.2015 modifiant l'A.R. du 22.05.2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques, M.B. du 24.12.2015, p. 77704.
27. A.R. du 27.09.2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 01.10.2015, p. 61568 et l'A.R. du 27.09.2015 modifiant l'A.R. du 29.02.1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires, M.B. du 01.10.2015, p. 61571.

- À partir du 1er décembre 2015, la nomenclature prévoit une rétribution supplémentaire pouvant être portée en compte dans le cadre de prestations conservatrices et d'extractions, effectuées chez des personnes ayant des besoins particuliers. Il s'agit, en l'occurrence, de personnes ayant un handicap ou une limitation.

À partir du 1er décembre 2015, la nomenclature relative aux prestations sur les prothèses amovibles sera modifiée.[28]

- Quelques nouveaux critères sont décrits. Ceux-ci s'adressent aux patients qui sont en traitement pour des affections lourdes telles qu'un cancer, une transplantation d'organes ou une opération du cœur et qui, à la suite de ces traitements, perdent des dents ou doivent se faire arracher des dents à titre préventif. Les thérapies qui entraînent une édentation entrent en ligne de compte pour le remboursement de la prothèse amovible

- La procédure de demande de prothèses en dérogation à la limite d'âge introduite par des personnes atteintes d'agénésie sera rendue plus stricte. Il doit être question d'une agénésie congénitale d'au moins 3 dents définitives alors qu'autrefois une autorisation pouvait être donnée à partir de 2 agénésies

- Enfin, un nouveau critère a été ajouté : édentation consécutive à un traumatisme dentaire chez un patient traité pour épilepsie, causée par une crise d'épilepsie.

c. Audiciens

Une modification a été apportée à la nomenclature des audiciens pour permettre l'admission d'audioprothèses entrant en ligne de compte pour un remboursement sur une liste de produits remboursés par l'assurance maladie. La manière dont le distributeur doit introduire son dossier et le déroulement de la procédure qui s'ensuit seront applicables à partir du 11 octobre 2015.[29]

d. Bandagistes

MATÉRIEL DE STOMIE ET D'INCONTINENCE

À partir du 1er janvier 2016, le remboursement du matériel de stomie et d'incontinence changera à cinq niveaux :[30]

- le matériel d'incontinence pourra dorénavant également être délivré et facturé dans une quantité moindre

- ajout de nouvelles prestations et de nouvelles indications pour les systèmes d'urétérostomie et/ou de systostomie et pour les fistules des voies urinaires

- modification au niveau du libellé des auxiliaires du matériel de stomie

- adaptation des systèmes de soins pour des situations exceptionnelles en cas de stomie et/ou de cystostomie et de fistules des voies urinaires et du tractus intestinal

28. A.R. du 02.10.2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'art. 6 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.10.2015, p. 65668.
29. A.R. du 16.09.2016 modifiant l'art. 31 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 01.10.2015, p. 61566.
30. A.R. du 03.09.2015 modifiant l'art. 27 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 02.10.2015, p. 62165 et l'erratum M.B. du 01.12.2015, p. 71521.

- Enfin, la procédure d'actualisation des listes de matériel de stomie et d'incontinence sera officialisée.

VOITURETTES

Une règle interprétative prévoit clairement une limite d'âge pour le remboursement du châssis d'une assise modulaire adaptable.[31] Le châssis n'est remboursable que jusque 21 ans.

e. Implants et dispositifs médicaux invasifs

À partir du 1er avril 2015, le formulaire de demande pour une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût d'un implant cochléaire pour un bénéficiaire avec perte auditive bilatérale asymétrique, sera modifié.[32]

À partir du 1er septembre 2015, de nouveaux formulaires devront être utilisés pour toute demande d'intervention dans le coût des implants de l'oreille moyenne.[33]

Enfin, le formulaire devant être introduit pour obtenir le remboursement de stimulateurs cardiaques et de stimulateurs cardiaques de resynchronisation sera modifié à partir du 1er octobre 2015.[34]

f. Établissements et services de soins

CENTRES DE RÉFÉRENCE DU SIDA

Depuis tout un temps déjà, le Comité de l'assurance a la possibilité de conclure une convention avec des centres de référence VIH/SIDA pour le remboursement du traitement prophylactique en cas d'exposition au virus VIH. Les modalités pour la conclusion de ces conventions changent profondément à partir du 1er janvier 2013.[35] Ces modalités portent sur :

- les conditions auxquelles le centre de référence doit répondre pour la conclusion d'une telle convention avec le Comité de l'assurance
- les conditions auxquelles le bénéficiaire doit répondre pour entrer en ligne de compte pour un traitement prophylactique au moyen d'antirétroviraux, ainsi que sur les conditions applicables au médecin responsable, en ce compris la documentation dans le dossier médical
- l'intervention et les conditions qui sont décrites
- les dispositions de la convention qui sont également fixées.

31. Règle interprétative du 07.12.2015 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 24.12.2015, p. 77831.
32. Règlement du 26.10.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 23.11.2015, p. 70048.
33. Règlement du 13.07.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 19.10.2015, p. 64350.
34. Règlement du 07.09.2015 modifiant le règlement du 16.06.2014 fixant les formulaires relatifs aux procédures de demande en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, repris dans la liste des prestations des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursables, M.B. du 19.10.2015, p. 64377.
35. A.R. du 26.12.2015 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux Centres de référence VIH/SIDA pour le traitement prophylactique en cas d'exposition accidentelle non-professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou d'exposition accidentelle professionnelle, M.B. du 29.12.2015, p. 79940.

SOINS ALTERNATIFS ET DE SUPPORT AUX PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES

Les Communautés, les Régions et l'autorité fédérale ont conclu un accord concernant le développement de formes alternatives de soins et de soutien aux personnes âgées vulnérables. Ces formes alternatives de soins sont financées par l'article 56 de la loi Soins de santé et indemnités. L'activité est prolongée jusqu'au 31 août 2018 pour 15 projets.[36]

CENTRES POUR GRANDS BRÛLÉS

Le critère auquel doivent répondre les patients pour être traités dans un centre de traitement des grands brûlés est décrit comme suit : "d'importants délabrements cutanés d'origine traumatique ou médicale (gangrène, fasciite nécrosante...) s'étendant sur plus de 10 % de la surface corporelle totale". Depuis le 20 novembre 2015, ce critère est également admis comme critère pour l'obtention du remboursement pour ces patients.[37] Il s'agit d'une rectification.

g. Prestations pharmaceutiques

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Le Conseil technique pharmaceutique apporte une simplification administrative dans sa procédure.[38]

Si le Conseil émet une proposition provisoire négative concernant l'admission au remboursement ou une modification des conditions de remboursement à laquelle la firme ne réagit pas, la proposition devient définitive sans devoir repasser devant le Conseil.

RÈGLES INTERPRÉTATIVES

À partir du 1er décembre 2015, une règle interprétative entrera en vigueur pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.[39] Celle-ci prévoit le remboursement d'une spécialité pharmaceutique bien spécifique.

III. Indemnités

1. Déclaration d'incapacité de travail et de prolongation

À partir du 1er janvier 2016, un nouveau certificat médical, à l'aide duquel l'incapacité de travail devra être notifiée au médecin-conseil de l'organisme assureur, entrera en application.[40]

36. A.R. du 16.11.2015 modifiant l'A.R. du 02.07.2009 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions en application de l'art. 56, § 2, al. 1er, 3°, de la loi SSI, pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles, M.B. du 27.11.2015 (éd. 2), p. 70989.
37. A.R. du 09.11.2015 modifiant l'A.R. du 19.09.1999 fixant les conditions auxquelles l'assurance soins de santé et indemnités intervient dans le prix de la journée d'entretien d'une unité pour le traitement des grands brûlés, M.B. du 20.11.2015 (éd. 2), p. 69733.
38. A.R. du 30.11.2015 modifiant l'A.R. du 12.10.2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés, M.B. du 17.12.2015, p. 75665.
39. Règle interprétative du 05.10.2015, M.B. du 20.11.2015 (éd. 2), p. 69926.
40. Règlement du 18.11.2015 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5°, de la loi SSI, M.B. du 29.12.2015, p. 79943.

Ce certificat médical mentionnera la durée probable de l'incapacité de travail (le médecin traitant devra donc mentionner la date de début et de la fin de la période d'incapacité de travail) et sera utilisé au début de chaque nouvelle période d'incapacité de travail, aussi pour toute prolongation (sans interruption) de l'incapacité de travail primaire (première année d'incapacité de travail).

Le certificat d'incapacité de travail comprend deux volets à compléter respectivement par l'assuré social et le médecin traitant.

INFORMATIONS À FOURNIR PAR L'ASSURÉ SOCIAL

L'assuré social devra préciser s'il s'agit d'une entrée en incapacité de travail ou d'une prolongation de l'incapacité de travail. Cette information est particulièrement utile si le début de l'incapacité de travail n'a pas encore fait l'objet d'une déclaration (la période initiale étant couverte par le salaire garanti).

Il devra en outre préciser sa situation professionnelle au début de l'incapacité de travail (y compris l'exercice d'une activité indépendante éventuelle) et y décrire sa profession (en vue de faciliter l'évaluation de l'incapacité de travail par le médecin-conseil). Enfin, il devra aussi renseigner le lien éventuel de son incapacité avec un accident ou une maladie professionnelle.

INFORMATIONS À FOURNIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Dans la partie à remplir par le médecin traitant, celui-ci devra renseigner tant la date de début que la date de fin (probable) de l'incapacité de travail qu'il atteste. Il lui est en outre demandé de préciser le diagnostic ou la symptomatologie et/ou les troubles fonctionnels (voire les problèmes professionnels ou sociaux) pour permettre une meilleure évaluation de l'incapacité de travail. La codification éventuelle du diagnostic principal est également prévue.

Enfin, le médecin devra y mentionner ses coordonnées (téléphone, courriel) pour pouvoir communiquer avec le médecin-conseil. Les données médicales confidentielles seront communiquées via des applications sécurisées.

Si la date de fin ne figure pas sur le certificat médical, le médecin-conseil entreprendra toutes les démarches nécessaires pour obtenir cette information. Pour ce faire, le médecin-conseil prendra contact avec le médecin traitant du titulaire.

DÉBUT DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Le médecin-conseil de l'organisme assureur reconnaît ou refuse de reconnaître l'incapacité de travail durant la première année de l'incapacité de travail (incapacité primaire). Il fixe la date de début de l'incapacité de travail en tenant compte de toutes les données dont il dispose et notifie sa décision à l'assuré.

FIN DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

S'il est d'accord avec la date de fin mentionnée par le médecin traitant, le médecin-conseil reconnaît l'état d'incapacité de travail jusqu'à cette date (l'incapacité de travail prend donc fin sans qu'un examen médical préalable soit effectué par le médecin-conseil).

S'il n'est pas d'accord avec la date de fin mentionnée par le médecin traitant sur le certificat médical, le médecin-conseil convoquera le titulaire à un examen médical et il pourra, le cas échéant, mettre prématurément fin à l'incapacité de travail.

2. Chômage contrôlé : jeunes chômeurs à qui le droit aux allocations d'insertion est refusé

Les jeunes chômeurs, à qui le droit aux allocations d'insertion est refusé en raison du fait qu'ils ne recherchent pas suffisamment activement un emploi, maintiennent, pendant maximum six mois en tant que chômeurs contrôlés, leur qualité de titulaires aux prestations du secteur des soins de santé et du secteur des indemnités.[41] En effet, la période dans laquelle l'allocation d'insertion est refusée après une première évaluation "définitive" négative est assimilée à une période de chômage contrôlé pendant maximum six mois.

3. Chômage contrôlé : travailleur qui exerce une activité artistique à la tâche

En 2014, une nouvelle règle de conversion a été insérée dans la réglementation sur le chômage. Cette règle s'applique aux activités artistiques qui sont exercées contre une rémunération à la tâche, activités sur lesquelles on retient des cotisations de sécurité sociale pour le régime des travailleurs salariés. Cette règle de conversion a pour but de permettre à l'Office national de l'Emploi (ONEM) de déterminer plus précisément la période de travail exercée par l'artiste, couverte par une rémunération à la tâche. C'est sur cette base que le droit aux allocations de chômage est refusé suivant une formule de calcul spécifique au chômage et ce, pendant un certain nombre de jours bien défini qui se situent dans l'avenir.

Depuis le 1er juillet 2014, la réglementation a été modifiée. En effet, ces jours non indemnisés, à la suite de l'application de la règle de conversion "chômage" par l'ONEM, sont assimilés à des jours de chômage contrôlé (tant dans le secteur des indemnités que dans le secteur des soins de santé).[42]

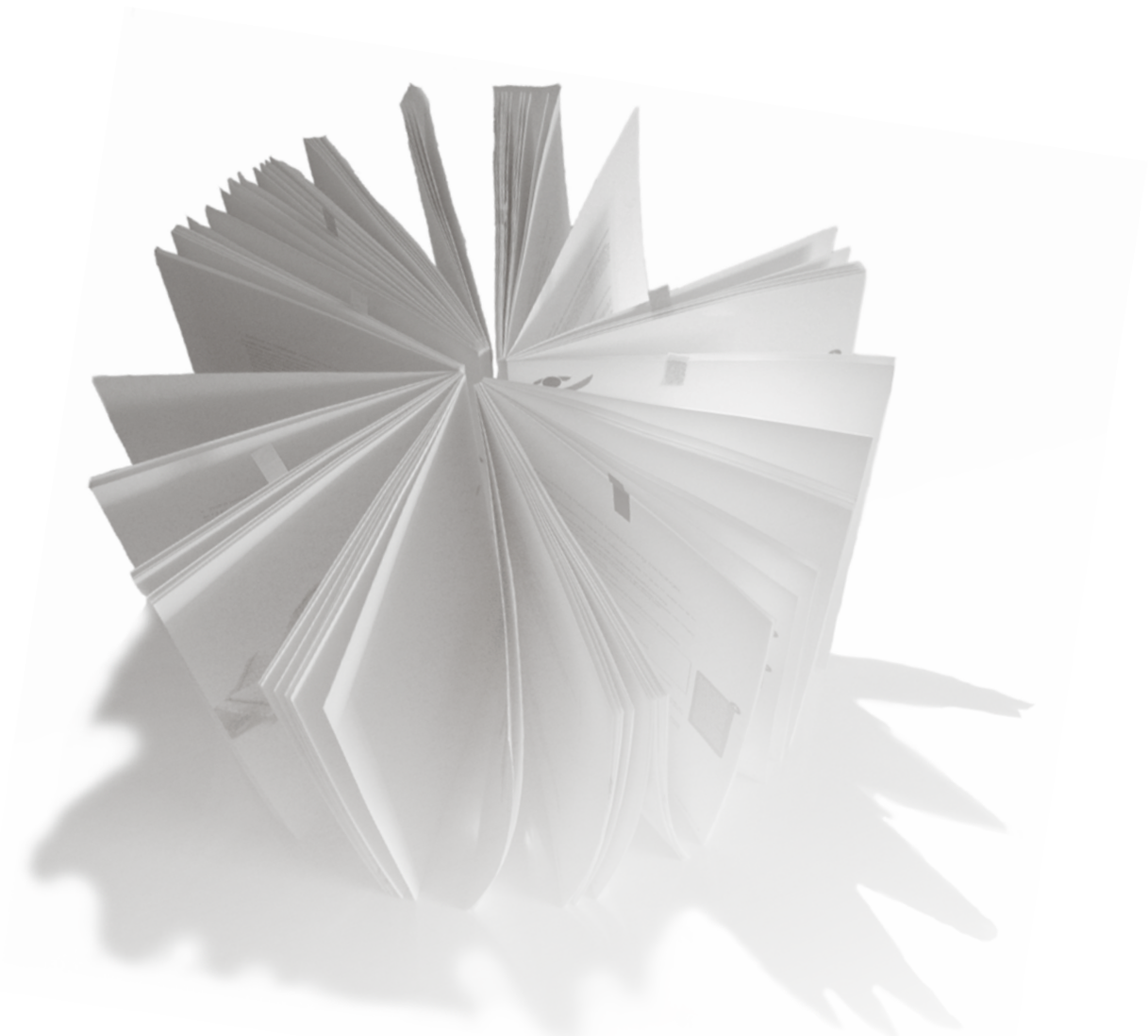
4. Vacances supplémentaires

La possibilité de prendre des jours de vacances supplémentaires à partir du 1er avril 2012 en début d'activité ou lors de la reprise d'une activité ("Vacances européennes") entraîne une modification de la réglementation[43] :

- une assimilation des jours de vacances supplémentaires aux jours de travail pour la période de stage et le maintien du droit aux indemnités, ainsi que pour la prolongation du repos postnatal
- non-application des règles spécifiques de cumul d'indemnités et du pécule de vacances, pour les jours de vacances supplémentaires
- une neutralisation de la période de vacances supplémentaires (comme pour la période de vacances légales) pour le calcul de l'éventuelle cotisation complémentaire (période de stage et maintien du droit).

41. A.R. du 23.10.2015 modifiant, en ce qui concerne la notion de chômage contrôlé, l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 16.11.2015, p. 68848.
42. A.R. du 30.11.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 11.12.2015, p. 73296.
43. A.R. du 06.12.2015 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 18.12.2015 (éd. 2), p. 76078.

2e Partie
Jurisprudence



I. Cour Constitutionnelle du 3 décembre 2015

Loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, article 14, § 1er - Notion de cohabitation

Les cohabitants sont les personnes qui vivent sous le même toit et règlent principalement en commun leurs questions ménagères. L'allocataire social retire un avantage économico-financier de cette cohabitation, soit parce qu'il peut partager certains frais, soit parce qu'il bénéficie de certains avantages matériels. Il a de ce fait moins de dépenses.

C'est la situation de fait du demandeur qui prime. Compte tenu de cette situation de fait, ces personnes peuvent être considérées soit comme des cohabitants, soit comme des isolés.

Arrêt n° 174/2015

…

I. Objet de la question préjudicielle et procédure

Par jugement du 17 décembre 2014 en cause de Sawra Kojar contre le centre public d'action sociale d'Ostende, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 23 décembre 2014, le Tribunal du travail de Gand, division Bruges, a posé les questions préjudicielles suivantes :

"L'article 14, § 1er de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale contient-il une lacune contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution du fait de l'absence d'une catégorie entre la catégorie "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes" et la catégorie "personne isolée" et entre les montants correspondants, tels qu'ils sont appliqués par analogie ou lorsque ceux-ci doivent être appliqués dans le cadre de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale, dans une situation de fait qui est pour moitié celle d'un isolé et pour moitié celle d'un cohabitant, et donc dans une situation de fait inégale par rapport aux personnes se trouvant de fait dans les conditions de vie soit d'un isolé soit d'un cohabitant, alors que cette personne est néanmoins traitée de manière égale par rapport aux personnes se trouvant dans une des deux situations et qu'elle doit être rangée dans une des deux catégories et recevoir le montant correspondant ?

L'absence - dans l'article 14, § 1er de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale - d'une catégorie de bénéficiaires du revenu d'intégration qui appréhende la situation intermédiaire entre celle d'une "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes" et celle d'une "personne isolée" viole-t-elle les articles 10 et 11 de la Constitution ? ".

…

B.1. Les questions préjudicielles portent sur l'article 14, § 1er , de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, qui dispose :

"Le revenu d'intégration s'élève à :

1° 4.955,60 EUR pour toute personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes.

Il faut entendre par cohabitation le fait que des personnes vivent sous le même toit et règlent principalement en commun leurs questions ménagères.

2° 7.433,40 EUR pour une personne isolée ainsi que pour toute personne sans abri qui bénéficie d'un projet individualisé d'intégration sociale visé à l'article 11, §§ 1er et 3 ainsi qu'à l'article 13, § 2.

3° 9.911,21 EUR pour une personne vivant avec une famille à sa charge.

Ce droit s'ouvre dès qu'il y a présence d'au moins un enfant mineur non marié.

Il couvre également le droit de l'éventuel conjoint ou partenaire de vie.

Par famille à charge, on entend le conjoint, le partenaire de vie, l'enfant mineur non marié ou plusieurs enfants parmi lesquels au moins un enfant mineur non marié.

Par partenaire de vie, on entend la personne avec qui le demandeur constitue un ménage de fait.

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans quelle mesure le conjoint ou le partenaire de vie doit répondre aux conditions d'octroi visées à l'article 3".

B.2.1. Le juge *a quo* demande si la disposition en cause viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'elle ne prévoit pas, entre la catégorie "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes" et la catégorie "personne isolée", une catégorie de bénéficiaires du revenu d'intégration dont la situation de fait est pour moitié celle d'une personne isolée et pour moitié celle d'une personne cohabitante (première question préjudicielle) ou une catégorie qui se rapproche d'une telle situation (seconde question préjudicielle).

B.2.2. La Cour examine les deux questions préjudicielles ensemble.

B.2.3. Il ressort des motifs de la décision de renvoi que le juge *a quo* estime que la partie demanderesse se trouvait dans une situation de fait qui est partiellement celle d'une personne cohabitante et partiellement celle d'une personne isolée, en raison d'éléments de fait qui concernent la relation entre deux personnes et permettent de conclure pour partie à une cohabitation et pour partie à une non-cohabitation.

B.3. Par son arrêt n° 176/2011 du 10 novembre 2011, évoqué tant par le juge *a quo* que par le Conseil des ministres, la Cour a jugé :

"B.1. Les questions préjudicielles concernent l'article 14, § 1er, 1°, alinéa 2, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. L'article 14, § 1er, précité fixe le montant du revenu d'intégration. Ce montant varie selon la situation personnelle du bénéficiaire. Il est de 8.800 EUR sur une base annuelle pour une personne vivant avec une famille à sa charge, de 6.600 EUR pour une personne isolée et de 4.400 EUR pour une "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes". Le droit au revenu d'intégration est individualisé, de sorte qu'il n'est pas prévu de montant pour un couple. Le cas échéant, si deux personnes formant un ménage satisfont aux conditions pour être bénéficiaires du revenu d'intégration, elles obtiennent chacune un montant de 4.400 EUR.

La disposition en cause précise la notion de "cohabitation" :

"Il faut entendre par cohabitation le fait que des personnes vivent sous le même toit et règlent principalement en commun leurs questions ménagères".

B.2.1. Avant son abrogation par l'article 54 de la loi du 26 mai 2002, l'article 2 de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence distinguait quatre catégories de bénéficiaires : "les conjoints vivant sous le même toit", "une personne qui cohabite uniquement soit avec un enfant mineur non marié qui est à sa charge, soit avec plusieurs enfants, parmi lesquels au moins un enfant mineur non marié qui est à sa charge" "une personne isolée" et "toute autre personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes, peu importe qu'il s'agisse ou non de parents ou d'alliés". Cette disposition négligeait, contrairement à la disposition en cause, de définir plus précisément la notion de "cohabitation". Par conséquent, il revenait aux cours et tribunaux de déterminer s'il était question de "conjoints vivant sous le même toit" ou d'une "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes".

B.2.2. Il ressort des travaux préparatoires de la loi du 26 mai 2002 que le législateur a souhaité s'approprier cette jurisprudence. Interrogé sur la portée de la notion de "cohabitation" le ministre a déclaré ce qui suit :

"La définition de la notion de "cohabitant", telle qu'elle figure à l'article 14, § 1er, 1°, du projet, correspond à l'interprétation de la Cour de cassation. Il importe de ne pas déroger en l'occurrence à cette interprétation, qui a entre-temps été confirmée par les tribunaux et les cours du travail, sur la jurisprudence constante desquels les CPAS se fondent pour prendre leurs décisions.

Cette définition est d'ailleurs identique à celle prévue à l'article 59 de l'arrêté ministériel du 26 janvier 1991 portant les règles d'application de la réglementation relative au chômage" (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1603/004, pp. 55 et 56).

Dans son avis sur l'avant-projet de loi qui a conduit à la disposition en cause, la section de législation du Conseil d'État a considéré que la définition de la notion de "cohabitation", visée à l'article 14, § 1er, 1°, alinéa 2, de la loi du 26 mai 2002, correspond à celle que l'on donne d'ordinaire à la notion de cohabitation dans le droit de la sécurité sociale (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1603/001, p. 82).

B.2.3. Dans un arrêt du 8 octobre 1984, la Cour de cassation a jugé que par les termes "personne cohabitant avec une ou plusieurs personnes" au sens de l'article 2 de la loi du 7 août 1974, il faut entendre une personne qui vit avec une ou plusieurs personnes, sous le même toit, en faisant ménage commun avec elles (Pas., 1985, I, p. 188). La Cour de cassation a considéré que la Cour du travail avait légitimement pu estimer qu'il était question de cohabitation lorsque le demandeur, par comparaison avec une personne isolée, bénéficie de plus d'avantages matériels et supporte moins de charges financières. Il ressort du même arrêt qu'il peut être question de cohabitation en se basant sur les avantages matériels dont un allocataire social bénéficie en raison du fait qu'il cohabite avec une ou plusieurs personnes, en l'espèce en ce qu'il pouvait habiter gratuitement et prendre ses repas. Il n'est pas requis que la personne avec laquelle le demandeur cohabite dispose de revenus propres.

B.3. L'exposé des motifs de la disposition en cause indique que le taux du revenu d'intégration octroyé à la "catégorie [isolé] est plus élevé que [celui de] la catégorie cohabitant compte tenu du fait que l'isolé doit supporter seul certaines charges fixes (logement, ameublement, ...)" (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1603/001, p. 20). Le ministre ajouta "qu'une personne vraiment isolée doit supporter des charges plus importantes qu'une personne qui peut partager ces charges avec quelqu'un" et "c'est pourquoi une correction est apportée au droit individuel en cas de cohabitation" (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1603/004, p. 54). Il peut en être déduit que le montant moindre du taux cohabitant par rapport au taux isolé est justifié par la considération que l'allocataire social tire un avantage économico-financier de la cohabitation, du fait qu'il doit supporter moins de charges financières relatives au ménage, soit parce qu'il peut partager certains frais, soit parce qu'il bénéficie de certains avantages matériels.

B.4. En matière d'octroi du revenu d'intégration, c'est la situation de fait du demandeur qui prime (Doc. parl., Ch., 2001-2002, DOC 50-1603/004, p. 55). L'absence de ressources du demandeur du revenu d'intégration et, le cas échéant, la situation patrimoniale de la personne avec laquelle il vit sous le même toit doivent être constatées de manière individuelle par l'enquête sociale que doivent effectuer les services compétents du centre public d'action sociale par application de l'article 19 de la loi du 26 mai 2002. Sur la base de cette enquête et du constat selon lequel le demandeur du revenu d'intégration tire un avantage économico-financier de la cohabitation, le CPAS décide d'octroyer un revenu d'intégration d'isolé ou de cohabitant. En cas de litige, l'affaire peut être soumise aux juridictions du travail".

B.4. Par la loi du 26 mai 2002, le législateur entend accorder, sous certaines conditions, un revenu d'intégration à des personnes ne disposant pas de ressources suffisantes, pour leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine.

B.5. Le caractère forfaitaire du revenu d'intégration et la multiplicité des situations individuelles des bénéficiaires expliquent que le législateur recoure à des catégories qui, forcément, ne traduisent la diversité des situations qu'avec un certain degré d'approximation. Néanmoins, lorsqu'il établit les catégories de bénéficiaires du revenu d'intégration en fonction de leur situation, le législateur ne pourrait, sans violer les articles 10 et 11 de la Constitution, adopter des critères de distinction qui se révéleraient dépourvus de pertinence.

B.6. La disposition en cause prévoit trois catégories de bénéficiaires du revenu d'intégration, dont les deux premières sont les seules à devoir être prises en considération en l'espèce, à savoir les cohabitants et les isolés.

Les cohabitants, au sens de l'article 14, § 1er, 1°, de la loi du 26 mai 2002, sont les personnes qui "vivent sous le même toit et règlent principalement en commun leurs questions ménagères".

Comme l'a jugé la Cour par son arrêt n° 176/2011 précité, la notion de "cohabitation" visée à l'article 14, § 1er,1°, de la loi du 26 mai 2002 exige que le fait de vivre sous le même toit que l'autre personne procure au demandeur du revenu d'intégration un avantage économico-financier. Ce dernier peut consister en ce que le cohabitant dispose de revenus lui permettant ainsi de partager certains frais mais également en ce que le demandeur peut bénéficier de certains avantages matériels en raison de la cohabitation et a de ce fait moins de dépenses.

Il s'ensuit que la situation soumise au juge *a quo* et envisagée par les questions préjudicielles, telle qu'elle a été précisée en B.2.3., n'est visée par l'article 14, § 1er,1°, de la loi du 26 mai 2002 que si la partie demanderesse vit sous le même toit que l'autre personne et peut bénéficier d'un avantage économico-financier en raison de la cohabitation, parce qu'elle a moins de dépenses.

B.7. Étant donné que l'article 14, § 1er, 1°, de la loi du 26 mai 2002 doit être interprété comme il est indiqué en B.6, le choix du législateur de prévoir un taux "cohabitant" moins élevé que le taux "isolé" peut être raisonnablement justifié, comme la Cour l'a jugé par son arrêt n° 176/2011, par la considération que l'allocataire social retire un avantage économico-financier de la cohabitation, du fait qu'il doit supporter moins de charges financières relatives au ménage, soit parce qu'il peut partager certains frais, soit parce qu'il bénéficie de certains avantages matériels. La Cour a également souligné qu'en matière d'octroi du revenu d'intégration, c'est la situation de fait du demandeur qui prime et que le CPAS décide d'octroyer un revenu d'intégration de cohabitant ou d'isolé sur la base de l'enquête effectuée par ses services et du constat que le demandeur du revenu d'intégration retire ou non un avantage économico-financier de la cohabitation.

Il ne peut dès lors être reproché au législateur de ne pas avoir prévu une catégorie distincte de bénéficiaires du revenu d'intégration pour les personnes dont la situation de fait se situe entre celle d'un cohabitant et celle d'un isolé. En effet, compte tenu de leur situation de fait concrète, ces personnes peuvent être considérées soit comme des cohabitants, soit comme des isolés, sur la base des critères indiqués dans l'arrêt précité n° 176/2011.

B.8. Compte tenu de ce qui est dit en B.6, les questions préjudicielles appellent une réponse négative.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

dit pour droit :

Compte tenu de ce qui est dit en B.6., l'article 14, § 1er, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

…

II. Cour constitutionnelle du 14 janvier 2016

La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé - Articles 177 à 187 - Interdiction de publicité

Concernant le principe de légalité en matière pénale dans un contexte médical, il faut veiller à ce que la législation ne soit pas rédigée en des termes trop rigides pour pouvoir anticiper de la sorte sur les évolutions médicales et les techniques améliorées. Si les destinataires d'une pénalisation ont un statut spécifique sur la base duquel ils disposent ou devraient disposer de bonnes informations sur l'opportunité de leur comportement, on peut s'attendre à ce qu'ils fassent toujours preuve de la vigilance nécessaire et davantage de prudence encore dans l'exercice de leur profession.

L'interdiction de publicité concerne la chirurgie esthétique ou la médecine esthétique non chirurgicale dont l'objectif n'est pas thérapeutique ni reconstructif. Les techniques d'épilation, les tatouages, le maquillage permanent et les piercings ont explicitement été exclus de la loi. Le "détatouage" n'a pas été explicitement exclu par le législateur, cet acte pouvant être considéré comme une intervention de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale.

Le législateur a assujetti les praticiens de l'art dentaire à l'interdiction de publicité et ce, de manière suffisamment claire et juridiquement sécurisée, ces praticiens étant également compétents pour effectuer des interventions chirurgicales esthétiques ou des interventions médicales esthétiques non chirurgicales.

Par l'interdiction de publicité, le législateur vise à distinguer le recrutement de patients de l'information aux patients. Toute annonce ou tout acte ayant pour but de promouvoir les interventions de chirurgie esthétique ou la médecine esthétique non chirurgicale est considéré(e) comme étant de la publicité et est par conséquent interdit(e). En revanche, les annonces ayant pour but de faire connaître un praticien ou de donner des informations sur la nature de sa pratique professionnelle sont, sous certaines conditions, autorisées.

Si un État membre de l'Union européenne impose des conditions plus strictes pour l'exercice des professions de santé qu'un autre État membre, cela n'implique pas pour autant que la liberté d'établissement et la libre circulation des services s'en trouvent restreintes. La délimitation du champ d'application de l'interdiction de publicité et les restrictions en matière d'information professionnelle suffisent pour en conclure que la mesure contestée ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour protéger la santé publique.

Arrêt n° 1/2016

...

I. Objet des recours et procédure

a. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 15 septembre 2014 et parvenue au greffe le 16 septembre 2014, un recours en annulation partielle de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, telle qu'elle a été modifiée par les articles 177 à 184 et 186 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé (publiée au M.B. du 30.04.2014), a été introduit par L. V. et la S.A. "A.", assistés et représentés par Me A. D. et Me A. V., avocats au barreau de Louvain.

b. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 1er octobre 2014 et parvenue au greffe le 2 octobre 2014, un recours en annulation partielle de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, telle qu'elle a été modifiée par les articles 178, 180, 181, 185 et 186 de la loi précitée du 10 avril 2014, a été introduit par l'"Union Professionnelle Belge de Dermatologie et Vénérologie", G. B., K. D. B., K. L. et T. M., assistés et représentés par Me A. D.

c. Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 27 octobre 2014 et parvenue au greffe le 28 octobre 2014, l'ASBL "Union générale des infirmiers de Belgique", assistée et représentée par Me S. T., avocat au barreau de Bruges, a introduit un recours en annulation partielle de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, telle qu'elle a été modifiée par les articles 177 à 187 de la loi précitée du 10 avril 2014.

...

Quant aux dispositions attaquées

B.1.1. Les dispositions attaquées de la loi du 10 avril 2014 modifient la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique. Cette loi vise à protéger davantage la santé des patients qui ont recours à des actes de médecine esthétique non chirurgicale ou de chirurgie esthétique, notamment en limitant la commercialisation de tels actes.

L'article 177 attaqué complète l'intitulé de la loi précitée par les mots "et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes". Les autres dispositions attaquées de la loi du 10 avril 2014 visent, d'une part, à limiter *ratione materiae* le champ d'application de la loi du 23 mai 2013 et, d'autre part, à compléter cette loi par des dispositions relatives à la publicité pour les actes esthétiques en tenant compte de l'arrêt n° 70/2013 du 22 mai 2013 :

"L'esthétique en général et plus particulièrement la médecine esthétique et la chirurgie esthétique sont au cœur de l'actualité. Le culte du physique, les standards imposés par la mode et la peur de mal vieillir poussent de plus en plus de personnes à recourir à l'esthétique médicale en vue de modifier leur apparence.

Cet engouement engendre un certain nombre de dérives, de type commercial, visant à promouvoir ce type d'interventions et qui sont incompatibles avec le caractère médical de ces interventions.

La loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relative aux actes d'esthétique médicale avait dressé un cadre légal entourant la pratique de la médecine esthétique et la chirurgie esthétique, mais celle-ci a été annulée par la Cour constitutionnelle.

Il est nécessaire, vu les dérives remarquées, en nombre dans cette matière, de combler le vide juridique, en conformité cependant avec les critiques émises par la Cour constitutionnelle.

L'annulation de la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relative aux actes d'esthétique médicale par la Cour constitutionnelle est fondée principalement sur une différence de régime injustifiée entre les praticiens d'une même technique esthétique.

En vue de répondre aux critiques émises par la Cour constitutionnelle, les techniques d'épilation sont exclues du champ d'application de la loi, au même titre que les tatouages et les piercings, et [la publicité pour ces techniques] fera l'objet d'un régime particulier, tels les tatouages et les piercings, pris sur base de l'article 37*ter* de l'arrêté royal n° 78" (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3349/001, pp. 118-119).

B.1.2. L'article 2, 1°, de la loi du 23 mai 2013 définissait la notion de "médecine esthétique non chirurgicale" comme suit :

"tout acte technique médical non chirurgical, réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur. Sont compris dans les dispositifs utilisant toute forme d'énergie les dispositifs utilisant le laser de classe 4 ou supérieure ou la lumière pulsée intense".

L'article 178 attaqué abroge la dernière phrase de cette définition. Le traitement au laser de classe 4 et supérieure ou à la lumière pulsée intense est ainsi exclu du champ d'application de la loi du 23 mai 2013.

B.1.3. L'article 179 attaqué insère les définitions suivantes dans l'article 2 de la loi du 23 mai 2013 :

"6° publicité : toute forme de communication ou action à destination du public qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la prestation des actes visés à l'article 3, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, en ce compris les émissions de téléréalité ;

7° information professionnelle: toute forme de communication qui vise, directement et spécifiquement, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, à faire connaître un praticien ou à donner une information sur la nature de sa pratique professionnelle ;

8° information trompeuse: toute forme de communication ou action qui, d'une manière quelconque, y compris par sa présentation, induit en erreur les personnes auxquelles elle s'adresse ou qu'elle touche et qui, en raison de son caractère trompeur, peut affecter leur comportement ou qui, pour ces raisons, porte préjudice ou peut porter préjudice à un patient ;

9° information comparative: toute forme de communication ou action qui, explicitement ou implicitement, identifie un autre praticien ou un service offert par un autre praticien".

B.1.4. En vertu de l'article 3 de la loi du 23 mai 2013, seuls les praticiens visés dans cette loi sont compétents pour pratiquer des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et seulement dans le cadre de l'autorisation établie par cette loi.

L'article 180 attaqué complète l'article 3 précité par un alinéa 2, qui dispose :

"Ne tombent pas sous l'application de la présente loi les tatouages, les piercings et les techniques d'épilation".

B.1.5. L'article 15 de la loi du 23 mai 2013 disposait :

"Les esthéticiens disposant des compétences professionnelles fixées par le Roi sont habilités à utiliser les techniques d'épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense, s'ils ont suivi une formation fixée par le Roi.

Cette formation permet aux esthéticiens visés de disposer des connaissances pratiques et théoriques minimales concernant les dangers liés à l'utilisation des lasers de classe 4 et de la lumière pulsée intense, et concernant les précautions d'utilisation de ces techniques.

Pour l'utilisation d'une technique visée à l'alinéa 1er, le Roi peut, en outre, rendre obligatoire la consultation préalable d'un professionnel des soins de santé visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé".

L'article 181 attaqué abroge cette disposition.

B.1.6. L'article 182 attaqué insère dans la loi du 23 mai 2013 un chapitre 6/1, intitulé "Chapitre 6/1.- Publicité et information".

L'article 183 attaqué insère dans ce chapitre un article 20/1, qui dispose :

"Il est interdit à toute personne physique ou morale de diffuser de la publicité relative aux actes visés à l'article 3.

L'information professionnelle relative à ces actes est autorisée dans le respect des conditions prévues ci-après.

L'information professionnelle doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire.

Cette information ne peut pas être trompeuse, comparative et ne peut utiliser d'arguments financiers.

L'information professionnelle mentionne toujours les titres professionnels particuliers au sens de l'article 35*ter* de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé dont dispose le praticien.

Lorsque l'information professionnelle est diffusée par un établissement qui recourt aux services de praticiens, les noms des praticiens ainsi que les titres professionnels particuliers au sens de l'article 35*ter* de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé de chacun d'eux sont toujours mentionnés.

Les dispositions de la présente loi en matière de publicité et d'information professionnelle ne portent pas préjudice à l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dans la mesure où elle vise l'information portant sur des actes visés à la présente loi".

B.1.7. L'article 184 attaqué insère dans le chapitre 7 de la loi du 23 mai 2013, qui contient les dispositions pénales, un article 22/1, qui dispose :

"Celui qui commet une infraction visée à l'article 20/1, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de deux cent cinquante EUR à cinq mille EUR ou d'une de ces peines seulement.

En outre, le tribunal peut ordonner la publication du jugement ou de son résumé aux frais du contrevenant par la voie de trois journaux et de toute autre manière".

B.1.8. L'article 185 attaqué modifie de la façon suivante l'article 24 de la loi du 23 mai 2013, qui contient les dispositions transitoires :

"1° dans le § 2, alinéa 1er, les mots "d'une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale et" sont insérés après les mots "peuvent justifier" ;

2° dans le § 2, alinéa 2, les mots "d'un an" sont remplacés par les mots de "deux ans" ;

3° dans le § 3, les mots “d’un an” sont remplacés par les mots “de deux ans”.

L’article 24, §§ 2 et 3, de la loi du 23 mai 2013 dispose désormais :

“§ 2. Les titulaires d’un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d’une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale et d’une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l’entrée en vigueur du présent article sont autorisés à pratiquer la médecine esthétique non chirurgicale.

La demande d’autorisation doit être introduite dans un délai de deux ans après l’entrée en vigueur du présent article.

Durant ce délai, les titulaires d’un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d’une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l’entrée en vigueur du présent article restent autorisés à pratiquer la médecine esthétique non chirurgicale.

§ 3. Les titulaires d’un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d’une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration au jour de l’entrée en vigueur du présent article sont habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d’un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d’infiltration. La demande d’habilitation doit être introduite dans un délai de deux ans après l’entrée en vigueur du présent article. Durant ce délai, les titulaires d’un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d’une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration, au jour de l’entrée en vigueur du présent article, restent habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d’un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d’infiltration”.

B.1.9. L’article 24, § 5, de la loi du 23 mai 2013 disposait :

“Tant que la formation visée à l’article 15, § 1er, n’aura pas été définie par le Roi, sans que cette période puisse excéder un an à partir de l’entrée en vigueur du présent article, l’exigence de cette formation est remplacée par une déclaration sur l’honneur de l’esthéticien concerné, attestant qu’il dispose des compétences requises pour l’utilisation des techniques d’épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense”.

L’article 186 attaqué abroge cette disposition.

B.1.10. L’article 25 de la loi du 23 mai 2013 disposait que l’article 10 de cette loi entrait en vigueur “à une date à fixer par le Roi et au plus tard le 1er septembre 2014”.

L’article 187 attaqué a remplacé “2014” par “2015” dans cette disposition relative à l’entrée en vigueur.

B.1.11. L’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé a été coordonné par arrêté royal du 10 mai 2015, publié au Moniteur belge du 18 juin 2015, et porte l’intitulé “loi relative à l’exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015”.

Quant à la recevabilité

B.2.1. Par lettre recommandée du 28 octobre 2014, D.V.Z., troisième partie requérante dans l’affaire n° 6037, conteste avoir mandaté la première partie requérante ou ses avocats pour introduire un recours en annulation auprès de la Cour.

B.2.2. En vertu de l'article 440, alinéa 2, du Code judiciaire, l'avocat comparaît comme fondé de pouvoirs de la partie sans avoir à justifier d'aucune procuration, sauf lorsque la loi exige un mandat spécial. Le mandat *ad litem* est donc légalement présumé exister dans le chef de l'avocat. Cette présomption est réfragable.

B.2.3. Une partie requérante n'a pas à prouver qu'elle n'a pas procuré un mandat. Dès lors qu'en réponse à la lettre recommandée de D.V.Z., les avocats qui agissent en son nom ne démontrent pas avoir été effectivement mandatés par lui, le recours dans l'affaire n° 6037 doit être considéré comme inexistant en ce qu'il est introduit au nom de cette personne.

B.3. La recevabilité des recours en annulation n'est pas contestée pour le surplus.

Quant au principe de légalité en matière pénale

B.4. Dans le premier moyen dans chacune des affaires jointes, les parties requérantes invoquent la violation des articles 10, 11, 12 et 14 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 7 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 15 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques en ce que plusieurs termes utilisés dans les dispositions attaquées seraient insuffisamment précis et clairs et offriraient insuffisamment de sécurité juridique.

Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6037, on ne voit pas clairement (1) quand un acte a un but purement esthétique, (2) quand une communication ou action est à destination du public, (3) ce qu'il faut entendre par information professionnelle, (4) où se situe la frontière entre publicité interdite et information professionnelle interdite, d'une part, et information professionnelle autorisée, d'autre part, (5) ce qu'il faut entendre par "arguments financiers" interdits, (6) si la publicité et l'information professionnelle pour l'enlèvement d'un tatouage sont autorisées, (7) si l'interdiction de publicité et l'autorisation conditionnelle pour fournir une information professionnelle valent également pour l'application d'un maquillage permanent, (8) si l'utilisation de photos prises avant et après une intervention et les témoignages de patients sont autorisés et (9) si les dentistes peuvent faire de la publicité pour des actes dentaires esthétiques et fournir sans restriction des informations professionnelles.

Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6047, on ne voit pas clairement (1) si l'enlèvement de tatouages et de piercings, (2) l'application d'un maquillage permanent et (3) l'utilisation d'un laser ou d'une lumière pulsée intense à d'autres fins que l'épilation entrent dans le champ d'application de la loi du 23 mai 2013, (4) si les esthéticiens peuvent ou non épiler au laser ou à la lumière pulsée intense et (5) ce qu'il faut entendre dans la mesure transitoire par "formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale".

Selon la partie requérante dans l'affaire n° 6069, on ne voit pas clairement, en particulier pour les infirmiers, (1) si un traitement au laser de classe 4 ou supérieure ou à la lumière pulsée intense peut encore toujours entrer dans le champ d'application de la définition générale de médecine esthétique non chirurgicale, (2) si un traitement au laser de *naevus* ou de taches pigmentées et d'autres affections cutanées entre dans le champ d'application des dispositions attaquées et (3) si les infirmiers sont punissables lorsqu'ils procèdent à des traitements esthétiques au laser.

B.5.1. En ce qu'ils garantissent le principe de légalité en matière pénale, l'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et l'article 15, paragraphe 1, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ont une portée analogue à celle des articles 12, alinéa 2, et 14 de la Constitution.

B.5.2. L'article 12, alinéa 2, de la Constitution dispose :

"Nul ne peut être poursuivi que dans les cas prévus par la loi, et dans la forme qu'elle prescrit".

L'article 14 de la Constitution dispose :

"Nulle peine ne peut être établie ni appliquée qu'en vertu de la loi".

L'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

"Nul ne peut être condamné pour une action ou une omission qui, au moment où elle a été commise, ne constituait pas une infraction d'après le droit national ou international. De même il n'est infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'infraction a été commise".

L'article 15, paragraphe 1, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose :

"Nul ne sera condamné pour des actions ou omissions qui ne constituaient pas un acte délictueux d'après le droit national ou international au moment où elles ont été commises. De même, il ne sera infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'infraction a été commise. Si, postérieurement à cette infraction, la loi prévoit l'application d'une peine plus légère, le délinquant doit en bénéficier".

B.5.3. En prévoyant que le pouvoir législatif est compétent pour déterminer dans quels cas des poursuites pénales sont possibles, l'article 12, alinéa 2, de la Constitution garantit à tout citoyen qu'aucun comportement ne sera punissable qu'en vertu de règles adoptées par une assemblée délibérante, démocratiquement élue.

En outre, le principe de légalité en matière pénale qui découle des dispositions constitutionnelles et conventionnelles précitées procède de l'idée que la loi pénale doit être formulée en des termes qui permettent à chacun de savoir, au moment où il adopte un comportement, si celui-ci est ou non punissable. Il exige que le législateur indique, en des termes suffisamment précis, clairs et offrant la sécurité juridique, quels faits sont sanctionnés, afin, d'une part, que celui qui adopte un comportement puisse évaluer préalablement, de manière satisfaisante, quelle sera la conséquence pénale de ce comportement et afin, d'autre part, que ne soit pas laissé au juge un trop grand pouvoir d'appréciation.

Toutefois, le principe de légalité en matière pénale n'empêche pas que la loi attribue un pouvoir d'appréciation au juge. Il faut en effet tenir compte du caractère de généralité des lois, de la diversité des situations auxquelles elles s'appliquent et de l'évolution des comportements qu'elles répriment.

La condition qu'une infraction doit être clairement définie par la loi se trouve remplie lorsque le justiciable peut savoir, à partir du libellé de la disposition pertinente et, au besoin, à l'aide de son interprétation par les juridictions, quels actes et omissions engagent sa responsabilité pénale.

Ce n'est qu'en examinant une disposition pénale spécifique qu'il est possible de déterminer, en tenant compte des éléments propres aux infractions qu'elle entend réprimer, si les termes généraux utilisés par le législateur sont à ce point vagues qu'ils méconnaîtraient le principe de légalité en matière pénale.

B.6. Dans un contexte médical, il y a lieu de veiller à ce que la législation ne soit pas rédigée en des termes trop rigides. Il faut en effet pouvoir tenir compte, dans son application, des évolutions en médecine et de nouveautés ou améliorations dans les techniques médicales.

Il convient également d'observer que, comme en l'espèce, lorsque les destinataires d'une incrimination ont un statut particulier en vertu duquel ils disposent ou peuvent disposer d'une bonne information quant à l'opportunité de leurs comportements, on peut attendre de leur part qu'ils fassent preuve, en toute circonstance, de la vigilance nécessaire et d'une grande prudence dans l'exercice de leur métier (CEDH, 06.10.2011, Soros c. France, § 53).

En ce qui concerne les actes qui relèvent de l'interdiction de publicité

B.7.1. L'article 20/1 de la loi du 23 mai 2013, inséré par l'article 183 attaqué, interdit de diffuser de la publicité "relative aux actes visés à l'article 3".

En vertu de l'article 3 de la loi précitée, seuls les praticiens visés dans cette loi sont compétents pour poser des actes relevant "de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale".

La chirurgie esthétique est tout acte chirurgical visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur (art. 2, 2°, de la loi précitée).

La médecine esthétique non chirurgicale est tout acte technique médical non chirurgical réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur (art. 2, 1°, de la loi précitée).

Selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement quand un acte a un but purement esthétique ni quand la diffusion de publicité "relative aux actes visés à l'article 3" est punissable.

B.7.2. Par son arrêt n° 110/2015 du 17 septembre 2015, la Cour a jugé ce qui suit quant à la compatibilité des définitions précitées avec le principe de légalité en matière pénale :

"B. 7.1. Les termes "à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur" sont utilisés dans les définitions attaquées pour restreindre le champ d'application de la loi attaquée. Ils ont pour effet qu'il ne s'agit de médecine esthétique non chirurgicale ou de chirurgie esthétique que dans la mesure où un acte n'a pas de but thérapeutique ou reconstructeur. Dès qu'un acte poursuit, outre un but esthétique, également un quelconque but thérapeutique ou reconstructeur, si minime ou accessoire soit-il, il est dès lors exclu du champ d'application de la loi attaquée (voy. également, Doc. parl., Ch., 2012-2013, CRIV 53 PLEN 136, p. 65).

Un acte d'esthétique qui soigne simultanément un désagrément fonctionnel est par conséquent exclu du champ d'application de la loi attaquée. En revanche, le bénéfice psychologique qui accompagne la modification de l'apparence physique ne suffit pas pour qualifier cet acte de partiellement thérapeutique.

B. 7.2. Les définitions attaquées concernent par ailleurs le "but" thérapeutique ou reconstructeur de l'acte, non les effets réels de celui-ci. Partant, un acte destiné à être (partiellement) thérapeutique ou reconstructeur qui n'a pas produit l'effet thérapeutique ou reconstructeur voulu ne sera pas requalifié *a posteriori* d'acte d'esthétique, si le médecin concerné pouvait raisonnablement considérer que cet acte était susceptible d'avoir un effet thérapeutique. Ce but ne doit pas être qualifié par type d'acte mais par acte. Par conséquent, la loi attaquée ne s'applique pas à un acte qui est le plus souvent qualifié d'esthétique si, dans le cas examiné, cet acte a néanmoins partiellement un but thérapeutique.

Il appartient au médecin traitant d'apprécier lui-même, de par ses connaissances et son expérience, si le but d'un acte est ou non thérapeutique ou reconstructeur. Eu égard à l'article 21 de la loi attaquée, une seule appréciation erronée n'engagera du reste pas la responsabilité pénale du médecin, étant donné que cette disposition ne sanctionne que l'accomplissement "habituel" d'un acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité conformément à la loi attaquée.

B.7.3. Les termes “à l’exception de tout but thérapeutique ou reconstructeur” utilisés dans les définitions attaquées sont dès lors suffisamment clairs et présentent une sécurité juridique suffisante, puisqu’ils ont pour effet que la loi attaquée ne s’applique que dans la mesure où l’acte poursuit un but purement esthétique mais ne s’appliquera pas dès qu’il y a un but thérapeutique ou reconstructeur minimal.

B.7.4. Comme la Cour l’a en outre rappelé en B.4, il convient de tenir compte de la qualité du destinataire de l’incrimination. En l’espèce, il peut être considéré que les personnes habilitées par la loi à accomplir des actes médicaux disposent d’une bonne information quant aux actes qu’ils accomplissent et aux objectifs qu’ils poursuivent dans l’accomplissement de leurs actes.

B.8. La définition figurant à l’article 2, 1°, de la loi attaquée concerne les actes non chirurgicaux, tandis que la définition figurant à l’article 2, 2°, de la loi attaquée traite des actes chirurgicaux. En l’absence d’une définition plus précise dans la loi, le terme “chirurgie” doit être compris dans son acception usuelle, à savoir comme la partie de la médecine qui traite les maladies et les blessures au moyen d’opérations. Chaque acte qui requiert une incision de la peau doit être considéré comme un acte chirurgical.

Par ailleurs, l’article 2, 3° à 5°, de la loi attaquée qualifie la lipoaspiration, le lipofilling et la dermabrasion d’actes chirurgicaux et l’article 10, § 2, 1°, de la loi attaquée qualifie la greffe capillaire d’acte chirurgical, de sorte qu’il ne saurait y avoir d’imprécision quant à ces actes non plus. La circonstance que certaines organisations médicales considèrent ces interventions comme non chirurgicales n’y change rien.

En conséquence, les termes “non chirurgicale” et “chirurgicale” utilisés dans l’article 2, 1°, et dans l’article 2, 2°, de la loi attaquée sont suffisamment clairs et présentent une sécurité juridique suffisante.

B.9. Eu égard à ce qui est dit en B.7.1, les termes “visant principalement à modifier l’apparence corporelle d’un patient à des fins esthétiques” n’ont pas pour effet que la loi attaquée s’applique aux actes ayant partiellement un but thérapeutique ou reconstructeur. S’il fallait conférer une telle portée au terme “principalement”, le législateur aurait en effet prévu des critères permettant de faire la balance entre les composantes thérapeutique et esthétique de chaque acte.

En conséquence, les termes “visant principalement à modifier l’apparence corporelle d’un patient à des fins esthétiques” employés dans les définitions attaquées sont suffisamment précis et présentent une sécurité juridique suffisante.

B.10. Partant, les définitions contenues dans l’article 2, 1° et 2°, de la loi attaquée sont compatibles avec le principe de légalité en matière pénale.

Sous réserve de l’interprétation mentionnée en B.9, le premier moyen dans les affaires nos 5777, 5779, 5783, 5784 et 5785, en ses première, deuxième et troisième branches, ainsi que le troisième moyen dans l’affaire n° 5795 ne sont dès lors pas fondés”.

B.7.3. Dès lors que le grief des parties requérantes porte sur les mêmes définitions, le premier moyen dans l’affaire n° 6037, en sa première branche, n’est pas fondé.

B.8.1. Selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement si les dentistes peuvent faire de la publicité pour des actes dentaires esthétiques.

B.8.2. Aux termes de l’article 14 de la loi du 23 mai 2013, les dentistes sont compétents pour réaliser des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale dans la région intra-orale.

B.8.3. Etant donné que le législateur, par les dispositions attaquées, a interdit la publicité pour les actes de médecine esthétique non chirurgicale ou de chirurgie esthétique, sans exclure les actes pratiqués par les dentistes, il a soumis ces dentistes, en des termes suffisamment clairs et garants de la sécurité juridique, à l'interdiction de publicité. Il n'est pas porté atteinte à ce constat par l'existence d'une loi qui règle de manière plus générale la publicité faite par les dentistes, plus précisément la loi du 15 avril 1958 relative à la publicité en matière de soins dentaires.

Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en sa neuvième branche, n'est pas fondé.

B.9.1. Selon les parties requérantes, on n'aperçoit pas clairement si l'enlèvement de tatouages et de piercings entre dans le champ d'application de la loi du 23 mai 2013 ni si la diffusion de publicité pour de tels actes est punissable.

B.9.2. L'interdiction de publicité instaurée s'applique en principe à chaque acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale au sens de la loi du 23 mai 2013.

Le législateur a expressément exclu les "tatouages, les piercings et les techniques d'épilation" du champ d'application de la loi précitée (art. 3, al. 2) et par conséquent aussi de l'interdiction de publicité instaurée par les dispositions attaquées.

B.9.3. Le législateur n'a pas expressément exclu l'enlèvement de tatouages du champ d'application de la loi précitée. Si cet enlèvement se fait par un acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, le législateur a soumis en des termes suffisamment clairs et garants de la sécurité juridique l'enlèvement de tatouages à l'interdiction de publicité.

Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en sa sixième branche, et le premier moyen dans l'affaire n° 6047, en sa première branche, ne sont pas fondés.

B.10.1. Selon les parties requérantes, on n'aperçoit pas clairement si l'application d'un maquillage permanent entre dans le champ d'application de la loi du 23 mai 2013 ni si la diffusion de publicité pour de tels actes est punissable.

B.10.2. Le tatouage est "l'opération consistant, par injection intradermique de produits colorants, à créer sur la peau une marque permanente et/ou durable ou un dessin permanent et/ou durable ou à intensifier les traits du visage" (art. 1er, 2°, de l'A.R. du 25.11.2005 réglementant les tatouages et les piercings).

Lorsque l'application d'un maquillage permanent se fait par injection intradermique de produits colorants, cet acte revient à réaliser un tatouage.

B.10.3. Dès lors que le législateur a expressément exclu les tatouages du champ d'application de la loi du 23 mai 2013, il a en même temps, en des termes suffisamment clairs et garants de la sécurité juridique, exclu de l'interdiction de publicité instaurée par les dispositions attaquées l'application d'un maquillage permanent, par injection intradermique de produits colorants.

Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en sa septième branche, et le premier moyen dans l'affaire n° 6047, en sa deuxième branche, ne sont pas fondés.

B.11.1. Selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement si l'utilisation d'un laser ou d'une lumière pulsée intense à d'autres fins que l'épilation entre dans le champ d'application de la loi du 23 mai 2013 ni si la diffusion de publicité pour de tels actes est punissable.

B.11.2. En modifiant la définition de "la médecine esthétique non chirurgicale", le législateur a exclu le traitement au laser de classe 4 et supérieure ou à la lumière pulsée intense du champ d'application de la loi du 23 mai 2013.

Lorsqu'une catégorie déterminée d'actes est expressément exclue du champ d'application d'une disposition pénale, l'exclusion ne peut être interprétée de manière limitative sans que le législateur l'ait expressément prévu.

Contrairement à ce que soutient le Conseil des ministres, l'exclusion du traitement au laser de classe 4 ou supérieure ou à la lumière pulsée intense ne peut en l'espèce, sans porter atteinte au principe de légalité en matière pénale, être interprétée en ce sens que l'exclusion s'applique uniquement aux traitements d'épilation.

Cette interprétation limitative aurait en outre pour effet de rendre l'exclusion sans objet, étant donné que les techniques d'épilation sont déjà, en vertu de l'article 3, alinéa 2, de la loi du 23 mai 2013, tel qu'il a été inséré par l'article 180 attaqué, exclues du champ d'application de cette loi.

B.11.3. En excluant le traitement au laser de classe 4 ou supérieure ou à la lumière pulsée intense du champ d'application de la loi du 23 mai 2013, le législateur a exclu, en des termes suffisamment clairs et garants de la sécurité juridique, le même traitement de l'interdiction de publicité instaurée par les dispositions attaquées.

Le premier moyen dans l'affaire n° 6047, en ses troisième et quatrième branches, et le premier moyen dans l'affaire n° 6069 ne sont pas fondés.

En ce qui concerne la définition de la publicité et de l'information professionnelle

B.12.1. L'interdiction de publicité visée à l'article 20/1, alinéa 1er de la loi du 23 mai 2013, inséré par l'article 183 attaqué, porte sur "toute forme de communication ou action à destination du public qui vise, directement ou indirectement, à promouvoir la prestation des actes visés à l'article 3, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, en ce compris les émissions de téléréalité" (art. 2, 6°, de la loi précitée, tel qu'il a été inséré par l'art.179 attaqué).

Selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement quand une communication ou action est à destination du public.

B.12.2. Dans le contexte de la définition précitée, une "communication ou action à destination du public" ne peut être interprétée autrement que comme une communication ou une action destinée au public cible. Est caractéristique d'un public cible, le fait que selon l'auteur de la publicité, appartiennent à ce public cible des personnes qui pourraient être intéressées par le produit ou service dont les mérites sont vantés.

Dès lors que toute forme de publicité vise de par sa nature à atteindre un public cible, la précision qu'il s'agit d'une communication ou action "à destination du public", si elle n'est pas indispensable, renforce toutefois la clarté de la définition plutôt que de lui nuire.

B.12.3. Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en sa deuxième branche, n'est pas fondé.

B.13.1. À l'inverse de la publicité, l'"information professionnelle" concernant les actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, visée dans la loi du 23 mai 2013, est autorisée sous certaines conditions.

Selon les parties requérantes, on n'aperçoit pas clairement ce qu'il faut entendre par information professionnelle et où se situe la frontière entre la publicité et l'information professionnelle interdites, d'une part, et l'information professionnelle autorisée, d'autre part. À cet égard, elles contestent en particulier la clarté de la notion d'"arguments financiers".

B.13.2. L'information professionnelle est "toute forme de communication qui vise, directement et spécifiquement, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés, à faire connaître un praticien ou à donner une information sur la nature de sa pratique professionnelle" (art. 2, 7°, de la loi du 23.05.2013, tel qu'il a été inséré par l'art. 179 attaqué).

Le législateur a en outre précisé que ce type d'information professionnelle est autorisé dans la mesure où l'information (1) est conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire, (2) n'est pas trompeuse, n'est pas comparative ou n'utilise pas d'arguments financiers et (3) mentionne les titres professionnels particuliers dont dispose le praticien, même lorsque l'information professionnelle est diffusée par un établissement qui recourt aux services de ces praticiens.

B.13.3. Par les dispositions attaquées, le législateur vise en substance à distinguer le fait d'attirer des patients de l'information à donner à ceux-ci. Si une communication ou une action ayant pour but de promouvoir les actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale est interdite (publicité), une communication ayant pour but de faire connaître un praticien ou de donner des informations quant à la nature de sa pratique professionnelle est autorisée sous certaines conditions (information professionnelle).

Il découle de la distinction précisée par le législateur, entre les notions de "publicité" et d'"information professionnelle", d'une part, et de la description détaillée des conditions auxquelles l'information professionnelle est autorisée, d'autre part, que les destinataires de l'incrimination peuvent, d'une manière suffisamment précise et garante de la sécurité juridique, faire la distinction entre le fait d'attirer des patients - ce qui est interdit - et le mode autorisé d'information aux patients. Il en est d'autant plus ainsi que ces destinataires ont un statut spécifique, avec une déontologie spécifique, sur la base de laquelle ils disposent ou peuvent disposer d'une bonne information quant au caractère souhaitable et légal de leurs comportements.

B.13.4. Les dispositions relatives à la publicité et à l'information professionnelle de la loi du 23 mai 2013 s'appliquent sans préjudice de l'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dans la mesure où celle-ci porte sur l'information concernant des actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale (art. 20/1 de la loi du 23.05.2013, tel qu'il a été inséré par l'art. 183 attaqué). Il s'ensuit que le patient a entre autres le droit d'être informé avant de donner son accord au praticien concernant "l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières" de l'intervention envisagée (art. 8, § 2, de la loi du 22.08.2002).

En ce qui concerne en particulier l'aspect financier d'une intervention, il découle de ce qui précède, d'une manière suffisamment claire et garantissant la sécurité juridique, que la mention, au cours d'une consultation concrète, des conséquences financières d'un acte relève certes de l'obligation d'information du praticien et dès lors de l'information professionnelle autorisée, mais que la mention du coût financier dans une communication générale, en tant qu'argument pour convaincre des patients et comme moyen de comparaison avec le coût d'autres praticiens, relève indéniablement de la publicité interdite.

B.13.5. Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en ses troisième, quatrième et cinquième branches, n'est pas fondé.

B.14.1. Enfin, selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement si l'utilisation de photos prises avant et après une intervention et les témoignages de patients sont autorisés.

B.14.2. Ce qui vaut pour l'aspect financier d'actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale vaut *mutatis mutandis* pour l'aspect audiovisuel de ces actes. Des images et des témoignages peuvent certes être utilisés pendant une consultation médicale dans le cadre de l'obligation d'information, auquel cas ils relèvent de l'information professionnelle autorisée. Toutefois, dans une communication générale, ils ne peuvent être utilisés étant donné qu'ils visent dans ce cas à attirer des patients et doivent par conséquent être considérés comme de la publicité interdite.

La norme de comportement contestée est par ailleurs exprimée en des termes plus généraux dans le Code de déontologie médicale, qui interdit que les résultats d'examens et de traitements soient utilisés à des fins publicitaires (art. 13, § 1er, al. 2), de sorte que les praticiens concernés sont supposés connaître et respecter la portée de cette norme de comportement.

B.14.3. Le premier moyen dans l'affaire n° 6037, en sa huitième branche, n'est pas fondé.

En ce qui concerne les mesures transitoires

B.15.1. L'article 185 attaqué a modifié les mesures transitoires contenues dans l'article 24 de la loi du 23 mai 2013.

Selon l'article 24, § 2, modifié, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent ne sont compétents pour exercer la médecine esthétique non chirurgicale que s'ils "peuvent justifier d'une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale" en plus de la condition, qui existait déjà, de justifier d'une "expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale".

En vertu de l'article 21 de la loi du 23 mai 2013, le médecin ou le dentiste qui enfreint les dispositions de cette loi en accomplissant habituellement un acte relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité conformément à cette loi est punissable.

Selon les parties requérantes, on ne voit pas clairement ce qu'il faut, dans cette mesure transitoire, entendre par "formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale".

B.15.2. Le principe de légalité n'exige pas que le législateur détermine de manière détaillée la formation qu'un praticien doit avoir suivie avant d'être autorisé à poser certains actes sans être punissable. Le législateur peut laisser au pouvoir exécutif le soin de préciser cette formation dans la mesure où il en a lui-même déterminé les éléments essentiels. Il en est d'autant plus ainsi dans un contexte médical dans lequel il faut en effet pouvoir tenir compte des évolutions en médecine et de nouveautés ou améliorations dans les techniques médicales.

En prévoyant qu'une "formation théorique minimale" dans le domaine particulier de la "médecine esthétique non chirurgicale" est requise pour pouvoir poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale, afin de pouvoir garantir au patient une pratique exempte de risque (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3349/001, p. 120), le législateur a prévu, en des termes suffisamment clairs et garants de la sécurité juridique, que le fait de poser de tels actes sans formation théorique est punissable. De la part des destinataires de l'incrimination en question, qui doivent toujours faire preuve de la vigilance nécessaire et d'une précaution particulière lorsqu'ils exercent leur profession, il peut être attendu qu'ils se tiennent au courant de l'évolution des règles relatives à la formation requise, qui se fait par ailleurs en collaboration avec le groupe professionnel concerné.

B.15.3. Le premier moyen dans l'affaire n° 6047, en sa cinquième branche, n'est pas fondé.

Quant au principe d'égalité et de non-discrimination

B.16. Dans le deuxième moyen dans chacune des affaires jointes et dans le troisième moyen dans l'affaire n° 6069, les parties requérantes allèguent la violation des articles 10 et 11 de la Constitution en ce que les dispositions attaquées traitent de manière différente des situations égales et traitent de manière égale des situations différentes, sans qu'existerait pour ce faire une justification objective et raisonnable.

Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6037, le principe d'égalité et de non-discrimination est violé par (1) la distinction entre le médecin qui accomplit un acte poursuivant un but esthétique ou reconstructeur et le médecin qui accomplit un acte esthétique, (2) la distinction entre le médecin qui accomplit un acte esthétique dans et autour de la bouche et le dentiste qui accomplit un acte esthétique dans la région intra-orale, (3) la distinction entre le dentiste qui accomplit un acte de chirurgie esthétique et le dentiste qui accomplit un acte de chirurgie thérapeutique et (4) la distinction entre l'épilation esthétique et tous les autres actes esthétiques chirurgicaux ou non.

Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6047, le principe d'égalité et de non-discrimination est violé par (1) la distinction entre le médecin qui utilise une technique d'épilation au laser ou à la lumière pulsée intense et le médecin qui accomplit un autre acte esthétique non chirurgical, (2) le traitement égal du médecin spécialiste en dermatovénérologie et des autres médecins, tous pouvant épiler en utilisant un laser ou la lumière pulsée intense, (3) la distinction entre le médecin qui utilise un laser ou une lumière pulsée intense dans un autre but que l'épilation et le médecin qui accomplit un autre acte esthétique non chirurgical, (4) le traitement égal d'un médecin spécialiste en dermatovénérologie et d'un autre médecin, qui peuvent tous deux utiliser un laser ou la lumière pulsée intense dans un autre but que l'épilation, (5) la distinction entre le médecin qui utilise un laser ou la lumière pulsée intense pour épiler et le médecin qui utilise le même instrument dans un autre but que l'épilation, (6) le traitement égal d'un médecin et d'un esthéticien, qui peuvent tous deux épiler au moyen d'un laser ou d'une lumière pulsée intense, (7) le traitement égal d'un médecin et d'un esthéticien, qui peuvent tous deux utiliser un laser ou la lumière pulsée intense dans un autre but que l'épilation, (8) la différence d'incrimination entre le médecin ou dentiste qui, sans être compétent pour ce faire, utilise habituellement un laser ou la lumière pulsée intense dans un autre but que l'épilation et l'esthéticien qui utilise habituellement un laser ou la lumière pulsée intense dans un autre but que l'épilation et (9) la distinction, établie par les dispositions transitoires, entre les titulaires d'un master en médecine qui veulent exercer la médecine esthétique non chirurgicale et les titulaires d'un master en médecine qui veulent pratiquer des lipoaspirations limitées.

Selon la partie requérante dans l'affaire n° 6069, le principe d'égalité et de non-discrimination est violé par (1) la distinction entre les infirmiers qui effectuent des traitements esthétiques au laser et d'autres traitements esthétiques et les infirmiers qui effectuent les mêmes traitements pour des raisons thérapeutiques et (2) la distinction entre les infirmiers et d'autres praticiens en ce qui concerne la possibilité ou l'impossibilité de diffuser de l'information concernant leur pratique.

B.17. Le principe d'égalité et de non-discrimination n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Ce principe s'oppose, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes.

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

B.18.1. Selon les parties requérantes, l'interdiction de publicité instaurée par les dispositions attaquées est discriminatoire en ce qu'elle ne s'appliquerait pas aux dentistes qui accomplissent un acte esthétique dans la région intra-orale.

B.18.2. L'examen du premier moyen a fait apparaître que le législateur a interdit la publicité pour les actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale sans en excepter les actes accomplis par les dentistes, de sorte que la différence de traitement alléguée n'existe pas.

B.18.3. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6037, en sa deuxième branche, n'est pas fondé.

B.19.1. Selon les parties requérantes, l'interdiction de publicité instaurée par les dispositions attaquées est discriminatoire en ce qu'elle s'applique uniquement aux médecins et dentistes qui accomplissent seulement des actes de médecine esthétique et non aux médecins et dentistes qui accomplissent des actes thérapeutiques et reconstructeurs.

B.19.2. Il existe des différences fondamentales entre, d'une part, la médecine thérapeutique et reconstructrice et, d'autre part, la médecine esthétique sans but thérapeutique ou reconstructeur. Alors que la médecine thérapeutique et reconstructrice vise à éviter, à soigner ou à guérir des maladies ou des lésions, la médecine purement esthétique est étrangère aux maladies ou lésions et répond au souhait du patient d'améliorer son apparence physique.

Le législateur, qui entend en premier lieu protéger la santé publique, plus précisément en luttant contre les excès et abus commerciaux constatés en matière d'esthétique médicale, peut raisonnablement estimer que les actes qui sont purement de médecine esthétique réalisés par les médecins et dentistes doivent être soumis, en ce qui concerne la publicité et la diffusion d'information, à des règles plus strictes que les actes thérapeutiques et reconstructeurs.

B.19.3. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6037, en ses première et troisième branches, n'est pas fondé.

B.20.1. En modifiant la définition de "médecine esthétique non chirurgicale", le législateur a exclu le traitement au laser de classe 4 ou supérieure ou à la lumière pulsée intense du champ d'application de la loi du 23 mai 2013. Selon les parties requérantes, cette exclusion n'est pas justifiée à la lumière du but lié à la santé publique que poursuit le législateur.

B.20.2. S'il est vrai que tant les actes de médecine esthétique que les traitements au laser ou à la lumière pulsée intense impliquent des risques pour la santé publique, il appartient au législateur d'apprécier si la différence de gravité et d'urgence de ces risques nécessite une intervention législative distincte pour les deux types d'actes ou de traitements. Ce faisant, le législateur peut tenir compte du constat que les traitements au laser ou à la lumière pulsée intense, à l'inverse des actes de médecine esthétique, sont accomplis dans une large mesure par d'autres praticiens que les praticiens de l'art médical, notamment par les esthéticiens.

B.20.3. Compte tenu du pouvoir d'appréciation étendu dont dispose le législateur pour déterminer sa politique en matière socio-économique, le principe d'égalité et de non-discrimination ne s'oppose pas à l'exclusion du traitement au laser de classe 4 ou supérieure ou à la lumière pulsée intense du champ d'application de la loi du 23 mai 2013.

Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6037, en sa quatrième branche, et le deuxième moyen dans l'affaire n° 6047, en ses première, deuxième, troisième, quatrième, sixième et septième branches, ne sont pas fondés.

B.21.1. Il est apparu de l'examen du premier moyen que l'exclusion du traitement au laser de classe 4 et supérieure ou à la lumière pulsée intense du champ d'application de la loi du 23 mai 2013 ne peut être interprétée en ce sens que l'exclusion s'applique uniquement aux traitements d'épilation.

B.21.2. En ce qu'ils sont fondés sur la différence de traitement des traitements d'épilation et d'autres traitements au laser ou sur la différence de traitement des infirmiers qui pratiquent des traitements au laser, les griefs reposent sur une lecture erronée des dispositions attaquées.

Dans la mesure où la partie requérante dans l'affaire n° 6069 dénonce pour le surplus le fait que les infirmiers ne peuvent accomplir des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, cette partie invoque une différence de traitement qui ne découle pas des dispositions actuellement attaquées.

B.21.3. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6047, en ses cinquième et huitième branches, et les deuxième et troisième moyens dans l'affaire n° 6069 ne sont pas fondés.

B.22.1. Les titulaires d'un master en médecine ou équivalent ne sont compétents pour exercer la médecine esthétique non chirurgicale que s'ils "peuvent justifier d'une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale [...] au jour de l'entrée en vigueur [de l'] article [concerné] ", en plus de la condition, qui existait déjà, de justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale. Pour pouvoir pratiquer une lipoaspiration avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration, ces mêmes personnes ne doivent pas disposer d'une "formation théorique minimale" analogue, mais doivent simplement justifier d'une expérience pratique régulière de lipoaspiration de plus de cinq ans.

B.22.2. Il relève du pouvoir d'appréciation du législateur de déterminer les exigences auxquelles les praticiens concernés doivent satisfaire, compte tenu de la gravité des différents actes et de leurs risques pour la santé publique.

B.22.3. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6047, en sa neuvième branche, n'est pas fondé.

Quant à la liberté d'établissement et à la libre circulation des services

B.23. Dans le troisième moyen dans l'affaire n° 6037, les parties requérantes invoquent la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec les articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et avec l'article 24 de la directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur (ci-après : la "directive services "), en ce que les restrictions en matière de publicité et d'information professionnelle pour la médecine esthétique limiteraient de manière disproportionnée la mobilité européenne des médecins et patients et la libre concurrence entre les médecins.

B.24. Les restrictions en matière de publicité et d'information professionnelle pour la médecine esthétique, contenues dans les dispositions attaquées, s'appliquent à tous les actes réalisés en Belgique qui relèvent de leur champ d'application, sans distinction selon la nationalité du patient ou du médecin.

Les dispositions attaquées n'ont pas pour effet qu'il soit plus difficile pour les patients belges de se rendre dans un autre État membre de l'Union européenne pour y subir des actes relevant de la médecine esthétique. Il n'en devient pas davantage plus difficile pour les médecins établis en Belgique de proposer leurs services relatifs à la médecine esthétique dans un autre État membre de l'Union européenne ou de s'établir à cet effet dans un autre État membre de l'Union européenne.

En revanche, du fait des dispositions attaquées, les médecins d'un autre État membre de l'Union européenne ont plus de difficultés à offrir en Belgique des services qui entrent dans le champ d'application de la loi en cause ou à s'établir à cet effet en Belgique.

B.25.1. La restriction apportée à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services est dictée par le souci du législateur de protéger la santé publique et répond dès lors à des motifs impérieux d'intérêt général.

Il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que les médecins et dentistes qui exercent leurs activités professionnelles dans un autre État membre de l'Union européenne y sont tenus au respect des règles qui régissent, dans cet État membre, l'exercice de la profession en cause, si ces règles sont inspirées par le souci d'assurer une protection aussi efficace et complète que possible de la santé des personnes (CJCE, 30.04.1986, C-96/85, *Commission c. République française*, point 10). Les prescriptions précitées peuvent porter notamment sur la diffusion de publicité par les praticiens précités (CJCE, 17.07.2008, C-500/06, *Corporación Dermoestética*, point 38).

B.25.2. Les dispositions attaquées garantissent également la réalisation de ces objectifs, étant donné qu'elles prémunissent les citoyens contre la publicité pour des actes purement esthétiques et combattent la surconsommation médicale qui en découle.

Dans ses conclusions présentées dans l'affaire C-500/06 précitée, l'avocat général était d'avis, en ce qui concerne les actes esthétiques, qu'"en raison des risques inhérents à ce type d'actes médicaux et de leurs répercussions éventuelles sur le plan psychique, un État membre peut légitimement prévoir des restrictions en ce qui concerne la publicité qui peut en être faite auprès du public". Il a dès lors estimé qu'il était "parfaitement justifié qu'un État membre interdise ou encadre les actions publicitaires visant à inciter les gens à faire modifier leur visage ou leur anatomie" (conclusions du 31.01.2008, C-500/06, *Corporación Dermoestética*, point 105).

B.25.3. Enfin, la Cour doit examiner si les dispositions attaquées ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre ces objectifs.

Lorsque, dans un État membre de l'Union européenne, des dispositions plus strictes que dans d'autres États membres s'appliquent en matière d'exercice des professions de soins de santé, cette situation n'implique pas en soi une restriction disproportionnée de la liberté d'établissement ou de la libre prestation des services (CJCE, 19.02.2002, C-309/99, *Wouters* e.a., point 108). La seule circonstance qu'un État membre a opté pour un système de protection des patients différent de celui adopté dans un autre État membre ne saurait en effet avoir d'incidence sur l'appréciation de la nécessité et de la proportionnalité des dispositions attaquées (CJCE, 21.10.1999, C-67/98, *Zenatti*, point 34).

Ainsi qu'il est apparu de l'examen du premier moyen, les dispositions attaquées impliquent certes une interdiction de publicité, mais elles autorisent les praticiens concernés, sous certaines conditions, à diffuser de l'information concernant leur pratique. De surcroît, l'interdiction de publicité et les restrictions en matière d'information professionnelle portent seulement sur des actes esthétiques sans but thérapeutique ou reconstructeur quelconque. Cette délimitation du champ d'application suffit pour conclure que la mesure attaquée ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour la protection de la santé publique.

B.25.4. Sans qu'il soit nécessaire d'examiner si la médecine esthétique visée par la loi attaquée relève ou non de l'exception visée à l'article 2, f), de la directive "services", qui prévoit que cette directive ne s'applique pas aux "services de soins de santé, qu'ils soient ou non assurés dans le cadre d'établissements de soins et indépendamment de la manière dont ils sont organisés et financés au niveau national ou de leur nature publique ou privée", il faut constater que les dispositions attaquées satisfont dès lors au prescrit de l'article 24, paragraphe 2, *in fine*, de cette directive.

B.26. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'accéder à la demande des parties requérantes de poser des questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne.

B.27. Le troisième moyen dans l'affaire n° 6037 n'est pas fondé.

Quant à la liberté d'expression

B.28. Dans le quatrième moyen dans l'affaire n° 6037, les parties requérantes allèguent la violation de l'article 19 de la Constitution et de l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme, lus ou non en combinaison avec les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que les dispositions attaquées limiteraient la liberté d'expression de manière injustifiée.

B.29. La protection de la santé publique constitue un but légitime qui peut justifier une ingérence dans la liberté d'expression, qui est garantie par l'article 19 de la Constitution et par l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme. Cette dernière disposition est également applicable à l'expression d'opinions ou à la diffusion d'informations concernant des activités commerciales (CEDH, 18.10.2011, *Sosinowska* c. Pologne, § 68).

Il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme que la publicité, dans le domaine des actes médicaux aussi, constitue certes une manière d'informer les citoyens des biens et services disponibles, mais qu'elle peut néanmoins être restreinte afin d'empêcher la concurrence déloyale et la publicité trompeuse. Dans certaines circonstances, la publication de publicités objectives et conformes à la réalité peut même être soumise à des restrictions, notamment en vue de la protection de la santé publique, à condition de réaliser un juste équilibre entre les intérêts en cause (voy. CEDH, 17.10.2002, *Stambuk* c. Allemagne, §§ 39-41).

B.30. Il ressort de l'examen des autres moyens que les dispositions attaquées sont formulées en des termes suffisamment clairs et garantissant la sécurité juridique et qu'elles ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre le but légitime.

Le législateur a dès lors réalisé un juste équilibre entre les intérêts en cause.

B.31. Le quatrième moyen dans l'affaire n° 6037 n'est pas fondé.

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Rejette les recours.

…

Cour constitutionnelle du 17 septembre 2015

Arrêt n° 110/2015

...

Quant aux dispositions attaquées

B.1.1. Avant sa modification par la loi du 10 avril 2014, la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique disposait :

“CHAPITRE 1. - Disposition générale

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l’article 78 de la Constitution.

CHAPITRE 2. - Définitions

Article 2. Pour l’application de la présente loi, l’on entend par :

1° médecine esthétique non chirurgicale : tout acte technique médical non chirurgical, réalisé à l’aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d’énergie, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l’apparence corporelle d’un patient à des fins esthétiques, à l’exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur. Sont compris dans les dispositifs utilisant toute forme d’énergie les dispositifs utilisant le laser de classe 4 ou supérieure ou la lumière pulsée intense ;

2° chirurgie esthétique : tout acte chirurgical visant principalement à modifier l’apparence corporelle d’un patient à des fins esthétiques, à l’exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur ;

3° lipoaspiration : opération chirurgicale consistant en l’aspiration d’amas graisseux ;

4° lipofilling : opération chirurgicale consistant en l’injection de graisse ;

5° dermabrasion : opération chirurgicale consistant à abraser l’épiderme ou les couches supérieures du derme.

CHAPITRE 3. - Champ d’application

Article 3. Sont seuls habilités à poser des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale les professionnels visés dans la présente loi et dans la seule mesure de l’habilitation fixée dans la présente loi.

CHAPITRE 4. - Art médical et droits du patient

Article 4. Dans l’article 1er*bis*, 3°, de l’arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l’exercice des professions des soins de santé, inséré par la loi du 19 décembre 2008, les mots “ou de l’accompagner en fin de vie” sont remplacés par les mots “de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l’accompagner en fin de vie ”.

Article 5. L'article 2, § 1er, du même arrêté royal, modifié par la loi du 13 décembre 2006, est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

"Relève également de l'exercice illégal de l'art médical l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions visées à l'alinéa 1er, à l'égard d'un être humain, de tout acte technique médical, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur.

Le Roi peut, conformément à l'article 46*ter*, préciser les actes visés à l'alinéa 4".

Article 6. Dans le même arrêté royal, il est inséré un article 46*ter* rédigé comme suit :

"Article 46*ter*. Le Roi peut préciser les actes qui relèvent de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique, visés à l'article 2, 1° et 2°, de la loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, après avis du Conseil de l'esthétique médicale".

Article 7. L'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 septembre 2006, est complété par les mots "médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale".

Article 8. Dans l'article 2, 2°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, les mots "ou de l'accompagner en fin de vie" sont remplacés par les mots "de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie".

CHAPITRE 5. - Habilitations

Article 9. Sont seuls habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale et de la chirurgie esthétique, les titulaires d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ou de médecin spécialiste en chirurgie, visés à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, dénommé ci-après "l'arrêté royal du 25 novembre 1991".

Article 10. § 1er. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale, à l'exception d'injections intra-mammaires.

§ 2. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont également habilités à réaliser les actes relevant de la chirurgie esthétique suivants :

1° greffe capillaire ;

2° lipofilling dans toutes les parties du corps, hormis la région mammaire, avec un maximum de 10 millilitres de liquide injecté par acte.

§ 3. Le Roi peut préciser les actes visés au paragraphe 2, après avis du Conseil de l'Esthétique médicale.

Article 11. § 1er. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermato-vénéréologie visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médicine esthétique non chirurgicale, à l'exception d'injections intra-mammaires.

§ 2. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermato-vénéréologie visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont également habilités à réaliser les actes relevant de la chirurgie esthétique suivants :

1° greffe capillaire ;

2° dermabrasion ;

3° lipoaspiration avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration ;

4° lipofilling dans toutes les parties du corps, hormis la région mammaire.

§ 3. Le Roi peut préciser les actes visés au paragraphe 2, après avis du Conseil de l'esthétique médicale.

Article 12. Les titulaires des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste visés à l'arrêté royal du 25 novembre 1991, énumérés ci-après, sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale, chacun dans les limites du cadre anatomique de leur spécialité, tel que fixé ci-après :

1° médecin spécialiste en ophtalmologie : région orbito-palpébrale ;

2° médecin spécialiste en stomatologie : lèvres et région orale ;

3° médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie : pavillon des oreilles et région nasale ;

4° médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique : glande mammaire, région abdominale et organes génitaux féminins ;

5° médecin spécialiste en urologie : organes génitaux masculins et féminins ;

6° médecin spécialiste titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale : face et cou.

Article 13. Les médecins titulaires du titre professionnel de médecin généraliste visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 qui suivent une formation menant au titre professionnel de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er du même arrêté royal peuvent poursuivre l'exercice de la médecine générale durant leur formation et pendant les deux années qui suivent l'obtention du titre de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale précité.

Article 14. Les titulaires d'un des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un diplôme légal de licencié en sciences dentaires visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale dans la région intra-orale.

Article 15. Les esthéticiens disposant des compétences professionnelles fixées par le Roi sont habilités à utiliser les techniques d'épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense, s'ils ont suivi une formation fixée par le Roi.

Cette formation permet aux esthéticiens visés de disposer des connaissances pratiques et théoriques minimales concernant les dangers liés à l'utilisation des lasers de classe 4 et de la lumière pulsée intense, et concernant les précautions d'utilisation de ces techniques.

Pour l'utilisation d'une technique visée à l'alinéa 1er, le Roi peut, en outre, rendre obligatoire la consultation préalable d'un professionnel des soins de santé visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Article 16. Sans préjudice de l'application de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agréation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, les médecins en formation pour un des titres professionnels particuliers visés aux articles 9 à 12 sont habilités à poser les mêmes actes que les titulaires du titre professionnel particulier de cette spécialité dans les conditions de supervision prévues par la législation relative à la formation des médecins en formation pour un titre professionnel particulier.

Article 17. Les actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique ne peuvent être réalisés sur un mineur que moyennant l'accord écrit du représentant légal ou des représentants légaux du mineur.

Tout acte relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique sur un mineur fait l'objet d'une concertation préalable entre le mineur, son représentant légal ou ses représentants légaux et un médecin spécialiste en psychiatrie ou un psychologue. Cette concertation fait l'objet d'un rapport écrit qui fait partie intégrante du dossier médical du patient mineur.

CHAPITRE 6. - Information et consentement

Article 18. § 1er. Préalablement à tout acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, le praticien responsable fournit les informations suivantes au patient et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux :

1° les techniques et les conditions de réalisation de l'acte ;

2° les risques majeurs potentiels et les éventuelles conséquences et complications majeures ;

3° le type de matériel implanté ou de produit injecté, en ce compris sa dénomination et ses caractéristiques (volume, mesures, quantité) ;

4° les coordonnées du producteur et, le cas échéant, de l'importateur du matériel implanté ou du produit injecté ;

5° l'identité et le titre professionnel dont sont titulaires le praticien ou les praticiens réalisant l'acte projeté ;

6° une évaluation détaillée des frais lorsque le montant des frais liés à l'acte projeté est évalué à plus de 1.000 EUR. Ce montant est indexé au 1er janvier de chaque année suivant la formule d'indexation suivante : montant de base x nouvel indice santé/indice santé de base. L'indice santé de base est celui en vigueur au 31 décembre 2012. Le nouvel indice est celui qui interviendra successivement au 31 décembre de chaque année.

§ 2. Pour tout acte de chirurgie esthétique, le praticien responsable fournit les informations visées au paragraphe 1er au patient au cours d'une consultation préalable.

§ 3. Les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un compte rendu écrit, daté et signé par le patient ou, le cas échéant, son représentant légal ou ses représentants légaux et les praticiens concernés. Ce compte rendu fait partie intégrante du dossier médical du patient.

Lorsque plusieurs actes identiques, au niveau de la technique et du produit utilisés, sont réalisés dans le cadre d'un même traitement, les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un unique compte rendu tel que visé à l'alinéa précédent.

§ 4. Le texte du présent article est reproduit sur le compte rendu visé au paragraphe 3.

§ 5. Les informations visées au paragraphe 1er sont fournies au patient, et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux, sans préjudice d'autres informations à fournir en vertu d'autres dispositions, ou de modalités selon lesquelles ces informations doivent être communiquées ou conservées.

Article 19. La signature du compte rendu visé à l'article 18, § 3, alinéa 1er, par les parties fait courir le délai prévu à l'article 20.

Article 20. Pour tout acte de chirurgie esthétique, un délai minimum de quinze jours s'écoule entre la signature du compte rendu visé à l'article 18, § 3, alinéa 1er, et l'acte projeté.

Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu par le praticien pour cet acte aucune contrepartie quelconque ni aucun engagement financier à l'exception des honoraires afférents aux consultations préalables à l'acte.

CHAPITRE 7. - Dispositions pénales

Article 21. Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal, ainsi que, s'il échet, de l'application de sanctions disciplinaires, le médecin ou le dentiste qui, en infraction aux articles 9 à 16 accomplit habituellement un acte relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité conformément à la présente loi est puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de deux cent cinquante EUR à dix mille EUR ou d'une de ces peines seulement.

Article 22. Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal ainsi que, le cas échéant, de l'application de sanctions disciplinaires, le praticien visé par la présente loi qui commet une infraction à l'article 17, 18 ou 20 est puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de deux cent cinquante EUR à cinq mille EUR ou d'une de ces peines seulement.

CHAPITRE 8. - Conseil de l'Esthétique médicale

Article 23. Il est créé un Conseil de l'Esthétique médicale.

Le Roi définit la composition et le fonctionnement de ce Conseil. Ce Conseil est composé de titulaires du diplôme de médecins et pour moitié de titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991. Ce Conseil comprend également des titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en esthétique médicale non chirurgicale et des titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermato-vénéréologie.

CHAPITRE 9. - Mesures transitoires

Article 24. § 1er. Une période d'exercice de la médecine esthétique non chirurgicale, d'une durée d'au moins trois ans à temps plein ou d'une durée équivalente à temps partiel, peut être validée comme valant pour tout ou partie de la formation menant au titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale. La demande doit être introduite dans un délai de deux ans après l'entrée en vigueur de l'article 10.

§ 2. Les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l'entrée en vigueur du présent article sont autorisés à pratiquer la médecine esthétique non chirurgicale.

La demande d'autorisation doit être introduite dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent article.

Durant ce délai, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l'entrée en vigueur du présent article restent autorisés à pratiquer la médecine esthétique non chirurgicale.

§ 3. Les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration au jour de l'entrée en vigueur du présent article sont habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration. La demande d'habilitation doit être introduite dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent article. Durant ce délai, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration, au jour de l'entrée en vigueur du présent article, restent habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration.

§ 4. Les demandes visées aux paragraphes 1er, 2 et 3 sont traitées selon la procédure applicable aux demandes d'agrément pour le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale.

§ 5. Tant que la formation visée à l'article 15, § 1er, n'aura pas été définie par le Roi, sans que cette période puisse excéder un an à partir de l'entrée en vigueur du présent article, l'exigence de cette formation est remplacée par une déclaration sur l'honneur de l'esthéticien concerné, attestant qu'il dispose des compétences requises pour l'utilisation des techniques d'épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense.

§ 6. Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'article 10, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent sont habilités à pratiquer l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale et les actes relevant de la chirurgie esthétique visés à l'article 10, § 2.

CHAPITRE 10. - Entrée en vigueur

Article 25. L'article 10 entre en vigueur à une date à fixer par le Roi et au plus tard le 1er septembre 2014".

B.1.2. La loi attaquée vise à accroître la protection de la santé des patients qui subissent des interventions relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique. Le législateur a en effet constaté que de tels actes pouvaient comporter des risques et entraîner des complications, alors que tous les praticiens ne sont pas "des spécialistes qualifiés travaillant dans les règles de l'art" (Doc. parl., Sénat, SE 2010, n° 5-62/1, p. 1). L'objectif du législateur était donc de réserver à des médecins spécialistes possédant les titres professionnels et formations exigés l'exécution de tels actes souvent irréversibles et qui engagent toute une vie (*ibid*., pp. 2-3).

Le législateur entendait également lutter contre la mercantilisation des prestations esthétiques, le patient devenant un consommateur qu'il convient de protéger de ses pulsions en l'amenant davantage à réfléchir. Trois moyens devaient ainsi être mis en œuvre :

"1. L'encadrement et la désignation de prestataires compétents pour pouvoir poser ces actes (soit des chirurgiens ou des spécialistes en chirurgie esthétique, soit des médecins spécialistes posant des actes dans leur spécialité, soit des médecins généralistes agréés à la suite d'une procédure) ;

2. L'encadrement médical suffisant par l'apport à la nature de l'acte ;

3. L'information du patient pour qu'il donne un consentement éclairé" (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC 53-2577/004, p. 5).

Devant la commission des Affaires sociales du Sénat, la Ministre des Affaires sociales et de la santé publique a observé ce qui suit :

“L’absence de réglementation légale en ce qui concerne les pratiques d’esthétique médicale entraîne des dérives qui sont un véritable problème en termes de santé publique et de protection des patients. Il était donc grand temps d’agir !

Les interventions d’esthétique médicale connaissent en effet un engouement croissant et durable auprès du public; d’après *Test Achats*, 8 % des hommes et 16 % des femmes y auraient recouru en 2009.

Le problème est que de graves dérives se produisent ; la ministre pense notamment aux “réunions botox”, qui se multiplient à un rythme effréné et sans le moindre encadrement, mais aussi aux liposuccions, aux lipolyses et aux pseudo-liftings pratiqués clandestinement dans des arrière-boutiques” (Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-62/6, p. 8).

B.1.3. La loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé a modifié la loi attaquée afin, d’une part, de restreindre son champ d’application *ratione materiae* et, d’autre part, de la compléter par des dispositions réglementant la publicité relative aux actes esthétiques. Eu égard à ce dernier objectif, l’intitulé de la loi attaquée a été complété, en vertu de l’article 177 de la loi du 10 avril 2014, par les termes “et réglementant la publicité et l’information relative à ces actes”.

En ce qui concerne les restrictions apportées au champ d’application *ratione materiae* de la loi attaquée, en sont désormais exclus le traitement utilisant un laser de classe 4 ou supérieure ou la lumière pulsée intense (art. 178, 181 et 186 de la loi du 10.04.2014), ainsi que les tatouages et les piercings (art. 180 de la loi du 10.04.2014).

L’article 185 de la loi du 10 avril 2014 insère encore à l’article 24, § 2, alinéa 1er, de la loi attaquée les termes “d’une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale et” après les termes “peuvent justifier”. Ainsi, les titulaires d’un master en médecine qui bénéficient de mesures transitoires dès lors qu’ils peuvent justifier d’une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale doivent également justifier d’une formation théorique minimale en médecine esthétique non chirurgicale, afin de pouvoir garantir au patient une pratique sans risque de cette discipline (Doc. parl., Ch., 2013-2014, DOC 53-3349/001, p. 120).

Enfin, quelques modifications ont été apportées en ce qui concerne l’entrée en vigueur de la loi attaquée et les dispositions transitoires. Aux termes de l’article 187 de la loi du 10 avril 2014, l’article 10 de la loi attaquée entre en vigueur au plus tard le 1er septembre 2015.

B.1.4. En principe, lors de l’examen d’un recours en annulation, la Cour ne tient pas compte d’une modification ultérieure apportée aux dispositions attaquées, si avant l’entrée en vigueur des dispositions modificatives, les dispositions attaquées ont produit leurs effets pendant une période donnée.

Cependant, la loi attaquée constitue en l’espèce une loi pénale, à laquelle il convient d’appliquer le principe de la rétroactivité de la loi pénale la plus douce. Puisque les modifications apportées par la loi du 10 avril 2014 ont réduit le champ d’application de la loi attaquée en faveur des destinataires de celle-ci ou ont prolongé les modalités d’entrée en vigueur en faveur des destinataires de la loi et puisque les parties requérantes n’établissent pas qu’entre la date à laquelle la loi attaquée est entrée en vigueur, à savoir le 12 juillet 2013, et la date à laquelle la loi du 10 avril 2014 est entrée en vigueur, à savoir le 10 mai 2014, des décisions judiciaires définitives se sont déjà fondées sur cette loi, la Cour tient compte, dans son examen des moyens, des modifications mentionnées en B.1.3.

B.1.5. L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé a été coordonné par arrêté royal du 10 mai 2015, publié au Moniteur belge du 18 juin 2015, et porte l'intitulé "loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015". Dans le présent arrêt, il est toujours fait référence à l'arrêté royal n° 78.

...

En ce qui concerne les définitions de la médecine esthétique non chirurgicale et de la chirurgie esthétique

B.5. Les parties requérantes reprochent aux définitions de l'article 2, 1°, et de l'article 2, 2°, de la loi attaquée un manque de clarté à trois égards : elles ne préciseraient pas suffisamment les actes qui ont ou non un but thérapeutique, les actes qui sont chirurgicaux ou non chirurgicaux et les actes qui visent "principalement" ou non à modifier l'apparence physique.

B.6.1. Avant l'adoption de la loi attaquée, la distinction entre actes esthétiques et autres actes médicaux figurait déjà dans la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale.

Cette loi ne faisait cependant pas usage des termes et définitions présentement attaqués, mais utilisait la notion d'"actes d'esthétique médicale". Cette notion était définie comme suit à l'article 2, 5°, de cette loi :

"tout acte posé par un praticien de l'art médical visé à l'article 2, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé visant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, pour des raisons esthétiques, sans but thérapeutique ni reconstructeur. Les injections ainsi que les traitements aux lasers classe IV et à l'IPL sont également concernés".

Par son arrêt n° 70/2013 du 22 mai 2013, la Cour a annulé la loi du 6 juillet 2011 parce qu'elle instaurait pour les mêmes actes ou pour des actes similaires une interdiction de publicité en fonction de la personne qui pratique l'acte.

B.6.2. Dans la proposition de loi originaire qui a abouti à la loi attaquée, les notions d'"esthétique médicale" et d'"esthétique médicale invasive" étaient utilisées (Doc. parl., Sénat, S.E. 2010, n° 5-62/1, p. 4).

La notion d'"esthétique médicale" était définie comme suit dans cette proposition de loi :

"tout acte médical (chirurgical ou non) visant à modifier l'apparence corporelle d'une personne, à sa demande, pour des raisons esthétiques, sans but thérapeutique ni reconstructeur. Par définition, les actes d'esthétique médicale ne font pas l'objet d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire".

La notion d'"esthétique médicale invasive" était définie comme suit dans cette proposition de loi :

"tout acte d'esthétique médicale (chirurgical ou non) comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses ainsi que les lasers de classe IV et IPL".

Au cours des travaux préparatoires, ces définitions ont toutefois été critiquées par plusieurs parties concernées, dont le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Celui-ci observa en particulier que, dans les propositions de loi respectives qui visaient à régler les actes esthétiques, ces actes esthétiques n'étaient pas définis de la même manière (Doc. parl., Sénat, 2010-2011, n° 5-64/1, p. 22).

B.6.3. Les définitions présentement attaquées des notions de “médecine esthétique non chirurgicale” et de “chirurgie esthétique” ont été insérées dans la loi attaquée à la suite d’un amendement du Gouvernement, qui a été justifié de la manière suivante :

“Les notions de “médecine esthétique non chirurgicale” et de “chirurgie esthétique” sont définies et distinguées, avec une possibilité pour le Roi de préciser ces notions.

Cette distinction permet, dans la loi proposée, de clarifier les actes qui relèvent de la compétence des différents prestataires de soins concernés : chirurgien esthétique, dermatologue, médecin esthétique ou autres spécialistes.

L’articulation, trop complexe, d’esthétique médicale invasive/non-invasive, chirurgicale/non-chirurgicale proposée initialement est évacuée au profit des concepts plus simples de “médecine esthétique non chirurgicale” et “chirurgie esthétique”.

La référence au remboursement par l’INAMI des actes en question dans la définition du champ d’application de la loi est également supprimée. Cette distinction est artificielle et crée une discrimination, au niveau de la protection qu’il est souhaité de mettre en place, entre les patients qui subissent un acte qui fait l’objet d’une intervention de la part de l’INAMI et les patients qui subissent un acte qui ne fait pas l’objet d’une telle intervention” (Doc. parl, Sénat, 2011-2012, n° 5-62/3, p. 2).

B. 7.1. Les termes “à l’exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur” sont utilisés dans les définitions attaquées pour restreindre le champ d’application de la loi attaquée. Ils ont pour effet qu’il ne s’agit de médecine esthétique non chirurgicale ou de chirurgie esthétique que dans la mesure où un acte n’a pas de but thérapeutique ou reconstructeur. Dès qu’un acte poursuit, outre un but esthétique, également un quelconque but thérapeutique ou reconstructeur, si minime ou accessoire soit-il, il est dès lors exclu du champ d’application de la loi attaquée (voy. également, Doc. parl., Ch., 2012-2013, CRIV 53 PLEN 136, p. 65).

Un acte d’esthétique qui soigne simultanément un désagrément fonctionnel est par conséquent exclu du champ d’application de la loi attaquée. En revanche, le bénéfice psychologique qui accompagne la modification de l’apparence physique ne suffit pas pour qualifier cet acte de partiellement thérapeutique.

B.7.2. Les définitions attaquées concernent par ailleurs le “but” thérapeutique ou reconstructeur de l’acte, non les effets réels de celui-ci. Partant, un acte destiné à être (partiellement) thérapeutique ou reconstructeur qui n’a pas produit l’effet thérapeutique ou reconstructeur voulu ne sera pas requalifié *a posteriori* d’acte d’esthétique, si le médecin concerné pouvait raisonnablement considérer que cet acte était susceptible d’avoir un effet thérapeutique. Ce but ne doit pas être qualifié par type d’acte mais par acte. Par conséquent, la loi attaquée ne s’applique pas à un acte qui est le plus souvent qualifié d’esthétique si, dans le cas examiné, cet acte a néanmoins partiellement un but thérapeutique.

Il appartient au médecin traitant d’apprécier lui-même, de par ses connaissances et son expérience, si le but d’un acte est ou non thérapeutique ou reconstructeur. Eu égard à l’article 21 de la loi attaquée, une seule appréciation erronée n’engagera du reste pas la responsabilité pénale du médecin, étant donné que cette disposition ne sanctionne que l’accomplissement “habituel” d’un acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité conformément à la loi attaquée.

B. 7.3. Les termes “à l’exception de tout but thérapeutique ou reconstructeur” utilisés dans les définitions attaquées sont dès lors suffisamment clairs et présentent une sécurité juridique suffisante, puisqu’ils ont pour effet que la loi attaquée ne s’applique que dans la mesure où l’acte poursuit un but purement esthétique mais ne s’appliquera pas dès qu’il y a un but thérapeutique ou reconstructeur minimal.

B.7.4. Comme la Cour l'a en outre rappelé en B.4, il convient de tenir compte de la qualité du destinataire de l'incrimination. En l'espèce, il peut être considéré que les personnes habilitées par la loi à accomplir des actes médicaux disposent d'une bonne information quant aux actes qu'ils accomplissent et aux objectifs qu'ils poursuivent dans l'accomplissement de leurs actes.

B.8. La définition figurant à l'article 2, 1°, de la loi attaquée concerne les actes non chirurgicaux, tandis que la définition figurant à l'article 2, 2°, de la loi attaquée traite des actes chirurgicaux. En l'absence d'une définition plus précise dans la loi, le terme "chirurgie" doit être compris dans son acception usuelle, à savoir comme la partie de la médecine qui traite les maladies et les blessures au moyen d'opérations. Chaque acte qui requiert une incision de la peau doit être considéré comme un acte chirurgical.

Par ailleurs, l'article 2, 3° à 5°, de la loi attaquée qualifie la lipoaspiration, le lipofilling et la dermabrasion d'actes chirurgicaux et l'article 10, § 2, 1°, de la loi attaquée qualifie la greffe capillaire d'acte chirurgical, de sorte qu'il ne saurait y avoir d'imprécision quant à ces actes non plus. La circonstance que certaines organisations médicales considèrent ces interventions comme non chirurgicales n'y change rien.

En conséquence, les termes "non chirurgicale" et "chirurgicale" utilisés dans l'article 2, 1°, et dans l'article 2, 2°, de la loi attaquée sont suffisamment clairs et présentent une sécurité juridique suffisante.

B.9. Eu égard à ce qui est dit en B.7.1, les termes "visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques" n'ont pas pour effet que la loi attaquée s'applique aux actes ayant partiellement un but thérapeutique ou reconstructeur. S'il fallait conférer une telle portée au terme "principalement", le législateur aurait en effet prévu des critères permettant de faire la balance entre les composantes thérapeutique et esthétique de chaque acte.

En conséquence, les termes "visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques" employés dans les définitions attaquées sont suffisamment précis et présentent une sécurité juridique suffisante.

B.10. Partant, les définitions contenues dans l'article 2, 1° et 2°, de la loi attaquée sont compatibles avec le principe de légalité en matière pénale.

Sous réserve de l'interprétation mentionnée en B.9, le premier moyen dans les affaires nos 5777, 5779, 5783, 5784 et 5785, en ses première, deuxième et troisième branches, ainsi que le troisième moyen dans l'affaire n° 5795 ne sont dès lors pas fondés.

...

Quant au principe d'égalité el de non-discrimination

B.31. Dans le deuxième moyen dans les affaires nos 5777, 5779, 5783, 5784 et 5785 ainsi que dans les premier et deuxième moyens dans l'affaire n° 5795, les parties requérantes allèguent la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

D'après les parties requérantes, la loi attaquée serait discriminatoire à l'égard des médecins qui pratiquent des actes relevant de la médecine esthétique en les soumettant à une réglementation beaucoup plus stricte que celle à laquelle sont soumis les médecins qui ne pratiquent pas cette discipline.

B.32. Il existe des différences fondamentales entre, d'une part, la médecine thérapeutique et reconstructrice et, d'autre part, la médecine esthétique. Alors que la médecine thérapeutique et reconstructrice vise à éviter, à soigner ou à guérir des maladies ou des lésions, la médecine esthétique est étrangère aux maladies ou lésions mais répond au souhait du patient d'améliorer son apparence physique.

Ayant notamment constaté les risques accrus, décrits en B.1.2, en médecine esthétique en matière de qualité des soins, de sécurité des patients et de protection du consommateur, le législateur a pu estimer qu'il importait de prendre les mesures nécessaires notamment par rapport à ces actes, afin de diminuer les risques précités.

Du reste, contrairement à ce que soutiennent les parties requérantes, la limitation de l'habilitation prévue par la loi attaquée ne peut pas être considérée comme une restriction de la liberté thérapeutique. Comme il est dit en B.7.1, les actes qui ont également un but thérapeutique sont en effet exclus du champ d'application de la loi attaquée. La liberté thérapeutique n'a en revanche aucun lien avec des actes purement esthétiques.

La Cour doit toutefois examiner si les mesures prescrites par les dispositions attaquées sont raisonnablement justifiées par rapport aux objectifs poursuivis par le législateur.

En ce qui concerne les habilitations requises pour accomplir des actes relevant de la médecine esthétique

B.33. Dans la première branche du deuxième moyen, les parties requérantes dans les affaires nos 5777, 5779, 5783, 5784 et 5785 demandent l'annulation des articles 3, 12, 2° et 6°, 14 et 16, combinés avec l'article 21 de la loi attaquée. Elles critiquent l'identité de traitement qui découlerait des dispositions précitées entre les dentistes, d'une part, et les médecins spécialistes en stomatologie ainsi que ceux qui sont titulaires du titre professionnel de médecin spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale (face et cou) ; d'autre part. En effet, les deux catégories seraient habilitées à accomplir les mêmes actes de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale alors que la première a suivi une formation moins longue.

B.34. En vertu de l'article 12, 2° et 6°, de la loi attaquée, les médecins spécialistes en stomatologie ainsi que ceux qui sont titulaires du titre professionnel de médecin spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale (face et cou) sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale, chacun dans les limites du cadre anatomique de leur spécialité.

Quant à l'article 14 de la loi, il prévoit que les titulaires d'un des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un diplôme légal de licencié en sciences dentaires visés à l'article 3 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 "établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire" sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale dans la région intra-orale.

Enfin, l'article 16 attaqué prescrit que les médecins en formation pour l'un des titres professionnels particuliers visés aux articles 9 à 12 sont habilités à poser les mêmes actes que les titulaires du titre professionnel particulier de cette spécialité dans les conditions de supervision prévues par la législation relative à la formation des médecins pour un titre professionnel particulier.

B.35. L'article 3 de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991 fixe la liste des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un diplôme légal de licencié en sciences dentaires comme suit : dentiste généraliste, dentiste spécialiste en orthodontie ou dentiste spécialiste en parodontologie.

B.36.1. Aux termes de l'article 1er, § 1er, de l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, le champ d'activité du dentiste généraliste reprend tous les domaines de la science visant le développement, la structure, les caractéristiques, les fonctions et la pathologie de l'appareil masticateur humain, de la prévention et de la thérapie médicale et chirurgicale y afférente.

Le paragraphe 2 de la même disposition précise que la compétence du dentiste généraliste s'étend à toute la cavité buccale, aux tissus de soutien, aux muscles masticateurs, à l'articulation temporo-mandibulaire et aux tissus mous connexes.

Les critères d'agrément du dentiste généraliste sont définis aux articles 2 et 3 de l'arrêté précité. Le candidat doit être titulaire d'un diplôme de master en science dentaire ou *Tandarts* ou d'un diplôme reconnu équivalent en Belgique par les autorités compétentes. Il doit également avoir suivi une formation d'une durée d'un an (minimum 1.500 heures et maximum 1.800 heures) avec une partie théorique et une partie pratique.

B.36.2. Les critères d'agrément des dentistes spécialistes en orthodontie sont définis par l'arrêté ministériel du 28 mai 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie. D'après l'article 1er de l'arrêté, le champ d'activité de ces praticiens s'étend à la prévention, au diagnostic, à l'interception, à la planification du traitement et au traitement même de toute dysmorphose dento-faciale et des éventuels troubles fonctionnels associés, ainsi qu'à la surveillance de leur évolution. Ce praticien est également habilité à réaliser des soins chirurgicaux mineurs et d 'hygiène au niveau de la *gencive marginale* imposés par le positionnement et la présence de l'appareillage orthodontique.

Outre les critères généraux d'agrément de dentistes spécialistes définis par l'arrêté ministériel du 11 juin 2001 "fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes", le dentiste spécialiste en orthodontie doit avoir suivi une formation complémentaire de quatre années afin d'acquérir des compétences complémentaires dans les domaines visés à l'article 2 de l'arrêté du 28 mai 2001.

B.36.3. Enfin, le champ d'activité du dentiste spécialiste en parodontologie s'étend à la prévention, au diagnostic, à la planification du traitement et au traitement même de toutes les affections parodontales (en relation avec l'accumulation de plaque ou non, à l'exception de la thérapie des lésions cancéreuses) par la thérapie chirurgicale ou non-chirurgicale, la régénération tissulaire parodontologique, le traitement de kystes d'origine parodontale dans la région gingivoalvéolaire, le traitement des problèmes de furcation, l'extraction chirurgicale, les transplantations et réimplantations des dents ainsi que la pose d'implants oraux et leurs pièces intermédiaires à la mandibule et dans le processus alvéolaire des maxillaires. La parodontologie ne comporte en aucun cas la restauration prothétique.

Comme c'est le cas pour le dentiste spécialiste en orthodontie, outre les critères généraux d'agrément de dentistes spécialistes définis par l'arrêté ministériel du 11 juin 2001, le dentiste spécialiste en parodontologie doit avoir suivi une formation complémentaire de quatre années afin d'acquérir des compétences complémentaires dans les domaines visés à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 27 juillet 2001.

B.37. D'après l'annexe à l'arrêté ministériel du 26 avril 1982 "fixant les critères spéciaux d'agréation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de stomatologie", le candidat spécialiste en stomatologie doit répondre aux critères généraux de formation et d'agréation des médecins spécialistes tels qu'ils sont définis par l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes. La formation en stomatologie comprend trois années de formation de base qui correspondent aux trois dernières années pour l'obtention du diplôme de master en science dentaire. Il en est toutefois dispensé s'il est déjà détenteur de ce diplôme.

Le candidat est ensuite tenu de suivre deux années de formation supérieure, de se consacrer exclusivement à la pratique hospitalière et doit compléter ses connaissances en méthodes spéciales de diagnostic, en thérapeutique et techniques chirurgicales stomatologiques, en pathologie médico-chirurgicale spéciale, entre autres en orthopédie dentofaciale, en prothèse maxillo-faciale et en parodontologie. Il doit rester en contact avec les domaines connexes d'autres disciplines, notamment les spécialités de la tête et du cou, ainsi que la dermatologie, la radiologie et l'anatomie pathologique ; il doit enfin prêter attention à la cancérologie et aux aspects médico-légaux de la spécialité.

Il est précisé au point A.5 de l'annexe qu'à mi-temps durant la dernière année de formation et ensuite à temps plein durant deux années supplémentaires, outre la formation en chirurgie orale déjà reçue, une formation spéciale peut être consacrée à la chirurgie maxillo-faciale par une activité clinique et opératoire encore sous contrôle mais déjà semi-indépendante.

Au cours de ces deux années complémentaires, des stages de trois à six mois peuvent être suivis pendant un total de neuf mois au maximum dans le domaine de la chirurgie en général, en chirurgie plastique de la tête et du cou ou en techniques microchirurgicales.

Un certificat attestant de la compétence spéciale du médecin en chirurgie maxillo-faciale sera délivré si celui-ci, avec l'accord de son maître de stage, selon un plan dûment approuvé, et dans des services agréés dans ce but, s'est consacré pendant au moins deux ans et demi à cette formation complémentaire.

B.38. Comme le relève le Conseil des ministres dans son mémoire, il n'existe pas d'identité de traitement entre les deux catégories comparées. En effet, tandis que les titulaires d'un diplôme légal de licencié en science dentaire sont habilités à accomplir des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale dans la région intraorale, les médecins spécialistes en stomatologie ainsi que ceux qui sont titulaires du titre professionnel de médecin spécialiste en chirurgie orale maxillo-faciale sont habilités à accomplir des actes de cette nature dans les limites du cadre anatomique de leur spécialité, qui constitue un cadre plus large que la région intra-orale.

Comme cela ressort des B.36.1 à B.36.3, au terme de la formation qu'ils ont reçue, les dentistes sont habilités à accomplir des actes, y compris de nature chirurgicale, relatifs au développement, à la structure, aux caractéristiques, aux fonctions et à la pathologie de l'appareil masticateur humain. Il n'est, partant, pas sans justification raisonnable de les habiliter à accomplir des actes relevant de la chirurgie esthétique ou des actes esthétiques non chirurgicaux qui concernent la même zone, celle-ci étant strictement délimitée par l'article 1er, § 2, de l'arrêté ministériel du 29 mars 2002.

B.39. Le deuxième moyen, en sa première branche, n'est pas fondé.

...

En ce qui concerne le devoir d'information particulier et le délai d'attente

B.91. Dans les quatorzième, quinzième et seizième branches du deuxième moyen dans les affaires nos 5777 et 5779 et dans les onzième, douzième et treizième branches du deuxième moyen dans les affaires nos 5783, 5784 et 5785, les parties requérantes font valoir que les articles 18, 19 et 20 de la loi attaquée violent le principe d'égalité et de non-discrimination en ce qu'ils imposent, dans le cas d'actes de nature esthétique, un devoir d'information particulier, y compris un devis obligatoire, ainsi qu'un délai d'attente de quinze jours et une interdiction de demander un acompte pendant ce délai d'attente, alors que de telles règles ne s'appliquent pas dans le cadre d'actes à visée thérapeutique et reconstructrice.

B.92.1. En vertu de l'article 18, § 1er, de la loi attaquée, le praticien responsable doit communiquer préalablement au patient de tout acte de nature esthétique les informations énumérées dans cette disposition, y compris une évaluation détaillée des frais lorsque le montant des frais liés à l'acte projeté est évalué à plus de 1.000 EUR. Ces informations doivent être communiquées, en vertu de l'article 18, § 2, de la loi attaquée au cours d'une consultation préalable qui fait l'objet d'un compte rendu écrit, lequel est annexé au dossier du patient, en vertu de l'article 18, § 3, de la loi attaquée. Conformément aux articles 19 et 20 de la loi attaquée, un délai d'attente d'au moins quinze jours doit être respecté entre la signature du compte rendu écrit et l'acte et le praticien ne peut exiger ou obtenir pour cet acte aucune contrepartie quelconque ni engagement financier, à l'exception des honoraires afférents aux consultations préalables à l'intervention.

B.92.2. L'article 18 de la loi attaquée trouve son origine dans un amendement du Gouvernement, déposé au Sénat et justifié comme suit :

"L'amendement précise et étend, par rapport à la proposition initiale, les informations qui doivent être fournies au patient préalablement à l'intervention projetée. Ainsi, au terme de l'amendement, il doit être fourni les informations suivantes par le praticien responsable : les techniques et les conditions de réalisation de l'intervention, les risques potentiels et les éventuelles conséquences et complications, le type de matériel implanté ou injecté, comprenant sa dénomination et ses caractéristiques (volume, mesures, quantité), les coordonnées du producteur et, s'il échet, de l'importateur du matériel implanté ou injecté, l'identité et le titre professionnel dont sont titulaires le ou les praticiens réalisant l'acte projeté et un décompte détaillé des frais lorsque le montant des frais liés à l'acte projeté est évalué à plus de 1.000 EUR indexés.

Cette liste est également fixée ici sans préjudice de l'application d'autres obligations en vertu d'autres législations (en matière de prothèses par ex.).

L'amendement introduit l'obligation de consigner la concertation préalable à l'intervention sur un patient mineur et l'information préalable donnée au patient par le praticien responsable par écrit et d'en faire un élément du dossier médical du patient.

Cette disposition vise à s'assurer que le patient consent en toute connaissance de cause à l'acte qui va être posé, et à ce que le patient dispose de toutes les informations nécessaires au suivi éventuel à donner à l'acte posé.

L'amendement introduit également l'obligation d'une consultation préalable pour les prestations relevant de la chirurgie esthétique" (Doc. parl., Sénat, 2011-2012, n° 5-62/3, pp. 10-11, amendement n° 19 intégralement repris dans l'amendement du Gouvernement n° 48, Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-62/5, pp. 11-12).

Les règles relatives à l'information du patient ont fait l'objet d'une discussion en commission compétente de la Chambre dont il ressort :

"Madame [...] introduit *l'amendement n° 2* (DOC 53-2577/002), qui tend à prévoir une information préalable du patient sous la forme d'un compte rendu à lui remettre. Pour l'auteur de l'amendement, il s'agit en outre de dispenser le praticien, qui tient à l'heure actuelle généralement un dossier médical électronique de son patient, de devoir classer des documents papier superflus et, éventuellement, de devoir les présenter à titre de preuve.

Madame [...] et consorts introduisent *l'amendement n° 5* (DOC 53-2577/003), qui vise à alléger les tâches administratives des praticiens, en prévoyant que plusieurs actes identiques (du point de vue de la technique et du produit utilisés), réalisés dans le cadre d'un même traitement, peuvent faire l'objet d'un compte-rendu unique.

Madame [...] s'étonne, à propos du § 1er, 6°, de la disposition en projet, que l'évaluation détaillée des frais ne soit prévue, dans la phase d'information du patient, que lorsque l'intervention dépasse 1.000 EUR. On exclut de la sorte toute une série d'interventions qui peuvent pourtant s'avérer onéreuses pour le patient, d'autant que le montant visé ne concerne que les frais liés à l'acte, et non les frais annexes (frais dits d'hôtellerie, par ex.).

Pour Madame [...], l'énumération des informations auxquelles a droit le patient est un élément positif. Il faut toutefois être certain que cette disposition ne pourra pas être interprétée par les praticiens pour éluder leurs responsabilités, en cas de complications après le traitement ou l'opération, au motif que le patient aurait été complètement informé des risques de l'opération.

Concernant les informations liées aux frais, l'intervenante estime que la disposition en projet pourrait utilement servir d'exemple dans d'autres domaines de la médecine, comme par exemple les factures d'hôpitaux, les frais d'opérations chirurgicales, etc., qui réservent souvent des surprises inattendues chez les patients et où une plus grande transparence et une meilleure information des patients devraient pouvoir être assurées.

Madame [...] se demande pourquoi on exige une évaluation détaillée. Ne peut-on pas se contenter d'exiger du praticien qu'il fournisse une information globale au sujet du prix ?

La ministre rappelle l'importance d'une information complète du patient, spécialement avant une opération de médecine ou de chirurgie esthétique, son consentement devant être éclairé. Le projet de loi transmis par le Sénat organise dès lors l'information du patient sur les différents aspects du traitement prévu, et prévoit que ces informations soient données au cours d'une consultation préalable et fassent l'objet d'un compte rendu écrit, daté, signé par le patient (ou, le cas échéant, son représentant légal) et les praticiens concernés, et conservé dans le dossier médical. Rien ne s'oppose à ce que ce compte rendu soit établi et conservé sous une forme électronique.

La ministre estime pouvoir se rallier à l'amendement n° 5.

En ce qui concerne plus précisément l'information relative au coût de l'intervention, la ministre indique que le chiffre de 1.000 EUR a été retenu, comme catégorie simplificatrice, car on se situe à partir de ce niveau dans la catégorie des actes de chirurgie, alors qu'en deçà il s'agit généralement d'actes de médecine non chirurgicale.

Il a également été tenu compte du fait qu'il est parfois difficile de déterminer à l'avance la quantité de produit nécessaire pour réaliser un acte (dans le cas d'une injection, notamment). Or, le prix du produit est un élément important du coût dans les petites interventions. Avec une limite fixée à 1.000 EUR, la plupart des petits traitements de médecine esthétique pourront être réalisés.

L'évaluation détaillée des frais liés à l'acte projeté comprend essentiellement le travail intellectuel et la prestation effective du médecin, ainsi que le coût des produits. Comme il s'agit bien d'une évaluation, des dépassements limités sont toujours possibles, par exemple si l'on a utilisé davantage de produit que prévu au départ. L'avantage d'une évaluation détaillée est qu'elle permet alors au patient de comprendre l'origine des éventuels surcoûts.

L'évaluation détaillée sera d'autant plus utile dans le cas d'une intervention chirurgicale nécessitant une hospitalisation, avec des frais connexes, liés par exemple à l'anesthésie ou à des implants. À moins d'être tronquée, l'information ne peut dans ce cas se limiter aux honoraires du praticien, qui ne représenteront qu'une fraction du coût global. Il faut donc également informer le patient des frais "connexes", qui seront loin d'être négligeables : honoraires de l'anesthésiste, de l'assistant, coûts hospitaliers, coûts des implants, etc." (Doc. parl., Ch., 2012-2013, DOC53-2577/004, pp. 27-29).

B.93.1. Le renforcement de l'obligation d'information du patient lorsqu'il s'agit d'actes de nature esthétique est pertinente au regard du second objectif, décrit en B.1.2. En effet, tel que cela ressort des travaux préparatoires précités, le devoir d'information particulier, la consultation préalable et le compte rendu écrit ont pour conséquence que le patient peut donner son consentement à l'intervention en connaissance de cause, également par rapport au prix. Du fait du délai d'attente, le patient est protégé contre ses propres pulsions et l'interdiction de demander un acompte permet effectivement au patient de changer d'avis au cours du délai d'attente.

B.93.2. La distinction entre des actes de nature esthétique d'un coût évalué jusqu'à 1.000 EUR et des actes de nature esthétique qui sont évalués à plus de 1.000 EUR a été fixée en concertation avec les parties concernées (Doc. parl., Sénat, 2010-2011, n° 5-61/4, p. 36) et a été choisie parce qu'en ce qui concerne les montants jusqu'à 1.000 EUR, il s'agit le plus souvent d'actes non chirurgicaux, à l'égard desquels il peut être légitimement considéré qu'ils comportent moins de risques pour le patient (*ibid.*).

B.93.3. La circonstance que le patient aura déjà réfléchi à l'acte projeté avant sa prise de contact avec le médecin n'enlève rien à la nécessité des mesures attaquées. En effet, ce n'est qu'après la consultation préalable et après la signature du compte rendu écrit que le patient sera à même de réfléchir de manière suffisamment informée à cette intervention.

B.93.4. Le délai de quinze jours fixé par la loi est suffisamment long pour permettre au patient une réflexion adéquate par rapport à l'acte qu'il requiert. Du reste, il n'y a pas lieu de respecter un délai d'attente pour remédier aux complications d'un acte antérieur de nature esthétique, étant donné qu'il s'agit dans ce cas d'un acte à visée thérapeutique.

B.93.5. La différence de traitement alléguée par les parties requérantes entre les actes à visée thérapeutique et reconstructrice, d'une part, et les actes de nature esthétique, d'autre part, en ce qui concerne la faculté pour le patient de retirer son consentement, est inexistante. L'article 8, § 3, de la loi du 22 août 2002 précitée, relative aux droits du patient, prévoit en effet une disposition similaire.

B.93.6. Durant le délai de quinze jours visé par les articles 19 et 20 de la loi attaquée, le médecin ne dispose d'aucun droit subjectif à percevoir les honoraires liés à l'acte projeté, le patient ayant la possibilité de revenir sur son consentement à le réaliser. Rien n'empêche, en revanche, le médecin de facturer les honoraires habituels pour les consultations préalables.

B.93.7. Enfin, comme il est dit en B.89.4, dans la mesure où les obligations d'information du patient prescrites par la loi attaquée sont plus strictes en vue d'une plus grande protection de celui-ci, les médecins qui accomplissent des actes de nature esthétique sont tous, sans distinction, tenus de s'y conformer. Il n'existe, partant, aucune différence de traitement les concernant.

B.94. Les articles 18, 19 et 20 de la loi attaquée sont compatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination. Le deuxième moyen, en ses quatorzième, quinzième et seizième branches dans les affaires nos 5777 et 5779 et le deuxième moyen, en ses onzième, douzième et treizième branches dans les affaires nos 5783,5784 et 5785 ne sont pas fondés.

...

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

- rejette les recours, sous réserve des interprétations mentionnées en B.7.1, B.9 et B.30.2.

Ainsi rendu en langue néerlandaise, en langue française et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 17 septembre 2015.

III. Cour du travail de Liège, division Liège, 11 janvier 2016

Loi du 3 juillet 1978 sur les contrats de travail - Article 30*ter* - Congé d'adoption - Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 223*ter*

L'esprit de l'article 30ter de la loi du 3 juillet 1978 est de lier le congé d'adoption au cadre de l'adoption et à l'accueil de l'enfant. Ceci signifie d'une part qu'il peut être octroyé non seulement lorsque l'adoption a eu lieu mais aussi durant la phase préalable pendant lequel l'enfant est légalement présent dans le ménage à un autre titre que l'établissement d'un lien de filiation, à condition que le but poursuivi soit l'adoption.

Le congé doit dès lors être pris dans un délai le plus proche possible de l'arrivée de l'enfant dans la famille car il est destiné à permettre à l'enfant et aux parents de s'apprivoiser mutuellement.

Arrêt n° 2015/AL/82
J.T. c./INAMI - UNML

...

I. Faits et antécédents de la procédure

Le litige concerne la prime d'adoption postulée par M. T. suite à l'adoption de B., né le 12 juillet 2005 à Oujda (Maroc). Ce petit garçon a été confié à M. T. et à son épouse en 2006 dans le cadre d'une kafala et est arrivé sur le territoire belge en mars 2006.

B. apparaît dans la composition de ménage de la famille à tout le moins le 29 août 2006, en qualité de *non apparenté*.

M. et Mme T. ont introduit une demande d'adoption simple de B. devant le tribunal de la jeunesse de Liège le 14 décembre 2006 et l'adoption a été prononcée par un jugement du 4 février 2008.

Le 11 février 2008, M. T. introduit une demande de congé d'adoption, pour l'adoption de B. en joignant en annexe une composition de ménage indiquant B. comme *fils*, avec une mention manuscrite "depuis le 4 février 2008 (date jugement d'adoption)".

Le 7 mars 2008, la mutuelle refuse au motif que "l'enfant est inscrit au registre de la population depuis plus de 2 mois". Il s'agit de la première décision attaquée.

Le 3 avril 2008, l'INAMI abonde dans le même sens. Il s'agit de la deuxième décision attaquée. La décision est motivée comme suit :

Nous sommes au regret de devoir vous confirmer que compte tenu du prescrit de l'article 30*ter* de la loi du 3 juillet 1978 sur les contrats de travail, vous êtes hors délai pour pouvoir prétendre au congé d'adoption et à son indemnisation en application de l'article 223*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

En effet, l'article 30*ter* précité prévoit que le congé d'adoption doit impérativement prendre cours dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de sa commune de résidence.

En effet, votre fils adoptif a fait dans un premier temps l'objet d'une inscription comme non apparenté dans les registres de la population (dans les semaines qui ont suivi son arrivée du Maroc fin mars 2006). Vous deviez dès lors faire débuter votre congé d'adoption dans les deux mois de ladite inscription, même si vous n'étiez à ce moment précis pas encore en mesure de produire le jugement prononçant l'adoption (jugement intervenu le 04.02.2008).

Le 24 avril 2008, M. T. dépose au greffe du Tribunal du travail de Liège un recours contre ces deux décisions et demande la condamnation de sa mutualité à octroyer le congé d'adoption demandé. Après trois remises et un renvoi au rôle, le dossier fait l'objet d'un jugement du 12 janvier 2015 dans lequel le Tribunal rappelle que l'objectif du congé d'adoption est de permettre l'accueil de l'enfant, raison pour laquelle le législateur a fixé un délai objectif de deux mois après l'inscription dans les registres de la population pour solliciter ce congé. Le Tribunal souligne également que la disposition légale n'exige pas un jugement d'adoption mais exige seulement que la demande de congé se situe dans le cadre d'une adoption. Il déclare le recours recevable mais non fondé et condamne l'O.A. aux dépens nuls.

M. T. interjette appel le 5 février 2015.

...

III. La position du ministère public

Madame l'avocat général considère que le congé d'adoption ne peut jouer que dans le cadre d'une adoption et ne peut trouver à s'appliquer à une simple kafala. Le droit au congé d'adoption ne naît selon elle qu'au moment de l'introduction d'une demande d'adoption, soit plus précisément lors du dépôt d'une requête en adoption devant le Tribunal de la jeunesse (le 14.12.2006 en l'espèce). Néanmoins, le congé d'adoption doit être exercé dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant dans le ménage de ses parents adoptifs. Pour ne pas dénaturer la disposition de l'article 30*ter* de la loi du 3 juillet 1978, l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage doit être mise en relation avec la procédure d'adoption introduite. En l'espèce le congé d'adoption devait être exercé à partir du 14 décembre 2006 et au plus tard le 14 février 2007 - *quod non*.

Elle estime par ailleurs la demande de dommage intérêt non fondée, faute de dommage et de faute.

Elle considère dès lors que l'appel est recevable mais non fondé.

IV. La décision de la cour

IV.1. Recevabilité de l'appel

Le jugement du 12 janvier 2015 a été notifié le 29 janvier 2015. L'appel du 5 février 2015 a été introduit dans le délai légal. Les autres conditions de recevabilité sont réunies. L'appel est recevable.

IV.2. Fondement

L'article 293 de la loi programme du 9 juillet 2004 a inséré un article 30*ter* dans la loi du 3 juillet 1978 sur les contrats de travail. Cet article est ainsi énoncé :

Art.30*ter*.

§ 1er. Le travailleur qui, **dans le cadre d'une adoption**[1], accueille un enfant dans sa famille, a droit, pour prendre soin de cet enfant, à un congé d'adoption pendant une période ininterrompue de maximum 6 semaines si l'enfant n'a pas atteint l'âge de 3 ans au début du congé, et de maximum 4 semaines dans les autres cas. Dans le cas où le travailleur choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines prévues dans le cadre du congé d'adoption, le congé doit être au moins d'une semaine ou d'un multiple d'une semaine.

Pour pouvoir exercer le droit au congé d'adoption ce congé doit prendre cours dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de sa commune de résidence[2].

La durée maximale du congé d'adoption est doublée lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

L'exercice du droit au congé d'adoption prend fin dès que l'enfant atteint l'âge de huit ans au cours du congé.

§ 2. Durant le congé d'adoption le travailleur bénéficie d'une indemnité dont le montant est déterminé par le Roi et, qui lui est payée dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités.

Le Roi peut également déterminer que le travailleur maintient, pour une partie du congé d'adoption, son droit à la rémunération à charge de l'employeur.

§ 3. Le travailleur qui souhaite faire usage du droit au congé d'adoption doit en avertir par écrit son employeur au moins un mois à l'avance.

La notification de l'avertissement se fait par lettre recommandée ou par la remise d'un écrit dont le double est signé par l'employeur au titre d'accusé de réception. L'avertissement mentionne la date de début et de fin du congé d'adoption.

Le travailleur fournit à l'employeur, au plus tard au moment où le congé d'adoption prend cours, les documents attestant l'évènement qui ouvre le droit au congé d'adoption.

§ 4. L'employeur ne peut faire un acte tendant à mettre fin unilatéralement au contrat de travail du travailleur qui a fait usage de son droit au congé d'adoption pendant une période qui commence deux mois avant la prise de cours de ce congé et qui finit un mois après la fin de celui-ci, sauf pour des motifs étrangers à la prise de ce congé d'adoption.

La charge de la preuve de ces motifs incombe à l'employeur.

Si le motif invoqué à l'appui du licenciement ne répond pas aux prescriptions de l'alinéa 1er ou à défaut de motif, l'employeur est tenu de payer une indemnité forfaitaire égale à la rémunération de trois mois, sans préjudice des indemnités dues au travailleur en cas de rupture du contrat de travail.

1. C'est la Cour qui souligne.
2. Idem.

Cette indemnité ne peut être cumulée avec d'autres indemnités qui sont prévues dans le cadre d'une procédure de protection particulière contre le licenciement".

Le dispositif est complété par l'article 223*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, lequel prévoit une indemnité de 82 % de la rémunération perdue par jour ouvrable pris au titre de congé d'adoption.

C'est l'exigence exprimée au premier paragraphe d'une prise de cours du congé d'adoption dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de sa commune de résidence qui pose problème en l'espèce, l'INAMI estimant que comme B. est présent (comme non-apparenté) dans le ménage de sa famille depuis 2006, cette condition n'était pas remplie lorsque la demande de congé d'adoption a été introduite le 11 février 2008.

On peut lire ce qui suit dans les travaux préparatoires[3] :

Ce chapitre est destiné à régler un droit au congé d'adoption, par l'introduction d'un nouvel article 30*ter* dans la loi du 3 juillet 1978 relatives aux contrats de travail.

En exécution des décisions qui ont été prises lors du Conseil des ministres spécial du 20 mars 2004 à Ostende, une réglementation est introduite par laquelle le droit au congé d'adoption est étendu à maximum six semaines. En outre des modalités spécifiques sont prévues au niveau des conditions d'âge, de la procédure de demande et de la protection contre le licenciement.

En raison de cette modification importante du droit au congé d'adoption, le Gouvernement estime que ce congé d'adoption ne rentre plus dans la philosophie de l'article 30 de la loi relative aux contrats de travail, laquelle concerne exclusivement les cas de petit chômage.

C'est pour cette raison que l'on a choisi de sortir le congé d'adoption de l'article 30 et de l'insérer dans un nouvel article 30*ter*, qui fait également partie du chapitre qui traite des suspensions de l'exécution du contrat de travail.

Le gouvernement s'est expliqué sur l'exigence d'un délai de 2 mois à dater de l'inscription de l'enfant adopté au registre de la population ou des étrangers lorsqu'il s'est exprimé au sujet du nouvel article 30*ter* [4] :

Le paragraphe 1er introduit le droit au congé d'adoption et en fixe les modalités.

Le droit au congé d'adoption est reconnu au travailleur qui, dans le cadre d'une adoption, comme réglée par le droit civil, accueille un enfant dans sa famille. Le but du congé d'adoption est de permettre au travailleur de prendre soin de cet enfant. Le terme "soin" doit être compris dans une acceptation large, dans le sens où il s'agit de temps dont le travailleur dispose pour son enfant dans le but de lui donner de l'affection, de le nourrir, de le surveiller, de l'entretenir, de le soigner etc.

Le congé d'adoption doit être utilisé par le travailleur dans le but pour lequel il a été institué.

Le droit au congé d'adoption comporte 6 semaines au maximum si l'enfant, au moment de la prise de cours du congé, n'a pas atteint l'âge de trois ans, et 4 semaines au maximum dans les autres cas. L'exercice du droit au congé d'adoption prend fin dès que l'enfant atteint l'âge de huit ans au cours du congé. La durée maximale du congé d'adoption est doublée lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

3. Exposé des motifs du projet de loi portant des dispositions diverses, Doc. Parl., Ch., s.o. 2003-2004, n° 51-1138/001, pp. 155-156.
4. Exposé des motifs du projet de loi portant des dispositions diverses, Doc. Parl., Ch., s.o. 2003-2004, n° 51-1138/001, pp. 156-157.

Le congé d'adoption doit être pris en une période ininterrompue. Le travailleur n'est pas obligé de prendre le nombre maximal de semaines prévues pour le congé d'adoption auquel il a droit. Dans le cas où il décide de ne prendre qu'une partie de ce congé d'adoption ; ce congé doit être au moins d'une semaine ou d'un multiple d'une semaine. Un travailleur ne peut donc introduire une demande de congé d'adoption de par exemple 2 semaines et 3 jours. Si un travailleur choisit de ne pas prendre le nombre maximal de semaines de congé, la condition requise d'une période ininterrompue de congé d'adoption a en outre comme conséquence que la période restante non utilisée est perdue.

L'exercice du droit au congé d'adoption est également subordonné à la condition que le congé prenne cours dans les deux mois de l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le registre de la population ou dans le registre des étrangers de la commune de résidence du travailleur.

L'examen du rapport fait au nom de la commission des affaires sociales[5] ne révèle aucune observation pertinente complémentaire.

B. est arrivé en Belgique dans le cadre d'une kafala. Cette figure juridique a déjà donné du fil à retordre aux juridictions, à tel point que la Cour du travail, autrement composée, a interrogé la Cour constitutionnelle sur la portée de l'article 73*quater* des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, coordonnées le 19 décembre 1939 (actuellement intitulée loi générale relative aux allocations familiales). Cet article prévoit le versement d'une prime d'adoption, alors que dans le présent litige, il s'agit d'un congé d'adoption, mais l'appréciation que porte la Cour constitutionnelle sur la différence entre la kafala et l'adoption au regard des avantages qui doivent en découler pour la famille d'accueil est néanmoins très pertinente.

Dans son arrêt en réponse[6], la Cour constitutionnelle s'est référée de façon détaillée à la loi marocaine n° 15-01 "relative à la prise en charge (la kafala) des enfants abandonnés", promulguée par le dahir n° 1-02-172 du 1er rabii II 1423 (13.06.2002). Elle a épinglé que la kafala ne confère ni droit à la filiation ni droit à la succession (art. 2, deuxième phrase, de la loi n° 15-01), même si la personne physique assurant la kafala est chargée de l'exécution des obligations relatives à l'entretien, à la garde et à la protection de l'enfant pris en charge et veille à ce qu'il soit élevé dans une ambiance saine, tout en subvenant à ses besoins essentiels jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité légale ou jusqu'à son mariage s'il s'agit d'une fille.

La Cour constitutionnelle a constaté que la prise en charge - ou kafala - d'un enfant abandonné par une personne physique, telle qu'elle est organisée par la loi marocaine, se distingue donc clairement de l'adoption visée par la disposition en cause, qui est réglée par les articles 343 à 368-8 du Code civil. En conséquence, elle a estimé que l'absence d'une prime d'adoption pour une famille qui accueille un enfant dans le cadre d'une kafala ne violait pas la Constitution.

La Cour fait sienne cette position, mais ajoute aussitôt que ceci ne signifie pas pour autant qu'une kafala ne puisse jamais donner lieu à l'octroi d'un congé d'adoption.

En effet, l'esprit de l'article 30*bis* de la loi du 3 juillet 1978 est de lier le congé d'adoption au cadre (ainsi que cela ressort de l'al. 1er de cet article) de l'adoption et à *l'accueil* de l'enfant (ainsi que cela ressort des travaux préparatoires).

5. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales par Mme A. Turtelboom, Doc. Parl., Ch., s.o. 2003-2004, n° 51-1138/19, p. 46.
6. C. C., n° 92/2013, 19.06.2013, www.const-court.be.

Ceci signifie d'une part qu'il peut être octroyé non seulement lorsque l'adoption a eu lieu mais aussi durant la phase préalable pendant lequel l'enfant est légalement présent dans le ménage à un autre titre que l'établissement d'un lien de filiation, à condition que le but poursuivi soit l'adoption (placement préadoptif ou placement en vue d'adoption)[7].

Cela signifie d'autre part que ce congé doit être pris dans un délai le plus proche possible de l'arrivée de l'enfant dans la famille, car il est destiné à permettre à l'enfant et aux parents de s'apprivoiser mutuellement et aux parents de prendre le pli des mille et un petits et grands gestes qui rythmeront dorénavant leur quotidien.

La kafala d'enfants marocains peut être conçue et mise en place de plusieurs manières. Si des kafalas "officieuses", qui consistent à faire venir un enfant en Belgique et à en prendre soin en dehors de tout cadre légal, semblent encore exister (et donnent lieu à d'énormes problèmes de légalité du séjour des enfants ainsi recueillis), la plupart des familles qui y recourent le font dans la légalité et en ayant pour objectif d'adopter l'enfant ainsi recueilli.

En effet, le Maroc ne connaît pas l'adoption, de telle sorte qu'une simple ordonnance de kafala ne permet pas l'entrée sur le territoire belge par regroupement familial (aucun lien de filiation n'étant établi par la kafala). Néanmoins, depuis le 26 décembre 2005 (date de son entrée en vigueur), l'article 361-5 du Code civil permet l'adoption qui fait suite à une kafala - à condition bien entendu d'avoir respecté en amont la procédure en adoption fixée par les articles 360-1 à 361-6 du code civil, les articles 1231/40 et suivants du Code judiciaire, ainsi que par le décret de la Communauté française du 31 mars 2004 relatif à l'adoption.

Dans ce cas, si les adoptants ont suivi la préparation à l'adoption, obtenu un jugement d'aptitude, et respecté les procédures légales (art. 361-5 du code civil) et décrétale (art. 35), la procédure qui recourt à la kafala en vue d'une adoption remplit le prescrit de l'article 30*bis* précité, car elle se situe dans le cadre d'une adoption. Le parent concerné ouvre dès lors le droit au congé d'adoption au moment où l'enfant est effectivement accueilli, à condition d'exercer dans les deux mois qui suivent son inscription comme faisant partie du ménage du travailleur) et ce alors même que le lien de filiation n'est pas encore établi.

À partir du moment où, moyennant le respect de la loi, le recours à la kafala, figure juridique qui caractérise les pays où l'adoption n'existe pas, ne fait pas obstacle au bénéfice du congé d'adoption, la Cour n'aperçoit pas de discrimination selon que l'enfant provient ou non d'un pays qui reconnaît l'adoption.

L'argument soulevé par M. T. du possible refus d'adoption par le tribunal ne change rien à l'analyse qui précède. Si un tel cas de figure devait se produire, il serait intéressant d'examiner s'il y a lieu de remettre les choses dans le pristin état et comment, mais le souhait du législateur d'octroyer un congé le plus proche possible de l'arrivée de l'enfant ne s'accommode pas de l'attente de la fin d'une procédure d'adoption : un congé d'adoption reste possible.

Le raisonnement n'est à l'évidence pas énervé non plus par l'absence de jurisprudence sur cette question.

M. T. dépose des documents émanant de l'Office des étrangers et se prévaut dans sa requête en adoption devant le Tribunal de la jeunesse de Liège d'avoir suivi la préparation organisée par l'autorité centrale communautaire - toutefois après l'arrivée de B. sur le territoire belge.

7. La Cour se réfère à la lettre du SPF Emploi, travail et concertation sociale à l'INAMI que ce dernier dépose en pièce 6 de son dossier : "Par événement qui ouvre le droit au congé d'adoption, on entend de manière large la preuve que l'accueil de l'enfant se fait dans le cadre d'une procédure d'adoption. Il s'agit en fait d'apporter la preuve, par tout document, que l'enfant qui a été inscrit dans le registre de la population ou des étrangers est accueilli dans la famille "en vue d'une adoption". Il n'est pas nécessaire que ce document prouve l'achèvement de la procédure d'adoption ou l'existence du lien de parenté (...). Pour les adoptions internationales, il pourrait s'agir par exemple d'un document attestant que l'enfant a été confié aux candidats adoptants et autorisé à venir en Belgique (accueil pré-adoptif) (…).

De deux choses l'une : soit B. a été recueilli dans le respect de la loi en vue d'une adoption et c'est au moment de son arrivée dans le ménage de M. T. que ce dernier aurait dû faire une demande de congé d'adoption et, en cas de refus, de former un recours ; soit B. (qui est arrivé en Belgique lors d'une inconfortable période transitoire) est arrivé dans sa famille d'accueil d'une façon moins conforme aux règles[8], qui a pu être régularisé par une adoption par la suite, et l'irrégularité de son accueil faisait en tout état de cause obstacle à, un congé d'adoption, la loi ne pouvant indirectement soutenir le recours à un canal "parallèle".

Dans le premier deux cas, la demande formulée juste après l'adoption deux ans après l'arrivée sur le territoire belge aurait dû l'être dès l'arrivée sur le territoire et est tardive. Dans le deuxième cas, les conditions n'ont jamais été réunies.

En tout état de cause, c'est à juste titre que l'INAMI et la mutuelle ont refusé le bénéfice du congé d'adoption.

Il n'y a pas lieu d'examiner l'éventuel octroi de dommages-intérêts.

…

DÉCISION DE LA COUR

La Cour, après en avoir délibéré et statuant contradictoirement :

Sur avis écrit partiellement conforme du Ministère public déposé à l'audience du 9 novembre 2015 en langue française, …

Dit l'appel recevable mais non fondé,

Confirme le jugement en toutes ses dispositions, mais pour d'autres motifs,

…

8. Sur les difficultés rencontrées en 2005-2006 par les familles souhaitant adopter un enfant marocain et ayant déjà procédé à la kafala suite à l'entrée en vigueur de la loi du 24 avril 2003 qui a réformé le droit de l'adoption (hypothèse dont on ne peut exclure qu'elle fut celle de la famille T.) et les solutions possibles, voy. B. BERTRAND, "Quelles nouvelles implications pour la procédure de kafala ? ", J.D.J., 2006, p. 21.

IV. Cour du travail de Mons, 14 janvier 2016

Arrêté royal du 14 novembre 2003

Le système de tarification dérogatoire est contraignant, tant pour l'expert quand il fixe ses honoraires et frais, que pour le juge quand il les taxe. Celui-ci ne dispose pas de marge d'appréciation pour adapter le montant des honoraires en fonction de la complexité du litige ou de la nature des droits revendiqués dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

R.G. n° 2015/AM/145
INAMI c./B. J.-P.

…

Faits et antécédents de la procédure

Saisi du recours introduit contre la décision du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI du 4 juillet 2007, le premier juge a, par jugement du 22 janvier 2013, désigné en qualité d'expert le docteur J.-P. B., chargé de la mission de rechercher tous éléments susceptibles de permettre de déterminer si la demande d'intervention du 20 juillet 2006 dans le coût de filtres spéciaux GLYCOSORB ABO :

- répond aux exigences de l'article 25*bis* de la loi coordonnée sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et, plus particulièrement, si la prestation répond aux conditions suivantes :

  a. la prestation est onéreuse,

  b. la prestation présente une valeur scientifique et une efficacité largement reconnue par les instances médicales faisant autorité et le stade expérimental est dépassé,

  c. la prestation est utilisée pour le traitement d'une affection portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire,

  d. il n'existe aucune alternative acceptable sur le plan médico-social en matière de diagnostic ou de thérapie dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire,

  e. les prestations sont prescrites par un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Ou

- répond aux exigences des articles 25*ter* à 25*quater* de la loi coordonnée sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le docteur J.-P. B. a déposé son rapport en date du 23 octobre 2014 et a fixé le montant de ses frais et honoraires à la somme de 1.360 EUR, soit :

- honoraires personnels de l'expert : 380,74 EUR
- frais administratifs : 113,92 EUR
- supplément d'honoraires en raison des importants travaux exigés par les difficultés rencontrées + étude de la littérature médicale -10 heures d'études supplémentaires : honoraires calqués sur les frais de justice en matière répressive : 866,30 EUR

L'INAMI a contesté cet état de frais et honoraires au motif qu'il n'est pas conforme à l'arrêté royal du 14 novembre 2003.

Par le jugement entrepris du 9 mars 2015, le premier juge a taxé le montant des frais et honoraires à la somme de 1.360,96 EUR. Il a considéré que la mission impartie au docteur J.-P. B. était une mission exceptionnelle, la rareté de la pathologie justifiant parfaitement les recherches et la lecture de la littérature médicale sur la question, préalable indispensable aux travaux d'expertise.

Objet de l'appel

L'INAMI demande à la cour de réformer le jugement entrepris et de réduire l'état de frais et honoraires du docteur B. J.-P. aux tarifications prévues par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 fixant le tarif des honoraires et frais dus aux experts désignés par les juridictions du travail dans le cadre d'expertises médicales concernant les litiges relatifs aux allocations aux handicapés, aux prestations familiales pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, à l'assurance chômage et au régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Décision

Recevabilité

L'appel, régulier en forme et introduit dans le délai légal, est recevable.

Fondement

Aux termes de l'article 991, § 2, du Code judiciaire, si, dans le délai visé au § 1er, une ou plusieurs parties ont exprimé leur désaccord de manière motivée sur l'état des frais et honoraires, le juge ordonne la comparution des parties conformément à l'article 973, § 2, afin de procéder à la taxation. Pour fixer le montant des frais et honoraires, il tient surtout compte de la rigueur avec laquelle le travail a été exécuté, du respect des délais imparti et de la qualité du travail fourni. Il peut en outre tenir compte de la difficulté et de la durée du travail fourni, de la qualité de l'expert et de la valeur du litige.

En ce qui concerne les expertises médicales ordonnées par les juridictions du travail dans les litiges relatifs aux allocations aux handicapés, aux prestations familiales pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, à l'assurance chômage et au régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les experts doivent se conformer au tarif forfaitaire fixé par le Roi.

En ce qui concerne le régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, cette obligation est inscrite à l'article 167, alinéa 4, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

La Cour constitutionnelle a considéré que cette dérogation aux critères prévus par le Code judiciaire, aboutissant à une différence dans le mode de tarification des frais et honoraires d'expert, repose sur un critère objectif et ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution (Cour const., 25.01.2007, n° 22/2007, M.B. 28.03.2007).

Le système de tarification dérogatoire est contraignant, tant pour l'expert quand il fixe ses honoraires et frais, que pour le juge quand il les taxe. Celui-ci ne dispose pas de marge d'appréciation pour adapter le montant des honoraires en fonction de la complexité du litige ou de la nature des droits revendiqués dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Il est utile de relever qu'il était loisible au docteur J.-P. B. de refuser la mission d'expertise, laquelle indiquait clairement qu'il devait déposer au greffe la minute de son état de frais et honoraires établi sur base du *tarif fixé par l'arrêté royal du 14 novembre 2003 qui en limite les montants* (souligné dans le jugement du 22.01.2013).

L'arrêté royal du 14 novembre 2003 prévoit que l'état des honoraires et frais est établi en appliquant le tarif suivant :

1° honoraires personnels de l'expert : 298,52 EUR (380,74 EUR au 01.01.2014) ou, s'il est psychiatre ou neuropsychiatre, 354,08 EUR (451,61 EUR au 01.01.2014) ;

2° frais administratifs : 89,32 EUR (113,92 EUR au 01.01.2014) ;

3° frais pour des examens complémentaires : (…).

En conséquence l'état de frais et honoraires du docteur J.-P. B. doit être réduit à la somme de 494,66 EUR (380,74 EUR + 113,92 EUR).

L'appel est fondé.

PAR CES MOTIFS,

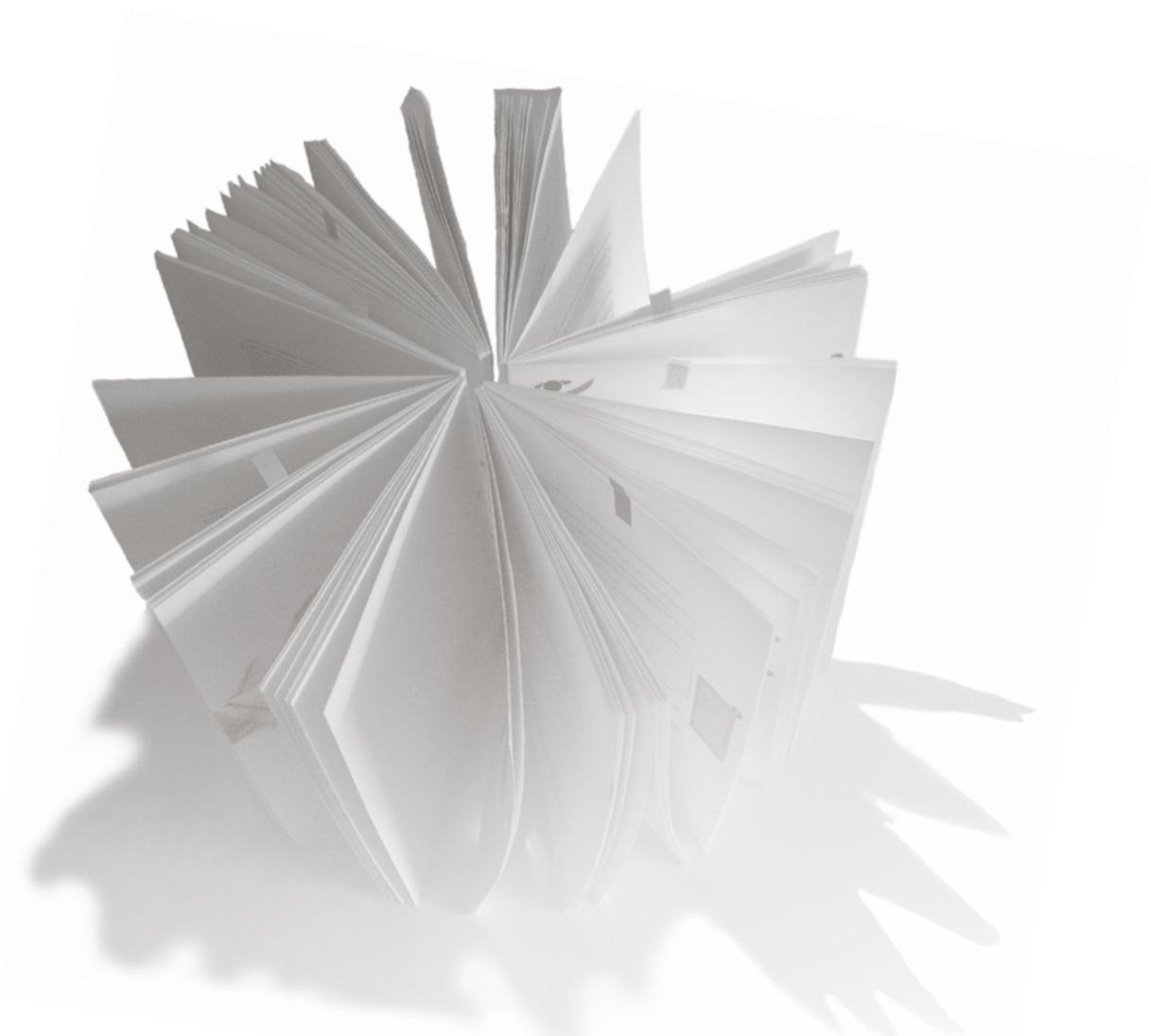
LA COUR DU TRAVAIL,

…

Taxe les frais et honoraires du docteur J.-P. B. à la somme de 494,66 EUR ;

…

3e Partie
Directives de l'INAMI



I. Application de l' article 34, alinéas 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994
Remboursement des "prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques" à l'étranger par l'assurance obligatoire soins de santé

En vigueur à partir du 15 janvier 2016.

1. Introduction

1.1. Situation

L'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi coordonnée du 14.07.1994), a été modifié à compter du 10 mai 2014. Cette modification, qui visait à créer une sécurité juridique pour le remboursement des prestations de santé au profit des patients repris dans des essais cliniques sur le territoire belge, pose toutefois question sur la portée de ces dispositions dans un contexte transfrontalier.

L'article 34, alinéa 2 à 4 inclus, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'appliqué depuis le 10 mai 2014, dispose :

"Article 34. Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent :

[…]

L'assurance soins de santé n'intervient pas dans les prestations accomplies dans un but esthétique, sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avis du Comité de l'assurance.

Pour les prestations accomplies dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques, l'assurance soins de santé intervient seulement dans le coût des prestations appliquées dans le traitement si celles-ci répondent aux recommandations cliniques généralement admises ou au consensus scientifique. Ils sont documentés et justifiés dans le dossier médical de l'assuré par l'investigateur visé à l'article 2, 17°, de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

L'assurance soins de santé n'intervient pas dans les prestations dont l'exécution est une exigence spécifique du protocole visé à l'article 2, 22°, de la loi précitée et qui dépassent les prestations effectuées visées à l'alinéa 3. L'investigateur tient une liste de la recherche scientifique et des essais cliniques dans laquelle les patients sont inclus. Le Roi peut fixer les modalités pour l'application du présent alinéa. "

Suivant l'exposé des motifs du projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (Doc. 53-3349/001, art. 46) :

"La modification […] a pour but de créer la sécurité juridique concernant le remboursement des prestations au profit des patients repris dans un essai clinique visé dans la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. Seules les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique entrent en ligne de compte pour un remboursement. Les prestations qui ne satisfont pas à ces conditions et les prestations décrites dans le protocole d'étude en tant que telles sont à charge du sponsor de l'étude clinique. L'investigateur documente et motive dans le dossier médical de l'assuré quelles sont les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique et quelles sont les prestations complémentaires dispensées dans le cadre de l'étude clinique. L'investigateur tient une liste de la recherche scientifique et des essais cliniques dans lesquels il inclut des assurés. "

La loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (ci-après : loi du 07.05.2004) formule un certain nombre de conditions qui doivent être remplies préalablement à tout démarrage ou prolongation d'une expérimentation, oblige le promoteur à contracter une assurance pour la responsabilité sans faute, etc. Le fait d'imposer ces conditions, compte tenu du principe de proportionnalité, est justifié dans les situations dans lesquelles les patients belges veulent participer à des essais cliniques à l'étranger, et elles sont donc reprises lors de l'introduction d'une demande d'une autorisation préalable (cf. point 3.1).

1.2. Terminologie

Les prestations qui répondent aux recommandations cliniques ou au consensus scientifique et qui sont remboursées par l'assurance maladie publique d'un pays sont – dans le cadre de la présente circulaire – qualifiées de *"standard of care"*.

Lorsque le terme "essai clinique" est utilisé dans la présente circulaire, celui-ci couvre également la recherche scientifique sauf s'il est expressément indiqué que ce n'est pas le cas.

1.3. Objectif de la présente circulaire

Afin d'assurer une bonne application de l'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant la prise en charge du *"standard of care"* par l'assurance obligatoire soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger, il convient d'adopter des mesures législatives spécifiques pour mettre en œuvre cet article. Ces mesures d'exécution devraient également contribuer à l'égalité de traitement de tous les patients belges, indépendamment de l'organisme assureur auprès duquel ils sont affiliés.

En attendant l'adoption et la publication de ces mesures d'exécution, la présente circulaire contient les informations nécessaires pour les organismes assureurs sur la façon dont les coûts du *"standard of care"* peuvent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger.

2. Cadre juridique en matière de soins de santé transfrontaliers

2.1. Législation belge

L'article 136 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose que les prestations de l'assurance soins de santé sont en principe refusées si elles ont été dispensées en dehors du territoire belge. Elles peuvent toutefois être accordées en application :

- de l'ordre juridique international, comme par exemple les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale
- de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après: A.R. du 03.07.1996).

L'article 294, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 énumère de manière limitative les situations dans lesquelles l'assurance maladie obligatoire peut accorder une intervention dans le coût des prestations de santé qu'un assuré a reçues à l'étranger. En l'absence de mesures particulières concernant la prise en charge du *"standard of care"* dans le cadre de la participation à un essai clinique à l'étranger – lorsque la personne assurée n'est pas en possession d'une autorisation préalable – un remboursement n'est possible que sur la base de l'article 294, § 1er, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une intervention dans le coût par le Fonds spécial de solidarité (ci-après : FSS) n'est pas possible. Le FSS ne peut accorder une intervention dans le coût des soins de santé dispensés à l'étranger que si les conditions prévues dans la législation sont remplies, comme par exemple que les prestations de santé dispensées à l'étranger ne relèvent plus d'un stade expérimental (art. 25*sexies*, § 1er, c), de la loi coordonnée du 14.07.1994). Eu égard à leurs caractéristiques spécifiques et au caractère scientifiquement non accompli de tels traitements, le FSS ne peut intervenir.

2.2. Législation de l'Union européenne

Lorsqu'un assuré souhaite participer à un essai clinique à l'étranger (*in casu* : un autre pays de l'Union européenne, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège ou de la Suisse), cette participation est qualifiée de "soins de santé programmés".

Il existe deux manières d'obtenir le remboursement des soins de santé programmés dans un autre pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse :

(i) remboursement sur la base des règles et des tarifs du pays où les soins de santé on été reçus (les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – le document S2)

(ii) remboursement sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie obligatoire belge (la Directive européenne 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, comme transposés dans l'art. 294, § 1er, 13 ° et 14 ° de l'A.R.du 03.07.1996).

Ces deux manières d'obtenir le remboursement diffèrent en termes de :

- base légale
- conditions relatives au droit aux soins de santé transfrontaliers
- modalités de paiement du prestataire de soins de santé
- modalités de remboursement des soins médicaux reçus
- contributions propres (comme par ex. le ticket modérateur) dans le coût des soins médicaux.

Toutefois, un élément commun des deux instruments est qu'un État membre ne peut être obligé de délivrer une autorisation préalable pour des soins programmés si les prestations ne sont pas remboursées dans le pays d'affiliation (par ex. des prestations de santé effectuées dans le cadre du protocole d'un essai clinique ou d'une recherche scientifique).

Pour de plus amples explications concernant l'accès aux soins planifiés et leur remboursement dans un autre État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse ainsi qu'en rapport avec les conditions de délivrance d'une autorisation préalable, nous vous renvoyons à la *Circulaire O.A. n° 2014/440 du 14 novembre 2014 portant des instructions générales pour l'application du règlement (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale – PARTIE II. L'accès aux soins transfrontaliers et leur prise en charge - Application des règlements (CE) nos 883/2004 et 987/2009 et de l'article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

3. Prise en charge du coût du "standard of care" par l'assurance obligatoire soins de santé lorsque des patients belges participent à des essais cliniques à l'étranger

L'article 20 du Règlement (CE) 883/2004 détermine à quel moment une autorisation préalable ne peut pas être refusée, mais il ne s'oppose pas à ce qu'un État membre fasse preuve d'une plus grande souplesse et délivre quand même une autorisation préalable (document S2) dans des situations où ce n'est pas obligatoire conformément à cet article.

En attendant l'adoption et la publication des mesures législatives spécifiques pour mettre en œuvre l'article 34, alinéas 3 et 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, une autorisation préalable (document S2) peut être délivré à une personne assurée qui souhaite suivre un traitement à l'étranger dans le cadre d'un essai clinique.

3.1. Demande d'autorisation préalable – Procédure à suivre

La personne assurée doit introduire une demande d'autorisation préalable (document S2) auprès du Collège des médecins-directeurs (ci-après CMD) via le médecin-conseil de son organisme assureur. Cette demande ne peut être prise en considération qu'à condition que la demande comporte au minimum les éléments suivants :

- un rapport médical circonstancié d'un médecin spécialiste, spécialisé dans le traitement de l'affection concernée et légalement habilité à pratiquer la médecine dans un État membre de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège, accompagné d'une motivation détaillée de la participation à l'essai clinique à l'étranger

- la preuve qu'aucune alternative thérapeutique n'est disponible (en Belgique, dans un pays de l'UE/de l'EEE ou la Suisse, ou ailleurs dans le monde)
- la preuve que la participation du patient dan l'essai clinique à l'étranger est accepté
- la preuve de "consentement éclairé" que le patient/la personne testée est disposée à participer à l'essai clinique
- le "protocole" décrivant les objectifs, l'objet, la méthodologie, les aspects statistiques et l'organisation de l'essai clinique. Le terme "protocole" englobe également les versions ultérieures du protocole ainsi que les modifications qui y sont apportées
- la preuve que l'essai clinique a été reconnu par l'autorité compétente du pays dans lequel l'essai clinique est réalisé (ex. numéro d'identification dans la base de données EudraCT ou un document comparable)
- la preuve qu'une assurance responsabilité a été prévue pour le chercheur ou l'instigateur.

3.2. Qui décide de l'octroi/du refus d'une autorisation préalable ?

La décision de délivrer une autorisation préalable (document S2) ressortit à la compétence du CMD. Cette centralisation permettra d'améliorer la transparence de ce type de dossiers et de garantir une politique plus cohérente/rationnelle ainsi que l'égalité de traitement des patients belges. Ne s'agissant que d'un nombre limité de cas et le CMD se réunissant chaque semaine, les décisions relatives à la délivrance d'une autorisation préalable pour la participation à un essai clinique à l'étranger peuvent être prises dans un délai raisonnable.

Le choix de donner en l'occurrence compétence au CMD s'inscrit par ailleurs dans la foulée de la modification en 2013 de l'article 25*sexies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4. Particularités

4.1. Délivrance d'une autorisation préalable (document S2) avant le départ à l'étranger

Afin d'assurer la prise en charge les frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, l'assuré doit être en possession d'une autorisation préalable (document S2) **avant** son départ à l'étranger.

4.2. Champ d'application territorial

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge du coût du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, ne s'applique qu'aux essais cliniques qui se déroulent dans le système public de soins de santé d'un État membre faisant partie de l'UE/de l'EEE ou la Suisse.

Les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 ne s'appliquent qu'aux soins médicaux qui sont dispensés par des prestataires de soins de santé qui travaillent dans le cadre du système public de soins de santé.

4.3. Soins ambulatoires vs. soins intra murales

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivré pour la prise en charge des frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger s'applique à :

- une participation ambulatoire, et
- une participation qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum.

4.4. Essai clinique reconnu ?

Une autorisation préalable peut exclusivement être délivrée pour une prise en charge des frais du *"standard of care"* dans le cadre d'une participation à un essai clinique approuvé par les autorités compétentes tel que cela ressort de la base de données EudraCT, ou une autre source équivalente.

4.5. Mention dans la rubrique 2.1 du document S2

En plus de la mention de l'essai clinique dans lequel le patient participe, la mention suivante doit également être reprise dans la rubrique 2.1 du document S2:

"Cette autorisation n'est valable que si les coûts des prestations en nature (*"standard of care"*), dispensées dans le cadre d'essai clinique, sont prises en charge par l'assurance maladie légale du [remplir le pays].

Cette autorisation ne couvre pas les prestations de soins de santé dont l'exécution est une exigence spécifique du protocole de l'étude".

4.6. Motifs de refus d'autorisation préalable

Refuser la couverture des dépenses à l'occasion d'un traitement à l'étranger qui doit être qualifié d'expérimental ou de traitement d'essai conformément à la médecine internationale, si aucun droit à ce type de traitement n'existe dans l'état d'origine, est conciliable avec le Traité sur le Fonctionnement de l'Union européenne (ci-après: TFUE).

Le régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge des frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger doit être considéré comme une application plus souple du droit de l'Union européenne.

Donc, il est justifié de refuser une autorisation :

- lorsque l'essai clinique agréé est également effectué en Belgique (p.ex. dans le cadre de ce qu'on appelle une convention art. 56)
- ainsi que dans le cas d'un assuré qui n'a pas été sélectionné pour participer à un essai clinique en Belgique.

4.7. Qu'en est-il du suivi ?

Il semble recommandé, par exception, de prévoir un régime qui exige une autorisation préalable (document S2) pour la prise en charge du coût du *"standard of care"* en cas de suivi dans le cadre d'une participation à un essai clinique à l'étranger.

4.8. Cette réglementation s'applique-t-elle aussi aux personnes en bonne santé ?

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivré pour la prise en charge des frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger, comme décrit ci-dessus au point 3, s'applique uniquement aux "patients" et non aux personnes en bonne santé (participant à l'essai).

4.9. Poursuite des prestations de santé qui ne font plus partie d'un essai clinique

Ce régime par lequel une autorisation préalable (document S2) peut être délivrée pour la prise en charge des frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger ne s'applique pas aux prestations de santé qui résultent d'un essai clinique, et qui en sont souvent aussi le prolongement, mais ne font plus partie d'un essai clinique. Pareille demande peut, le cas échéant, être évaluée à la lumière de l'article 25*sexies* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

4.10. Pas de prise en charge des frais du "standard of care" en cas de refus d'une autorisation préalable (document S2) ?

Le régime qui instaure une autorisation préalable (document S2) pour la prise en charge des frais du *"standard of care"* en cas de participation à un essai clinique à l'étranger doit être considéré comme une application plus souple de l'article 20 du Règlement (CE) 883/2004.

Lorsque le CMD prend une décision positive suite à la demande d'une autorisation préalable, un document S2 doit être délivré à l'assuré.

Lorsque le CMD prend une décision négative suite à la demande d'une autorisation préalable, un document S2 est refusé à l'assuré. Si l'assuré/le patient se rend néanmoins à l'étranger pour participer à un essai clinique reconnu, il maintient le droit à un éventuel remboursement sur la base des tarifs et des conditions de remboursement de l'assurance maladie obligatoire belge, conformément à l'article 294, § 1er, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, dans le cas d'une participation (ambulatoire) à un essai clinique reconnu dans un autre État membre de l'UE / EEE ou de la Suisse. Il convient aux organismes assureurs d'informer l'assuré / le patient à ce sujet.

Circulaire O.A. n° 2016/9 - 392/76 - 80/111 et 83/457 du 18 janvier 2016.

II. Conjoint personne à charge - Présomption de cohabitation - Acte de mariage

Pour pouvoir être inscrit(e) comme personne à charge, l'époux/épouse doit en principe également cohabiter avec le titulaire, c'est-à-dire partager la même résidence principale.

L'actuel article 124, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, stipule que l'acte de mariage peut faire office de preuve de cohabitation.

Dans ce cadre, il est toutefois également prévu que les époux doivent prouver qu'en attendant l'adaptation des données du Registre national, ils ont effectivement fait une démarche auprès de la commune pour faire adapter leurs données du Registre national en ce qui concerne l'obtention de la même résidence principale.

Au sein du groupe de travail assurabilité s'est déjà posée par le passé la question de savoir sur quoi les O.A. peuvent se baser pour avoir la preuve que les époux ont effectivement demandé l'adaptation des données du Registre national.

Le Service du contrôle administratif a posé la question à l'administration du Registre national et de l'Union des villes et communes.

1. Modèle 2

Selon les informations obtenues lors des contacts du Service du contrôle administratif avec le Registre national et l'Union des villes et communes, le document officiel suivant sert de preuve du fait que les époux ont effectivement fait une démarche afin d'adapter les données du Registre national.

Si quelqu'un demande l'inscription dans la commune (époux qui déclarent résider à la résidence principale X dans la commune), la commune délivre un "modèle 2" – généralement sur demande.

(Pour info : voir modèle 2 dans les instructions générales (numéro d'ordre 62)).

Ce modèle 2 est souvent délivré sous format papier. Toutefois, de plus en plus de communes travaillent avec un *e-guichet*. À ce sujet, les instructions stipulent que : "Le modèle 2 est le récépissé de la déclaration prévue à l'article 7, § 1er, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers. Dans le cas où le citoyen fait sa déclaration par la voie électronique, ce modèle 2 peut également être envoyé au citoyen par la voie électronique (pourvu de la signature électronique du fonctionnaire compétent)."

Le Service du contrôle administratif estime donc qu'il faut demander aux personnes qui souhaitent inscrire leur époux/épouse en tant que personne à charge sur la base de l'acte de mariage, de retirer le modèle officiel en question auprès de l'administration communale et de le transmettre à l'O.A. Si l'accusé de réception a été envoyé par voie électronique aux assurés concernés, il doit être imprimé et transmis à l'O.A.

2. Autres justificatifs de la démarche

Le modèle 2 est utilisé si une inscription au Registre national a déjà eu lieu. Il s'agit donc de changements d'adresse, y compris les changements d'adresse d'étrangers déjà inscrits.

Un modèle 2/modèle 2*bis* ne sera toutefois pas délivré lors d'une première inscription d'un(e) époux/épouse ou d'un(e) partenaire cohabitant(e). En principe, il s'agit donc de personnes qui viennent de l'étranger et qui s'établissent en Belgique.

L'Union des villes et communes nous informe que les documents suivants servent alors également de preuve de la démarche auprès du Registre national / Registre des étrangers. Suivant le cas, il s'agit :

1. d'une annexe 19 pour les ressortissants de l'U.E., qui atteste qu'ils sont époux ou partenaire ➔ inscription directe (donc sans contrôle préalable du domicile) à l'adresse mentionnée lors de la demande dans le Registre d'attente. Cette adresse est en principe l'adresse de l'époux / épouse ou du / de la partenaire en Belgique + l'adresse mentionnée figure sur l'annexe

2. d'une annexe 19*ter* pour le regroupement familial avec un(e) citoyen(ne) de l'UE ou un(e) Belge, sur laquelle il est également possible d'indiquer qu'il s'agit de l'époux/épouse ou du/de la partenaire ➔ inscription au Registre des étrangers après un contrôle du domicile ; ceci découle donc de la demande qui peut donc être considérée comme une demande d'inscription au Registre national + l'adresse mentionnée qui figure sur l'annexe

3. d'un certificat d'immatriculation : délivré dans le cas précité de l'annexe 19*ter* après un contrôle positif du domicile ; ce certificat mentionne l'adresse et peut également être délivré dans d'autres cas

4. d'une annexe 15 dans bon nombre de cas : ne précise pas qu'il s'agit d'un(e) époux/épouse ou d'un(e) partenaire mais précise bien l'adresse mentionnée ; donc si les données de l'époux / épouse ou du / de la partenaire en Belgique sont connues (la mutualité connaît en principe cette adresse), il est possible de vérifier s'il s'agit de la même adresse + doit également être considérée comme une demande d'inscription

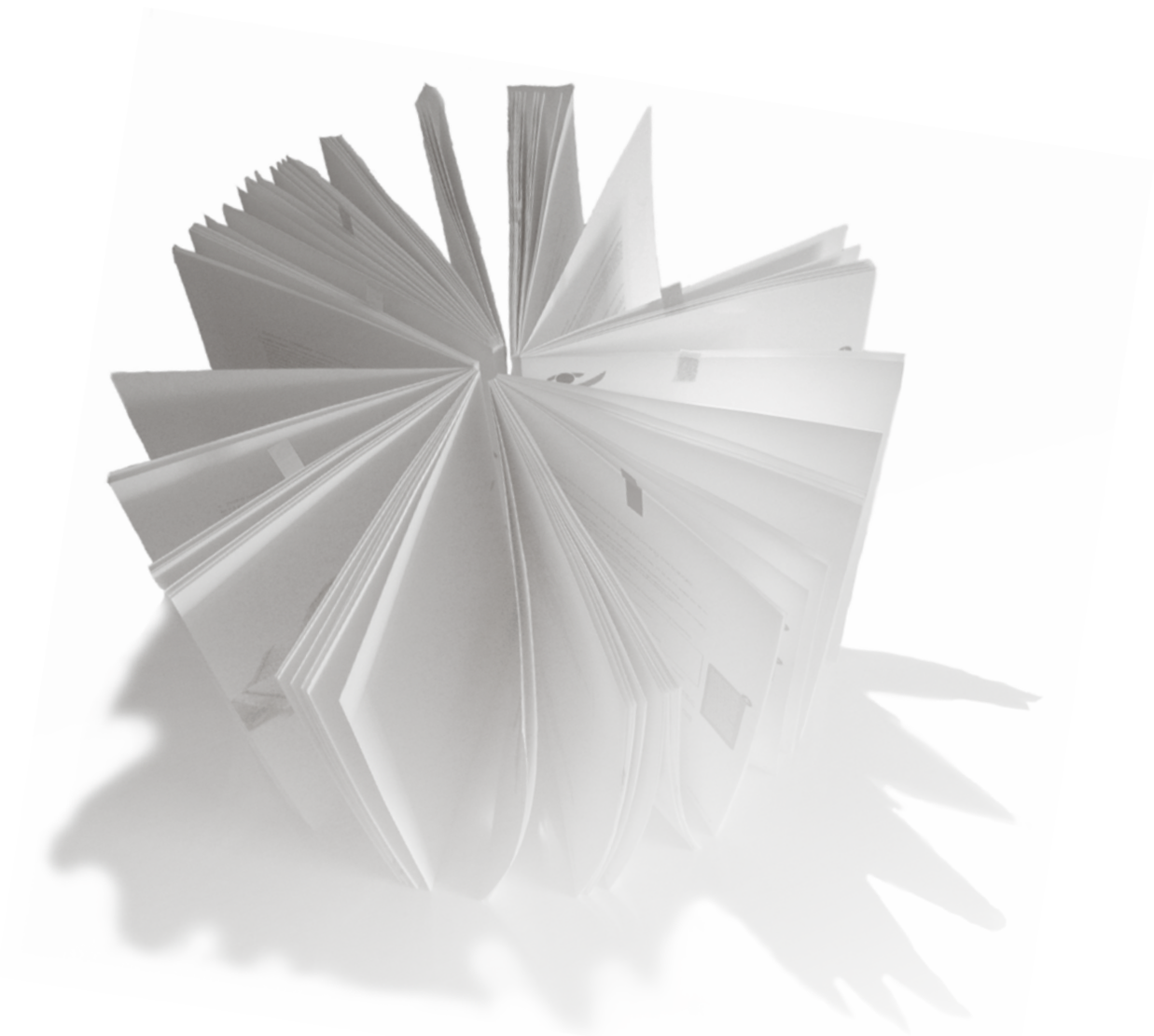
5. d'une annexe 15*bis* en cas de regroupement familial (plusieurs cas) : mentionne qu'ils sont époux ou partenaire et mentionne l'adresse + doit également être considérée comme une demande d'inscription.

D'après les contacts avec le service des Conventions internationales, un certificat *ad hoc* constitue une preuve analogue pour les assurés mariés à l'étranger ; ce certificat peut être délivré par le SPF Affaires étrangères, sur demande, ou par les consulats – le certificat indique que la cohabitation à la même adresse à l'étranger ressort des Registres consulaires et que les intéressés ont donc déjà fait la démarche pour enregistrer la cohabitation conjugale. Le certificat peut également être délivré par le Consulat lorsqu'un des partenaires ne possède pas la nationalité belge - il s'agit alors d'un certificat de composition de ménage ; le Consulat s'appuiera dans ce cas sur les justificatifs délivrés par les autorités locales.

Le Service du contrôle administratif souligne que la liste ci-dessus n'est pas limitative : s'ils sont confrontés à d'autres justificatifs que ceux énumérés ci-dessus, les O.A. peuvent les soumettre à la Direction Données d'accessibilité du Service qui prendra une décision.

Circulaire O.A. n° 2016/20 - 2480/6 du 19 janvier 2016.

4e Partie
Données de base



I. Maximum à facturer - Fixation des montants de référence des revenus pour l'exercice 2016

a) Calcul de l'indice corrigé

$$\frac{\text{Moyenne des indice des prix 2015 :}}{\text{Moyenne des indices des prix 2014 :}} = \frac{100{,}9}{100{,}34} = 1{,}0056$$

b) Plafonds de revenus pour l'exercice 2016

de	0,00	à	17.879,74
de	17.879,75	à	27.486,76
de	27.486,77	à	37.093,81
de	37.093,82	à	46.300,54
de	46.300,55		

En vigueur à partir du 1er janvier 2016.

Circulaire O.A. n° 2016/37 - 3998/32 du 2 février 2016.

II. Intervention majorée de l'assurance (A.R. 01.04.2007) - Montants immunisés du revenu cadastral

L'arrêté royal du 1er avril 2007 - Moniteur belge du 3 avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit l'immunisation des montants du revenu cadastral indexé de la maison d'habitation pour laquelle le titulaire peut prétendre à l'abattement forfaitaire de la maison d'habitation applicable en matière d'impôt des personnes physiques.

Les montants retenus s'élèvent respectivement à 743,68 EUR et 123,95 EUR pour le conjoint cohabitant et par personne à charge, ils doivent être indexés de la manière prévue à l'article 518 du code de l'impôt sur les revenus 1992 en les multipliant par le coefficient visé audit article 518. Un arrondi à l'EUR supérieur ou inférieur selon que le chiffre des centimes atteint ou non cinquante est ensuite réalisé.

Coefficient 1,7153 en 2016

Le montant pour 2016 est calculé sur base des instructions de la mécanographie du cadastre ; au départ du montant en EURO multiplication par le coefficient prévu et arrondissement normal à l'EUR.

Cela donne pour 2016 : 1.276 EUR
213 EUR

En vigueur à partir du 1er janvier 2016.

Circulaire O.A. n° 2016/38 - 3991/273 du 5 février 2016.

III. Modification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)

1. Éléments de base

a. odification du tableau III : salaire minimum pour employés catégorie I, fixé par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés (CPNAE)

Le tableau III repris en annexe remplace, à partir du 1er janvier 2016, le tableau III qui était repris dans la circulaire O.A. n° 2015/14 – 45/250 du 19 janvier 2015 et est d'application à partir du 1er janvier 2016 pour les titulaires dont l'incapacité de travail débute au plus tôt ce jour-là.

2. Date d'application

1er janvier 2016

Circulaire O.A. n° 2016/29 - 45/256 du 26 janvier 2016.

Tableau III	Période à partir du 1er janvier 2016					
Incapacité primaire Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	60 % du salaire	150 % de l'indemnité à 60 %	125 % de l'indemnité à 60 %	170 % de l'indemnité à 60 %	145 % de l'indemnité à 60 %
0 année d'expérience : - Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion - Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation - Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement - Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée - Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements.	63,5208	38,1125	57,1688	47,6406	64,7913	55,2631
9 années d'expérience : - Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée).	65,5885	39,3531	59,0297	49,1914	66,9003	57,0620

Invalidité Catégorie de titulaire	Salaire à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité	65 % du salaire	55 % du salaire	40 % du salaire	150 % de l'indemnité à 65 %	125 % de l'indemnité à 65 %	170 % de l'indemnité à 65 %	145 % de l'indemnité à 65 %
0 année d'expérience : • Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation d'insertion • Jeune chômeur bénéficiant d'une allocation de stage ou de formation • Demandeur d'emploi bénéficiant d'une allocation d'établissement • Assuré ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui a bénéficié d'une allocation d'insertion, de stage, de formation ou d'établissement directement avant l'application de la "règle des trente jours" ou de l'assurance continuée • Titulaire pour lequel la mutualité ne dispose pas encore des données de la feuille de renseignements.	63,5208	41,2885	34,9364	25,4083	61,9328	51,6106	70,1905	59,8683
9 années d'expérience : • Assuré – autre que les assurés dont il est question dans la rubrique "0 année d'expérience" - ne disposant d'aucun salaire de référence au début du risque et qui ne possède pas la qualité de chômeur contrôlé (après, par ex., l'application de l'assurance continuée).	65,5885	42,6325	36,0737	26,2354	63,9488	53,2906	72,4753	61,8171

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

IV. Revalorisation des prestations au 1er avril 2016

Régime général

Revalorisation de 2% des indemnités “minimum travailleur non régulier” suite à l’augmentation des montants du revenu d’intégration sociale (RIS)

1. Eléments de base

a. Régime général

Revalorisation des indemnités “minimum travailleur non régulier” suite à l’augmentation des montants du revenu d’intégration sociale (RIS) (+ 2 %) (mesure conjoncturelle)

Les montants sur base annuelle du revenu d’intégration sociale (RIS) sont adaptés comme suit au 1er avril 2016 (base 103,14) :

- Le montant “avec charge de famille” passe de 10.109,43 EUR à 10.311,62 EUR
- Le montant “isolé” passe de 7.582,07 EUR à 7.733,71 EUR.

Adaptées à l’indice pivot 119,62, les indemnités journalières octroyées aux titulaires “travailleurs non réguliers” sont fixées comme suit au 1er avril 2016 :

- Titulaires avec charge de famille : 43,6096 EUR, arrondi à 43,61 EUR
- Titulaires sans charge de famille : 32,7071 EUR, arrondi à 32,71 EUR.

2. Date d’application

1er avril 2016

Vous trouverez le tableau D :
http://www.inami.fgov.be/sitecollectionDocuments/Indemnités_tableau_d.pdf

Circulaire O.A. n° 2016/86 - 45/257 et 482/128 du 1er avril 2016.

V. Valeur minimale des documents de cotisation pour l'année 2016 - Calcul du complément de cotisation

En application de l'article 286 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est fixée en fonction du revenu mensuel minimum moyen garanti par la convention collective de travail n° 43 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 29 juillet 1988.

Pour le travailleur âgé de 21 ans et plus, la valeur minimale que les documents de cotisation doivent atteindre est égale à quatre fois le montant du revenu mensuel minimum moyen précité.

Pour les travailleurs de moins de 21 ans, ce salaire minimum atteint 3/4 du salaire pris en considération pour les travailleurs de 21 ans et plus.

La valeur minimale que le titulaire doit prouver est celle liée à la catégorie d'âge à laquelle il appartient au début de l'année civile, ou celle à laquelle il appartient au moment de son inscription.

Compte tenu du fait que le revenu mensuel minimum garanti, tel que fixé au sein du Conseil National du Travail, est inchangé depuis le 1er décembre 2012, et s'élève toujours à 1.501,82 EUR, il convient de fixer comme suit les valeurs minimales des documents de cotisation pour l'année civile 2016 :

21 ans et plus	:	1.501,82 EUR x 4 =	6.007,28 EUR
moins de 21 ans	:	6.007,28 EUR x 3/4 =	4.505,46 EUR

Les rémunérations qui peuvent être prises en considération sont celles qui figurent sur les documents de cotisation. Elles ne peuvent pas être majorées de 8 %, parce qu'alors une double imputation du salaire aurait lieu pour la période des vacances annuelles. En effet, lorsque le salaire est majoré de 8 % (pour compenser le non-paiement de cotisations sur le pécule de vacances) et qu'un salaire forfaitaire est calculé pour les jours de vacances légales, le salaire est porté en compte deux fois pour ces jours.

Afin d'éviter cela, le calcul du complément de cotisation doit se faire sur la base du salaire figurant sur le bon de cotisation (à 100 %) et en calculant un salaire forfaitaire pour les jours assimilés.

Le complément de cotisation se calcule comme suit :

A. de la rémunération annuelle minimum, il y a lieu de déduire la rémunération indiquée sur les bons de cotisation

B. ensuite, pour les périodes énumérées à l'article 290, A, 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, on déduit le montant que l'on obtient en multipliant la rémunération annuelle minimum par une fraction dont le numérateur est constitué par le nombre de jours ouvrables de la période et dont le dénominateur est 240

C. le montant du complément de cotisation est calculé en multipliant le montant obtenu, arrondi à l'euro supérieur, par le taux des cotisations dues pour le secteur des soins de santé et, le cas échéant, pour le secteur des indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Si ce montant est inférieur à 10,00 EUR , il n'y a pas lieu de réclamer de complément de cotisation.

L'intégration des mineurs et assimilés dans le régime général de la sécurité sociale, prévue par la loi programme du 24 décembre 2002, titre II, chapitre 8, art. 149-167 (M.B. du 31.12.2002, pp. 58716 et 58717), a pour conséquence que des compléments de cotisation peuvent aussi être réclamés pour ces travailleurs.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau comprenant les taux des cotisations de sécurité sociale en vigueur au 1er janvier 2016 destinées à l'assurance soins de santé et indemnités.

Catégories	Cotisation globale	Quote-part de l'employeur	Quote-part du travailleur
Ouvriers et employés	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mineurs	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Services Publics	7,35 %	3,80 %	3,55 %

L'article 286, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996 stipule également que pour les handicapés mis au travail dans les ateliers protégés, les rémunérations annuelles à prendre en considération sont fixées à 80.400 FB ou 1.993,06 EUR (pour les personnes de 21 ans et plus), 64.800 FB ou 1.606,37 EUR (pour les 19 et 20 ans), 48.000 FB ou 1.189,90 EUR (pour les 17 et 18 ans) et 40.800 FB ou 1.011,42 EUR (pour les moins de 17 ans).

Ce sont des montants forfaitaires qui ne sont pas indexés.

Les tableaux que vous pouvez trouver sur le site web de l'INAMI – donnent un aperçu du calcul des compléments de cotisation afférents aux différences de rémunération à partir de 0,01 EUR jusqu'à 6.008,00 EUR.

Circulaire O.A. n° 2016/19 - 271/64 du 19 janvier 2016.

Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts
M. Luc Maroy
M. Paul-André Briffeuil
Mme Isabelle Daumerie
M. Jan Demey
Mme Nancy De Marneffe
Mme Linda Maesen
Mme Caroline Lekane
Mme Caroline Marthus
M. Youssef Elboutaibe
Mme Kathleen Hove
M. Cédric Stassin
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Service des abonnements

4 numéros par an - 32 EUR
IBAN : BE 84 6790 2621 5359
Tél. 02/739 72 32
Fax 02/739 72 91
E-mail : abonnee@inami.fgov.be

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726