

1<sup>re</sup> Partie

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



# 1<sup>er</sup> trimestre 2022

1. Loi		
Moniteur belge	Date	Titre
09.03.2022 – Édition 1	28.02.2022	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale
21.03.2022	28.02.2022	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale (1). - Erratum
21.03.2022	28.02.2022	Loi portant des dispositions diverses en matière sociale. - Erratum

## Résumé des modifications

La loi apporte les modifications suivantes :

- dans le cadre du refus de l'octroi des indemnités pour la période couverte par une rémunération, il est prévu une délégation au Roi afin de déterminer de quelle manière est fixée la période qui est couverte par l'indemnité non exprimée en temps de travail octroyée en raison de la résiliation du contrat de travail
- dans le cadre de l'indemnisation du congé de paternité ou de naissance, du congé d'adoption et du congé parental d'accueil pris par des titulaires non liés par un contrat de travail au sens de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, il est prévu une délégation au Roi afin de déterminer le montant de l'indemnité octroyée à ces titulaires :
  - => 1° s'ils bénéficient d'un congé de paternité ou de naissance conformément à la réglementation du travail qui leur est applicable et qui prévoit un tel congé dans les mêmes conditions qu'à l'article 30, § 2, de la loi précitée du 3 juillet 1978
  - => 2° s'ils bénéficient d'un congé d'adoption conformément à la réglementation du travail qui leur est applicable et qui prévoit un tel congé dans les mêmes conditions qu'à l'article 30<sup>ter</sup> de la loi précitée du 3 juillet 1978
  - => 3° s'ils bénéficient d'un congé parental d'accueil conformément à la réglementation du travail qui leur est applicable et qui prévoit un tel congé dans les mêmes conditions qu'à l'article 30<sup>sexies</sup> de la loi précitée du 3 juillet 1978.
- les définitions uniformes concernées des notions relatives au temps de travail à l'usage de la sécurité sociale (*cf.* l'A.R. du 10.06.2001) sont également adaptées
- plusieurs modifications formelles (comme les références dans certains articles à d'autres dispositions récemment modifiées ou abrogées).

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2022	17.03.2022	Loi modifiant plusieurs dispositions relatives à l'article 17 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs

## Résumé des modifications

La loi modifie l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 en ce sens que l'activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et 3° à 7° de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 (activités spécifiques dans le secteur socioculturel et le secteur sportif) effectuée le premier jour de l'incapacité de travail, n'est pas considérée comme une activité à condition que cette activité constitue la poursuite pure de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail.

Si le titulaire souhaite exercer une telle activité à partir du deuxième jour d'incapacité de travail, l'autorisation du médecin-conseil est toujours requise. En principe, le travailleur doit déclarer cette reprise du travail et demander l'autorisation au médecin-conseil au plus tard le premier jour ouvrable précédant la reprise du travail.

## 2. Arrêtés royaux modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2022	15.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 37bis, § 1<sup>er</sup>, C, 1<sup>o</sup>, :

- les numéros d'ordre "102815" et "102830" sont remplacés par les numéros d'ordre "101636" et "101651".

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2022	19.01.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

Cet arrêté prévoit les différentes modalités d'exécution dans le cadre de l'instauration des "Trajets Retour Au Travail" sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités des travailleurs salariés. Ce dernier examine avec le médecin conseil de la mutualité si la personne salariée ou chômeuse en incapacité de travail peut réintégrer le marché du travail et de quelle façon.

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	23.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 37bis, § 1<sup>er</sup>, Bbis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- l'alinéa 2 est complété
- l'alinéa 3 est remplacé
- à l'alinéa 5, les mots "tel que visé à l'article 2, 6<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global" sont remplacés par les mots "tel que visé à l'article 2, 6<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global"
- l'alinéa 8 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
24.03.2022	23.02.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 34, alinéa 1 <sup>er</sup> , 27°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et l'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type

### Résumé des modifications

Les enfants de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle, ont droit à cette intervention d'un montant qui s'élève à 0,30 EUR par km dans le coût d'un trajet aller-retour sur la base de la distance réelle entre sa résidence principale et un des établissements de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une des conventions de rééducation fonctionnelle-types.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2022 – Édition 1	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 37bis, § 1<sup>er</sup>, E, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- le 1° est remplacé par ce qui suit : "1° les prestations visées sous les numéros de codes 350055, 350512, 350571, 350593, 351035, 353253, 355412, 355434, 355471, 355493, 355596, 355611, 355633, 355655, 355692, 355714, 355736, 355751, 355795, 355810, 355832, 355854, 355876, 355891, 355913, 355972, 472511, 475075, reprises à l'article 11 de ladite annexe;"

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2022 – Édition 1	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 37bis, § 1<sup>er</sup>, D, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- les mots "597402, 597424" sont insérés entre le mot "prestations" et le mot "597505".

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2022	17.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 37*bis*, § 1<sup>er</sup>, D, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- Les mots "à l'article 25, § 1<sup>er</sup>," sont remplacés par les mots "à l'article 25, §§ 1<sup>er</sup> et 1*bis*".

## 3. Arrêtés royaux du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2022	15.12.2021	Arrêté royal modifiant les articles 2 et 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
04.03.2022	15.12.2021	Arrêté royal modifiant les articles 2 et 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités - Corrigendum

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2 :
  - => les prestations 102815 et 102830 et la règle d'application qui les suit, sont remplacées par les prestations 101636 et 101651.
- à l'article 12 :
  - => dans le texte en néerlandais, les mots "geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie" sont chaque fois remplacés par les mots "arts-specialist in de anesthesie-reanimatie"
  - => dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer" est chaque fois remplacé par le mot "arts"
  - => dans le texte en néerlandais, le mot "geneesheer-specialist" est chaque fois remplacé par le mot "arts-specialist"
  - => le titre du paragraphe 1<sup>er</sup> est remplacé et dans le titre du paragraphe 1<sup>er</sup>, b), le mot "anesthésiologie" est remplacé par le mot "anesthésiologie-réanimation"
  - => dans le paragraphe 3, 2<sup>o</sup>, le a) est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
24.01.2022	19.12.2021	Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le § 10, 9<sup>e</sup> alinéa, de l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par ce qui suit :

“Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1<sup>o</sup>, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des 18 prestations précédentes”.

Moniteur belge	Date	Titre
28.01.2022 – Édition 1	14.01.2022	Arrêté royal modifiant l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
15.02.2022	14.01.2022	Arrêté royal modifiant l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Erratum

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 27 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- au paragraphe 1<sup>er</sup>, le libellé des prestations 654172, 654872, 654916, 654194, 654894 et 654931 est complété par les mots “en une pièce”
- le paragraphe 9 est remplacé
- au paragraphe 12<sup>quater</sup> :
  - => l'alinéa 5 de 4.1. est complété par les mots “, à l'exception des interventions forfaitaires de l'assurance pour les dispositifs de stomie pour un bénéficiaire qui séjourne à l'hôpital.”
  - => au 5.1., Dispositifs d'irrigation, les mots “1 réservoir,” sont insérés entre les mots “Set d'irrigation manuelle (avec minimum” et les mots “1 cône et 20 poches d'irrigation)” ;
- le paragraphe 17 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	23.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne le dossier médical global

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace à l'article 2, B, 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la prestation 102771 et les règles d'application qui la suivent.

Moniteur belge	Date	Titre
15.02.2022	17.01.2022	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 <sup>er</sup> , et 17 <sup>ter</sup> , A, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
17.05.2022	17.01.2022	Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1 <sup>er</sup> , et 17 <sup>ter</sup> , A, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- l'article 17, § 1<sup>er</sup>, 6°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est remplacé
- l'article 17<sup>ter</sup>, A, 6°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
21.02.2022	01.02.2022	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'autopsie clinique

### Résumé des modifications

L'arrêté royal remplace le libellé de la prestation 350313-350324 de l'article 11, § 1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par ce qui suit :

“Rapport écrit d'une période d'hospitalisation dans un lit aigu dans un hôpital général rédigé par une équipe médicale multidisciplinaire à l'intention du médecin-chef, chargé de l'organisation du contrôle de la qualité. Ce rapport comprend le diagnostic lors de l'admission, le processus d'établissement du diagnostic et du traitement et le diagnostic principal définitif accompagné éventuellement d'un diagnostic complémentaire. Le diagnostic définitif doit être confirmé par le rapport d'un examen complet post mortem établi par un médecin spécialiste en anatomie-pathologique ou médecin spécialiste en médecine légale ou un médecin, titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine légale et comprenant au moins l'examen macroscopique et microscopique du système cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal et urogénital, de même que d'autres organes qui constituent un élément pertinent de l'anamnèse (minimum 15 prélèvements) . . . . K 440”.

Moniteur belge	Date	Titre
25.02.2022	08.02.2022	Arrêté royal modifiant les articles 2 et 22 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- à l'article 2 de l'annexe, la prestation 103493-103504 et les règles d'application sont insérées après la prestation 102233 et les règles d'application qui la suivent
- à l'article 22, II, b), de l'annexe, la prestation 557793-557804 et la règle d'application sont insérées après la prestation 558832-558843 et la règle d'application qui la suit.

Moniteur belge	Date	Titre
11.03.2022	28.02.2022	Arrêté royal modifiant l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la règle d'application suivante est insérée après la prestation 102690 : "Les prestations 102211, 102712, 102196 et 102690 sont attestables chez des patients séjournant dans une maison de soins psychiatriques sur renvoi avec demande écrite du médecin spécialiste de la maison de soins psychiatriques et avec rapport écrit obligatoire du prestataire pour le médecin référent."

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2022 – Édition 1	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
21.04.2022	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 11, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Corrigendum

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte la modification suivante à l'article 11, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- la prestation 355972-355983 et les règles d'application sont insérées après la prestation 355493-355504.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2022 – Édition 1	15.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- dans le texte néerlandais :
  - => le mot “geneesheer” est à chaque fois remplacé par le mot “arts”;
  - => les mots “geneesheer-specialist”, “geneesheer specialist” et “geneesheer, specialist” sont à chaque fois remplacés par le mot “arts-specialist”;
  - => le mot “hoofdgeneesheer” est à chaque fois remplacé par le mot “hoofdarts”;
  - => le mot “geneesheer psychiater” est à chaque fois remplacé par le mot “arts-psychiater”;
  - => le mot “geneesheren-specialisten” est à chaque fois remplacé par le mot “artsen-specialisten”;
  - => le mot “pluridisciplinair” est à chaque fois remplacé par le mot “multidisciplinair”;
- le mot “pluridisciplinaire” est à chaque fois remplacé par le mot “multidisciplinaire”
- le libellé de la prestation 597726 et de la prestation 597741 sont remplacés
- les prestations 597402 et 597424 et règles d'application sont insérées entre les prestations 597601 et 598706.

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2022	17.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'hôpital de jour
21.04.2022	17.03.2022	Arrêté royal modifiant l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne l'hôpital de jour. - Corrigendum

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- l'intitulé de la Section 12 est remplacé par ce qui suit : “SECTION 12. - Surveillance, examen, et permanence pour les bénéficiaires admis à l'hôpital ou à l'hôpital de jour, et prestations délivrées dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés.”
- après la prestation 596540 et la règle d'application qui la suit, un paragraphe 1<sup>er</sup>bis rédigé comme suit est inséré : “Art. 25. § 1<sup>er</sup>bis. Honoraires de surveillance du bénéficiaire séjournant en hôpital de jour, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus :”
- après la prestation 598581 et la règle d'application qui la suit, les prestations 597354, 597376, 597273, 597295, 597310 et 597332 et les règles d'application sont insérées.

## 4. Autres arrêtés royaux

Moniteur belge	Date	Titre
10.01.2022 – Édition 1	27.12.2021	Arrêté royal modifiant le montant de la dotation à l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19 pour l'année 2021 par la modification de l'arrêté royal du 27 juin 2021 fixant le montant de la dotation à l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19 pour l'année 2021

### Résumé des modifications

Une dotation d'un montant de 994.217.000 EUR est allouée à l'INAMI dans le cadre de la lutte contre le virus COVID-19 pour l'année 2021.

Moniteur belge	Date	Titre
12.01.2022	27.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit une suspension de l'indexation de plein droit des plafonds des tickets modérateurs pour l'année 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
12.01.2022	27.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

Pour l'année 2022, l'arrêté royal prévoit une suspension de l'indexation de plein droit des plafonds des tickets modérateurs relatifs aux coûts des aliments diététiques à des fins médicales spéciales remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
12.01.2022	27.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

### Résumé des modifications

Pour l'année 2022, l'arrêté royal prévoit une suspension de l'indexation de plein droit des plafonds des tickets modérateurs relatifs aux coûts des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
12.01.2022	27.12.2021	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 mai 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

#### Résumé des modifications

Pour l'année 2022, l'arrêté royal prévoit une suspension de l'indexation de plein droit des plafonds des tickets modérateurs relatifs aux coûts des produits radio-pharmaceutiques.

Moniteur belge	Date	Titre
18.01.2022	15.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes dans l'article 4, 2<sup>o</sup>, (*sic*) :

- les numéros d'ordre "102815" et "102830" sont remplacés par les numéros d'ordre "101636" et "101651".

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	21.01.2022	Arrêté royal remplaçant l'article 94 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal augmente à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 l'indemnité de maternité dans le régime indépendant pour chaque semaine de repos de maternité débutant au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Un montant plus élevé est d'application pendant les quatre premières semaines. Si l'une de ces quatre premières semaines est une semaine de repos de maternité à mi-temps, la travailleuse indépendante recevra un montant plus élevé pour la semaine suivante de repos de maternité à mi-temps (éventuellement prise après les quatre premières semaines de repos de maternité).

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	23.12.2021	Arrêté royal fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global

#### Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les conditions et les règles par lesquelles les médecins généralistes agréés ont droit à des honoraires pour la gestion du dossier médical global dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	23.12.2021	Arrêté royal modifiant l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes à l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations :

- l'alinéa 2 est complété
- l'alinéa 3 est remplacé
- à l'alinéa 5, les mots "tel que visé à l'article 2, 6°, de l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global" sont remplacés par les mots "tel que visé à l'article 2, 6°, de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global"
- l'alinéa 8 est remplacé.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2022	27.01.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants

### Résumé des modifications

L'arrêté royal prévoit les mesures suivantes dans le régime indépendant :

- un délai de déclaration uniforme : sept jours civil (première déclaration, prolongation et rechute)
- la mise en place d'une mesure d'avertissement pour laquelle la réduction des indemnités de 10 % n'est pas applicable si la déclaration est tardive.

Cet avertissement peut seulement être appliqué :

- => une seule fois pour une même période d'incapacité de travail (y compris une prolongation de l'incapacité de travail et une rechute en incapacité de travail) ;
- => pour autant que la durée de la tardivité ne s'élève pas à plus d'un mois. Le calcul de ce mois se fait de date à date.

Lorsque la mutualité applique un avertissement, elle doit porter à la connaissance de l'assuré social, par écrit, que sa déclaration a eu lieu tardivement et qu'aucune sanction ne sera, pour cette fois, appliquée.

La date d'entrée en vigueur de cet arrêté royal est le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et il s'applique à chaque déclaration, y compris de prolongation et de rechute, pour une période d'incapacité de travail qui débute, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
10.02.2022	27.01.2022	Arrêté royal du modifiant l'arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent

### Résumé des modifications

L'arrêté royal apporte les modifications suivantes :

- le paragraphe de l'article 6 est complété par les mots "et pour que ces contrats soient pris en compte, ils doivent être conclus durant l'année de la prime ou antérieurement à celle-ci"
- l'article 7, § 6, 1), est complété par un alinéa rédigé comme suit : "À partir de l'année de prime 2021, le seuil d'activité pour les pharmaciens biologistes et la participation y associée est identique à celui des médecins spécialisés en biologie clinique, tel que défini au point 2) de ce même paragraphe."
- l'article 7, § 6, 2), alinéa 7, premier tiret est complété par les mots "qui donne lieu à un numéro INAMI réservé au médecin généraliste ou spécialiste agréé."
- l'article 7, § 6, 2) est complété par un alinéa rédigé comme suit : "Pour les médecins ayant un numéro INAMI réservé aux médecins généralistes en formation ou aux médecins spécialistes en formation au 31 décembre de l'année de la prime, le montant de la participation pour l'année de prime 2020 est de 6.287,70 EUR et pour l'année de prime 2021 de 6.351,21 EUR."
- l'article 7, § 6, 3), alinéa 1<sup>er</sup>, est complété par la phrase suivante: "pour l'année de prime 2021, ces montants sont respectivement fixés à 1.610,68, 2.128,38 et 2.847,45 EUR"
- à l'article 7, § 6, 5), premier alinéa, les mots "2.429,06 EUR" sont remplacés par les mots "3.200 EUR"
- il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit : "Par année de prime, un même dispensateur de soins peut au maximum prétendre à un avantage social ou autre prévu pour un seul et même groupe professionnel tel qu'énuméré à l'article 2. Les dispensateurs de soins qui entrent en ligne de compte pour le bénéfice de plusieurs avantages font un choix selon les modalités fixées par l'INAMI"
- dans l'article 13, les mots "suivant les modalités définies par l'INAMI," sont insérés entre les mots "voie électronique," et les mots "par le Service des soins de santé"
- à l'annexe du même arrêté, la ligne avec les mots "Médecin sans titre professionnel particulier et sans droits acquis 25.000,00 EUR 12.500 EUR", ainsi que la ligne avec les mots "Médecin généraliste avec droits acquis visé dans la nomenclature des prestations de santé 25.000,00 EUR 12.500,00 EUR", sont abrogées.

Moniteur belge	Date	Titre
11.02.2022 – Édition 1	27.01.2022	Arrêté royal fixant le mode de répartition et l'octroi des frais d'administration entre les unions nationales en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre des "Trajets Retour Au Travail"

### Résumé des modifications

L'arrêté royal détermine les modalités selon lesquelles le montant supplémentaire des frais d'administration en vue de la préparation et de la mise en oeuvre des "Trajets Retour Au Travail" dans l'assurance indemnités est réparti entre les cinq unions nationales pour les années de service 2022 à 2026 inclus.

Chaque union nationale transmet, après l'expiration de l'année de service concernée, au Service des indemnités de l'INAMI un registre dans lequel le nombre de "Coordinateurs Retour Au Travail" occupés durant cette année de service est mentionné, ainsi que la durée et le volume de travail de leur occupation. Ce registre contient aussi, pour chaque "Coordinateur Retour Au travail", les données nécessaires afin de pouvoir vérifier les conditions à remplir pour agir en tant que "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de la mutualité.

Sur la base des données reçues, le Service des indemnités de l'INAMI calcule par union nationale le montant des frais d'administration auquel cette union nationale a effectivement droit.

Moniteur belge	Date	Titre
16.02.2022	19.01.2022	Arrêté royal du fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux praticiens de l'art dentaire pour l'utilisation de la télémétrie et pour la gestion électronique des dossiers médicaux en 2021 et 2022

#### Résumé des modifications

L'intervention pour la prime 2021 et 2022 s'élève à 800 EUR.

Moniteur belge	Date	Titre
17.03.2022	13.02.2022	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations en ce qui concerne les donneurs vivants d'organe

#### Résumé des modifications

Le ticket modérateur est supprimé pour toutes les prestations durant l'année suivant le prélèvement et pour les consultations, la biologie clinique et la radiologie de la fin de la première année à 10 ans après le prélèvement, que ces prestations soient directement liées ou non au prélèvement.

Il appartiendra au médecin responsable du centre de transplantation d'informer le médecin-conseil de l'organisme assureur du prélèvement d'organe chez un donneur vivant.

Des mesures transitoires sont prévues pour le bénéficiaire qui est admis dans un hôpital pour le prélèvement d'organe avant le 1<sup>er</sup> août 2017, ou entre le 1<sup>er</sup> août 2017 et le 31 mars 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
18.03.2022	09.02.2022	Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention avec un centre médico-social pour les travailleurs du sexe

#### Résumé des modifications

Il peut être conclu entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et un centre médico-social une convention en vue de proposer une aide médicale aux travailleurs du sexe hommes, femmes et transgenres de telle sorte que chaque travailleur du sexe puisse travailler dans la prostitution de manière sûre et protégée.

Le centre médico-social, qui doit en outre satisfaire à certaines conditions, doit exercer son activité sur le territoire belge et son objet social est principalement orienté vers la problématique spécifique de la santé chez les travailleurs du sexe.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2022	24.02.2022	Arrêté royal fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité octroie une intervention financière pour le fonctionnement de l'Union générale des infirmiers de Belgique

#### Résumé des modifications

Une intervention financière annuelle de 403.962,80 EUR est octroyée pour une période de trois ans à l'Union générale des infirmiers de Belgique.

## 5. Arrêtés ministériels

Moniteur belge	Date	Titre
14.01.2022 – Édition 1	22.12.2021	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2022	14.01.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2022	17.01.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I et ajoutent les codes ATC à l'annexe IV.

Moniteur belge	Date	Titre
18.02.2022	15.02.2022	3 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
04.05.2022	15.02.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

#### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
25.02.2022	17.02.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications au chapitre IV de l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
28.02.2022 – Édition 1	10.02.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
21.03.2022	11.03.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
25.04.2022	11.03.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

#### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
22.03.2022	11.03.2022	2 arrêtés ministériels modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques
01.04.2022	11.03.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum
11.04.2022	11.03.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. - Erratum

### Résumé des modifications

Les arrêtés ministériels apportent des modifications à l'annexe I, II et IV.

Moniteur belge	Date	Titre
28.03.2022 – Édition 1	18.03.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 1 <sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
21.01.2022	17.01.2022	Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 22 mai 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

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte des modifications à l'annexe I.

Moniteur belge	Date	Titre
02.02.2022	25.01.2022	Arrêté ministériel portant approbation du règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, instituée auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

### Résumé des modifications

Le règlement d'ordre intérieur de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, visé à l'article 122<sup>quinquies</sup>, § 1, de l'arrêté 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est approuvé.

Moniteur belge	Date	Titre
04.02.2022	17.12.2021	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "A. Ophtalmologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "A. Ophtalmologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs :

- le point "A.3.2 Traitement pour glaucome", est complété par la prestation 181974-181985 et ses modalités de remboursement et la condition de remboursement A- § 05 qui correspond à la prestation précitée est insérée
- aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs, est ajoutée une nouvelle liste nominative 38501 associée à la prestation 181974-181985.

Moniteur belge	Date	Titre
10.03.2022	16.02.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "L. Orthopédie et traumatologie" de la liste jointe comme annexe 1 <sup>re</sup> à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

#### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- l'intitulé "L. Orthopédie et traumatologie" est complété par l'intitulé "L.12. Ligament artificiel" et par la prestation 182475-182486 et ses modalités de remboursement
- la condition de remboursement L- § 32 qui correspond à la prestation précitée est insérée.

Moniteur belge	Date	Titre
11.03.2022	21.02.2022	Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés et l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes :

- à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés :

  - => au § 2, alinéa 1, le nombre "0,25" est remplacé par le nombre "0,30"
  - => au § 2, alinéa 1, les mots " , cependant limitée à deux fois 30 km," sont abrogés
  - => dans le § 2, l'alinéa 2 est abrogé
  - => dans le § 3, les mots " , limitée à deux fois soixante km," sont abrogés
  - => le § 4 est remplacé.
- à l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

  - => l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 1<sup>er</sup> est remplacé
  - => à l'article 2, § 2, le nombre "0,25" est remplacé par le nombre "0,30"
  - => à l'article 2, le § 3 est rétabli dans la rédaction suivante : "§ 3. Le prix visé au § 2, est lié à la valeur de la moyenne arithmétique de l'indice santé du mois de juin 2021 et des indices des prix des trois mois précédents.  
Le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, ce prix est adapté à l'évolution de l'indice santé précité de l'année précédente par rapport à la pénultième année, et pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier 2023.  
On entend par indice santé, l'indice visé à l'article 2 de l'arrêté royal 24 décembre 1993 portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays."

Moniteur belge	Date	Titre
14.03.2022	24.02.2022	Arrêté ministériel modifiant le chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste et les listes nominatives jointes comme annexes 1 et 2 à l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs

### Résumé des modifications

L'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes au chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la Liste, jointe comme annexe 1<sup>er</sup> :

- au point "D.7 Neurostimulation", les modifications suivantes sont apportées :

  - => le libellé des prestations 155013-155024 ; 155035-155046 ; 155050-155061 ; 155072-155083 ; 155116-155120 ; 155131-155142 et 155153-155164 sont remplacés ;
  - => les prestations 182512-182523 ; 182534-182545 ; 182556-182560 ; 182571-182582 ; 182593-182604 ; 182615-182626 et 182630-182641 et les modalités de remboursement sont ajoutées.
- la condition de remboursement D- § 06 est remplacée.

Aux Listes nominatives, jointes comme annexe 2, l'arrêté ministériel apporte les modifications suivantes à la Liste nominative 316 relative aux "Neurostimulateurs des voies urinaires" :

- le libellé des prestations 155013-155024 ; 155035-155046 ; 155050-155061 ; 155072-155083 ; 155116-155120 ; 155131-155142 ; 155153-155164 sont remplacés
- la prestation 182571-182582 est ajoutée et est liée à la liste nominative 31601
- la prestation 182630-182641 est ajoutée et est liée à la liste nominative 31604
- une nouvelle liste nominative 31605 associée aux prestations 182512-182523, 182534-182545 et 182593-182604 est ajoutée
- une nouvelle liste nominative 31606 associée aux prestations 182556-182560 et 182615-182626 est ajoutée.

Moniteur belge	Date	Titre
25.03.2022	07.02.2022	Arrêté ministériel fixant le livre de la qualité des centres médico-sociaux pour les travailleurs du sexe, visé à l'article 1, § 3, de l'arrêté royal du 9 février 2022, fixant les conditions dans lesquelles le Comité d'assurance peut conclure une convention avec un centre médico-social pour les travailleurs du sexe

#### Résumé des modifications

Le livre de la qualité des centres médico-sociaux pour les travailleurs du sexe est approuvé.

## 6. Règlements

Moniteur belge	Date	Titre
14.01.2022 – Édition 1	15.09.2021	Règlement modifiant, en ce qui concerne la déclaration de l'incapacité de travail, le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1 <sup>er</sup> , 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement prévoit les mesures suivantes dans le régime salarié :

- la prolongation du délai de déclaration : sept jours civil (première déclaration, prolongation et rechute) - les ouvriers (14 jours) et les employés (28 jours) continuent de bénéficier d'un délai plus long pour la première déclaration
- la mise en place d'une mesure d'avertissement pour laquelle la réduction des indemnités de 10 % n'est pas applicable si la déclaration est tardive.

Cet avertissement peut seulement être appliqué :

- une seule fois pour une même période d'incapacité de travail (y compris une prolongation de l'incapacité de travail et une rechute en incapacité de travail)
- pour autant que la durée de la tardivité ne s'élève pas à plus d'un mois. Le calcul de ce mois se fait de date à date.

Lorsque la mutualité applique un avertissement, elle doit porter à la connaissance de l'assuré social, par écrit, que sa déclaration a eu lieu tardivement et qu'aucune sanction ne sera, pour cette fois, appliquée.

La date d'entrée en vigueur de ce règlement est le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et il s'applique à chaque déclaration, y compris de prolongation et de rechute, pour une période d'incapacité de travail qui débute, au plus tôt, le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
31.01.2022	13.09.2021	Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11 <sup>o</sup> , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

#### Résumé des modifications

Le règlement remplace l'annexe 94.

Moniteur belge	Date	Titre
31.03.2022	31.01.2022	Règlement modifiant le règlement du 16 juin 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

#### Résumé des modifications

Le règlement apporte les modifications suivantes à l'annexe du règlement du 16 juin 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 :

- le formulaire D-Form-I-01 concernant la procédure de demande auquel il est fait référence au chapitre "D. Urologie et néphrologie" de la liste, est ajouté
- le formulaire D-Form-II-01 est modifié.

## 7. Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

### Moniteur belge

25.02.2022

#### Abrogation règle interprétative : Règle interprétative pour le remboursement des spécialités ayant le fulvestrant comme principe actif

Règle interprétative relative au remboursement de fulvestrant en association avec KisqaliR (ribociclib) dans le traitement des bénéficiaires présentant un cancer du sein symptomatique, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif, ayant reçu antérieurement un traitement hormonal en adjuvant et présentant une rechute au-delà de 12 mois après la fin de leur traitement en adjuvant ou des bénéficiaires présentant lors d'un diagnostic initial (de novo) un cancer du sein symptomatique, localement avancé ou métastatique à récepteur hormonal positif et HER2-négatif :

La règle interprétative est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le 1<sup>er</sup> mars 2022.

## 8. Avis et protocole

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2022	28.01.2022	Accord national dento-mutualiste 2022-2023 - Notification point 22

### Résumé des modifications

Les accords conclus par la Commission nationale dento-mutualiste qui couvrent les années 2022 et 2023 ont été entérinés par le Conseil des ministres.

Les points clés de l'accord sont :

- soins dentaires plus accessibles, comme l'adaptation des limites d'âge pour l'examen buccal annuel jusqu'à 80 ans (au lieu de 67 ans)
- revalorisation substantielle de divers honoraires, comme la consultation du dentiste généraliste à 27 EUR
- développement d'un cadre financier pour l'intégration des hygiénistes dentaires dans les soins dentaires.

Moniteur belge	Date	Titre
07.02.2022	28.01.2022	Avenant Y/2018 <i>sexies</i> à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Avenant T/2018 <i>sexies</i> à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 28 janvier 2022 - Notification point 8
21.02.2022	28.01.2022	Avenant Y/2018 <i>sexies</i> à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs. - Avenant T/2018 <i>sexies</i> à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs. - Conseil des ministres du 28 janvier 2022. - Notification point 8 - Erratum

### Résumé des modifications

Cinquième avenant Y/2018*sexies* à la convention nationale entre les bandagistes et les organismes assureurs :

La Commission de conventions bandagistes - orthopédistes - organismes assureurs a conclu le cinquième avenant par lequel :

- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives aux lombostats, aux semelles orthopédiques et au matériel pour mucoviscidose n'est pas indexée au 1<sup>er</sup> janvier 2022
- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives aux bandages, ceintures, prothèses mammaires, matériel de stomie et d'incontinence est indexée de 0,79 % au 1<sup>er</sup> janvier 2022
- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 27 relatives aux gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques et aux bas élastiques thérapeutiques pour la jambe est indexée de 1,60 % au 1<sup>er</sup> janvier 2022

Cinquième avenant T/2018sexies à la convention nationale entre les orthopédistes et les organismes assureurs :

La Commission de conventions bandagistes- orthopédistes - organismes assureurs a conclu le cinquième avenant par lequel :

- la valeur de la lettre-clé des prestations de l'article 29 relatives aux semelles orthopédiques et aux orthèses préfab n'est pas indexée au 1<sup>er</sup> janvier 2022
- la valeur de la lettre-clé de toutes les autres prestations de l'article 29 de la nomenclature est indexée de 1,13 % au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Moniteur belge	Date	Titre
08.02.2022	28.01.2022	Accord national médico-mutualiste 2022-2023 - Notification point 21

### Résumé des modifications

La convention nationale avec les médecins et les organismes assureurs a été approuvée et vise les objectifs suivants :

- l'accessibilité des soins pour les patients et leur transparence. À partir de 2022 :
  - => les médecins mentionneront les suppléments facturés sur l'attestation de soins. Cette information sera accessible aux mutualités qui pourront alors suivre l'évolution des coûts à charge du patient et le respect des conditions de facturation ;
  - => ils pourront désormais appliquer le système du tiers payant à tout patient lors d'une consultation ou d'une visite ;
  - => le tarif conventionné s'appliquera aussi aux soins ambulatoires (hors hospitalisation) qui ne peuvent être dispensés qu'en milieu hospitalier ;
  - => plusieurs mesures d'accessibilité spécifiques en faveur des groupes plus vulnérables ;
  - => des projets multidisciplinaires pour lutter contre le diabète et l'obésité, de soins psychiatriques et physiologiques pour les jeunes, de revalidation respiratoire ;
- construire une organisation des soins qui permettra de mieux absorber l'impact des pics d'activités et d'éviter les retards dans les soins
- poursuivre le développement de la téléconsultation et de la télé-expertise
- réformer la nomenclature des médecins spécialistes
- moderniser La Commission nationale médico-mutualiste
- veiller à la durabilité du système de soins
- soutenir le corps médical et plus globalement les dispensateurs de soins.



# 2<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



## I. Cour Constitutionnelle, 18 novembre 2021

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>  
- Indemnité en compensation du licenciement - Indemnité pour rupture du contrat - Indemnité d'incapacité de travail - Non violation des articles 10 et 11 et de la Constitution

*Les périodes couvertes par l'indemnité en compensation de licenciement et les périodes couvertes par l'indemnité de congé ne peuvent se chevaucher mais doivent se suivre pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité.*

*L'indemnité de compensation du licenciement se rattache nécessairement à une période différente de la période couverte par l'indemnité de congé puisqu'elle compense à l'égard du travailleur concerné, un délai de préavis ou une indemnité de congé insuffisants du fait de l'application de l'ancienne législation.*

Arrêt n° 162/2021

...

- B -

**B.1.** L'instauration du statut unique pour ouvriers et employés a en règle pour conséquence que les ouvriers ont droit à un délai de préavis plus long. Mais ce droit ne s'applique pleinement que si le contrat de travail a débuté après le 31 décembre 2013. Un ouvrier qui a acquis son ancienneté en partie jusqu'à cette date subit encore en partie les inconvénients de l'ancienne réglementation, dès lors que la durée de son délai de préavis ou de l'indemnité de congé correspondante doit, pour ce qui concerne la période située avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014, être déterminée sur la base des anciennes règles. Le législateur a créé l'indemnité en compensation du licenciement pour supprimer ces inconvénients.

Cette indemnité est accordée par l'Office national de l'emploi (ci-après : l'ONEm) aux "travailleurs dont la durée du délai de préavis ou dont la durée de l'indemnité de congé correspondante doit, conformément à la législation, être déterminée, au moins partiellement, sur la base de l'ancienneté acquise comme ouvrier dans la période située avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014" (art. 7, § 1<sup>er</sup>, al. 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 "concernant la sécurité sociale des travailleurs", tel qu'il a été inséré par la loi du 26 décembre 2013 "concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement").

L'indemnité en compensation du licenciement compense pour ces travailleurs "la différence entre d'une part le délai de préavis ou l'indemnité de congé correspondante que l'employeur doit octroyer, et d'autre part le délai de préavis ou l'indemnité de congé correspondante que l'employeur aurait octroyé comme si l'ancienneté totale du travailleur avait été acquise après le 31 décembre 2013" (art. 7, § 1<sup>er</sup>sexies, al. 1<sup>er</sup>, de l'arrêté-loi précité, tel qu'il a été inséré par la loi du 26.12.2013).

**B.2.** L'article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi coordonnée du 14.07.1994), en cause, a été complété par l'article 109 de la loi du 26 décembre 2013, en vue d'interdire le cumul, pour une même période, de l'indemnité en compensation du licenciement et des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité.

Du fait de cette modification, l'article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, précité, dispose :

“Le travailleur ne peut prétendre aux indemnités :

[...]

3<sup>o</sup> pour la période pour laquelle il peut prétendre à une indemnité due à la suite de la rupture irrégulière du contrat de travail, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel, de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ou de la cessation du contrat de travail de commun accord, ou à une indemnité en compensation du licenciement visée dans l'article 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs”.

**B.3.** Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité de cette disposition avec le principe d'égalité et de non-discrimination, d'une part dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et la période couverte par l'indemnité compensatoire de préavis (dite également “indemnité de congé”) peuvent se chevaucher (première interprétation) et d'autre part dans l'interprétation selon laquelle ces périodes ne peuvent pas se chevaucher, mais doivent être additionnées (seconde interprétation).

**B.4.** Il ressort du jugement de renvoi que, dans la première interprétation, la disposition en cause fait naître une différence de traitement entre les ouvriers et les employés. Les employés, qui ne perçoivent pas d'indemnité en compensation du licenciement mais ont uniquement droit à un délai de préavis ou à une indemnité de congé, doivent attendre la fin de la période y afférente avant de pouvoir prétendre à des indemnités d'incapacité de travail. En revanche, les ouvriers qui bénéficient d'une indemnité en compensation du licenciement sur la base de l'article 7, § 1<sup>er</sup>sexies, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 précité peuvent prétendre à des indemnités d'incapacité de travail dès la fin des périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement. Dès lors que, dans cette interprétation, ces périodes prennent cours au même moment et coïncident dans le temps, au moins en partie, les ouvriers concernés peuvent prétendre à des indemnités d'incapacité de travail plus rapidement que les employés.

Cette différence de traitement n'existerait pas dans la seconde interprétation, dès lors que les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre et ne peuvent donc pas coïncider.

**B.5.** 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.

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.6.** Dans l'exposé des motifs, l'introduction de l'article 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, zf), de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 par la loi du 26 décembre 2013 est justifiée comme suit :

“L'article 97 attribue une tâche supplémentaire à l'ONEm, à savoir le paiement de l'indemnité en compensation du licenciement.

Pour les (ex-)ouvriers qui apportent la preuve d'une ancienneté située partiellement avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et partiellement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014, le délai de préavis ou l'indemnité de congé correspondante est en partie calculé en vertu de l'ancienne législation pour ce qui concerne l'ancienneté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et en partie en vertu de la nouvelle législation pour ce qui concerne l'ancienneté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. L'objectif n'est cependant pas que ces travailleurs subissent définitivement le “désavantage” de l'ancienneté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014. C'est pourquoi ceux-ci seront intégrés dans la nouvelle législation suivant un calendrier déterminé. À partir d'un certain moment, on va partir du principe que leur ancienneté a été entièrement acquise sous la nouvelle législation, même si celle-ci a été en partie acquise avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Dans ce cas, l'employeur n'octroiera toutefois pas un délai de préavis ou une indemnité de congé en vertu de la nouvelle législation mais continuera de faire le calcul sur la base d'une partie d'ancienneté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et d'une partie d'ancienneté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

L'ONEm compensera la différence entre le montant payé par l'employeur et le montant auquel le travailleur a droit en vertu de la nouvelle législation, sous la forme d'une indemnité en compensation du licenciement.

[...]

Il a également été ajouté que les travailleurs qui tombent dans un régime dérogatoire temporaire ou définitif quant aux délais de préavis, n'ont pas droit à l'indemnité en compensation du licenciement.

Cette indemnité en compensation du licenciement est assimilée à une indemnité de congé ordinaire, ce qui signifie, d'une part que celle-ci ouvrira des droits dans l'assurance chômage mais d'autre part qu'elle n'est pas cumulable avec une allocation de chômage.

L'indemnité payée par l'ONEm est un montant calculé en net sur lequel par conséquent ni l'ONEm, ni le travailleur ne sont redevables de cotisations ou de retenues fiscales ou sociales.

L'indemnité en compensation du licenciement ne sera pas cumulable avec l'indemnité de reclassement dont bénéficie l'(ex-)ouvrier lorsque, dans le cadre d'une restructuration, il est inscrit dans une cellule pour l'emploi. En effet, dans ce cas, il bénéficie déjà suite à son licenciement d'une indemnité supérieure à l'indemnité de congé légale normale.

Les règles qui s'appliquent en matière de contrôle et de récupération de l'indemnité, sont les mêmes règles que les règles habituelles en matière d'allocations de chômage ordinaires” (*Doc. parl.*, Ch., 2013-2014, DOC 53-3144/001, pp. 56-57).

**B.7.** L'amendement qui est à l'origine de la modification de la disposition en cause est justifié en ces termes :

“La section XVI vise, au sein de l'assurance maladie [...] à fixer une interdiction de cumul entre les indemnités de maladie et l'indemnité en compensation du licenciement.

[...]

L'indemnité en compensation du licenciement ne peut pas être cumulée avec des revenus de remplacement. Afin d'introduire cette interdiction de cumul, par analogie avec les autres revenus de remplacement, entre l'indemnité en compensation du licenciement et les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité, l'article 103 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est modifié” (*Doc. parl.*, Ch., 2013-2014, DOC 53-3144/002, pp. 4-5).

**B.8.** Eu égard à ce qui précède, l'indemnité en compensation du licenciement se rattache nécessairement à une période différente de la période couverte par l'indemnité de congé. En effet, l'indemnité en compensation du licenciement compense, à l'égard du travailleur concerné, un délai de préavis ou une indemnité de congé insuffisants du fait de l'application de l'ancienne législation. Elle correspond donc nécessairement à une période distincte de la période couverte par le délai de préavis ou par l'indemnité de congé correspondante. Les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre sans pouvoir coïncider pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité. En conclure autrement reviendrait à amoindrir considérablement l'effet utile de l'interdiction, par la disposition en cause, du cumul de l'indemnité en compensation du licenciement avec les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité et irait à l'encontre de l'intention du législateur.

**B.9.** L'interprétation selon laquelle les périodes couvertes par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement peuvent coïncider est manifestement erronée.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle n'appelle pas de réponse.

**B.10.** Dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et la période couverte par l'indemnité de congé doivent se suivre sans pouvoir coïncider, la disposition en cause ne fait pas naître la différence de traitement mentionnée en B.4 entre les employés et les ouvriers concernés.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle appelle une réponse négative.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR,**

**dit pour droit :**

L'article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, tel qu'il a été modifié par l'article 109 de la loi du 26 décembre 2013 "concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés en ce qui concerne les délais de préavis et le jour de carence ainsi que de mesures d'accompagnement", dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et la période couverte par l'indemnité de congé doivent se suivre sans pouvoir coïncider, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution.

...

## II. Cour du travail de Bruxelles, 12 mai 2022

Évaluation de l'incapacité de travail – Article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Expertise – Valeur probante de l'avis d'expert – Syndrome du côlon irritable

*En l'espèce, l'intéressé a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec l'avis de l'expert désigné.*

*Il a été jugé que le fait qu'une partie refuse d'accepter l'avis de l'expert ne justifie pas automatiquement la nomination d'un nouvel expert. La nomination d'un nouvel expert n'est justifiée qu'en cas de contre-indications graves, que l'intéressé doit justifier par des certificats médicaux fondés.*

*En l'occurrence, l'expertise a été menée de manière méticuleuse et le rapport de l'expert s'est appuyé sur des éléments objectifs et une connaissance approfondie du dossier.*

N° de rôle : 2021/AB/100

... c./INAMI

...

De inschatting van een ongeschiktheid kan niet geldig steunen op een persoonlijke appreciatie van de betrokkene zelf, maar enkel op een evaluatie van een daartoe bevoegde geneesheer en zulks gesteund op objectieerbare medische gronden (Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 26.11.2013, AR nr. 2010/AH/372, onuitg.).

De gerechtelijke zekerheid wordt precies gevormd door een hoge graad van waarschijnlijkheid, zodat aan het tegendeel – dat theoretisch mogelijk blijft – niet meer ernstig hoeft te worden gedacht (J. RONSE e.a. "Schade en schadeloosstelling", A.P.R. 1988, 75 – 76).

3.

De deskundige, aangesteld door de eerste rechter, heeft volgende overwegingen opgenomen in het verslag:

*Na de eerder geruststellende ondervraging (goede algemene toestand, geen spierhypotrofie, huishoudelijke taken mogelijk, geen zware depressie noch beperkingen, ...) uitgevoerd door de adviseur 09/2009 werd een einde gesteld aan deze werkonbekwaamheid: aangepaste activiteiten op de algemene arbeidsmarkt mogelijk gedacht door adviserende arts (referentieberoepen type verkoper, vertegenwoordiger, adviseur, administratief bediende ...).*

*Dr. ... voor verweerder benadrukt ter zitting dat er de laatste 2 jaren eigenlijk maar weinig evolutie was op medisch vlak en dat werkzaamheden op plaatsen waar er een toilet ter beschikking is toch met zekerheid haalbaar blijven.*

*Er kan ter zitting dus alleen maar vastgesteld worden dat lichte arbeid (gebeurlijk deeltijds bij start) eind 2009 derhalve allicht mogelijk was en dat de VDAB (eventueel mits tussenkomst van hun adviserende arts) had kunnen helpen bij de zoektocht naar een dergelijke aangepaste job.*

*Hier kon ter zitting niets rationeels tegen ingebracht worden door eisende partij.*

Daarop werden een aantal opmerkingen geformuleerd door appellant, waarop door de geneesheer-deskundige als volgt werd geantwoord:

*Betrokkene verklaarde ter zitting wel degelijk dat hij kon sporten: wandelen ("met pamber maat 6", weliswaar niet ter zitting), fietsen, ...*

*Er dient hierbij toch nogmaals onderstreept dat hij ter zitting zélf (verplaatsing inbegrepen moet je hier toch minstens 2 uur voor uittrekken) GEEN "pamber" mee had ... hetgeen de ernst van zijn zozegde stoelgangnood/incontinentie dan weer compleet relativeert!*

*Ik geloof absoluut NIET dat eiser de controle over zijn darmen volledig kwijt zou zijn naar aanleiding van stoelgangurge; Dr. ... voor het RIZIV merkte in dat verband trouwens correct op dat de heel uitgebreide medische oppuntstelling eigenlijk volkomen geruststellend was gebleken...*

*Dat hij naast zijn stoelgangproblemen tevens nog last heeft van rugpijn op scoliose, alsook van stress, met negatieve werking op zijn psychisch welbevinden werd óók zeer duidelijk opgenomen in het gedetailleerd deskundig verslag.*

*[...]*

*Er kan in deze casus niet voldoende onderstreept worden dat eisende partij wel degelijk in staat is om huishoudelijke activiteiten uit te voeren [...] en om te werken in de tuin [...]; er werden dan ook ter zitting duidelijke tekenen van activiteit vastgesteld ter hoogte van zijn handen (eelt, wondjes, vuil onder nagels, ...) hetgeen door betrokkene nu eigenlijk zélf per brief openlijk toegegeven wordt.*

4.

Hoewel in geen enkel opzicht moet getwijfeld worden aan de medische problematiek van appellant en van de ongemakken die dit kan meebrengen op privé zowel als op professioneel vlak, moet toch vastgesteld worden dat geen nieuwe medische stukken worden voorgelegd die stellen dat appellant voor minstens 66% arbeidsongeschikt zou zijn.

Er wordt in de recentste attesten wél vermeld wat de medische problematiek is en hoe gepoogd wordt daaraan (proefondervindelijk) te remediëren aan de hand van verschillende medicatie, maar nergens wordt op héél uitdrukkelijke wijze gesteld dat appellant arbeidsongeschikt zou zijn in de zin van artikel 100 ZIV-wet.

Appellant benadrukt ter zitting ook zelf op zeer stellige wijze dat hij wil werken.

Met zijn zeer gevarieerd profiel (stukadoor, vertegenwoordiger, ...), moet dat in feite ook tot de mogelijkheden behoren, temeer aangezien hij ook zelf aangeeft dat de ene dag veel beter is dan de andere en dat er bij momenten

- weliswaar traag – beterschap kan worden waargenomen, dit door de uitgeprobeerde medicatie.

Niets hoeft appellant overigens te beletten om een nieuwe ziekte-aangifte in te dienen wanneer hij meent dat hij (verder/opnieuw) arbeidsongeschikt zou zijn. Sinds de bestreden beslissing is dit in elk geval niet gebeurd.

De aanstelling van een nieuwe deskundige is geen automatisme wanneer één der partijen het met de besluiten van een geneesheer-deskundige niet eens is. Daartoe dienen ernstige tegenindicaties aanwezig te zijn, bij voorkeur onder de vorm van gefundeerde medische attesten en dito verslagen. Dit is hier niet het geval.

Op grond van de voorliggende stukken, moet bijgevolg worden besloten dat het onderzoek dat door de deskundige werd gevoerd voldoende grondig is, dat zijn verslag gebaseerd is op objectieve elementen en op een gedegen studie van het dossier. Ook de opmerkingen van de partijen heeft hij grondig beantwoord en mede in overweging genomen. Ook in de nieuwe medische stukken wijst niets erop dat de deskundige de bal serieus misgeslagen zou hebben.

Het hoger beroep is dan ook ongegrond.

**OM DEZE REDENEN**  
**HET ARBEIDSHOF BRUSSEL, 7<sup>DE</sup> Kamer**

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

Verklaart het hoger beroep van de heer ... ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het aangevochten vonnis van 5 januari 2021 van de arbeidsrechtbank Leuven, 2de kamer, in de zaak met AR nr. 19/691/A.

...

## III. Cour du travail d'Anvers, division Hasselt, 13 mai 2022

Évaluation de l'incapacité de travail – Article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 – Situation préexistante – Absence de capacité de gain supérieure à 1/3 – Affection médicale déjà présente avant l'entrée sur le marché du travail – Expérience professionnelle limitée

*Conformément à l'article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, un titulaire n'est pas en incapacité de travail s'il ne peut démontrer une capacité de gain supérieure à 1/3 lors de son entrée sur le marché du travail. Dans ce cas, il est question d'une condition préexistante.*

*Si l'affection médicale est diagnostiquée à un âge précoce ou s'il existe déjà suffisamment de signes discrets de l'affection avant l'entrée sur le marché du travail, il ne peut y avoir aucun doute sur la situation préexistante.*

*En l'occurrence, la cessation prématurée de la formation et des stages de courte durée confirme que l'intéressé n'est pas en mesure de s'intégrer sur le marché du travail en raison de son affection médicale.*

A.R. 2021/AH/118  
INAMI c./...

...

## 4. Beoordeling

### 4.1 Algemeen

De betwisting heeft betrekking op de vraag of de ... vanaf 6 juli 2020 arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.

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

1. Art. 100, § 1 van de ZIV-wet.

Uit deze wettelijke bepaling volgt dat er tegelijkertijd aan drie voorwaarden moet worden voldaan:

- onderbreking van alle arbeid
- die onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen
- het verdienvermogen moet verminderd zijn tot een derde of minder van wat de refertepersoon zou kunnen verdienen; doorgaans wordt deze vereiste uitgedrukt als 'arbeidsongeschikt zijn', zodat er kortom een arbeidsongeschiktheidspercentage van minstens 66 % vereist is.

Bij de beoordeling van het verdienvermogen, verschilt de refertepersoon naargelang de reeds verstreken duurtijd.

Over de eerste zes maanden van (primaire) arbeidsongeschiktheid moet de vermindering van het verdienvermogen worden bepaald ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, althans in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor een genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne.

Na die eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid dient niet enkel te worden gekeken naar wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid van de betrokkene behoort, maar tevens wat kan worden verdiend in de verschillende beroepen die de betrokkene heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding (en/of ervaring), hetgeen gemeenzaam met de terminologie van de 'algemene arbeidsmarkt' wordt aangeduid.

## 4.2. Toetsing in concreto

Het is niet in betwisting dat de graad van arbeidsongeschiktheid van de ... meer dan 66 % bedraagt. Hij lijdt immers aan paramyotonia congenita van Von Eulenburg waardoor zijn klachten verder achteruitgaan.

Wel betwist RIZIV dat de ... over een verdienvermogen van meer dan 1/3 beschikt omdat hij door zijn medische aandoening die reeds aanwezig was bij het betreden van de arbeidsmarkt, nog geen verdienvermogen van meer dan 1/3 heeft kunnen opbouwen. RIZIV besluit dan ook tot een voorafbestaande toestand.

De ... betwist dat ten zeerste.

### 4.2.1. VONNIS VAN 7 OKTOBER 2019 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK ANTWERPEN, AFDELING TONGEREN

Ter ondersteuning van de stelling dat hij wel over een verdienvermogen van meer dan 1/3 beschikt, verwijst de ... naar een vonnis van 7 oktober 2019 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, waarin geoordeeld werd dat hij verder arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet vanaf 16 oktober 2017.

Terecht stelt RIZIV dat dit vonnis ten aanzien van haar geen gezag van gewijsde heeft in de zin van artikel 23 Gerechtelijk Wetboek omdat zij geen partij was in dat geschil. Wel kan dat vonnis een beoordelingselement vormen in deze huidige zaak.

#### 4.2.2. ER IS GEEN VERDIENVERMOGEN VAN MEER DAN 1/3 IN DE ZIN VAN ARTIKEL 100, § 1 VAN DE ZIV-WET

Opdat een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet kan worden erkend, moet de betrokkene bij zijn intrede op de arbeidsmarkt een verdienvermogen gehad hebben van meer dan 1/3.

Indien het verdienvermogen bij zijn intrede op de arbeidsmarkt blijvend minder bedroeg dan 1/3 is dergelijke erkenning niet mogelijk. Er is dan sprake van een voorafbestaande toestand.

In deze zaak staat het vast dat de aandoening van de ... al aanwezig was voor zijn intrede op de arbeidsmarkt. De diagnose van paramyotonia congenita van Von Eulenburg werd immers reeds vastgesteld op 17-jarige leeftijd, terwijl er voordien ook al discrete tekens van zijn aandoening aanwezig waren.<sup>2</sup>

Geneesheer-deskundige ... die de heer ... onderzocht vanaf 16 oktober 2017 in het kader van een dossier tegen NVSM, beschreef zijn bevindingen hierover als volgt:

*De heer ... is een 23-jarige jongeman die lijdt aan paramyotonia congenita van Von Eulenburg. Als gevolg van deze aandoening bestaat er een extreme deconditionering, wat al op valt bij inspectie van patiënt.*

(...)

*Er bestaat een zeer beperkte werkervaring die wegens zijn aandoening steeds eindigde op een falen en arbeidsongeschiktheid. Inspanningen werden weliswaar gedaan opdat betrokkene zich zou integreren in de arbeidsmarkt, zonder resultaat.*

(...)

*Op basis van anamnese en klinisch onderzoek is het duidelijk dat betrokkene op basis van de opleiding, op basis van zijn werkervaring en op basis van zijn aandoening nooit geschikt is geweest voor de arbeidsmarkt.”<sup>3</sup>*

Dit verslag staat niet alleen. Immers blijkt ook nog uit de beschikbare stukken dat de opleiding elektriciteit van de ... vroegtijdig werd afgebroken en dat zijn werkervaring beperkt was tot:

- stages op school, waarvoor hij meestal thuis bleef
- stages (verkoop) vanuit GTB van 2 x 4 uur per week (di en do van 14-18u), die als te zwaar werden ervaren<sup>4</sup>
- vervanging (1 week) in de horeca, die tevens als te zwaar werd ervaren.<sup>5</sup>

Tevens mislukten pogingen om hem te integreren in het arbeidscircuit omwille van zijn medische aandoening.<sup>6</sup>

Het geheel van deze elementen, waaronder de aard en de zeer beperkte omvang van de werkervaring van de ... laten dan ook niet toe te besluiten dat deze laatste, bij zijn intrede op de arbeidsmarkt en ook daarna, een verdienvermogen van meer dan 1/3 had.

2. Zie administratief dossier en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

3. Deskundigenverslag dr. Vandervelden.

4. Stukken 3 en 5 en 6 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

5. Stukken 4 en 7 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

6. Stukken 3, 5 en 6 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

Het feit dat dr. ... adviserend geneesheer van ... op 31 januari 2018 oordeelde *'dat er sprake was van een voorafbestaande toestand met voldoende stabilisatie voor de reguliere arbeidsmarkt, vb. verkoop zoals hij deed via stage'* wijzigt dat niet, daar dat oordeel tegengesproken werd door de hierboven weergegeven bevindingen van 20 oktober 2018 van geneesheer-deskundige dr. Vandervelden. Daarenboven sloot dr. ... zich nadien ook aan bij de bevindingen en het advies van geneesheer-deskundige Vandervelden dat de heer ... geen verdienvermogen had en niet arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.<sup>8</sup>

Ook het feit dat de heer ... na het verlaten van de school terecht kwam op de werkloosheid, wijzigt dat niet en volstaat geenszins om verworven rechten te kunnen putten in het kader van de ZIV-reglementering.

Daar ook geen bewijs voorligt dat de medische situatie van de heer ... inmiddels zou verbeterd zijn, besluit het arbeidshof dat de ... geen verdienvermogen van meer dan 1/3 had en dus op 6 juli 2020 niet voldeed aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet om als arbeidsongeschikt te worden erkend.

Hij kan zich desgevallend wel wenden tot de FOD Sociale Zekerheid Directie-Generaal Personen met een Handicap met het oog op een eventuele erkenning van een handicap.

#### 4.2.3. SCHENDING VAN DE BEGINSLEN VAN BEHOORLIJK BESTUUR?

De heer ... stelt dat RIZIV door de bestreden beslissing te nemen de beginselen van behoorlijk bestuur heeft geschonden, en meer bepaald het zorgvuldigheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het rechtzekerheidsbeginsel.

Welnu, aangezien de gemotiveerde beslissing van RIZIV bevestigd wordt, is het niet dienend om hier nog dieper op in te gaan, te meer RIZIV ten overvloede niet gebonden was door een beslissing die niet ten aanzien van haar werd genomen en waarbij zij ook geen partij was.

### BESLISSING

#### Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk.

Vernietigt het vonnis van 19 april 2021 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, behalve wat de ontvankelijkheid van de vordering en de beoordeling van de kosten betreft.

Opnieuw recht sprekend, bevestigt de beslissing van 26 juni 2020 van RIZIV.

7. Stuk 9 dossier.

8. Administratief dossier en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

## IV. Cour du travail de Gand, division Gand, 3 juin 2022

### Évaluation de l'incapacité de travail – Article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 – Équité – Dentiste/orthodontiste

*Lors de l'évaluation de l'incapacité de travail d'un travailleur indépendant, il convient de faire une distinction entre l'article 19 et l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.*

*Pour être reconnu en incapacité de travail conformément à l'article 20, plus strict, il faut tenir compte non seulement de la propre activité professionnelle, mais aussi de toute activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle. Ainsi, il ne faut plus se référer uniquement aux activités qui étaient exercées auparavant, mais à toutes les professions accessibles.*

*Toutefois, selon l'article 20, l'équité doit également être prise en compte. Le concept d'équité doit être évalué de façon concrète. Les facteurs personnels spécifiques (âge, santé, profil social, intellectuel et professionnel) doivent être pris en compte, tandis que les limitations fonctionnelles ayant un impact réel sur la vie professionnelle sont également importantes.*

*En d'autres termes, il doit s'agir de professions effectivement réalisables pour l'intéressé et non pas simplement fictives.*

*Ainsi, conformément à l'article 20, proposer un changement d'orientation professionnelle n'est pas inéquitable. Le fait qu'il en résulterait un désavantage financier pour l'intéressé ne relève pas de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants, car elle ne peut être assimilée à une assurance de revenus.*

*L'assuré ne peut être considéré comme étant en incapacité de travail au sens de l'article 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 s'il peut encore se charger de l'administration, de l'organisation et de la gestion de son entreprise, ainsi que de certaines tâches manuelles qui doivent être considérées comme sensées d'un point de vue économique.*

N° de rôle : 2021/AG/153

... c./INAMI

...

## 4. Beoordelingen

### 1.

Appellante liep op 7 juli 2018 een zware polsbreuk op werd arbeidsongeschikt erkend. Zij hervatte deeltijds het werk vanaf 5 maart 2019.

De GRI besliste op 26 juni 2019 dat appellante vanaf 7 juli 2019 niet meer arbeidsongeschikt was zoals bedoeld in artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, aangezien werd aangenomen dat appellante niet meer ongeschikt was om het even welke beroepsbezigheid uit te oefenen die haar billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd, rekening houdende met haar stand, haar gezondheidstoestand en haar beroepsopleiding.

Appellante heeft daartegen beroep aangetekend. Door de eerste rechter werd een geneesheer-deskundige aangesteld. Uit zijn verslag kunnen volgende passages worden aangehaald:

*Betrokkene heeft een solo tandartspraktijk in ... en maakt deel uit van een groepspraktijk ... (5 tandartsen, 2 tandartsassistenten). Door de stramheid van de rechterpols is ze niet meer in staat om adequaat nog alle noodzakelijke beroepsmatige handelingen te verrichten. Kracht uitoefenen met de rechterpols is sterk beperkt. Het is aannemelijk dat activiteiten die zowel soepelheid als kracht vereisen van de dominante pols, niet uitvoerbaar zijn. Extracties, tandvullingen, prothesewerk en ontzenuwen zijn daardoor sterk bemoeilijkt tot onmogelijk. Gespecialiseerde orthodontiebehandelingen zijn evenmin nog mogelijk. Zoals voorheen werkt zij verder nog twee dagen per week in de groepspraktijk ... Haar activiteiten zijn wel beperkt tot controles, nemen van afdrukken/radiografieën, dentair toilet, reinigingen. De praktijk in ... is, door hogervermelde beperkingen, voornamelijk herleid tot opvolging en controle van patiënten. [...]*

*Mogelijk uit te voeren behandelingen: mondonderzoek (controle en preventie), reiniging (tandsteen verwijderen en polijsten), radiografieën, uitneembare prothesen. Bemoeilijkte tot onmogelijke handelingen: extracties, tandvullingen, vaste prothesen (kroon- en brugwerk), endodontie (ontzenuwen), orthodontie.*

De vraag of appellant vanaf 7 juli 2019 al dan niet verder arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, werd door de deskundige negatief beantwoord.

De eerste rechter sloot zich daarbij aan en bevestigde de bestreden beslissing van geïntimeerde.

Appellante is het daarmee niet eens, stellende dat een geneesheer-deskundige eigenlijk niet geschikt is om billijkheidsoverwegingen te beoordelen.

## 2.

Uit artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 volgt dat, na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, de uitkeringen verschuldigd zijn voor zover de zelfstandige erkend wordt arbeidsongeschikt te zijn om het even welke beroepsactiviteit uit te oefenen die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd.

Er moet niet alleen meer verwezen worden naar de activiteiten die vroeger werden uitgeoefend, maar naar alle toegankelijke beroepen.

Luidens artikel 20 van het koninklijk besluit moet echter ook rekening worden gehouden met de billijkheid, wat een beperking van de draagwijdte van de vereiste inzake ongeschiktheid tot elke beroepsactiviteit met zich mee brengt.

Terecht stelde de eerste rechter dat een louter theoretische benadering van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 20 voormeld moet vermeden worden en dat het billijkheidsbegrip *in concreto* moet geapprecieerd worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de specifieke persoonlijke factoren (leeftijd, gezondheid, sociaal, intellectueel en professioneel profiel), waarbij ook de functionele beperkingen met reële weerslag op het professionele leven van belang zullen zijn. Het moeten met andere woorden beroepen zijn die voor de betrokkene effectief haalbaar en niet louter fictief zijn (Arbh. Gent, 02.09.2005, *NjW* 2006, 712).

De ongeschiktheid om een beroepsactiviteit uit te oefenen moet daarbij niet volledig zijn. Het Hof van Cassatie besliste dat "het begrip van volledige arbeidsongeschiktheid aan 100 % een theoretisch begrip is dat slechts in extreme gevallen in de praktijk wordt gevonden" (Cass. 20.12.1993, *Pas*, 1993, I, nr. 533) en dat het bijgevolg niet geëist kan worden (Arbh. Brussel, 10.06.2016, A.R. nr. 2015/AB/1039, *juportal*).

### 3.

Appellante verliest duidelijk uit het oog dat er bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid een grondig onderscheid bestaat tussen artikel 19 (beoordeling op grond van de beroepsactiviteit die vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid werd uitgeoefend) en artikel 20 (beoordeling op grond van om het even welke beroepsactiviteit die billijkerwijze nog zou kunnen worden opgelegd).

Door de eerste rechter werd er terecht op gewezen dat de beoordeling in toepassing van artikel 20 strenger is, aangezien rekening moet gehouden worden met alle beroepsactiviteiten die billijkerwijze zouden kunnen worden opgelegd en dus niet énkél met de (eigen) beroepsactiviteit.

Het staat eigenlijk niet ter betwisting dat appellante een aantal professionele handelingen niet meer kan stellen. Daarbij gaat het onder andere om orthodontie, hoewel nergens zwart op wit kan worden vastgesteld dat appellante hiervan haar hoofdactiviteit had gemaakt; zo blijkt zij op verschillende fora te worden omschreven als tandarts met een algemene praktijk en valt nergens een verwijzing terug te vinden naar een specialiste op het vlak van orthodontie. Dat haar beroepspraktijken voor 70 % uit orthodontie zouden bestaan wordt dan ook niet bewezen, hoewel dit *in se* ook niet zeer relevant is.

Die beperkingen zijn ook gebleken uit het expertiseverslag en worden door geen der partijen tegengesproken.

Evenwel maakt appellante niet duidelijk noch aannemelijk waarom een geneesheer-deskundige niet goed geplaatst zou zijn om advies te verlenen omtrent de beroepsactiviteiten die billijkerwijze zouden kunnen worden opgelegd.

Het komt de deskundige integendeel toe wel degelijk een aantal voorstellen en suggesties te doen in dat verband, waarop het uiteraard aan de rechter zal toekomen finaal te beoordelen of deze voorstellen/suggesties in voorliggend geval in de praktijk wel haalbaar zijn en niet louter theoretisch.

Het arbeidshof is van oordeel dat de suggesties van de deskundige niet louter theoretisch zijn en dat wel degelijk rekening werd gehouden met alle factoren die in aanmerking dienen te worden genomen: graad van opleiding, leeftijd, sociaal, intellectueel en professioneel profiel, ... van appellante.

Het enige wat appellante daartegen inbrengt is dat van haar na 30 jaar niet meer kan worden verwacht dat zij een andere invulling zou gaan geven aan haar professionele activiteiten. Terwijl net dát wel het verschil uitmaakt tussen artikel 19 en artikel 20 van het koninklijk besluit.

Bij een beoordeling op grond van artikel 19 houdt de redenering van appellante steek, maar dat is niet langer het geval bij een beoordeling op grond van artikel 20 dat, zoals reeds aangehaald, veel strenger is en dient te worden bekeken in het licht van de *verschillende* beroepsmogelijkheden die zij wél nog zou kunnen uitoefenen.

Appellante spreekt ook niet tegen dat de suggesties van geïntimeerde én van de deskundige correct zijn; zij stelt enkel dat die carrièreswitch van haar niet kan worden verwacht, hetgeen onterecht is, rekening houdende met de inhoud van artikel 20 voormeld.

Het is met andere woorden niet onbillijk om van appellante te verwachten dat zij andere activiteiten zou gaan uitvoeren, binnen en/of buiten haar eigen praktijk en/of haar groepspraktijk waar ze nog steeds twee dagen per week werkzaam is (zoals blijkbaar ook al het geval was vóór haar arbeidsongeschiktheid), of nog binnen aanverwante beroepen die wel tot haar mogelijkheden behoren, rekening houdende met haar intellectuele capaciteiten en professionele skills. Ook leidinggevende en administratieve taken behoren daarbij zeer zeker tot de (resterende) mogelijkheden voor appellante.

Wat daarbij de behoeften en de noden zijn binnen de groepspraktijk, welke taakverdelingen daar werden afgesproken, welke de verdeling is van de inkomsten en van de beroepskosten, kan voor de beoordeling van de huidige zaak niet als relevant worden aanzien. Terecht merkte de eerste rechter in dit verband op dat de ziekteverzekering van de zelfstandigen niet gelijk te stellen valt met een inkomensverzekering, maar een volledig andere finaliteit heeft.

De betrokkene kan niet worden geacht arbeidsongeschikt te zijn in de zin van artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 indien ze nog steeds kan instaan voor de administratie, organisatie en leiding van haar bedrijf, evenals voor een aantal manuele taken die als economisch zinvol moeten worden beschouwd (Arbrb. Gent, 15.09.1988, *Soc. Kron.* 1991, 117).

*Na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid moet de zelfstandige werknemer worden erkend als ongeschikt voor het uitoefenen van om het even welke beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd (rekening houdende met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding). De gerechtigde oefende een zelfstandige activiteit uit als aannemer in de bouwsector. Het is zeker dat activiteiten waarbij belastend werk moet worden uitgevoerd, voortaan uitgesloten zijn voor de gerechtigde. Gezien zijn leeftijd en ervaring als aannemer zou de gerechtigde echter in de bouwsector of meer waarschijnlijk buiten deze sector een lichter uitvallende beroepsactiviteit kunnen uitoefenen (zoals werftoezicht, verkoop, verlenen van advies, ...) (Arbh. Brussel, 11.01.2013, *IB-Riziv* 2013, 78).*

De getuigschriften van de behandelende artsen zijn niet relevant genoeg en volstaan niet om de conclusies van het expertiseverslag ter discussie te stellen, onder meer omdat men zich daarin beperkt tot de (gedeeltelijke) ongeschiktheid om de activiteit als tandarts uit te oefenen. In tegenstelling tot wat in artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt opgelegd, is door de behandelende artsen niet onderzocht of andere, (eventueel lichtere) activiteiten kunnen worden uitgeoefend.

Het hoger beroep dient dan ook als ongegrond te worden afgewezen.

**OM DEZE REDENEN,  
HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING GENT, 4<sup>e</sup> Kamer,**

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging,

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

Verklaart het hoger beroep van mevrouw ... ontvankelijk maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis van 19 mei 2021 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer S5, in de zaak met A.R. nr. 19/785/A.

...

## V. Tribunal du travail francophone de Bruxelles - Jugement du 31 mars 2022

Loi coordonnée du 14 juillet 1994 - Article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>  
- Indemnité en compensation du licenciement - Indemnité pour rupture du contrat - Indemnité d'incapacité de travail

*La période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement est distincte de celle couverte par l'indemnité compensatoire de préavis. Par conséquent, ces deux périodes doivent être placées l'une après l'autre pour déterminer la date de début de l'indemnisation par l'assurance maladie-invalidité.*

R.G. 18/2558/A  
... c./INAMI

...

### II. Rappel des faits

Monsieur ... affilié auprès de l'O.A. ... a été licencié par son employeur. Étant ouvrier, il a perçu :

- une indemnité compensatoire de préavis correspondant à la période du 19 janvier 2016 au 1<sup>er</sup> août 2016
- une indemnité en compensation du licenciement (versée par l'ONEm) correspondant à la période du 19 janvier 2016 au 2 janvier 2017.

Il a été reconnu incapable de travailler du 27 octobre 2016 au 27 avril 2018 et a été indemnisé par l'O.A. du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017.

Lors d'un contrôle effectué par l'INAMI le 14 mars 2018, un problème est relevé en ce qui concerne l'indemnisation de Monsieur ... Selon l'Institut, *"la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement doit toujours être placée à la suite de la période couverte par l'indemnité pour rupture de contrat, même s'il y a chevauchement entre les périodes théoriques couvertes par les deux indemnités. En conséquence, dans le cas présent, l'indemnité pour rupture de contrat couvrant la période du 19 janvier 2016 au 1<sup>er</sup> août 2016, l'indemnité en compensation de licenciement doit être placée du 2 août 2016 au 17 juillet 2017 (350 jours calendriers) et l'intéressé ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité de travail qu'à partir du 18 juillet 2017".*

Par son rapport établi le 9 avril 2018, l'INAMI estime donc que l'organisme assureur a versé indument à Monsieur ... la somme de 10.311,92 EUR, durant la période du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017, et qu'il convient de la récupérer.

### III. Les demandes des parties

L'O.A. demande au tribunal de mettre à néant le rapport établi par l'INAMI le 9 avril 2018 et de dire pour droit que les indemnités versées à Monsieur ... pour la période du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017 ne doivent pas être récupérées.

Selon l'organisme assureur, la période couverte par l'indemnité de rupture et celle couverte par l'indemnité en compensation du licenciement se chevauchent, comme le mentionnent les bons de cotisations émis par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Il était donc justifié d'indemniser Monsieur ... à partir du 3 janvier 2017.

L'INAMI demande pour sa part la confirmation de son rapport du 9 avril 2018 et le rejet de la demande de l'O.A.

Il estime que la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement est distincte de celle couverte par l'indemnité compensatoire de préavis ; par conséquent, ces deux périodes doivent être placées l'une après l'autre pour déterminer la date de début de l'indemnisation par l'assurance maladie-invalidité. Il en résulte que Monsieur ... ne pouvait être indemnisé qu'à partir du 18 juillet 2017.

### IV. Le jugement interlocutoire du 22 avril 2020

Dans son jugement interlocutoire du 22 avril 2020, le tribunal s'est interrogé quant à l'existence d'une éventuelle discrimination :

*"En effet, l'indemnité en compensation du licenciement est une mesure destinée à lutter contre la discrimination dont sont victimes les ouvriers ayant acquis une ancienneté avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 : leur préavis est moins élevé que celui des employés dans le même cas.*

*Il convient dès lors de comparer leur situation à celle des employés, ce qui peut se faire de deux manières :*

- *les employés ne perçoivent (bien évidemment) pas d'indemnité en compensation du licenciement, mais uniquement une indemnité compensatoire de préavis : il convient donc de faire chevaucher les périodes couvertes par ces deux indemnités dans le cas des ouvriers pour obtenir un résultat compatible avec l'interdiction imposée par la loi (thèse de l'O.A.)*
- *les employés perçoivent une indemnité compensatoire de préavis calculée sur une période plus longue : il convient donc d'additionner les périodes couvertes par les deux indemnités pour arriver au même résultat dans le cas des ouvriers (thèse de l'INAMI).*

*L'une de ces deux thèses crée une discrimination entre les ouvriers et les employés et l'autre pas. Il convient dès lors d'interroger la Cour constitutionnelle, afin de les faire examiner par elle et de lui faire préciser leur conformité à la Constitution".*

Conformément à l'article 26 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le tribunal a posé la question préjudicielle suivante :

*“L'article 103, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (tel que modifié par la loi du 26.12.2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés) viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution :*

- *dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et celle couverte par l'indemnité compensatoire de préavis peuvent se chevaucher ?*
- *dans l'interprétation selon laquelle ces périodes ne peuvent se chevaucher, mais doivent être additionnées ?”.*

## V. L'arrêt n° 162/2021 du 18 novembre 2021 de la Cour constitutionnelle

Dans son arrêt du 18 novembre 2021, la Cour constitutionnelle a dit pour droit que :

*“l'indemnité en compensation du licenciement se rattache nécessairement à une période différente de la période couverte par l'indemnité de congé. En effet, l'indemnité en compensation du licenciement compense, à l'égard du travailleur concerné, un délai de préavis ou une indemnité de congé insuffisants du fait de l'application de l'ancienne législation. Elle correspond donc nécessairement à une période distincte de la période couverte par le délai de préavis ou par l'indemnité de congé correspondante. Les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre sans pouvoir coïncider pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité. En conclure autrement reviendrait à amoindrir considérablement l'effet utile de l'interdiction, par la disposition en cause, du cumul de l'indemnité en compensation du licenciement avec les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité et irait à l'encontre de l'intention du législateur.*

*L'interprétation selon laquelle les périodes couvertes par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement peuvent coïncider est manifestement erronée.*

*Dans cette interprétation, la question préjudicielle n'appelle pas de réponse.*

*Dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et la période couverte par l'indemnité de congé doivent se suivre sans pouvoir coïncider, la disposition en cause ne fait pas naître la différence de traitement mentionnée en B.4 entre les employés et les ouvriers concernés.*

*Dans cette interprétation, la question préjudicielle appelle une réponse négative”.*

## VI. La discussion

Selon l'arrêt précité, *“Les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre sans pouvoir coïncider pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité”.*

Il en résulte que Monsieur ... ne pouvait être indemnisé qu'à partir du 18 juillet 2017.

Partant, les indemnités versées du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017 doivent être récupérées, comme le réclame l'INAMI dans son rapport du 9 avril 2018.

Le recours de l'O.A. est dès lors non fondé.

## VII. Décision du Tribunal

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL,**

Statuant contradictoirement,

Déclare le recours de l'O.A. recevable mais non fondé, et l'en déboute.

...

## VI. Tribunal du travail francophone de Bruxelles - Jugement du 19 avril 2022

Arrêté royal du 20 juillet 1971 - Article 28*bis* - Suspension du régime de cumul - Non application

*La règle de cumul prévue à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne doit pas s'appliquer au travailleur indépendant qui se trouverait en incapacité avec une activité partielle autorisée mais qui serait hospitalisé pour au moins 2 jours pendant cette période de six mois.*

*Il s'en suit que pendant les périodes d'hospitalisation, il y a lieu de considérer que l'activité n'a pas pu effectivement être exécutée et doit donc être suspendue en raison de l'aggravation de l'état de santé du travailleur indépendant. Durant cette période de suspension de la période de six mois, le travailleur indépendant conserve, à la suite de son ou ses hospitalisations son indemnité complète.*

R.G. 20/3424/A  
... c./INAMI

...

### III. Les faits et rétroactes

4.

Dans le cadre d'une inspection thématique sur la réglementation des travailleurs indépendants, plusieurs visites de contrôle ont été effectuées par le SCA, Service du Contrôle Administratif de l'INAMI, les 4 août 2020 (1) et 7 août 2020 (3).

Ces visites de contrôle ont donné lieu aux rapports suivants :

- rapport du 4 août 2020 référencé 003120CE00095700 relatif à la visite de contrôle effectuée le 8 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00101100 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00098100 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00100400 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020.

Il est constaté que pour ces quatre assurés sociaux ayant le statut social de travailleur indépendant, l'O.A. a réduit de 10 % les indemnités qui leur avaient été versées.

Dans ces 4 dossiers, le Service du contrôle administratif de l'INAMI indique que les indemnités doivent être versées *intégralement* si le travailleur indépendant incapable de travailler, qui a repris le travail à temps partiel, est hospitalisé pendant au moins 2 jours.

À cet effet, le Service du contrôle administratif de l'INAMI se réfère à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (suspension de régime de cumul).

5.

L'O.A. a contesté les rapports précités par email du 27 août 2020 en soulignant que le Service du contrôle administratif interprète erronément l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et méconnaît la circulaire O.A. n° 2015/188 du 29 juin 2015, 481/83 et 484/6.

Le 31 août 2020, l'INAMI a cependant confirmé sa position en renvoyant au courrier du 28 juillet 2020 envoyé préalablement dans le cadre de trois autres dossiers dont la contestation est pendante devant le Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles (R.G. 2020/1016/A).

Dans ce courrier du 28 juillet 2020 l'INAMI expose que :

*“Na overleg met de Dienst Uitkeringen van het RIZIV handhaven wij onze beslissing met betrekking tot de schorsing van de cumulatieregeling, voorzien in het artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 in geval van een periode van hospitalisatie van minstens twee dagen. Wij beroepen ons hierbij op het artikel 21 van dit koninklijk besluit.*

*Aangezien de arbeidsongeschiktheid, luidens dit artikel, geacht wordt te bestaan wanneer de gerechtigde opgenomen is in een door de Minister van Volksgezondheid erkende verplegingsinrichting of in een militair ziekenhuis, stelt een dergelijke periode van hospitalisatie een situatie in waarin de gerechtigde geacht wordt de beroepsactiviteit, waarvoor op grond van het artikel 23 dan wel het artikel 23bis van dit koninklijk besluit een toelating werd verkregen, tijdelijk niet meer uit te kunnen oefenen.*

*Tenzij aangetoond kan worden dat er de facto wel prestaties geleverd worden, stelt de hospitalisatie dus een tijdelijke stopzetting in van de toegelaten activiteit wegens een verergering van de gezondheidstoestand, naar analogie met het principe dat beschreven wordt in de omzendbrief V.I. nr. 2015/188 dd. 29 juni 2015.*

*Gezien het feit dat de ziekenfondsen reeds beschikken over de informatie aangaande de periodes van hospitalisatie van hun leden, zijn zij er, uitgaande van het “only once” principe dat werd ingesteld door de wet van 5 mei 2014, toe gehouden om van deze informatie gebruik te maken, hetgeen hun leden ontslaat van de meldingsplicht die geldt in andere situaties van tijdelijke stopzetting van de toegelaten activiteit.”*

Traduction libre :

*“Après consultation du département des prestations de l'INAMI, nous maintenons notre décision en ce qui concerne la suspension du régime de cumul, prévu à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, en cas d'une période d'hospitalisation d'au moins deux jours. Nous nous référons ici à l'article 21 de cet arrêté royal.*

*En effet, selon cet article, l'incapacité de travail est considérée comme existante lorsque le bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement de soins infirmiers agréé par le ministre de la santé publique ou dans un hôpital militaire reconnu par le ministre de la santé publique, une telle période d'hospitalisation constitue une situation dans laquelle l'assuré social est temporairement empêché d'exercer l'activité professionnelle pour laquelle l'autorisation a été obtenue sur la base de l'article 23 ou de l'article 23bis du présent arrêté royal.*

*Sauf s'il peut être démontré que des prestations ont été fournies de facto, l'hospitalisation implique donc une cessation temporaire de l'activité autorisée en raison d'une aggravation de l'état de santé, par analogie avec le principe décrit dans la lettre circulaire V.I. n° 2015/188 du 29 juin 2015.*

*Étant donné que les organismes assureurs disposent déjà des informations concernant les périodes d'hospitalisation de leurs affiliés, ils sont tenus, sur la base du principe "only once" établi par la loi du 5 mai 2014, d'utiliser ces informations, ce qui libère leurs membres de l'obligation de déclaration qui s'applique dans d'autres situations de cessation temporaire de l'activité autorisée."*

6.

Par requête introductive d'instance du 20 septembre 2020, l'O.A. postule l'annulation des 4 rapports de contrôle thématique.

## IV. La position des parties

7.

L'O.A. s'oppose à la thèse de l'INAMI notifiée dans son courrier du 28 juillet 2020 indiquant que la règle de cumul prévue à l'article 28*bis* de l'A.R. du 20 juillet 1971 ne devrait pas s'appliquer au travailleur indépendant qui se trouverait en incapacité avec une activité partielle autorisée mais qui serait hospitalisé pour au moins 2 jours pendant cette période.

L'O.A. estime qu'il n'existe aucune base légale qui justifierait que des indemnités complètes devraient être payées au travailleur indépendant qui se trouve en incapacité de travail, avec reprise de travail partielle et qui serait hospitalisé pendant au moins deux jours pendant cette période.

Contrairement à l'affirmation de l'INAMI, l'O.A. plaide qu'on ne retrouve pas cette interprétation dans la Circulaire O.A. 2015/188 du 29 juin 2015, 481/83 et 484/6. Elle estime donc que le Service du contrôle administratif se réfère à tort à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

L'O.A. souligne que tout dépend de la nature du travail effectué et de l'affection médicale, mais qu'il serait ingérable de vérifier ces paramètres pour déterminer si la règle de cumul doit, ou non, être suspendue.

L'O.A. relève qu'il n'existe pas de base légale mentionnant explicitement que la règle de cumul ne doit pas être appliquée pendant une période d'hospitalisation d'au moins 2 jours.

L'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 stipule que "*l'état d'incapacité de travail est censé exister lorsque le titulaire est hospitalisé (...)*", mais il s'agit en l'espèce de personnes qui sont effectivement en incapacité avec activité autorisée.

L'article 21 qui stipule qu'il y a une présomption d'incapacité en cas d'hospitalisation est cependant uniquement applicable que dans le cas d'une première déclaration d'incapacité et ne peut être invoqué, dans le cas d'espèce, puisque l'assuré est déjà reconnu.

Il est tout à fait possible que les personnes concernées continuent à travailler pendant les jours d'hospitalisation (ou avant et après). Ces personnes n'ont pas non plus rempli de formulaire pour indiquer l'aggravation de leur état de santé et pour préciser qu'ils ont temporairement cessé leur activité à temps partiel.

L'O.A. est donc d'avis qu'il n'existe pas de disposition légale prévoyant que les prestations doivent être versées intégralement pendant l'hospitalisation d'un travailleur indépendant malade qui reprend son travail à temps partiel et s'oppose donc aux rapports qui lui ont été notifiés en date du 7 août 2020 (rapports ...) et du 4 août 2020 (...).

8.

L'INAMI rappelle qu'en vertu de l'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la situation spécifique d'une admission dans un établissement de soins infirmiers pour deux jours ou plus, justifie la présomption légale d'incapacité de travail. En effet, l'hospitalisation implique une aggravation de l'état de santé de l'assuré social invalide puisqu'un traitement dans un établissement spécialisé est nécessaire. L'assuré social n'est donc pas en mesure de travailler lorsqu'il est admis à l'hôpital, étant donné la nécessité d'un traitement médical durant la durée requise.

L'argumentation invoquée par l'O.A. impliquant qu'en cas d'hospitalisation de l'assuré social, la réduction de 10 % doit continuer à être appliquée est ainsi totalement infondée et va non seulement à l'encontre de la réglementation mais aussi du bon sens.

## V. La décision du tribunal

### V.1. Quant à la recevabilité

9.

Par requête déposée le 20 septembre 2020, l'O.A. entendait contester 4 rapports de contrôle thématiques de l'INAMI notifiés aux dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

L'article 164, 8<sup>e</sup> alinéa de la loi du 14 juillet 1994 stipule que : *"S'il est constaté par le Service du contrôle administratif soit qu'un paiement indu a été effectué, soit qu'une prestation doit être payée ou complétée, l'organisme assureur peut, dans les deux mois qui suivent la notification prévue à l'article 162, porter le litige éventuel devant le tribunal du travail"*.

L'O.A. disposait donc jusqu'au 4 octobre 2020 pour introduire un recours contre les notifications/rapports de contrôle précités.

La requête du 25 septembre 2020 est dès lors recevable.

### V.2. Quant au fond

#### En droit,

10.

L'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants stipule que :

*"L'état d'incapacité de travail est censé exister lorsque le titulaire est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre de la Santé publique ou dans un hôpital militaire"*.

Le traitement de la situation des travailleurs salariés hospitalisés est similaire à celle des travailleurs indépendants. En effet, l'article 100, alinéa 7 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée stipule que *"lorsque le travailleur est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou dans un hôpital militaire, il est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis"*.

L'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précise :

*“L'état d'incapacité de travail est considéré comme s'étant maintenu pendant la période au cours de laquelle le titulaire a repris, après l'autorisation préalable du médecin-conseil, une activité professionnelle en vue de sa réinsertion complète.*

*Pour obtenir cette autorisation, le titulaire qui a été reconnu en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, doit, préalablement à la reprise du travail, introduire une demande auprès du médecin-conseil de son organisme assureur.*

*L'autorisation est uniquement accordée si la reprise de l'activité professionnelle visée à l'alinéa précédent est compatible avec son état de santé général.*

*(...)*

*La décision prise par le médecin-conseil en vertu du présent article qui détermine la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité est notifiée par écrit au titulaire et consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur. Ledit organisme transmet les données relatives à cette autorisation à l'Institut national par voie électronique”.*

L'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit :

*“§ 1<sup>er</sup>. Les prestations sont réduites de 10 % à partir du moment où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil visée à l'article 23 atteint une durée de six mois.*

*(...)*

*Pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, on entend par activité professionnelle toute activité qui peut, en fonction du cas, générer un revenu visé à l'article 23, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> ou 4<sup>o</sup>, du Code des impôts sur les revenus 1992, et toute activité similaire exercée à l'étranger ou pour une organisation internationale ou supranationale. Dans ce cadre, il est également tenu compte de toute indemnité, allocation ou rente accordée en remplacement de ce revenu.*

*Pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, on entend par “montant des revenus professionnels” le montant net imposable découlant de l'activité professionnelle autorisée et qui a été pris en compte par l'Administration des contributions directes pour l'imposition de l'année concernée.*

*(...)”.*

La circulaire O.A. n° 2015/188 du 29 juin 2015 du Service des indemnités indique en page 4 :

*“(…) En cas d'aggravation de l'état de santé du titulaire travailleur indépendant pendant une période couverte par une autorisation “article 23”, l'obligant à cesser l'exercice de l'activité, cette période d'aggravation de l'état de santé interrompt le cours de la période couverte par cette autorisation du médecin-conseil. La période de reprise du travail initialement approuvée par le médecin-conseil peut être prolongée de la durée de l'interruption d'activité due à l'aggravation de l'état de santé.*

*L'autorisation peut être prolongée à raison du nombre de jours calendrier égal au nombre de jours calendrier que compte la période d'interruption de l'activité (...).”.*

### **En l'espèce,**

11.

En application de l'article 28bis, § 1 et 6 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les indemnités d'incapacité de travail doivent être réduites de 10 % à compter du moment où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil atteint une durée de six mois.

Cette période de six mois d'activité autorisée est toutefois suspendue durant toute période d'hospitalisation de plus de deux jours.

En effet, en vertu de l'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la situation spécifique d'une admission dans un établissement de soins infirmiers pour deux jours ou plus, justifie l'application de la présomption légale d'incapacité de travail. En effet, l'hospitalisation implique une aggravation de l'état de santé de l'assuré social invalide puisqu'un traitement dans un établissement spécialisé est nécessaire. L'assuré social n'est donc pas en mesure de travailler lorsqu'il est admis à l'hôpital, étant donné la nécessité d'un traitement médical durant la durée requise de son hospitalisation.

La règle de cumul prévue à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne doit donc pas s'appliquer au travailleur indépendant qui se trouverait en incapacité avec une activité partielle autorisée mais qui serait hospitalisée pour au moins 2 jours pendant cette période de six mois.

Il s'en suit que pendant les périodes d'hospitalisation, il y a lieu de considérer que l'activité autorisée n'a pas pu effectivement être exécutée et doit donc être suspendue en raison de l'aggravation de l'état de santé du travailleur indépendant.

Durant cette période de suspension de la période de six mois, le travailleur indépendant conserve, à la suite de son ou ses hospitalisation(s), son indemnité complète.

C'est donc à tort que l'O.A. a procédé à une réduction de 10 % des indemnités dès l'instant où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil atteint arithmétiquement, une durée de six mois.

12.

En conséquence, il y a lieu de confirmer les conclusions de l'INAMI retenues dans ses 4 rapports de contrôle thématiques notifiés par l'INAMI à l'O.A. et portant les dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

Le Tribunal condamne l'O.A. à régulariser le montant des indemnités (erronément réduites de 10 %) de Messieurs ...

Le recours de ... est donc non fondé.

...

## VIII. Le dispositif

### **POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL,**

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare le recours de l'O.A. recevable mais non fondé.

En conséquence,

Confirme la position de l'INAMI défendue dans son courrier du 28 juillet 2020 ainsi que les conclusions de l'INAMI retenues dans ses 4 rapports de contrôle thématiques notifiés à l'O.A. et portant les dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

Condamne l'O.A. à régulariser le montant des indemnités de Messieurs ...

...



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



## I. Étude belge de l'impact de la première vague de la pandémie de COVID-19 sur soins réguliers et la santé

Estimation de l'ampleur et effets des soins reportés en 2020 et l'incidence de ces reports en 2021 – Rapports Sciensano, KCE, Registre du cancer, unité Audit Hôpitaux (INAMI), SPF Santé publique et AFMPS – Estimation des arriérés de soins – Mise à jour la plus récente – Vue limitée – 10 prestations non aiguës les plus fréquentes pour un certain nombre de disciplines – Estimation d'un arriéré de soins cumulatif – Indication des mouvements de rattrapage par discipline – Approche scientifique complexe au-delà du rapport d'audit – Retard en matière de soins dans les domaines de la chirurgie cardiaque, abdominale et transplantation – Retards en pneumologie et gériatrie – Retards dans les examens en matière d'endoscopie avec biopsie

Question n° 366 posée le 26 janvier 2021 à Monsieur le Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante GIJBELS<sup>1</sup>

Les Pays-Bas ont réalisé une étude sur l'incidence de la première vague de la pandémie de COVID-19 sur les soins réguliers et sur la santé.

L'ampleur du problème a été cartographiée et une première estimation des effets sur la santé a été réalisée.



(<https://www.rivm.nl/publicaties/impact-van-eerste-covid-19-golf-op-reguliere-zorg-en-gezondheid-inventarisatie-van>).

1. Une étude analogue est-elle également effectuée en Belgique et est-elle menée avec la pleine coopération de toutes les instances publiques (Sciensano et autres) ? Dans l'affirmative, pouvez-vous le confirmer ? Quel pourcentage des soins médicaux spécialisés représentent les traitements analysés et quels sont les secteurs étudiés ? Quel est l'impact estimé de l'ampleur et des effets des soins reportés en 2020 et l'incidence de ces reports en 2021 ?

2. Dans les domaines suivants, a-t-on déjà une idée :

- du nombre de traitements reportés et annulés et de la subdivision en fonction de la nature du traitement (oncologie, cardiologie, orthopédie, neurologie, etc.)
- du nombre de traitements reportés/annulés déjà rattrapés et de la subdivision en fonction de la nature du traitement
- du nombre d'“années de vie en bonne santé (définitivement) perdues” et du nombre d'“années de vie en bonne santé” qui peuvent encore être rattrapées
- des causes majeures des années de vie en bonne santé perdues ; des traitements reportés/annulés dans les spécialités respectives qui ont entraîné les plus grandes pertes d'années de vie en bonne santé
- des spécialités les plus impactées
- des secteurs les plus affectés (soins paramédicaux, traitements journaliers et traitements de groupes, etc.)
- du nombre de traitements qui auraient dû être effectués en 2020 en l'absence de la pandémie de COVID-19, ainsi que du nombre total des traitements finalement effectués en 2020 ?

Dans l'affirmative, pouvez-vous communiquer ces données ?

3. Serait-il possible d'obtenir une estimation du nombre total de traitements attendus en 2021 ?
4. Quelles seront les initiatives prises pour faciliter le plus possible au cours des prochaines années les traitements supplémentaires afin de circonscrire au maximum le nombre d'années de vie en bonne santé (définitivement) perdues ? Quels seront à cet égard les traitements prioritaires ?

## Réponse :

1. À côté, entre autres, des rapports de Sciensano, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et du Registre du cancer, l'unité Audit Hôpitaux affiliée à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), au SPF Santé publique et à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (afmps) assure également le suivi de la gestion de la capacité et fournit une estimation de certains arriérés de soins. Ceci s'effectue sur ordre du comité *Hospital and Transport Surge Capacity*. Des numéros de nomenclature importants dans les domaines de la chirurgie, de la médecine interne et de la psychiatrie ont été examinés. Pour la chirurgie, par exemple cela concerne environ 20 % des numéros de nomenclature qui représentent 50 % du budget. L'impact varie par discipline et par numéro de nomenclature. Vous pouvez trouver cela en détail dans le rapport publié sur : *COVID-19 : estimation des soins non effectués dans les hôpitaux pendant les 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> vagues* (INAMI) ou sur *COVID-19 : estimation des soins non effectués* (SPF Santé publique). Depuis lors, la mise à jour la plus récente, jusqu'en août 2021, est disponible. Il s'agit d'une “photo” qui évolue chaque mois. La “photo” change selon qu'elle est prise juste avant, pendant ou juste après une vague de COVID-19.

2. a) Il existe une vue limitée qui se concentre sur les dix prestations non aiguës les plus fréquentes pour un certain nombre de disciplines. Cela donne une idée de la diminution (et très exceptionnellement de l'augmentation) du nombre de prestations effectuées par rapport à avant la crise du coronavirus. Sur cette base, un arriéré de soins cumulatif a été estimé. Des prestations oncologiques, cardiologiques, orthopédiques et neurologiques ont été incluses dans le rapport susmentionné.

b) Les analyses du rapport susmentionné montrent le retard cumulé en matière de soins. Les mouvements de rattrapage entre les vagues par discipline et par prestation y sont indiqués.

c) Ceci nécessite une approche scientifique complexe qui doit être répétée pour chaque pathologie. Cela dépasse le cadre du rapport d'audit. Le rapport d'audit fait référence à certaines publications internationales qui incluent également la Belgique, par exemple pour la chirurgie de transplantation.

d) Le rapport souligne principalement d'importants retards en matière de soins (du point de vue de la santé publique) dans les domaines de la chirurgie cardiaque, de la chirurgie abdominale et de la chirurgie de transplantation. Pour les disciplines internes qui ont été examinées, les principaux points d'attention sont les retards croissants en pneumologie et en gériatrie. Pour les examens, les retards importants en matière d'endoscopie avec biopsie sont un point d'attention, car ils peuvent entraîner des retards notamment dans le diagnostic du cancer. Enfin, en ce qui concerne les services psychiatriques, nous constatons, entre autres, que les consultations au chevet des patients dans les hôpitaux généraux et universitaires ont fortement diminué et ne semblent pas se redresser.

e) L'unité Audit Hôpitaux, conformément à ses missions, a uniquement examiné les soins (médicaux) dans les hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques.

f) Les estimations présentées dans le rapport sont basées sur le principe de ce qu'aurait été la situation si les tendances des années précédentes s'étaient poursuivies.

3. Les données relatives aux retards accumulés en matière de soins par prestation examinée figurent dans le rapport, de même que le temps estimé nécessaire pour rattraper le retard sur la base de trois scénarios d'augmentation de la capacité et de l'efficacité.

4. La résorption des retards accumulés en matière de soins est avant tout une question de priorisation médicale dans l'affectation des ressources disponibles : il s'agit de l'utilisation des différentes spécialités, de l'attribution des créneaux horaires dans les blocs opératoires, de la planification des interventions électives, de la programmation des examens de contrôle, etc. Il n'est pas évident, et peut-être même pas souhaitable, que les autorités interviennent dans ce processus, mais elles doivent évidemment suivre l'évolution sur le terrain.

# 4<sup>e</sup> Partie

## Directives de l'INAMI



# I. Droit aux soins de santé pour les personnes déplacées en provenance d'Ukraine

En vigueur à partir du 3 juin 2022.

## Introduction

En réponse à l'afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, le Conseil de l'Union européenne a instauré une protection temporaire pour certaines catégories de personnes déplacées depuis le 24 février 2022 à la suite de l'invasion militaire par les forces armées russes qui a commencé à cette date<sup>1</sup>.

Cette protection temporaire est en principe accordée auxdites personnes pour une durée d'un an à compter de la date d'entrée en vigueur de la protection temporaire et est automatiquement prolongée de six mois pour une durée maximale d'un an si le Conseil ne met pas fin plus tôt à la protection temporaire.

Conformément à l'article 57/30 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, l'étranger bénéficiant de la protection temporaire est autorisé à séjourner durant un an. Cette autorisation est renouvelée, pour des périodes de six mois, tant que la protection temporaire n'a pas pris fin. L'étranger bénéficiant d'une protection temporaire et autorisé à séjourner est inscrit au registre des étrangers et se voit délivrer un titre de séjour (titre de séjour délivré aux ressortissants de pays tiers admis ou autorisés à séjourner plus de trois mois de manière limitée ("A. Séjour limité")). Dans la mesure où cela est nécessaire, une annexe 15 peut être délivrée à l'étranger en attendant la délivrance de la carte A, conformément à l'article 119 de l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Les personnes concernées doivent se présenter à l'Office des Étrangers dès leur arrivée en Belgique. Elles recevront alors une attestation de protection temporaire (annexe 1)<sup>2</sup> ou, si l'attestation de protection temporaire ne peut être délivrée immédiatement, une preuve d'enregistrement (annexe 2)<sup>3</sup>.

## Inscription auprès d'une mutualité

Conformément à l'article 128*quinquies*, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les étrangers qui sont, de plein droit, admis ou autorisés à séjourner plus de trois mois dans le Royaume, peuvent être inscrits en qualité de titulaire résident.

Les personnes bénéficiant de la protection temporaire peuvent prouver la qualité de résident au moyen d'une attestation de protection temporaire, ou d'une preuve d'enregistrement. Une attestation papier de protection temporaire ne doit pas nécessairement être remise. La preuve du statut de protection temporaire peut également être apportée par consultation électronique du service web ForeignerSituation de la BCSS (consultSpecialInfo (= IT202)).

1. Décision d'exécution (UE) 2022/382 du Conseil du 04.03.2022 constatant l'existence d'un afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, au sens de l'art. 5 de la directive 2001/55/CE, et ayant pour effet d'introduire une protection temporaire.

2. Non publiée.

3. Non publiée.

La preuve d'enregistrement n'a été délivrée que pendant la période où les personnes concernées devaient se rendre au centre d'enregistrement Bordet car toutes les demandes de protection temporaire ne pouvaient pas être examinées immédiatement. Depuis le déménagement du centre d'enregistrement au Heysel, cela se fait sur rendez-vous et les preuves d'enregistrement ne sont plus délivrées. Dans un nombre limité de cas, il est possible qu'après une enquête plus approfondie de l'Office des étrangers, il apparaisse qu'une personne qui a reçu une preuve d'enregistrement n'est pas éligible à la protection temporaire. Pour les personnes inscrites en qualité de résident sur la base de la preuve d'enregistrement, les organismes assureurs doivent ensuite vérifier si la personne concernée est bien inscrite au registre des étrangers. Cette vérification doit intervenir au plus tard à la fin du deuxième trimestre suivant le trimestre d'inscription. S'il apparaît que l'intéressé n'est pas inscrit au registre des étrangers, l'organisme assureur contacte l'intéressé afin de le mettre en ordre d'assurabilité.

L'inscription en qualité de résident prend effet le premier jour du trimestre au cours duquel l'attestation de protection temporaire ou l'attestation d'enregistrement est délivrée.

Si les personnes bénéficiant d'une protection temporaire remplissent les conditions pour être inscrites en qualité de personne à charge d'une autre personne bénéficiant d'une protection temporaire, elles peuvent également être inscrites en qualité de personne à charge de cette personne. À titre d'exemple, une mère et ses enfants bénéficient d'une protection temporaire : la mère peut être inscrite en qualité de résident et les enfants peuvent être inscrits en qualité de personne à charge de la mère.

L'inscription en qualité d'enfant à charge prend effet le même jour que l'inscription en qualité de résident.



Exemple : Une mère et un enfant bénéficient de la protection temporaire le 3 mai 2022. Si la mère s'inscrit comme titulaire résidente, cette inscription prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2022. L'inscription de l'enfant comme personne à charge prend également effet le 1<sup>er</sup> avril 2022.

L'inscription comme personne à charge en qualité de conjoint, de cohabitant ou d'ascendant exige que la personne à charge ait la même résidence principale que le titulaire. Cette inscription ne peut prendre effet qu'une fois cette condition remplie.

Les personnes bénéficiant d'une protection temporaire peuvent également être inscrites comme personne à charge d'une personne qui ne bénéficie pas d'une protection temporaire si les conditions réglementaires sont remplies à cet effet. Dans ce cas, les règles normales s'appliquent également pour le droit à l'intervention majorée (voir ci-dessous).

## Droit à l'intervention majorée de l'assurance

On peut présumer que les personnes bénéficiant de la protection temporaire n'ont actuellement aucun revenu. Les personnes concernées peuvent bénéficier de l'intervention majorée sans avoir à procéder à une enquête sur les revenus si elles sont inscrites comme titulaire ou comme personne à charge d'une autre personne qui bénéficie de la protection temporaire. Dans ce cas, ils ne doivent donc pas signer de déclaration sur l'honneur relative à leurs revenus. Le droit à l'intervention majorée est ouvert le jour même où l'inscription en qualité de titulaire ou personne à charge prend effet. Pour la prolongation de ce droit à l'intervention majorée, les règles normales de maintien de droit octroyé après enquête sur les revenus s'appliquent. La protection temporaire est considérée comme un indicateur de revenus modestes stables. La mutualité qui gère le dossier vérifie au plus tard le 31 août de l'année suivant celle de l'ouverture du droit, s'il existe encore un indicateur au 30 juin de l'année suivant celle de l'ouverture du droit. Si une telle situation n'existe plus et que le ménage ne peut pas bénéficier du droit automatique à l'intervention majorée, le droit sera retiré au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

Le droit est néanmoins maintenu si le ménage signe une déclaration sur l'honneur avant cette date, qui démontre que les revenus au moment de cette déclaration sont inférieurs au plafond applicable à ce moment. Si le droit peut être prolongé, ils seront inclus dans le contrôle systématique pour la première fois en 2024. Les personnes qui bénéficient de la protection temporaire sont considérées comme un ménage distinct pour l'application de l'intervention majorée. Le ménage pris en considération est composée du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ni séparé de corps et de biens, ou de son cohabitant et de leurs personnes à charge.

Si une personne déplacée est inscrite à charge d'une personne ne bénéficiant pas de la protection temporaire, les règles normales s'appliquent. Si le titulaire bénéficie de l'intervention majorée sur la base d'une enquête sur les revenus de la mutualité, il y aura un changement dans la composition du ménage et le droit à l'intervention majorée prendra fin, au plus tard le dernier jour du trimestre suivant celui au cours duquel ce changement est intervenu, sauf si ce changement résulte de l'arrivée dans le ménage d'un enfant à charge de moins de 16 ans pour lequel l'inscription au Registre national est demandée pour la première fois ou qui a obtenu le statut de protection temporaire, auquel cas le droit à l'intervention majorée est également accordé à l'enfant.

Si un ménage bénéficie de l'intervention majorée sur base de la protection temporaire et que l'un de ses membres bénéficie ultérieurement d'un avantage ou se trouve dans une situation permettant d'octroyer le droit automatique à l'intervention majorée à ce même ménage, ce ménage doit continuer à bénéficier du droit si les conditions d'ouverture ou de maintien du droit automatique sont remplies. La réglementation relative aux contrôles intermédiaires ou systématiques ne s'applique alors plus.

## Maximum à facturer

Pour le maximum à facturer, le ménage est en principe composé de toutes les personnes habitant à la même adresse. La composition de ménage est déterminée sur la base des données du Registre national des personnes physiques et la situation au 1<sup>er</sup> janvier est prise en compte.

Un certain nombre de personnes qui bénéficient d'une protection temporaire peuvent également être hébergées dans des familles d'accueil et ensuite probablement inscrites à la même adresse que la famille d'accueil. Les personnes concernées sont considérées comme étant dans une situation assimilée à une situation de dépendance. Les personnes concernées forment par conséquent un ménage à part entière, le cas échéant avec leur conjoint(e) ou la personne avec laquelle elles forment un ménage de fait, ainsi qu'avec leurs personnes à charge dans l'hypothèse où ces personnes ont la même résidence principale.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2022/91<sup>4</sup> du 15 mars 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/217 – 2299/13, 3991/349 et 3998/56 du 8 juin 2022.

4. Non publiée.

## II. Vérification de la situation familiale du titulaire reconnu en incapacité de travail – Accueil des réfugiés ukrainiens

En vigueur à partir du 7 mars 2022.

Suite à la situation de crise aiguë en Ukraine, il a été décidé au niveau européen d'introduire une **protection temporaire** pour les ressortissants ukrainiens résidents en Ukraine avant le 24 février 2022 ainsi que pour les ressortissants de pays tiers ou les apatrides bénéficiant d'une protection en Ukraine avant le 24 février 2022 et les membres de leur famille (cf. décision d'exécution (UE) 2022/382 du Conseil du 04.03.2022 constatant l'existence d'un afflux massif de personnes déplacées en provenance d'Ukraine, au sens de l'art. 5 de la directive 2001/55/CE, et ayant pour effet d'introduire une protection temporaire).

Cette protection temporaire dure en principe un an et est prolongeable.

Pour bénéficier de cette protection temporaire (en Belgique), l'intéressé doit se présenter en personne au centre d'enregistrement muni de ses documents d'identité ukrainiens.

Après un enregistrement et si toutes les conditions sont remplies, l'intéressé reçoit **une attestation de protection temporaire**. Muni de cette attestation, la personne se rend à l'administration communale du lieu de sa résidence afin d'être inscrite aux registres de la population et se faire délivrer une carte A.

La circulaire du SPF Affaires inférieures du 9 mars 2022 concernant *l'inscription de la population ukrainienne sous statut de protection temporaire dans les registres de la population* décrit la procédure à suivre par les services de la population dans le cadre de l'inscription dans le Registre national des personnes physiques

(cf. )

[https://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user\\_upload/fr/pop/circulaires/20220309\\_Circulaire\\_inscription\\_population\\_ukrainienne\\_statut\\_protection\\_temporaire.pdf](https://www.ibz.rn.fgov.be/fileadmin/user_upload/fr/pop/circulaires/20220309_Circulaire_inscription_population_ukrainienne_statut_protection_temporaire.pdf).

La circulaire précitée prévoit également que dans le cadre de ces circonstances exceptionnelles, **un nouveau code logement (LOG) 06 "protection temporaire" sera créé temporairement au TI 141 au Registre national** afin de distinguer les accueillants des ressortissants ukrainiens accueillis au sein du logement et au niveau du ménage, ce qui devrait faciliter les démarches administratives tant pour les accueillants que pour les ressortissants ukrainiens accueillis. Des développements techniques sont actuellement en cours. Ce nouveau code devrait être opérationnel à partir du mardi 22 mars 2022.

Étant donné le grand besoin d'accueil de ces réfugiés qui bénéficient de cette situation temporaire, la population belge a été invitée à s'inscrire auprès de la commune si elle peut offrir un séjour (temporaire) à ces réfugiés.

Il peut arriver qu'un titulaire reconnu en incapacité de travail s'enregistre pour recevoir ces réfugiés.

En ce qui concerne la détermination du montant de l'indemnité d'incapacité de travail, la situation familiale joue un rôle pendant l'incapacité primaire pour les titulaires ayant droit à l'indemnité minimale à partir du quatrième mois d'incapacité de travail et pendant l'invalidité pour tous les titulaires.

Pour contrôler la composition du ménage du titulaire en incapacité de travail et déterminer s'il est question de cohabitation, l'organisme assureur doit tenir compte des données du Registre national (soit les informations concernant la "résidence principale").

S'il ressort selon les données du Registre national (ou dans les faits) que l'intéressé reconnu en incapacité de travail cohabite avec une ou plusieurs personnes, sur base de la jurisprudence de la Cour de cassation (en application de la réglementation chômage), des instructions ont été rédigées afin que cette cohabitation avec une/des autre(s) personne(s) n'ait toutefois pas d'impact si l'intéressé(e)

- peut prouver qu'il ou elle ne constitue effectivement pas un ménage commun avec ses cohabitants mais qu'il s'agit d'une colocation avec une indépendance économique (il/elle peut subvenir à ses propres besoins)
- peut être considéré comme isolé (même en présence d'équipements communs tels qu'une salle de bain, des toilettes ou une cuisine).

Si un ou plusieurs réfugiés bénéficiant du statut de protection temporaire sont domiciliés avec le titulaire reconnu en incapacité de travail, il ne sera toutefois pas toujours possible de prouver qu'il n'y a pas de ménage commun effectif dans cette situation de crise importante.

Compte tenu de cette situation d'urgence spécifique d'accueillir les réfugiés bénéficiant du statut de protection temporaire, **le fait que ces réfugiés soient accueillis par le titulaire reconnu en incapacité de travail sera *sans aucun impact* sur la situation familiale précise de ce titulaire telle que prévue, selon le cas, par les articles 225, 226 et 226 *bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.**

Cette neutralisation est applicable aussi longtemps que le réfugié concerné bénéficie du statut de protection temporaire.



Circulaire O.A. n° 2022/88 – 18/7 et 421/26 du 15 mars 2022.

## III. Repos de maternité et congé de maternité converti dans le régime des travailleurs salariés

L'assurance maternité des travailleurs salariés a notamment pour objet de régler les conditions dans lesquelles, en cas de grossesse et d'accouchement, le repos de maternité est accordé aux titulaires visés à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et de garantir à ces titulaires un revenu de remplacement pendant cette période de repos de maternité.

### I. Champ d'application personnel : qualité de titulaire du droit aux indemnités de maternité pour cause de repos de maternité

En application de l'article 112 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les bénéficiaires du droit à l'indemnité de maternité pour cause de repos de maternité sont les titulaires visées à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui ont droit à des indemnités d'incapacité de travail.

Sont visées en particulier :

1<sup>o</sup> les travailleuses assujetties au secteur des indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, à savoir les travailleuses qui sont liées par un contrat de travail ou qui travaillent dans des conditions similaires, y compris les travailleuses qui bénéficient d'une indemnité à la suite :

- i. de la rupture irrégulière du contrat de travail ;
- ii. de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel ;
- iii. de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ;
- iv. de la cessation du contrat de travail de commun accord ;
- v. de l'éviction du représentant de commerce visée à l'article 101 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
- vi. d'une convention conclue soit au début ou durant l'exécution du contrat de travail, soit dans un délai de douze mois après la fin du contrat de travail, sur la base de laquelle le travailleur s'engage à ne pas débaucher de personnel ou de cocontractants indépendants de l'ancien employeur, soit en son propre nom et pour son propre compte, soit au nom et pour le compte d'un ou plusieurs tiers, et/ou s'engage à ne pas exercer d'activités similaires à celles qu'il exerçait chez son ancien employeur, soit en exploitant lui-même une entreprise, soit en entrant en service auprès d'un employeur concurrent.

 **Remarque :** Les apprenties telles que déterminées en exécution de l'article 1<sup>er</sup>, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs sont, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 18 ans, considérées comme des travailleuses assujetties au secteur indemnités de l'assurance obligatoire maladie-invalidité (ces titulaires ne paient aucune cotisation pour le secteur des indemnités) ;

2° les travailleuses visées au 1° qui interrompent le travail, ou ne reprennent pas le travail, afin de prendre un repos au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse ;

3° les travailleuses en chômage contrôlé ;

4° les travailleuses qui, au cours d'une période d'incapacité de travail ou de protection de la maternité, telle qu'elle est définie dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994, perdent leur qualité de titulaire du droit aux indemnités visée au 1°, ci-dessus ;

5° à l'expiration de la période d'assurance continuée, visée à l'article 32, alinéa premier, 6°, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les travailleuses ayant eu la qualité de titulaire visée au 1°, 2° ou 3°, à condition qu'elles se soient trouvées dans une période de protection de la maternité au plus tard le premier jour ouvrable suivant l'expiration de la période d'assurance continuée ;

6° à la fin de la période maximale qui a donné lieu au paiement d'une allocation de transition prévue dans la législation sur les pensions, les personnes qui se trouvent dans une période de protection de la maternité, au plus tard le premier jour ouvrable après la fin de ladite période couverte par l'allocation de transition.



**Remarque :** l'indemnité de maternité est donc également accordée aux titulaires dont le repos de maternité commence au cours d'une période d'incapacité de travail (incapacité primaire ou invalidité), qu'elles soient ou non déjà liées par un contrat de travail.

## II. Conditions d'assurabilité à remplir pour l'octroi des indemnités de maternité

### 2.1. Accomplir un stage ou être dispensé de l'accomplissement d'un stage

Pour pouvoir prétendre aux indemnités de maternité, la titulaire doit accomplir un **stage de six mois** au cours duquel elle doit prouver un "volume de travail" et un montant salarial suffisants sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont retenues (voir art. 116/1 de la loi coordonnée du 14.07.1994)

En ce qui concerne ce "volume de travail", une travailleuse salariée à temps plein doit prouver, durant ce stage, 120 jours de travail ou jours assimilés à des jours de travail sur la base de l'article 203/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit prouver durant ce stage 400 heures de travail ou heures assimilées à des heures de travail. Toutefois, la période de référence est étendue à un maximum de dix-huit mois pour les travailleuses saisonnières, les travailleuses intermittentes et les travailleuses à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, ne sont pas en mesure d'accomplir leur stage dans les six mois.

Outre la condition de "volume de travail" (sur la période de référence), l'intéressée doit également justifier d'un certain montant minimum de salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été retenues (art. 286 et ss de l'A.R. du 03.07.1996). Si l'intéressée ne justifie pas du salaire (minimum) requis, elle peut "régulariser" sa situation en versant des cotisations complémentaires à sa mutualité.

Dans certaines situations, une **dispense de stage** ou un **stage réduit** s'applique :

- en ce qui concerne la **dispense de stage**, les dispositions relatives à la dispense de stage pour le droit à des indemnités d'incapacité de travail (voir l'art. 205, § 1<sup>er</sup>, § 3/1 et § 6, de l'A.R. du 03.07.1996) s'appliquent *dans les mêmes conditions* pour le droit à des indemnités de maternité. Toutefois, si un stage doit être accompli plus tôt ou si, conformément à l'article 205, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, une période donnée est assimilée à l'accomplissement du stage, un stage de six mois (au lieu de 12 mois) sera pris en compte (voir art. 205/1, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 03.07.1996).
- dans les situations suivantes, un **stage réduit** s'applique :

- article 205/1, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à un mois comprenant au moins vingt jours de travail ou assimilés pour la titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensée, se trouve à nouveau assujettie à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, pour autant que l'interruption qui ne peut être fractionnée :
  - ait pour but, suivant une déclaration écrite du titulaire, de lui permettre de se consacrer à l'éducation d'un enfant vivant sous son toit, personne à charge soit du titulaire lui-même, soit de la personne à charge de laquelle ce titulaire a été inscrit pendant l'interruption susvisée, en application des dispositions de l'article 123, 1 et 2 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

2<sup>o</sup> se situe dans la période de trois ans qui suit la date de naissance de l'enfant. Cette période de trois ans est doublée lorsqu'il s'agit d'un enfant bénéficiant de l'allocation supplémentaire pour enfants handicapés, octroyée en application de la législation relative aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou de celle relative aux allocations familiales pour travailleurs indépendants.

Lorsqu'une nouvelle naissance survient avant la fin de l'interruption, celle-ci peut être prolongée, sans pouvoir dépasser respectivement les trois ou les six années suivant la date de cette nouvelle naissance.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période d'un mois, soixante-sept heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à trois mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit en un mois.

- article 205/1, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à trois mois comprenant au moins soixante jours de travail ou assimilés pour la titulaire qui, ayant cessé de se trouver dans une des situations visées à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, après avoir accompli le stage visé ci-dessus ou en avoir été dispensé, se trouve à nouveau assujettie à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs si, dans l'intervalle, elle a été constamment membre effectif ou personne à charge d'une mutualité, en qualité d'assurée libre, pour les prestations de maternité.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent au cours d'une période de trois mois, deux cents heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

 **Remarque:** le renvoi aux prestations en matière de maternité doit être compris dans le cadre de l'assurance complémentaire (ex. : une "prime de naissance" à l'occasion de la naissance d'un enfant).

- *article 206/1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996* : le stage est réduit à trois mois comprenant au moins soixante jours de travail ou assimilés en faveur de la personne qui acquiert la qualité de titulaire au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à condition qu'elle acquiert ladite qualité au plus tard le trentième jour après avoir perdu la qualité de titulaire dans le régime des travailleurs indépendants (voir l'art. 3 de l'A.R. du 20.07.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) et qu'elle ait accompli le stage prévu dans ledit régime ou en a été dispensée.

Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel visés à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 accomplissent le stage réduit s'ils totalisent, au cours d'une période de trois mois, deux cents heures de travail ou assimilées. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à neuf mois au maximum pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel qui, en raison de leur régime de travail, se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage réduit dans les trois mois.

## 2.2. Maintien du droit aux indemnités

- Si l'intéressée est dispensée du stage ou si elle a accompli le stage (réduit), elle conserve en principe le droit aux indemnités jusqu'à la fin du troisième trimestre suivant le trimestre au cours duquel elle est devenue titulaire (avec dispense de stage ou pour un stage réduit) ou jusqu'à la fin du trimestre suivant celui au cours duquel elle a accompli le stage et que les cotisations sociales nécessaires ont été versées (art. 116/2 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 204, §§ 2 et 3 de l'A.R. du 03.07.1996)
- En règle générale, une titulaire maintient le droit aux indemnités à condition que, pour les deuxième et troisième trimestres précédant le trimestre du début de la période de repos de maternité, elle conserve la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée pendant 120 jours ouvrables. Une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit prouver, durant les deuxième et troisième trimestres précédant le début de la période de repos de maternité, 400 heures de travail ou heures assimilées à des heures de travail (art. 116/3 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 207/1, al. 207/1, al. 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 03.07.1996). Outre la condition "volume de travail" (pour les trimestres de référence), l'intéressée doit également justifier d'un certain montant minimum de salaire sur lequel les cotisations de sécurité sociale ont été retenues (art. 286 et ss de l'A.R. du 03.07.1996). Si l'intéressée ne justifie pas du salaire (minimum) requis, elle peut "régulariser" sa situation en versant des cotisations de sécurité sociale complémentaires à sa mutualité.

Si une travailleuse saisonnière, une travailleuse intermittente ou une travailleuse à temps partiel visée à l'article 202 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne peut justifier de 400 heures (ou d'un certain montant minimum de salaire), les trois trimestres précédant immédiatement le trimestre au cours duquel commence la période de repos de maternité peuvent être pris en compte. Dans ce cas, l'intéressée doit justifier du montant du salaire requis au cours de ces trimestres et il ne doit pas y avoir eu d'interruption dans sa qualité de titulaire pendant plus de trente jours (voir art. 207/1, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

### 2.3. Application de la “règle des trente jours”

En outre, les indemnités pour repos de maternité ne sont dues à la titulaire qu'à la condition qu'aucune période continue de plus de trente jours ne se soit écoulée entre la date du début du repos de maternité et le dernier jour d'une période pendant laquelle elle disposait de la qualité de titulaire visée à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ou était reconnue comme incapable de travailler au sens de cette loi coordonnée, ou se trouvait en période de protection de la maternité au sens de l'article 114*bis* de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (“écartement du travail”) (voir art. 116 et 131 de la loi coordonnée du 14.07.1994).

## III. Périodes de repos de maternité

La période de maternité comprend

- une période de repos prénatal et
- une période de repos postnatal.

Tant le repos prénatal que le repos postnatal comprennent une partie obligatoire et une partie facultative.

### 3.1. Repos prénatal

#### 3.1.1. DURÉE

Conformément à l'article 114, alinéa premier, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le repos prénatal débute, à la demande de la titulaire, au plus tôt à partir de la sixième semaine qui précède la date présumée de l'accouchement ou de la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

En outre, la titulaire doit cesser tout travail ou interrompre le chômage contrôlé à partir du septième jour précédant la date présumée de l'accouchement. La semaine qui précède la date présumée de l'accouchement constitue donc un repos prénatal obligatoire.<sup>1</sup>

Si l'accouchement se produit après la date prévue par le médecin, le repos prénatal est prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement.

La date présumée de l'accouchement est prise en compte pour déterminer le début de la période de repos prénatal.

#### 3.1.2. INCAPACITÉ DE TRAVAIL OU ÉCARTEMENT COMPLET JUSQU'À LA SEMAINE PRÉCÉDANT LA DATE PRÉSUMÉE DE L'ACCOUCHEMENT – ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ OU TARDIF

##### 3.1.2.a) Incapacité de travail

- Accouchement prématuré

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

1. Ce caractère obligatoire est également prévu par la loi sur le travail du 16.03.1971. Conformément aux dispositions de l'art. 39, al. 2, de la présente loi, la travailleuse ne peut effectivement plus travailler à partir du septième jour précédant la date présumée de l'accouchement. Cette période est donc couverte par une interdiction de travailler, de même que la période de neuf semaines suivant l'accouchement.

Si l'intéressée est incapable de travailler avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche prématurément par rapport à la date présumée, une conversion (du solde) de la semaine précédant la date réelle de l'accouchement en repos de maternité est possible, à condition que cette période ne soit pas couverte par le salaire garanti ou le complément ou l'avance versés conformément à la convention collective de travail n° 12*bis* ou n° 13*bis*. Le maintien du salaire garanti, du complément (en combinaison avec les indemnités d'incapacité de travail) ou de l'avance précitées étant en effet dans l'intérêt financier de la travailleuse.

- Accouchement tardif

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est incapable de travailler avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche tardivement par rapport à la date présumée, une régularisation de la période de repos de maternité se situant avant la semaine précédant la date réelle de l'accouchement n'est pas possible.

En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, la période d'incapacité de travail sera donc toujours suspendue une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

### 3.1.2.b) Écartement total du travail

- Accouchement prématuré

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est en écartement total avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche prématurément par rapport à la date présumée, une régularisation de la période d'écartement du travail en repos de maternité (pour la semaine qui précède la date réelle de l'accouchement – semaine prénatale non reportable) n'est pas dans l'intérêt (financier) de la travailleuse étant donné que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre de l'écartement total (78,237 %) est plus élevé que le montant de l'indemnité de maternité octroyé dans le cadre du repos de maternité (75 %, à dater du 31<sup>e</sup> jour de repos de maternité). En effet, en cas de régularisation, la période de repos de maternité serait plus longue et la période d'écartement du travail plus courte. Néanmoins, le montant total d'indemnités octroyées (pour la période d'écartement du travail et de repos de maternité) serait au final moins élevé et donc moins intéressant financièrement pour la travailleuse.

- Accouchement tardif

La semaine précédant la date présumée de l'accouchement est une semaine de repos obligatoire.

Si l'intéressée est en écartement total avant cette semaine de repos prénatal obligatoire et qu'elle accouche tardivement par rapport à la date présumée, une régularisation de l'indemnisation de l'écartement total et du repos de maternité en fonction de la date réelle de l'accouchement (c.-à-d., une indemnisation jusqu'à la semaine précédant la date réelle de l'accouchement) n'est pas possible.

En effet, conformément à l'article 39, alinéa 2 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, la travailleuse ne peut effectuer aucun travail à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Dès lors, étant donné cette interdiction de travail, le risque spécifique d'exposition aux agents, procédés ou conditions de travail qui justifie la mesure de protection de maternité prise par l'employeur n'est donc plus présent. La mesure de protection de maternité prend donc toujours fin (au plus tard) une semaine avant la date présumée de l'accouchement.

## 3.2. Repos postnatal

### 3.2.1. LA PÉRIODE OBLIGATOIRE DE REPOS POSTNATAL (ART. 114, AL. 2, DE LA LOI COORDONNÉE DU 14.07.1994)

Le repos postnatal obligatoire s'étend sur une période de neuf semaines à compter du jour de l'accouchement.



**Remarque** : en cas de naissance de jumeaux à des dates différentes, la période de repos postnatal est déterminée sur la base de la date réelle du deuxième accouchement.

La période de neuf semaines commence à courir le jour après le jour de l'accouchement lorsque la travailleuse a entamé sa journée de travail le jour de l'accouchement.

Puisqu'il est expressément stipulé "lorsque la travailleuse a commencé le travail", cette disposition particulière ne s'applique que s'il y a accouchement prématuré un jour où la travailleuse a accompli un travail normal ou a commencé le travail, mais a dû le quitter prématurément en raison de son accouchement imminent. Cette règle dérogatoire ne peut s'appliquer en cas de naissance prématurée un jour où la travailleuse aurait normalement dû travailler, mais n'a pas commencé le travail en raison de la suspension prévue de l'exécution de son contrat de travail (par ex. en raison d'un congé annuel ou du chômage économique) et accouche au cours de la journée de suspension prévue de l'exécution de son contrat de travail.

### 3.2.2. LA PÉRIODE FACULTATIVE DE REPOS POSTNATAL : LA PROLONGATION DU REPOS POSTNATAL

Différentes situations, toujours à la demande de la titulaire, peuvent entraîner une prolongation du repos postnatal après la période obligatoire de neuf semaines :

- du travail (ou période assimilée à du travail) ou du chômage contrôlé (ou période assimilée à du chômage contrôlé) pendant la période théorique de repos prénatal facultatif
- une naissance multiple
- l'hospitalisation du nouveau-né.

#### 3.2.2.a) Travail (ou période assimilée) ou chômage contrôlé pendant la période théorique de repos prénatal facultatif

La période de repos postnatal obligatoire de neuf semaines peut être prolongée de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage contrôlé de la sixième à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement et de la huitième à la deuxième semaine y incluse en cas de naissance multiple (voir art. 114, al. 2, de la loi coordonnée du 14.07.1994).



**Remarque** : si les jumeaux naissent à des dates différentes, la période de repos postnatal peut être prolongée de la période pendant laquelle la titulaire a continué le travail ou le chômage contrôlé de la huitième à la deuxième semaine y incluse précédant la date effective du premier accouchement. La fin du repos prénatal est déterminée, dans cette situation, en fonction de la date réelle du premier accouchement.

Les jours au cours desquels la travailleuse s'absente du travail afin de se soumettre aux examens médicaux prénataux sont considérés comme des jours de travail si ceux-ci ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de travail (voir art. 39bis de la loi sur le travail du 16.03.1971) et peuvent donc être pris en compte dans le cadre de la prolongation de la période de neuf semaines de repos postnatal obligatoire.

Les périodes suivantes peuvent, sur la base de l'article 220 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, être assimilées à une période durant laquelle la titulaire a continué à travailler pour la prolongation du repos postnatal :

- 1° les périodes de vacances légales, en ce compris la période couverte par le traitement différé accordé aux enseignantes temporaires ou intérimaires après la fin du contrat de travail ou de la désignation à titre temporaire, les périodes de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire, les périodes de vacances complémentaires et les périodes de vacances supplémentaires ;
- 2° la période pendant laquelle est exercée la fonction de juge social ;
- 3° les jours de petits chômages ;
- 4° les jours pour raisons impérieuses avec maintien de la rémunération et les jours de congé pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération ;
- 5° les jours d'absence avec rémunération journalière garantie ;
- 6° les périodes d'accident technique se produisant dans l'entreprise, de chômage temporaire par suite de force majeure, de chômage temporaire par suite d'un accident technique, de chômage temporaire par suite d'intempéries et de chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques, ainsi que les périodes de suspension totale de l'exécution du contrat et de régime de travail à temps réduit visées aux articles 77/1 à 77/8 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;
- 7° la période de fermeture de l'entreprise à titre de protection de l'environnement ;
- 8° les jours fériés pendant le contrat de travail, les jours de remplacement d'un jour férié et les jours fériés ou jours de remplacement durant une période de chômage temporaire ;
- 9° pour la titulaire qui travaille alternativement en régime de cinq et de six jours, le jour de la semaine du régime de cinq jours qui aurait normalement été travaillé s'il s'était agi d'une semaine du régime de six jours ;
- 10° les jours de repos compensatoire ;
- 11° les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants, visés à l'article 203, alinéa 4, 14. de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ;
- 12° les périodes pendant lesquelles la travailleuse a exercé une ou plusieurs activités durant une période de protection de la maternité visée à l'article 114bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou a repris une ou plusieurs activités durant son incapacité de travail, dans les conditions fixées à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ;
- 13° les jours d'incapacité de travail tels que définis à l'article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée ;
- 14° la période d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité.

Il s'agit d'une énumération limitative si bien qu'il ne peut donc être tenu compte, par exemple d'une période couverte par une indemnité de rupture irrégulière du contrat de travail ou d'une période de congé éducatif à partir de la sixième semaine jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement (ou à partir de la huitième semaine jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, en cas de naissance multiple).

En ce qui concerne les périodes de *chômage contrôlé* (cf. art. 246 de l'A.R. du 03.07.1996), il convient de souligner que, bien que la période au cours de laquelle la titulaire bénéficie d'une allocation d'interruption de carrière complète constitue une période de chômage contrôlé (pour le secteur des indemnités, certes, à l'unique condition que l'intéressée dispose, avant l'interruption de la carrière professionnelle, de la qualité de titulaire au sens de l'art. 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 14.07.1994), cette assimilation ne peut être prise en compte pour la prolongation du repos de maternité (cf. art. 246, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).



**Remarque :** la période de repos prénatal obligatoire, c'est-à-dire la semaine précédant la date de l'accouchement, ne peut cependant pas être prise en considération pour la prolongation du repos postnatal obligatoire.

Cela signifie donc que si l'enfant naît prématurément (à savoir avant la date initialement prévue par le médecin), les jours pendant lesquels l'intéressée a continué de travailler ou est demeurée chômeuse contrôlée dans la période de sept jours précédant la date réelle de l'accouchement ne peuvent être reportés et pris au terme de la période de repos postnatal obligatoire<sup>2</sup>.

### Exemple:

Une titulaire doit en principe accoucher le 18 juillet 2022 (date présumée).

Elle interrompt ses activités à partir du 11 juillet 2022 (donc sept jours avant la date présumée de l'accouchement).

Elle accouche (plus tôt) le 15 juillet 2022.

La période de repos prénatal se situe du 11 juillet 2022 au 14 juillet 2022 inclus. La titulaire peut reporter la période au cours de laquelle elle a continué à travailler à partir de la sixième semaine précédant son accouchement. Cette période doit néanmoins d'abord être réduite à concurrence de la période correspondant au nombre de jours au cours desquels elle a continué à travailler au cours de la période des sept jours précédant son accouchement (à partir du 08.07.2022 jusqu'au 10.07.2022 inclus).

La période (totale) du repos de maternité s'étend donc du 11 juillet 2022 jusqu'au 20 octobre 2022 inclus et compte par conséquent 14 semaines et 4 jours.

### 3.2.2.b) Naissance multiple

La période de neuf semaines de repos postnatal obligatoire peut être prolongée d'une période de maximum deux semaines en cas de naissance multiple (*cf.* art. 114, al. 3, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

### 3.2.2.c) Hospitalisation de l'enfant nouveau-né

Lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé après les sept premiers jours à compter de sa naissance, la période de repos postnatal peut être prolongée d'une durée égale à la période d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces sept premiers jours. La durée de cette prolongation ne peut excéder vingt-quatre semaines (*cf.* art. 114, al. 5, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Vu le passage "Lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé après les sept premiers jours à compter de sa naissance", la prolongation du repos postnatal doit être autorisée dans tous les cas où le bébé a été hospitalisé ou est hospitalisé dans la période des sept jours après sa naissance et si l'enfant demeure également hospitalisé après cette période de sept jours. Et ce quel que soit le motif de l'hospitalisation et sans distinction entre les enfants nés à l'hôpital et ceux nés ailleurs (par ex. dans le cadre d'un accouchement à domicile).

Il doit s'agir d'une *période d'hospitalisation ininterrompue* du nouveau-né (sauf dans le cas d'une situation de "force majeure", par exemple si l'enfant est rentré à la maison entre deux périodes d'hospitalisation du fait que l'admission dans un hôpital vers lequel l'enfant a été renvoyé pour la poursuite de son traitement n'était pas possible immédiatement).

L'admission du nouveau-né dans un **centre de rééducation fonctionnelle** peut être assimilée à une prolongation d'hospitalisation (des traitements de rééducation fonctionnelle peuvent, dans la pratique, être organisés tant au sein qu'en dehors d'un établissement hospitalier) si cette admission suit, le cas échéant, *immédiatement* le séjour dans un établissement hospitalier (naissance) et si l'enfant demeure dans ce centre de rééducation fonctionnelle de manière *ininterrompue*.

2. L'art. 39, al. 3, de la loi sur le travail du 16.03.1971 dispose que "Cette période (c.-à-d. la période qui peut être reportée) est, en cas de naissance prématurée, réduite du nombre de jours pendant lesquels elle a travaillé au cours de la période de sept jours qui précèdent l'accouchement".

**Situations particulières:**

- cette prolongation du repos postnatal pour cause d'hospitalisation du nouveau-né demeure possible si l'enfant décède au cours de cette hospitalisation. Même si l'enfant décède après avoir quitté l'hôpital, la possibilité de prolonger le repos postnatal subsiste
- en cas de naissance multiple, le repos postnatal peut également être prolongé en fonction de la durée de l'hospitalisation d'un seul des nouveau-nés.

**3.2.3. LA PÉRIODE FACULTATIVE DU REPOS POSTNATAL : LA CONVERSION DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF EN JOURS DE CONGÉ DE REPOS POSTNATAL**

Lorsque la travailleuse peut prolonger le repos de maternité obligatoire de neuf semaines par une période d'au moins deux semaines, les deux dernières semaines de cette période facultative de repos de maternité peuvent être, à sa demande, convertie en jours de congé de repos postnatal. L'employeur doit, en fonction du nombre de jours prévus dans la grille horaire de la travailleuse, convertir cette période en jours de congé de repos postnatal. La travailleuse doit prendre ces jours de congé de repos postnatal, selon un planning qu'elle aura proposé, dans les huit semaines à compter de la fin de la période ininterrompue de repos postnatal (*cf.* art. 114, al. 6, de la loi coordonnée du 14.07.1994).

Pour plus d'informations concernant les jours de congé de repos postnatal à prendre et l'indemnisation de ces jours par l'assurance maternité, nous renvoyons à la Circulaire O.A. n° 2009/435<sup>3</sup> - 47/5 du 5 novembre 2009.

## IV. Cessation de toute activité pendant le repos de maternité

La mutualité peut uniquement prendre en considération les périodes de repos de maternité à condition que la titulaire ait cessé toute activité ou interrompu le chômage contrôlé<sup>4</sup> (*cf.* art. 115 de la loi du 14.07.1994).

Cette condition est identique à celle définie à l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail et dont le contenu a été précisé par la jurisprudence. Ainsi, la Cour de cassation a déclaré, dans un arrêt du 18 mai 1992, qu'il fallait entendre par "travail" toute activité à caractère productif effectuée dans le cadre de relations sociales, et ce, même si elle est accomplie sans rémunération au titre de service d'amis.



**Remarque :** la condition de cessation de toute activité n'est pas applicable dans les situations limitatives suivantes :

- pendant la période au cours de laquelle la titulaire fait usage de la possibilité de prendre des jours de congé de repos postnatal (*cf.* également le pt. 3.2.3 précédent)
- pendant la période de prolongation du repos de maternité par des périodes au cours desquelles la travailleuse a exercé une activité pendant une période d'écartement partiel du travail ou repris une activité adaptée avec l'autorisation du médecin-conseil pendant son incapacité de travail conformément aux conditions visées à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, de la sixième semaine, ou huitième semaine en cas de naissance multiple, jusqu'à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

3. Publiée au B.I. n° 2009/3-4.

4. Il y a en effet lieu de rappeler le double objectif poursuivi par cette mesure de protection de la maternité qui est à la fois de permettre le rétablissement physiologique de la mère et l'accueil de l'enfant.

Dès lors, en cas de non-respect de cette condition de cessation de tout travail (salarié, indépendant, stage (volet pratique) exercé dans le cadre d'une formation, ...) au cours de **la période de repos prénatal facultatif** ou au cours de **la période de repos obligatoire**, la travailleuse se verra refuser l'indemnité de maternité pour chaque journée concernée par le non respect de cette condition de cessation totale de toutes activités (avec perte du droit à la journée ou aux jours de congé de maternité concernée(s) pendant la période de repos de maternité en cours).

En cas de non-respect de cette condition de cessation de tout travail (salarié, indépendant, stage (volet pratique) exercé dans le cadre d'une formation, ...) ou du chômage contrôlé **au cours de la période de repos postnatal facultatif**, il y aura lieu de considérer que la travailleuse a mis fin à son repos de maternité à partir du 1<sup>er</sup> jour d'exercice de l'activité concernée ou de reprise du chômage contrôlé.

## V. Droit au repos de maternité et aux indemnités de maternité : notion d'“accouchement” et durée requise de la grossesse d'au moins 180 jours en cas d'enfant né sans vie

Les périodes de repos pré- et postnatal ne peuvent être prises par une titulaire qu'à la condition qu'elle ait “accouché”. Il est question d'un accouchement dès qu'un enfant naît vivant (ou viable), quelle que soit la durée de la grossesse.

En revanche, si l'enfant est mort-né, il y a seulement un droit au repos de maternité et à l'octroi des indemnités de maternité en cas de grossesse d'une durée d'au moins 180 jours.<sup>5</sup>

En cas d'enfant mort-né avant la fin du délai de 180 jours de grossesse, il faut considérer qu'il s'agit d'une fausse-couche et des indemnités d'incapacité de travail peuvent, le cas échéant, être octroyées à la titulaire si celle-ci remplit les conditions de l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

## VI. Formalités

### 6.1. Demande de repos prénatal

La titulaire (chômeuse ou travailleuse) qui souhaite prendre un repos prénatal doit en faire la demande à sa mutualité en joignant à cet effet un certificat médical mentionnant la date présumée de son accouchement au terme du repos prénatal demandé.

Le cas échéant, une sage-femme peut également rédiger ce certificat.

Aucun délai n'est prévu pour la délivrance de ce certificat.

Si l'intéressée envoie uniquement à sa mutualité un certificat médical du médecin mentionnant la date présumée de l'accouchement, ce certificat fait office de demande d'octroi d'indemnités de maternité dans le cadre du repos de maternité et l'intéressée devra être considérée comme ayant rempli les conditions de l'article 114, alinéa premier, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

La mutualité peut, sur la base de la feuille de renseignements (*cf. infra*), vérifier quand l'intéressée a effectivement interrompu le travail ou quel était le dernier jour de chômage contrôlé.

5. Cf. l'art. 39, al. 2, de la loi sur le travail du 16.03.1971 (“Lorsque la travailleuse accouche d'un enfant sans vie, l'interruption de travail est octroyée pour autant que la grossesse ait duré un min. de cent-quatre-vingts jours à dater de la conception.”) et l'art. 114, al. 4, de la loi coordonnée du 14.07.1994 (“Lorsque la titulaire accouche d'un enfant sans vie, les al. 1<sup>er</sup> à 3 s'appliquent, pour autant que la grossesse ait duré un minimum de cent-quatre-vingts jours à dater de la conception.”).

Dès que la mutualité a connaissance du début du repos de maternité, elle envoie à la titulaire un exemplaire de la feuille de renseignements (volet titulaire). Simultanément, selon le cas, l'employeur ou son mandataire seront invités à envoyer la feuille de renseignements indemnités (ZIMA 001) par voie électronique et/ou l'organisme de paiement des allocations de chômage sera prié d'envoyer une feuille de renseignements électronique (L500).

## 6.2. Document justificatif à produire après l'accouchement (art. 49, § 1<sup>er</sup> du Règlement des indemnités du 16.04.1997)

La titulaire transmet dès que possible à sa mutualité la preuve attestant l'accouchement (déclaration médicale confirmant l'accouchement ou un extrait d'acte de naissance).

## 6.3. Prolongation du repos postnatal pour cause d'hospitalisation du nouveau-né (art. 49, § 2 du Règlement des indemnités du 16.04.1997)

Au terme de la période de son repos postnatal, la titulaire remet à sa mutualité une attestation de l'établissement hospitalier certifiant que les conditions sont remplies pour bénéficier de la prolongation du repos postnatal à la suite de l'hospitalisation du nouveau-né et mentionnant la durée de cette hospitalisation.

Le cas échéant, la titulaire transmet à sa mutualité, au terme de la prolongation, une nouvelle attestation de l'établissement hospitalier indiquant qu'au cours de cette prolongation, le nouveau-né est demeuré hospitalisé et mentionnant la durée de cette hospitalisation.

## 6.4. Situation particulière : repos de maternité pris en cas d'enfant né sans vie

La titulaire qui accouche d'un enfant sans vie a droit à une indemnité de repos de maternité si la grossesse a duré au moins 180 jours.

Pour bénéficier du repos de maternité, l'intéressée doit remettre à sa mutualité *un acte d'enfant né sans vie*.



**Remarque :** un acte d'enfant né sans vie peut, sur demande, également être établi si la grossesse a duré moins de 180 jours, plus particulièrement si la grossesse a duré entre 140 et 179 jours (*cf.* art. 58, § 2, du C. civ.).

La mutualité doit donc toujours *procéder à une vérification de la durée de la grossesse* mentionnée sur l'acte d'enfant né sans vie (mention obligatoire) avant d'octroyer les indemnités de maternité. En cas de durée de la grossesse entre 140 et 179 jours, l'intéressée n'ouvre en effet pas de droit au repos de maternité et à l'octroi d'indemnités de maternité.

## 6.5. Déclaration de reprise du travail ou preuve de reprise du chômage contrôlé

Au terme du repos de maternité, une déclaration de reprise du travail ou une preuve de chômage contrôlé doit toujours être transmise à la mutualité (art. 49, § 1<sup>er</sup>, al. 2, et § 2, al. 3, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

## VII. Montant des indemnités de maternité et montant de la rémunération perdue devant être pris en considération pour le calcul des indemnités de maternité

### 7.1. Montant des indemnités de maternité

#### 7.1.1. PRINCIPE

Le montant des indemnités de maternité est fixé à 79,5 % de la rémunération perdue et limité au plafond salarial pris en compte pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail, pendant les 30 premiers jours du repos de maternité, et à 75 % de la rémunération perdue à partir du 31<sup>e</sup> jour de cette période (cf. art. 216, 1<sup>er</sup> al., de l'A.R. du 03.07.1996).

#### 7.1.2. EXCEPTIONS

##### 7.1.2.a) Les titulaires visés à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, a) et b), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994

Les titulaires qui ressortissent au secteur des indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, à savoir en particulier les titulaires qui sont liées par un contrat de travail ou qui travaillent dans des conditions similaires, ainsi que celles qui interrompent le travail ou ne le reprennent pas, pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, ont droit à une indemnité de maternité égale à 82 % de leur rémunération perdue non plafonnée, pendant les trente premiers jours de la période du repos de maternité (cf. art. 216, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

À partir du trente et unième jour de cette période, ces titulaires ont droit à une indemnité de maternité égale à 75 % de leur rémunération perdue limitée au plafond salarial pris en compte pour le calcul des indemnités d'incapacité de travail.

**!** **Remarque :** le pourcentage précis qui doit être appliqué pendant les trente premiers jours de la période de repos de maternité est déterminé par la qualité que la titulaire a à la date du début du repos de maternité.

Une travailleuse liée par un contrat de travail pour une durée déterminée aura donc droit à une indemnité de maternité égale à 82 % de son salaire non plafonné pendant les trente premiers jours du repos de maternité, même si son contrat de travail devait prendre fin au cours de cette période.

#### **!** Situations spécifiques :

- *Titulaires ayant reçu une indemnité de rupture de contrat de travail :*  
en principe, ces titulaires peuvent aussi prétendre à une indemnité de maternité de 82 % au terme de la période couverte par cette indemnité de rupture de contrat de travail pour les jours restants de la période que constituent les trente premiers jours du repos de maternité.  
Le montant de l'indemnité de maternité est en effet déterminé par la qualité qu'a la titulaire à la date de début du repos de maternité, et les titulaires qui ont bénéficié d'une indemnité de rupture de contrat de travail ont, en cette qualité, droit au pourcentage majoré de 82 %, conformément à l'article 216, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 pendant la période qui n'est pas visée dans l'article 103, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> ou 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

- *Titulaires en incapacité de travail primaire ou en invalidité :*  
les titulaires en incapacité de travail primaire ou en invalidité qui, au début de la période de repos de maternité, sont toujours liées par un contrat de travail, ont également droit au pourcentage fixé à l'article 216, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (82 % de la rémunération non plafonnée pendant les trente premiers jours de la période de repos de maternité).



#### Remarques :

- si ces titulaires ne sont plus liées par un contrat de travail au début du repos de maternité, elles ont droit à une indemnité de maternité fixée à 79,5 % de la rémunération plafonnée pendant les trente premiers jours du repos de maternité et à 75 % de la rémunération plafonnée à partir du trente et unième jour de cette période
- l'indemnité de maternité pour les titulaires reconnues en état d'incapacité de travail ne peut être inférieure à l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle elles auraient eu droit si elles n'avaient pas été en repos de maternité (mesure de garantie visée à l'art. 113, al. 5, de la loi coordonnée du 14.07.1994).  
En ce qui concerne les titulaires invalides, pour cette comparaison, il y a lieu de tenir compte du "montant net" de l'indemnité d'invalidité, c'est-à-dire après la retenue (éventuelle) de 3,5 % pour le secteur des pensions.

#### 7.1.2.b) Les titulaires en chômage complet contrôlé

Les titulaires en chômage complet contrôlé peuvent prétendre à une indemnité de base et à une indemnité complémentaire (cf. art. 217 de l'A.R. du 03.07.1996) :

- **indemnité de base :** les titulaires en chômage complet contrôlé ont droit à une indemnité de base s'élevant à 60 % de la rémunération perdue plafonnée.  
Le montant de cette indemnité est cependant égal à celui de l'allocation de chômage à laquelle les titulaires précitées auraient pu prétendre si elles ne s'étaient pas trouvées dans une période de protection de la maternité ("mesure d'alignement"). Cette mesure d'alignement cesse de s'appliquer dès qu'une période de six mois est écoulée, compte tenu de la durée de la période de protection de la maternité et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement
- **indemnité complémentaire :** les titulaires en chômage complet contrôlé ont droit, en outre, à une indemnité complémentaire s'élevant à 19,5 % de la rémunération perdue plafonnée pendant les trente premiers jours de la période de protection de la maternité et à 15 % de la même rémunération perdue plafonnée, à partir du trente et unième jour de cette période.



**Remarque :** la "mesure d'alignement" ne s'applique pas à cette indemnité complémentaire !



**Remarque :** précision concernant l'application de la "mesure d'alignement" visée à l'article 217 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

Il y a lieu de déduire de la formulation du texte de l'article 217, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ("et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement") qu'en cas de brève interruption (moins de 14 jours) entre l'incapacité de travail et le début du repos de maternité, la mesure d'alignement est bel et bien toujours applicable pendant le repos de maternité (dans ce cas, l'incapacité de travail ne peut en effet pas être prise en compte dans le calcul du délai de six mois visé à l'art. 217 de l'A.R. du 03.07.1996 parce qu'elle ne précède pas "immédiatement" le repos de maternité).

En revanche, s'il s'agit d'une interruption de moins de quatorze jours entre deux périodes d'incapacité de travail (situation de rechute) et si la dernière période d'incapacité de travail se termine le jour précédant le début du repos de maternité, la "mesure d'alignement" n'est cependant pas applicable dès qu'une période de six mois est écoulée si on tient compte de la durée des périodes d'incapacité de travail avant le début du repos de maternité.

Le même raisonnement vaut d'ailleurs en cas de repos de maternité précédant une incapacité de travail (cf. art. 211, § 2, al. 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

### 7.1.2.c) Travailleuse à temps partiel avec maintien des droits pouvant prétendre à une allocation de garantie de revenus

Afin de fixer le montant de l'indemnité de maternité pour cette catégorie distincte de travailleuses, il faut tenir compte de leur double qualité (travailleuse et chômeuse - cf. également art. 42, § 1<sup>er</sup>, du Règlement des indemnités du 16.04.1997) :

- composante travail  
L'intéressée peut prétendre à une indemnité de maternité s'élevant à 82 % de la rémunération perdue non plafonnée pendant les trente premiers jours et à 75 % de la rémunération perdue plafonnée à partir du 31<sup>e</sup> jour.
- composante chômage  
L'intéressée peut prétendre à une indemnité de base et à une indemnité complémentaire :
  - *indemnité de base* :  
60 % de la rémunération de base chômage visée à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997
    - x allocation de garantie de revenus (montant brut)  
allocation de référence

La "mesure d'alignement" est toutefois applicable au cours des six premiers mois :

allocation de chômage x allocation de garantie de revenus (montant brut)  
allocation de référence

\* La mesure d'alignement n'est plus d'application dès qu'une période de six mois s'est écoulée compte tenu d'une période de protection de la maternité (écartement du travail) et/ou d'une incapacité de travail précédant immédiatement le repos de maternité.

- *indemnité complémentaire* :  
19,5 % (au cours des trente premiers jours) ou 15 % (à partir du trente et unième jour) de la rémunération perdue chômage visée à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997
  - x allocation de garantie de revenus (montant brut)  
allocation de référence

 **Remarque:** la mesure de garantie visée à l'article 42, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 n'est pas applicable pendant le repos de maternité (cf. art. 45, § 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>, du Règlement des indemnités).

## 7.2. Rémunération perdue

### 7.2.1. TITULAIRE ENGAGÉE DANS LES LIENS D'UN CONTRAT DE TRAVAIL OU DANS DES CONDITIONS SIMILAIRES ET CHÔMEUSES CONTRÔLÉES

En principe, les règles applicables dans le cadre du calcul des indemnités d'incapacité de travail pour la fixation de la rémunération perdue s'appliquent également dans le cadre du repos de maternité (*cf.* art. 45, § 1<sup>er</sup>, du Règlement des indemnités du 16.04.1997, qui renvoie aux art. 23 à 44 de ce Règlement).

Ainsi, en principe, le montant de la rémunération perdue à prendre en considération pour le calcul de l'indemnité de maternité dans le cas d'une titulaire engagée dans les liens d'un contrat de travail ou dans des conditions similaires est :

- la rémunération perdue à laquelle elle avait droit le dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé, pourvu que l'occupation soit demeurée stable à partir du dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé jusqu'au début du repos de maternité
- la rémunération perdue à laquelle elle avait droit au début du repos de maternité en cas d'occupation instable à compter du dernier jour du deuxième trimestre précédant le trimestre au cours duquel le repos de maternité a commencé jusqu'au début du repos de maternité inclusivement.

Il convient de rappeler que, dans le cas d'une travailleuse qui a interrompu son travail ou qui n'a pas repris son travail, pour se reposer au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse (titulaire visée à l'art. 86, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, b) de la loi coordonnée du 14.07.1994) et qui, au début de sa période de repos, remplit les conditions prévues à l'un des articles 23 à 27 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, la rémunération perdue est toutefois calculée comme si le repos de maternité avait commencé le premier jour de l'interruption de travail, sur la base de la rémunération journalière moyenne à laquelle elle avait droit ce jour-là (*cf.* art. 33, § 1<sup>er</sup>, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

Pour les chômeuses contrôlées, il convient de se référer en particulier aux règles visées à l'article 30 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997.

### 7.2.2. GARDIENNES D'ENFANTS AVEC UN STATUT *SUI GENERIS* DANS LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Conformément à l'article 45, § 3, du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, dans le cas d'une gardienne d'enfant affiliée à un service d'accueil agréé, la rémunération perdue sur la base de laquelle est calculée l'indemnité de maternité pour le repos de maternité correspond à 1/26<sup>e</sup> du revenu minimum mensuel moyen garanti visé à l'article 3, premier alinéa, de la convention collective de travail n° 43 du 2 mai 1998 multiplié par une fraction dont le numérateur est égal au nombre de places d'accueil pour lesquelles la gardienne d'enfant a obtenu un agrément au moment où commence la mesure de protection de la maternité et dont le dénominateur est égal au nombre maximal de places d'accueil qui peuvent être agréées en vertu de la réglementation en vigueur dans la Communauté compétente. *La capacité d'accueil théorique* est donc prise en compte.

 **Remarque** : la réglementation **en Flandre** a toutefois été modifiée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014 (*cf.* le décret du 20.04.2012 portant organisation de l'accueil d'enfants en bas âge). Elle ne fait plus usage de la notion de "capacité agréée". On travaille maintenant avec les autorisations, ce qui signifie qu'il n'y a plus de maximum de 4 places d'accueil. Dans le cadre de "l'accueil familial", les gardiens et gardiennes d'enfants peuvent accueillir un maximum de 8 enfants.

Toutefois, la réglementation relative au calcul des indemnités de maternité pour les gardiennes d'enfants est tenue de respecter la législation ONSS où il est encore question de "places agréées" et d'une "décision d'agrément". La gardienne d'enfant qui dispose d'une autorisation pour "8 enfants" ne peut avoir qu'une "capacité agréée" de "4 enfants" au maximum pour la sécurité sociale.

### 7.2.3. ASSURÉE ENGAGÉE DANS LES LIENS DE PLUSIEURS CONTRATS DE TRAVAIL ET PROLONGATION DU REPOS POSTNATAL EN FONCTION DE L'EXERCICE D'UNE OU DE PLUSIEURS ACTIVITÉS PENDANT UNE PÉRIODE D'ÉCARTEMENT PARTIEL DU TRAVAIL OU UNE PÉRIODE D'ACTIVITÉ AVEC L'AUTORISATION DU MÉDECIN-CONSEIL

Si la durée du repos postnatal est prolongée à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a poursuivi une ou plusieurs de ses activités durant la période de protection de la maternité visée à l'article 219<sup>ter</sup>, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ("écartement partiel du travail") de la sixième semaine (ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple) à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement, l'intéressée ne peut, sur la base de l'article 218 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, prétendre à l'indemnité de maternité que pendant cette prolongation du repos postnatal au cours duquel elle a repris une ou plusieurs de ses autres activités, qu'en fonction de la ou des activités qui donnent droit à la prolongation du repos postnatal. Cette indemnité est ensuite calculée sur la base de la rémunération perdue déterminée au début de la période de repos de maternité et qui découle de la ou des activités donnant droit à la prolongation du repos postnatal (cf. art. 45, § 5, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

Ce principe s'applique également lorsque le repos postnatal est prolongé à concurrence de la période pendant laquelle la travailleuse a repris une ou plusieurs de ses activités durant la période de son incapacité de travail dans les conditions fixées à l'article 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, de la sixième semaine (ou de la huitième semaine en cas de naissance multiple) à la deuxième semaine y incluse précédant l'accouchement.

### 7.2.4. LE REPOS DE MATERNITÉ SUIT IMMÉDIATEMENT UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Si toutefois le repos de maternité est immédiatement précédé d'une incapacité de travail, sans reprise du travail entre ces deux périodes, la rémunération perdue au titre de l'assurance maternité est la même que la rémunération perdue prise en considération pour le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail (cf. art. 45, § 4, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

 **Remarque** : cette disposition ne s'applique pas lorsque les gardiennes d'enfants agréés en incapacité de travail ayant le statut *sui generis* dans le cadre du système de sécurité sociale prennent un repos de maternité.

En revanche, en ce qui concerne le plafond salarial maximum à prendre en considération (art. 212 de l'A.R. du 03.07.1996), le plafond applicable au début du repos de maternité doit être pris en compte, car ce repos de maternité constitue un nouveau risque social. Le cas échéant, l'indemnité de maternité sera donc calculée sur la base d'un plafond salarial supérieur à celui en vigueur au début de l'incapacité primaire ou de l'invalidité.

## VIII. Pas de retenue de 3,5 % sur les indemnités de maternité de la titulaire invalide

Si une titulaire invalide prend un repos de maternité, la mutualité n'est pas tenue de retenir 3,5 % des indemnités de maternité au profit du secteur des pensions. Ce principe s'applique également si cette retenue est effectuée sur les indemnités d'invalidité.

L'article 134, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses prévoit qu'il est instauré une retenue de 3,5 % sur les "indemnités d'invalidité" visées à l'article 114, 6°, de la même loi. L'article 114, 6°, de cette loi du 27 décembre 2006 fait référence aux "indemnités d'invalidité" accordées en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.



### Exemple

Une travailleuse est reconnue en incapacité de travail à partir du 16 février 2021. En mars 2022, elle peut prétendre à une indemnité d'invalidité comme titulaire ayant charge de famille s'élevant à 78,00 EUR (= 65 % de 120,0000 EUR correspondant à la rémunération journalière moyenne). Une retenue de 3,5 % est effectuée sur cette indemnité d'invalidité au profit du secteur des pensions (retenue complète à partir de 69,99 EUR) de sorte que l'intéressée perçoit une indemnité d'invalidité de 75,27 EUR.

Durant le repos de maternité à partir du 4 avril 2022, cette titulaire invalide (liée par un contrat de travail) a droit à une indemnité de maternité s'élevant à 98,40 EUR (= 82 % de 120,0000 EUR) durant les trente premiers jours et ensuite à 90,00 EUR (= 75 % de 120,0000 EUR). La retenue de 3,5 % au profit du secteur des pensions n'est pas applicable.



**Remarque :** un précompte professionnel de 11,11 % est toutefois retenu sur cette indemnité de maternité (cf. la règle n° 2.12, B.5 de l'annexe III de l'A.R./CIR 1992).

## IX. Dates de versement de l'indemnité de maternité

En vertu de l'article 47 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997, l'indemnité de maternité est versée aux dates prévues pour le versement de l'indemnité d'incapacité primaire. L'indemnité de maternité est donc versée pour la première fois dans les 30 jours suivant la demande de repos de maternité puis au plus tard dans les cinq premiers jours du mois pour le mois précédent.

Toutefois, si l'indemnité de maternité est due à une titulaire invalide, elle est versée aux dates prévues à l'article 20, § 2, du présent Règlement pour le versement de l'indemnité d'invalidité. Dans ce cas, l'indemnité de maternité est versée au plus tôt le troisième dernier jour ouvrable du mois pour le mois en cours et au plus tard dans les cinq premiers jours du mois pour le mois précédent.

## X. Dispositions générales (art. 117 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et art. 219 de l'A.R. du 03.04.1996)

L'article 117 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose ce qui suit : "Dans la mesure où il n'y est pas dérogé par les dispositions du présent titre, les dispositions des titres I, II, IV, VI à X et XII qui concernent l'assurance indemnités sont applicables en ce qui concerne l'assurance maternité. Pour l'application des dispositions prévues en matière de financement, l'indemnité de maternité est assimilée à une indemnité d'incapacité primaire, lorsque ladite indemnité est accordée à une titulaire visée à l'article 93, elle est toutefois assimilée à une indemnité d'invalidité."

 Par exemple, dans l'assurance maternité, les dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 s'appliquent concernant le refus d'indemnités pendant une période couverte, par exemple, par un salaire, un pécule de vacances, l'indemnité pour rupture irrégulière du contrat de travail ou une allocation d'interruption en cas d'interruption de carrière complète (art. 103 de la loi coordonnée du 14.07.1994), la liaison à l'indice (art. 107 de la loi coordonnée du 14.07.1994), le principe de territorialité des prestations (art. 136, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994), etc.

L'article 219 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 contient également une disposition générale prévoyant que les dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 relatives à l'assurance indemnités sont déclarées applicables à l'assurance maternité, sous réserve que les sections I, II, III, IV, *IVbis*, VII et *VIIbis* du chapitre III du titre III dudit arrêté royal du 3 juillet 1996 ne dérogent pas à ces dispositions.

## XI. Refus d'accorder les indemnités de maternité pour un jour férié indemnisé

La "période de congé de grossesse ou d'accouchement" telle que définie à l'article 12, 3<sup>o</sup>, c), de l'arrêté royal du 18 avril 1974 déterminant les modalités générales d'exécution de la loi du 4 janvier 1974 relative aux jours fériés constitue le congé de maternité effectif visé à l'article 39 de la loi sur le travail du 16 mars 1971. Concrètement, cela signifie que l'employeur doit indemniser les jours fériés légaux qui tombent dans la période de trente jours suivant la suspension du contrat de travail pour cause de repos de maternité.

Ce principe s'applique également si, avant le repos de maternité,

- l'intéressée a déjà été écartée du travail pendant une période (motifs de suspension distincts qui, successivement, ne peuvent être additionnés pour déterminer le droit à la rémunération des jours fériés).  
L'employeur a donc dû indemniser tous les jours fériés légaux qui tombent dans les 15 premiers jours de la suspension du contrat de travail pour écartement du travail (application de l'art. 12, 4<sup>o</sup>, a), de l'A.R. du 18.04.1974 précité : "des autres suspensions de l'exécution du contrat")
- l'intéressée s'est déjà retrouvée en incapacité de travail (motifs de suspension distincts qui, successivement, ne peuvent être additionnés pour déterminer le droit à la rémunération des jours fériés).  
L'employeur a donc dû indemniser tous les jours fériés légaux qui tombent dans les trente premiers jours de la suspension du contrat de travail pour incapacité de travail (application de l'art. 12, 3<sup>o</sup>, a) de l'A.R. du 18.04.1974 précité).

Pour les jours couverts par le salaire au titre du jour férié légal, l'intéressée ne peut prétendre à l'indemnité de maternité (application de l'interdiction de cumul visée à l'art. 103, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> de la loi coordonnée du 14.07.1994).

## XII. Effet suspensif des périodes de repos de maternité sur les périodes d'incapacité de travail

Tant l'article 87, alinéa 5 ("incapacité primaire"), que l'article 93, alinéa 3 ("invalidité"), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoient que les périodes de repos de maternité qui coïncident avec une période d'incapacité primaire ou, selon le cas, d'invalidité, suspendent cette période d'incapacité primaire ou d'invalidité.

Compte tenu de l'effet suspensif d'une période de repos de maternité sur la période d'incapacité primaire, la date d'entrée en invalidité est reportée de la durée de la période de repos de maternité commençant pendant une période d'incapacité primaire, de sorte que l'intéressée puisse prétendre aux indemnités d'incapacité de travail primaire pendant une période effective de douze mois.

Nonobstant cet effet suspensif, l'intervention forfaitaire pour l'aide de tiers peut être maintenue pendant la durée du repos de maternité, à condition que l'intéressée ait déjà droit à cette indemnité au début du repos de maternité.

## XIII. Congé de maternité converti : possibilité de convertir une partie du repos de maternité en congé pour un autre titulaire

### 13.1. Droit au congé de maternité converti et durée

L'article 114, alinéa 7, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que, lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère, une partie de la période de repos postnatal peut être convertie en un congé en faveur du titulaire visé à l'article 86, § 1<sup>er</sup>, qui satisfait aux conditions prévues par les articles 116/1 à 116/4 et 131, de cette loi coordonnée et à celles prévues par l'article 30, § 2, alinéas 1<sup>er</sup> à 6, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Dans deux situations, le père ou le coparent (en qualité de bénéficiaire des indemnités de l'assurance maternité) de l'enfant peut prendre un congé de maternité converti :

- *lors du décès de la mère* (cf. art. 221, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 03.07.1996) :

Le père ou le coparent (coparente) de l'enfant peut prendre un congé de maternité converti qui ne peut dépasser la période de repos postnatal que la mère n'avait pas encore prise au moment de son décès. Le jour du décès de la mère est inclus dans le repos de maternité pris par la mère. De plus, le nouveau-né doit avoir quitté l'hôpital.

- *lors de l'admission de la mère à l'hôpital (cf. art. 222, § 1<sup>er</sup>, de l'A.R. du 03.07.1996) :*  
Le père ou le coparent (coparente) peut bénéficier d'un congé de maternité converti prenant cours au plus tôt à partir du huitième jour à compter de la naissance de l'enfant, à condition que l'hospitalisation de la mère ait une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né ait quitté l'hôpital. Ce congé de maternité converti expire au moment où la mère rentre à la maison. Le congé ne peut jamais dépasser la période correspondant au repos de maternité non encore épuisé par la mère au moment de son hospitalisation.

 **Note:** la mère elle-même conserve le droit aux indemnités de maternité du fait du repos de maternité pendant cette période d'hospitalisation.

Un **ordre de priorités** a été mis en place pour la prise du congé de maternité converti. Plus spécifiquement, l'ordre de priorités suivant s'applique :

1) *le père ou la coparente dont la filiation est établie à son égard*

Si la filiation du père ou de la coparente est établie à son égard, seul le père ou la coparente de l'enfant peut prétendre au congé de maternité converti.

En l'absence d'un père ou d'une coparente dont la filiation est établie à son égard, le droit au congé de maternité converti s'ouvre successivement au

2) *travailleur qui est marié à la mère au moment de la naissance (cette option est en principe devenue sans objet après l'entrée en vigueur de la loi du 05.05.2014 portant établissement de la filiation de la coparente) ;*

3) *travailleur cohabitant légalement avec la mère, avec lequel l'enfant a sa résidence principale et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage ;*

4) *travailleur qui, pendant une période ininterrompue de trois ans précédant la naissance, cohabite de manière permanente et affective avec la mère chez qui l'enfant a sa résidence principale et qui n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage.*

## 13.2. Montant de l'indemnité lors d'un congé de maternité converti

Il faut faire une distinction selon que la mère est décédée ou qu'elle a été hospitalisée :

- *lors du décès de la mère (cf. art. 221, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) :*

Cette indemnité est déterminée de la même manière que les indemnités de maternité mais sur la base de la rémunération perdue du père ou du coparent (coparente) en tant que travailleur salarié ou chômeur contrôlé.

Si l'intéressé est un chômeur contrôlé, le montant de son indemnité pour le congé de maternité converti est égal au montant des allocations de chômage auxquelles il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti ("mesure d'alignement").

Toutefois, cela signifie également que le montant de l'indemnité de congé de maternité converti pour un titulaire reconnu en incapacité de travail ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti. Le cas échéant, la "mesure d'alignement" est encore d'application.

- *lors de l'hospitalisation de la mère (cf. art. 222, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996) :*

Le père ou le coparent (coparente) a droit à une indemnité égale à 60 % de la rémunération perdue plafonnée.

Si l'intéressé est un chômeur contrôlé, le montant de son indemnité pour le congé de maternité converti est égal au montant des allocations de chômage auxquelles il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti ("mesure d'alignement"). Toutefois, dans le cas d'un titulaire reconnu en incapacité de travail, le montant de l'indemnité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il aurait eu droit s'il ne se trouvait pas dans une période de congé de maternité converti. Le cas échéant, la "mesure d'alignement" est encore d'application.

 Exemple:

Au début de son incapacité de travail le 1<sup>er</sup> juillet 2021, un chômeur contrôlé peut en principe prétendre à une allocation de chômage s'élevant à 45,12 EUR (code chiffre 49 (= 75,1973 EUR); B12). Etant donné la "mesure d'alignement", son indemnité d'incapacité de travail s'élève en principe donc aussi à 45,12 EUR et à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2021 à 46,02 EUR (indexation des prestations sociales).

Après le décès de son épouse (le 16.12.2021) ayant accouché le 14 décembre 2021, il peut en principe prétendre à une allocation de chômage s'élevant à 55,11 EUR (indemnité minimale "cohabitant avec charge de famille"). Étant donné la "mesure d'alignement", son indemnité d'incapacité de travail s'élève aussi à 55,11 EUR.

À partir du 23 décembre 2021 il prend un congé de maternité converti (9 semaines) :

- *indemnisation à partir du 23 décembre 2021 jusqu'au 31 décembre 2021* : une indemnité de base de **55,11 EUR** (application de la "mesure d'alignement") et une indemnité complémentaire de **11,51 EUR** (= 15 % de 75,1973 EUR + indexation des prestations sociales; son épouse a déjà pris 30 jours de repos de maternité)
- *indemnisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 jusqu'au 23 février 2022 (fin de la "mesure d'alignement")* : en principe une indemnité de base de 46,9412 EUR (= 60 % de 75,1973 EUR + 2 indexations) et une indemnité complémentaire de 11,7353 EUR (= 15 % de 75,1973 EUR + 2 indexations) ; soit, au total 58,6765 EUR.  
L'intéressé a toutefois la qualité de 'travailleur régulier' et peut ainsi prétendre à une indemnité minimale de 66,20 EUR comme titulaire ayant charge de famille. Tenant compte de la mesure de garantie visée à l'article 113, alinéa 5 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, son indemnité de congé de maternité converti s'élève donc à **66,20 EUR**.

Pour que le père ou le coparent (coparente) de l'enfant puisse bénéficier d'une indemnité pour le congé de maternité converti dans le cadre de l'assurance maternité des travailleurs salariés, il est en principe requis que les deux parents puissent être considérés comme les titulaires au sens de l'article 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Si la mère est un agent statutaire (non titulaire au sens de l'art. 86, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14.07.1994), l'intéressée peut néanmoins prétendre à l'indemnisation du congé de maternité converti si les conditions suivantes sont réunies de façon cumulative<sup>6</sup> :

- la réglementation statutaire applicable à la mère accorde ce congé de maternité converti à l'agent statutaire
- le père (le coparent(e)) a la qualité de bénéficiaire de l'assurance indemnités et les autres conditions réglementaires doivent être remplies (telles que celles visées à l'art. 114 de la loi coordonnée du 14.07.1994 et aux art. 221 et 222 de l'A.R. du 03.07.1996 (par ex., le nouveau-né doit avoir quitté l'hôpital)).

6. Cf. la décision du Conseil technique intermutualiste lors de sa réunion du 05.07.2000.

### 13.3. Formalités à remplir

- *lors du décès de la mère :*

Le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès de la mutualité à laquelle il est affilié. Cette demande doit être accompagnée de l'attestation de l'établissement hospitalier indiquant que le nouveau-né a quitté l'hôpital (*cf.* art. 221, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

Si la filiation n'est pas établie, l'intéressé doit également présenter à la mutualité *une déclaration sur l'honneur* confirmant qu'il remplit les conditions pour bénéficier de ce congé en vertu de l'ordre de priorité prévu à l'article 30, § 2, alinéa 3, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et, si il se trouve dans la situation visée à l'article 30, § 2, alinéa 3, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, de la même loi (= soit la cohabitation légale avec la mère, soit la cohabitation permanente et affective avec la mère pendant une période ininterrompue de trois ans avant la naissance), qu'il n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage pour laquelle aucune dérogation ne peut être accordée par le Roi (art. 52<sup>ter</sup>, al. 2 du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

- *lors de l'hospitalisation de la mère :*

Le bénéficiaire est tenu d'introduire une demande auprès de la mutualité à laquelle il est affilié. Cette demande doit être accompagnée d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de la mère a commencé et confirmant que l'hospitalisation de la mère a une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né a quitté l'hôpital (*cf.* art. 222, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996).

Si la filiation n'est pas établie, l'intéressé doit également présenter à la mutualité *une déclaration sur l'honneur* confirmant qu'il remplit les conditions pour bénéficier de ce congé en vertu de l'ordre de priorité prévu à l'article 30, § 2, alinéa 3, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et, si il se trouve dans la situation visée à l'article 30, § 2, alinéa 3, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, de la même loi (= soit la cohabitation légale avec la mère, soit la cohabitation permanente et affective avec la mère pendant une période ininterrompue de trois ans avant la naissance), qu'il n'est pas uni par un lien de parenté entraînant une prohibition de mariage pour laquelle aucune dérogation ne peut être accordée par le Roi (art. 52<sup>ter</sup>, al. 2, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

À la fin du congé de maternité converti, le titulaire doit fournir à sa mutualité une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de la mère a pris fin (art. 52<sup>ter</sup>, al. 4, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

En outre, à la fin de chaque congé de maternité converti, une déclaration de reprise du travail ou une preuve de chômage contrôlé doit toujours être soumise à la mutualité (art. 52<sup>ter</sup>, al. 3, du Règlement des indemnités du 16.04.1997).

### 13.4. Mutualité autorisée à verser l'indemnité de congé de maternité converti (art. 223 de l'A.R. du 03.07.1996)

La mutualité chargée du paiement de l'indemnité de congé de maternité converti est la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire qui prend le congé de maternité converti. Dans ce cas, cet organisme demandera à la mutualité de l'affiliation de la mère toutes les informations nécessaires pour déterminer la partie restante de la période de repos postnatal à compter du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

### 13.5. Cumul du congé de maternité converti avec le congé de paternité ou de naissance

L'article 30, § 2, alinéa 5, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail prévoit que le droit au congé de maternité visé à l'article 39 de la loi sur le travail du 16 mars 1971 exclut, le cas échéant, le droit au congé de paternité ou de naissance du même parent.

Le travailleur qui, en application de l'article 39, alinéa 6, de la loi sur le travail du 16 mars 1971, prend le congé de maternité converti, n'a donc plus droit au congé de paternité ou de naissance. Toutefois, si l'intéressé avait précédemment pris des jours de congé de paternité ou de naissance, ces jours sont maintenus.

## XIV. Entrée en vigueur

La présente circulaire entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2022.

## XV. Abrogation

La circulaire O.A. n° 2020/204<sup>7</sup> - 47/9 du 16 juillet 2020 est abrogée.



Circulaire O.A. n° 2022/116 – 47/10 du 30 mars 2022.

7. Publiée dans le B.I. n° 2020/4.

## IV. Exercice d'une activité dans le cadre de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

Abroge la circulaire O.A. n° 2021/230<sup>2</sup> – 249/40 et 484/12 du 19 août 2021.

Le régime temporaire pour le travail associatif, tel qu'il est organisé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, a pris fin le 31 décembre 2021. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce régime est remplacé par un système spécifique qui dispense certains employeurs et travailleurs du secteur sportif et socioculturel du paiement des cotisations de sécurité sociale (art. 17 de "l'arrêté ONSS" du 28.11.1969). Ce système a été élargi afin de permettre l'engagement de travailleurs pour l'accomplissement d'activités qui relevaient précédemment du travail associatif.

La présente circulaire a pour but d'expliquer le cadre réglementaire qui régit les activités de ce type en vertu de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969, ainsi que les éventuelles possibilités pour un travailleur salarié et un travailleur indépendant d'accomplir une telle activité pendant une période d'incapacité de travail.

### 1. Dispositions générales

#### 1.1. Champ d'application de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969

1° L'État, les Communautés, les Régions et les administrations provinciales et locales pour les personnes occupées dans un emploi comportant des prestations de travail accomplies soit :

- en qualité de chef responsable, d'intendant, d'économiste, de moniteur ou de moniteur adjoint au cours de vacances sportives organisées pendant les vacances et les journées ou parties de journées libres dans l'enseignement
- comme animateur d'activités socio-culturelles et sportives pendant les journées libres dans l'enseignement
- sous forme d'initiation, de démonstration ou de conférence qui ont lieu après 16 heures 30 ou pendant les journées ou parties de journées libres dans l'enseignement.

2° La VRT, la RTBF et la BRF ainsi que les personnes qui, reprises dans le cadre organique de leur personnel, sont en outre occupées en qualité d'artistes (*pour celles-ci, le contingent de 25 jours/an reste d'application - cf. ci-dessous*) ;

3° L'État, les Communautés, les Régions, les administrations provinciales et locales, de même que les employeurs organisés en tant qu'association sans but lucratif ou en société à finalité sociale dont les statuts stipulent que les associés ne recherchent aucun bénéfice patrimonial, qui organisent des colonies de vacances, plaines de jeux et stages sportifs et les personnes qu'ils occupent en qualité d'intendant, d'économiste, de moniteur ou de surveillant exclusivement pendant les vacances scolaires ;

4° Les organisations reconnues par les autorités compétentes ou les organisations qui sont affiliées à une fédération reconnue, et qui ont pour mission de dispenser une formation socioculturelle et/ou une initiation sportive et/ou des activités sportives et les personnes que ces organisations occupent comme animateur, chef, moniteur, coordinateur, entraîneur sportif, professeur de sport, coach sportif, coordinateur des sports pour les jeunes, responsable du terrain ou du matériel, formateur, coach, responsable de processus en dehors de leurs heures de travail ou scolaires ou pendant les vacances scolaires, et les organisations du secteur des arts amateurs reconnues par les autorités compétentes ou les organisations qui sont affiliées à une fédération reconnue, qui occupent des personnes en tant qu'enseignants, formateurs, coachs et responsables de processus artistiques ou techniques (artistiques) et dont les prestations ne sont pas des prestations artistiques déjà couvertes ou éligibles au titre d'indemnités forfaitaires de défraiement ;

5° Les pouvoirs organisateurs des écoles subsidiées par une Communauté et les personnes qu'elles occupent comme animateurs d'activités socioculturelles et sportives pendant les journées ou parties de journée pendant lesquelles les cours sont suspendus ;

6° Les organisateurs de manifestations sportives et les personnes qu'ils occupent exclusivement le jour de ces manifestations, à l'exception des sportifs rémunérés ;

7° Les organisateurs de manifestations socioculturelles et les personnes qu'ils occupent pour un maximum de 32 heures à répartir selon les besoins entre le jour de l'événement et 3 jours avant ou après l'événement, à l'exclusion des prestations artistiques déjà couvertes ou éligibles au titre d'indemnités forfaitaires de défraiement.

## 1.2. Nombre d'heures

Le régime relatif aux activités dans le cadre de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 qui était d'application jusqu'au 31 décembre 2021 inclus prévoyait une enveloppe de 25 jours par an au cours desquels une dispense des cotisations sociales s'appliquait.

À partir de 2022, ce contingent se compte toutefois *en heures* pour la plupart des activités concernées.

**Règle générale :** 300 heures/an, avec un plafond de 100 heures par trimestre, sauf pour le 3<sup>e</sup> trimestre où le plafond est de 190 heures.

**Exception 1 :** 450 heures/an pour le **secteur sportif**, avec un plafond de 150 heures par trimestre, sauf pour le 3<sup>e</sup> trimestre où le plafond est de 285 heures.

Il est possible de combiner les activités relevant de chacun des deux contingents. Dans ce cas, le plafond pour toutes les activités réunies est limité à 450 heures/an.

Le plafond est limité à 190 heures/an pour les **étudiants** (occupation via un contrat de travail au sens du titre VII de la loi du 03.07.1978 relative aux contrats de travail).

Concrètement, ceci implique qu'un étudiant qui travaille dans le cadre de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 et qui, au cours de la même année, travaille comme étudiant (*cf.* le régime défini à l'art. 17*bis* de "l'arrêté ONSS" du 28.11.1969), peut cumuler au maximum 190 heures dans le cadre de l'article 17 précité (quelle que soit "l'activité") et 475 heures comme étudiant, les plafonds par trimestre étant toujours d'application. S'il dépasse le quota de 190 heures, les heures sont soustraites de son quota en tant qu'étudiant (475 heures).

**Exception 2** : le contingent de 25 jours reste d'application uniquement pour les personnes qui travaillent pour la VRT, la RTBF ou la BRF (*cf. ci-dessus* – pt. 1.1.).

### 1.3. Interdiction de prestations dans le cadre de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969

La fourniture de prestations dans le cadre de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 n'est **pas autorisée** :

- si l'employeur et le travailleur concernés étaient liés par un contrat de travail, une affectation statutaire ou un contrat d'entreprise au cours de la période d'un an précédant le début des prestations
- si le travailleur était occupé par l'employeur dans le cadre d'un contrat conclu en application de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs.

L'interdiction précitée ne s'applique cependant pas :

- si, au cours de la même période, un contrat de travail au sens du titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail liait l'employeur et le travailleur concerné (plus précisément un contrat d'occupation d'étudiants), ou si le contrat de travail a pris fin à la suite d'une mise à la pension
- aux personnes exerçant les activités visées à l'article 3, 7<sup>o</sup> et 8<sup>o</sup>, de la loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif qui ont conclu un contrat d'entreprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et le 31 décembre 2021. Cette disposition est d'application jusqu'au 31 décembre 2022 inclus. Il s'agit plus précisément des activités suivantes :
  - accompagnateur artistique ou technico-artistique dans le secteur des arts amateurs, le secteur artistique ainsi que le secteur de la culture et de l'éducation
  - animateur de formations, de conférences, de présentations ou de spectacles sur des thèmes culturels, artistiques et sociétaux dans le secteur socioculturel, de la culture, de l'éducation artistique et des arts.
- aux personnes qui, reprises dans le cadre organique de la VRT, de la RTBF et de la BRF, sont en outre occupées en qualité d'artistes.

#### 1.4. Rémunération octroyée dans le cadre de l'exercice d'une activité en vertu de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 - Cotisations sociales et fiscalité

Les prestations accomplies en vertu de ce régime de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 sont dispensées de cotisations de sécurité sociale.

Toutefois un impôt sur le revenu de 10 % est d'application, que le travailleur doit payer au moment du décompte fiscal, à la fin de l'année.

#### 1.5. Application du droit du travail

Pour pouvoir accomplir une activité dans le cadre de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969, il faut conclure un **contrat de travail**.

Le principe en vigueur est que la personne qui accomplit des prestations dans le cadre de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 n'est pas exclue de la législation sur le travail.

Le droit du travail n'est toutefois pas applicable dans son intégralité. Les exceptions suivantes s'appliquent en cas d'activité accomplie dans le cadre de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 :

- le droit au salaire garanti en cas d'incapacité de travail en raison d'une maladie autre que professionnelle ou d'un accident autre qu'un accident du travail ou qu'un accident sur le chemin du travail n'est pas d'application  
Cette dérogation au droit au salaire garanti pour le travailleur concerné peut néanmoins être neutralisée par une convention collective de travail rendue généralement contraignante par le Roi
- il découle du caractère marginal de cette occupation qu'il n'est pas souhaitable d'octroyer au *pro rata* le droit à la formation à ces travailleurs. En outre, cette occupation a souvent lieu le soir et pendant le week-end  
C'est pourquoi, en règle générale, ils sont exclus des conventions collectives de travail en ce qui concerne, d'une part, le droit à la formation (*cf.* loi du 05.03.2017 concernant le travail faisable et maniable) et, d'autre part, les suppléments de salaires afférents au travail du soir, de nuit ou du dimanche. Ces travailleurs sont également exclus du droit à la formation si, en ce qui concerne le régime de formation dans le secteur concerné, aucune convention collective de travail n'a été conclue et que donc ces personnes pourraient faire valoir les dispositions de la loi du 5 mars 2017 concernant le travail faisable et maniable en matière de compte formation et de régime en matière du droit à la formation
- vu le caractère marginal de l'occupation, l'arrêté royal n° 5 du 23 octobre 1978 relatif à la tenue des documents sociaux n'est pas d'application. De la sorte, les charges administratives dans le cadre de l'application de l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 sont réduites à un minimum
- le délai de préavis en cas de résiliation par l'employeur ou par le travailleur est fixé dans le contrat conclu *pour une durée indéterminée* et il est opté pour une durée de préavis relativement courte :
  - \* minimum 14 jours si le travailleur compte moins de six mois d'ancienneté ;
  - \* minimum un mois si le travailleur compte au moins six mois d'ancienneté.

Il peut être dérogé à ce délai de préavis par une convention collective rendue généralement contraignante par le Roi.

Le délai de préavis en cas de résiliation par l'employeur ou par le travailleur est fixé dans le contrat conclu *pour une durée déterminée* et il est opté pour une durée de préavis relativement courte :

- \* minimum 14 jours lorsque le contrat est conclu pour une durée de moins de six mois ;
- \* minimum un mois lorsque le contrat est conclu pour une durée d'au moins six mois.

Il peut être dérogé à ce délai de préavis par une convention collective rendue généralement contraignante par le Roi.

## 1.6. Déclaration électronique

Puisque les prestations sont dispensées de cotisations, il ne faut faire aucune DmfA.

Les prestations doivent être déclarées au moyen d'une **Dimona**. Il est nécessaire d'effectuer une Dimona au préalable pour chaque occupation dans le secteur socio-culturel et sportif. Cela s'effectue en heures, excepté pour les travailleurs auprès de la VRT, RTBF et la BRF pour les personnes qui sont reprises dans leur cadre organique, et qui sont, en outre, occupées comme artistes.

- **Dimona 'S17' - sport**

Il s'agit d'une déclaration Dimona en heures, pour des activités qui ont trait au sport.

- **Dimona 'O17' - autres secteurs**

Il s'agit également d'une déclaration Dimona en heures, pour toutes les activités autres que dans le sport ou pour la télévision.

- **Dimona 'T17' - télévision**

Comme dans le passé, il s'agit encore et toujours ici d'une déclaration Dimona en jours (avec un maximum de 25 jours). Au cas où un travailleur serait également actif auprès d'autres employeurs dans le secteur socio-culturel et sportif, ces jours sont convertis en heures où 1 jour correspond à 8 heures, indépendamment de la durée de la prestation durant ce jour.

## 1.7. Conséquences du non-respect des conditions d'application

Si l'un des maxima mentionnés au point 1.2. est dépassé, l'ensemble des heures de travail prestées auprès de l'employeur chez qui le dépassement a lieu sont soumises à l'application de la "loi ONSS" du 27 juin 1969, et ce, pour toutes les rémunérations payées au travailleur par ce même employeur au cours de l'année civile.

## 2. Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et l'assurance indemnités des travailleurs indépendants

### 2.1. Exercice d'une activité visée à l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 - Formalités

#### 2.1.1. APPLICATION DU SYSTÈME DE L'ACTIVITÉ AUTORISÉE

Pour l'exercice d'une activité visée à l'article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 pendant une période d'incapacité de travail, il faut **toujours demander l'autorisation du médecin-conseil**, et cela qu'il s'agisse de la poursuite d'une activité de ce genre en vertu d'un contrat de travail déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté, ou qu'il s'agisse d'exécuter cette activité sur la base d'un nouveau contrat de travail.

Ceci implique donc que :

- *dans le régime des travailleurs salariés :*
  - le titulaire doit conserver une réduction de sa capacité sur le plan médical d'au moins 50 % (cf. art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14.07.1994)
  - l'occupation concernée doit être compatible avec l'affection dont souffre l'assuré social (cf. art. 230, § 2 de l'A.R. du 03.07.1996).
- *dans le régime des travailleurs indépendants :*
  - le titulaire doit continuer à être reconnu incapable de travailler au sens visé à l'article 19 ou 20 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (cf. art. 23bis de l'A.R. du 20.07.1971)
  - l'activité qui est reprise est compatible avec l'état de santé général du titulaire (cf. art. 23bis précité).



**Situation particulière : exercice d'une activité dans le cadre de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 le premier jour de l'incapacité de travail**

Puisque l'autorisation de reprendre le travail conformément à l'article 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (régime des travailleurs salariés) ou à l'article 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (régime des travailleurs indépendants) ne peut être accordée au plus tôt qu'à partir du deuxième jour de la période d'incapacité de travail, il est explicitement prévu à l'article 100, § 1<sup>er</sup> de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (régime des travailleurs salariés) et à l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (régime des travailleurs indépendants) qu'une activité dans le cadre de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus, de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 exercée le premier jour de l'incapacité de travail, n'est **pas** considérée comme une activité (professionnelle), *pour autant que cette activité soit la simple poursuite de l'exécution d'un contrat déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté* (cf. la condition de principe de l'arrêt de toute activité (professionnelle) pour pouvoir être reconnu incapable de travailler dans l'assurance indemnité pour les travailleurs salariés / travailleurs indépendants).

=> La simple poursuite de l'activité dans le cadre de cet article 17 de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 le premier jour de l'incapacité de travail n'empêche donc pas la reconnaissance de l'incapacité de travail.

La rémunération perçue pour cette occupation est cumulable avec l'indemnité d'incapacité de travail. Elle n'est en effet pas considérée comme une rémunération (cf. art. 228, § 3 de l'A.R. du 03.07.1996).

## 2.1.2. FORMALITÉS DE DÉCLARATION ET CONSÉQUENCES EN CAS DE DÉCISION NÉGATIVE DU MÉDECIN-CONSEIL

### a) Régime des travailleurs salariés

Le travailleur incapable de travailler doit en principe communiquer la reprise du travail à l'organisme assureur et demander l'autorisation au médecin-conseil au plus tard le premier jour ouvrable précédant cette reprise du travail.

Si le titulaire déclare la "reprise" d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 qu'il a exercée pendant une période d'incapacité de travail en exécution d'un contrat déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté, à son organisme assureur *dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail*, et introduit une demande d'autorisation d'exercer cette activité pendant l'incapacité de travail, les formalités sont censées avoir été accomplies le premier jour ouvrable qui précède la reprise du travail.

Le médecin-conseil dispose alors d'un délai de trente jours ouvrables à compter de la déclaration et de la demande d'autorisation pour prendre sa décision.

 **Remarque** : si l'intéressé accomplit les formalités précitées en dehors du délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, les règles "habituelles" définies à l'article 230, § 2*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont d'application :

- en cas de non-respect par le titulaire du délai et des conditions pour déclarer la reprise du travail pendant l'incapacité de travail (et demander une autorisation en la matière), une sanction spéciale est d'application lorsque la déclaration a été introduite tardivement, mais *dans un délai de 14 jours à partir de la reprise* (à savoir une réduction de 10 % du montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail).

 **Par exemple** : un assuré est incapable de travailler à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022 et il déclare cette incapacité de travail le 12 avril 2022. Avant cette période d'incapacité de travail, il était déjà actif en qualité de coach sportif (cf. art. 17, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 4<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28.11.1969). Il reprend cette activité à partir du 10 mai 2022. Il déclare cette reprise du travail et demande l'autorisation le 13 mai 2022. Puisque cette déclaration et la demande d'autorisation ont été faites plus d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, les règles habituelles sont d'application. Étant donné que la déclaration a été introduite dans un délai de 14 jours à partir de la reprise, les indemnités d'incapacité de travail doivent être réduites de 10 % pour la période du 10 mai 2022 jusqu'au 13 mai 2022 inclus.

- Si le titulaire déclare sa reprise du travail *plus de 14 jours après la reprise*, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sont d'application jusqu'à la date à laquelle la décision du médecin-conseil produit ses effets (activité non autorisée).

 **Par exemple** : un assuré est incapable de travailler à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022 et il déclare cette incapacité de travail le 12 avril 2022. Avant cette période d'incapacité de travail, il était déjà actif en qualité de coach sportif (cf. art. 17, § 1<sup>er</sup>, al. 1, 4<sup>o</sup> de "l'arrêté ONSS" du 28.11.1969). Il reprend cette activité à partir du 4 avril 2022. Il déclare cette reprise du travail et demande l'autorisation le 13 mai 2022. Puisque cette déclaration et la demande d'autorisation ont été faites plus d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, les règles habituelles sont d'application. Étant donné que la déclaration a été introduite plus de 14 jours à compter de la reprise, les dispositions de l'article 101 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sont d'application.

Le titulaire qui a communiqué la reprise du travail et a introduit la demande d'autorisation dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail et qui

- est informé d'une décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprendre une activité en raison de l'incompatibilité de cette activité dans le cadre de l'article 17 précité de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 avec son affection

ou

- est informé d'une décision qui met fin à l'état d'incapacité de travail parce que, d'un point de vue médical, il ne conserve pas une réduction de sa capacité d'au moins 50 %, bénéficie pendant la période qui précède la date de prise d'effet de ces décisions, d'indemnités calculées conformément à l'article 230, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 :

=> *de facto*, il n'y a toutefois aucun impact sur les indemnités, puisque les revenus découlant d'une activité visée à l'article 17, & 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 ne sont pas considérés comme un revenu professionnel pour l'application de la règle de cumul visée à l'article 230, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (*cf. infra*).

#### b) Régime des travailleurs indépendants

Le travailleur indépendant incapable de travailler doit en principe introduire, préalablement à la reprise du travail, une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil de son organisme assureur et déposer de cette autorisation avant la reprise du travail en question.

Le titulaire qui, pendant la période d'incapacité de travail, a toutefois exercé une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 en exécution d'un contrat déjà conclu avant le début de l'incapacité de travail et effectivement exécuté, dispose le cas échéant d'un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail pour introduire une demande d'autorisation.

Le médecin-conseil dispose alors d'un délai de trente jours ouvrables à compter de la demande d'autorisation pour prendre sa décision.



**Remarque :** si l'intéressé accomplit les formalités précitées en dehors du délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail, les dispositions de l'article 23<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 sont d'application (activité non autorisée).

Le titulaire qui a communiqué la reprise du travail et a introduit la demande d'autorisation dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail et qui

- est informé d'une décision de refus d'octroi de l'autorisation de reprendre une activité en raison de l'incompatibilité de cette activité dans le cadre de l'article 17 précité de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969 avec son état de santé général

ou

- est informé d'une décision qui met fin à l'état d'incapacité de travail parce qu'il ne répond plus aux conditions de l'article 19 (ou 20) de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, bénéficie pendant la période qui précède la date de prise d'effet de cette décision, d'indemnités calculées conformément à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :

=> *de facto*, il n'y a aucun impact sur les indemnités, puisqu'une activité de ce genre est considérée comme une activité non rémunérée de nature non professionnelle pour l'application de la règle de cumul visée à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (*cf. infra*).

## 2.2. Cumul d'indemnités d'incapacité de travail et d'une rémunération découlant de l'exercice d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969

### A) RÉGIME DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Dans le cadre de la règle de cumul applicable lorsqu'une activité autorisée est exercée qui ne donne pas lieu à un assujettissement à la "loi ONSS" du 27 juin 1969 (*cf.* art. 230, § 1<sup>ter</sup> de l'A.R. du 03.07.1996), il n'est pas tenu compte des revenus découlant d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969.

Concrètement, ceci implique donc que la règle de cumul graduelle visée à l'article 230, § 1<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 n'est pas d'application.

### B) RÉGIME DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Dans le cadre de la règle de cumul applicable lorsqu'une activité autorisée est exercée (*cf.* art. 28*bis* de l'A.R. du 20.07.1971), il n'est pas tenu compte des revenus découlant d'une activité visée à l'article 17, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> à 7<sup>o</sup> inclus de "l'arrêté ONSS" du 28 novembre 1969.

Une activité de ce genre est considérée comme une activité non rémunérée de nature non professionnelle.

Concrètement, ceci implique donc que la règle de cumul graduelle visée à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 n'est pas d'application.

## 3. Entrée en vigueur

La présente circulaire produit ses effets à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/223 – 249/41 et 484/13 du 10 juin 2022.

## V. Transmission des effectifs

### 1. Introduction

1.1. L'attention des organismes assureurs (O.A.) est attirée sur le fait qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022, seuls les nouveaux fichiers des effectifs seront encore utilisés.

Cela implique qu'à partir du second semestre 2022, les effectifs devront être transmis à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) selon les modalités énumérées ci-après et conformément au *dessin d'enregistrement joint en annexe*<sup>1</sup>.

1.2. Les effectifs sont établis **deux fois par an**, les 30 juin et 31 décembre. Ils doivent être transmis à l'INAMI, au plus tard le dernier jour du deuxième mois qui suit les dates précitées, via FTP (File transfert protocol). **Ces effectifs doivent refléter la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné.**

1.3. Dans le fichier doivent figurer tant les titulaires que les personnes à charge. Comme prévu dans le dessin d'enregistrement, ils doivent être désignés par un numéro unique attribué par les O.A., rendant anonyme le numéro d'identification de la sécurité sociale. Le Service du contrôle administratif (SCA) peut néanmoins demander ce Numéro d'identification de la sécurité sociale à des fins de contrôle.

Si le SCA souhaite procéder à des contrôles systématiques et ciblés, un fichier sera envoyé aux O.A. où il leur sera demandé d'y inscrire, en regard des enregistrements mentionnés, l'identité des bénéficiaires (n° NISS, nom et prénom). Le délai de réponse est fixé à 14 jours après la date de réception du fichier.

Les données transmises sont archivées par les O.A., et sont conservées jusqu'à la fin d'une période de cinq mois qui suit le semestre à partir duquel les données concernant les effectifs ont été établies.

1.4. Dès réception, ces fichiers seront soumis à une série de contrôles tels que décrits dans le dessin d'enregistrement joint.

1.5. Les rejets sont envoyés par l'INAMI aux O.A. Les données nécessitant des corrections y sont indiquées sous la forme d'un fichier texte séquentiel. La signification des codes d'erreurs se trouve en annexe<sup>2</sup> de cette circulaire.

1.6. Les O.A. sont tenus, après l'envoi d'un fichier de rejets par l'INAMI, de renvoyer, dans **un délai de deux semaines** (après réception), le fichier complet avec les enregistrements corrigés. **Lors de l'établissement du fichier rectificatif, les O.A. sont tenus de se baser sur la situation telle que connue le dernier jour du semestre concerné, visé dans le point 1.2. de cette circulaire.**

1. Non publié.

2. Non publiée.

Le SCA de l'INAMI n'accepte en principe qu'un seul fichier rectificatif; sauf quand l'organisme assureur peut démontrer qu'un 2<sup>e</sup> fichier rectificatif est justifié. Dans une telle situation, il est attendu de la part des O.A. qu'ils demandent l'accord préalable du SCA. Il est à souligner que les enregistrements non corrigés ne sont pas retenus pour les statistiques, ce qui aura une incidence sur le calcul de la partie variable des frais d'administration.

1.7. Les corrections transmises après l'échéance de la période précitée dûment justifiées par écrit ne seront pas acceptées, sauf en cas de graves problèmes techniques. Dans de pareilles circonstances, le Fonctionnaire dirigeant du **SCA** peut accorder une prolongation de la période.

## 2. Quelques directives pratiques à l'attention des O.A.

### 2.1. Liste de combinaisons valables

Une liste des combinaisons valables a été établie. Cette liste n'est bien sûr pas limitative et sera adaptée si nécessaire. Cette liste se trouve en annexe de cette circulaire.

Si un nouveau code CT1/CT2 est utilisé, il est soumis à l'approbation du groupe de travail "Assurabilité". Si elle est approuvée, cette combinaison sera ajoutée à la liste. Une combinaison valable se compose des champs suivants : code CT1, code CT2, état social, revenus et droit personnel.

Quand les O.A. utiliseront à l'avenir de nouveaux codes titulaires 1 et 2, ils sont priés d'en informer le SCA le plus rapidement possible et de le mettre au courant du code "état social" qui sera utilisé avec le nouveau code, afin que ce code puisse être discuté au sein du Groupe de travail "Assurabilité" avant la fin du semestre. Ainsi, l'INAMI pourra réagir plus rapidement et réduire le nombre d'enregistrements indûment rejetés.

Les adaptations de la liste "Combinaisons valables" seront communiquées aux O.A. par une version mise à jour qui sera publiée sur le site web de l'INAMI



[www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circulaires aux organismes assureurs – Service du contrôle administratif – effectifs).

### 2.2. Liste des codes INS valables

La liste de codes INS est utilisée telle qu'elle a été établie par le Registre national. Ces codes indiquent le domicile de l'intéressé.

En cas de différence entre les codes INS de l'organisme assureur et ceux du Registre national, il est proposé de contrôler si le code INS du domicile a vraiment été sélectionné dans le Registre national. Tous les enregistrements ayant un code INS non valable seront refusés ainsi que les enregistrements ayant un code INS 99990 (décédé). Les adaptations de la liste de codes INS seront communiquées aux O.A. Le fichier de référence avec les codes communaux INS (domicile en Belgique) et les codes nationaux (domicile à l'étranger) utilisés lors du contrôle par l'INAMI, se trouve en annexe de cette circulaire.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2019, un certain nombre de communes ont fusionné. Par conséquent, il y a de nouveaux codes INS, qui entrent en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019. La question a été posée au service sur quels codes INS les O.A. doivent utiliser lors de l'élaboration des données des effectifs pour le S2 2018 : les anciens ou les nouveaux ?

Afin que les O.A. puissent respecter la date limite pour la transmission du fichier 2018S2, il a été accepté que soient utilisés aussi bien les codes INS de la liste valable jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2019, que les codes INS de la liste valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

À partir du fichier des effectifs 2019S1, seuls les nouveaux codes INS seront acceptés. Si les anciens codes figurent encore dans le fichier 2019S1, cela mènera à un nombre relativement élevé d'anomalies, et par conséquent, à une demande de la part de l'INAMI d'un nouveau fichier corrigé.

Les nouveaux codes INS se trouvent en annexe 2<sup>3</sup>.

### 2.3. Travailleurs frontaliers

Seuls les bénéficiaires dont les dépenses soins de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Cela implique que les travailleurs frontaliers occupés en Belgique et résidant à l'étranger doivent figurer dans les fichiers des effectifs. Ils sont assujettis à la sécurité sociale belge et peuvent donc bénéficier de l'assurance soins de santé belge.

Les prestations de soins de santé dont ils bénéficient dans leur pays de résidence sont bien sûr remboursées aux intéressés par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent. Toutefois, le coût des prestations de soins de santé remboursées est ensuite remboursé à la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent par la mutualité belge, ce qui signifie que les prestations de soins de santé sont prises en charge par l'assurance soins de santé belge. Il est donc normal que les intéressés figurent dans les fichiers des effectifs.

Les travailleurs résidant en Belgique mais occupés à l'étranger ne peuvent pas figurer dans les fichiers des effectifs parce qu'ils obtiennent le remboursement de leurs prestations de santé par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent en tant qu'assurés sociaux étrangers.

Bien sûr, la mutualité belge remboursera aux intéressés les prestations de santé dispensées en Belgique mais celles-ci seront en fin de compte prises en charge par la mutualité étrangère ou l'organisme étranger compétent.

### 2.4. Pensionnés, veuves et veufs belges résidant à l'étranger

Quand des pensionnés, des veuves ou des veufs bénéficiant d'une pension de retraite ou de survie belge et résidant à l'étranger peuvent-ils figurer dans les fichiers des effectifs ?

Il faut faire en l'occurrence une distinction entre les pays de l'Espace Economique Européen, y compris les pays avec lesquels la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé, et les autres pays.

#### 2.4.1. PAYS DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN ET PAYS AVEC LESQUELS LA BELGIQUE A CONCLU UNE CONVENTION EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Si les intéressés sont considérés comme à charge de l'assurance soins de santé belge, ils doivent figurer dans les fichiers des effectifs. Il peut s'agir, par exemple, d'une personne qui bénéficie exclusivement d'une pension belge ou d'une personne qui, outre une pension belge, perçoit également une pension d'un pays autre que le pays où elle réside.

Dans ce cas également, les prestations de soins de santé sont remboursées aux assurés sociaux par la mutualité du pays de résidence qui ensuite récupérera ces dépenses auprès de l'assurance soins de santé belge. Les intéressés doivent donc être considérés comme assurés sociaux belges et figurer dans les fichiers des effectifs.

Si les intéressés, outre la pension belge, perçoivent également une pension du pays où ils résident, ils ne peuvent être considérés comme assurés sociaux belges. Ils ne peuvent donc figurer dans les fichiers d'effectifs. À l'inverse, à leur retour en Belgique, ils acquièrent la qualité d'assurés sociaux belges et doivent être repris dans les fichiers des effectifs.

#### 2.4.2. AUTRES PAYS

Les personnes qui bénéficient d'une pension belge et qui résident dans un autre pays qu'un État membre de l'EEE ou qu'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention en matière de soins de santé ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Elles ne pourront être mentionnées comme assurés sociaux belges qu'à leur retour en Belgique.

### 2.5. Personnes qui résident en Belgique mais qui sont couvertes par une assurance soins de santé étrangère

Les personnes qui résident dans notre pays et qui sont à charge d'une assurance soins de santé étrangère ne peuvent figurer dans les fichiers des effectifs.

Même si leurs prestations de soins de santé sont remboursées par une mutualité belge, cette mutualité récupérera dans ce cas les dépenses pour soins de santé auprès de la mutualité étrangère ou de l'organisme étranger compétent : les intéressés ne peuvent donc *pas* être considérés comme des bénéficiaires de notre régime d'assurance et ne peuvent donc nullement être comptabilisés dans les relevés d'effectifs.

Cela vaut également pour les bénéficiaires qui peuvent prétendre, en Belgique, au remboursement de prestations de soins de santé conformément au Règlement européen ou en application de traités internationaux.

### 2.6. Diplomates et personnes assimilées

Le personnel des missions diplomatiques et consulaires accrédité en Belgique (les titulaires d'une carte spéciale d'identité délivrée par la direction du Protocole du SPF Affaires étrangères) ne peut plus, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013, être inscrit en qualité de personne inscrite au Registre national, et ceux qui étaient inscrits dans cette qualité perdent ce droit à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. Ils ne peuvent donc plus figurer dans le fichier des effectifs.

### 2.7. Époux/Épouse et cohabitant(e) à charge d'un même titulaire

La règle générale est qu'un titulaire ne peut avoir comme personne à charge qu'une épouse ou qu'une personne cohabitante. Il a cependant été constaté par le passé que certains titulaires en apparence figuraient dans les fichiers avec plus d'une épouse ou personne cohabitante.

Il s'agit donc d'une situation, où ces personnes ne sont plus époux/épouse ou cohabitant(e) personne à charge, mais qui conservent leurs droits en tant que ex-personne à charge et cela à titre personnel, pendant la période réglementaire prévue.

## 2.8. Époux/Épouse de travailleurs indépendants

Les époux/épouses de travailleurs indépendants peuvent avoir une des trois qualités suivantes :

- personne à charge : elles figurent alors dans les effectifs en qualité de personnes à charge
- mini-statut : les intéressées sont personnes à charge dans le cadre de l'assurance soins de santé et titulaires dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 2 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Un bon de cotisation est délivré aux intéressées sous le code 14
- maxi-statut : il s'agit des titulaires tant dans le cadre de l'assurance soins de santé que dans le cadre de l'assurance indemnités. Elles sont mentionnées comme titulaires dans les fichiers des effectifs sous le code 08 dans le champ "état social" et sous le code 1 dans le champ "titulaire ou personne à charge". Elles reçoivent des bons sous le code 18.

## 2.9. Personnes à charge

Dans notre régime d'assurance soins de santé, les personnes qui perdent la qualité de personne à charge, peuvent maintenir leur droit jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont perdu ladite qualité, sous les conditions de l'article 127 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996. Les personnes, qui se trouvent dans la situation de maintien de droit, visée à l'article 127 précité, sont reprises dans les fichiers des effectifs avec les codes qu'ils avaient comme personne à charge.

Les enfants de moins de 25 ans, qui ont la qualité de personne à charge conformément à l'article 123, 3. de l'arrêté précité du 3 juillet 1996, peuvent maintenir leur droit jusqu'à la fin de l'année qui suit celle au cours de laquelle ils ont atteint l'âge de 25 ans, sous les conditions de l'article 127 précité.

Étant donné qu'au niveau statistique on procède par tranches d'âge de cinq ans, seuls les enfants qui n'ont pas atteint l'âge de 30 ans sont acceptés dans les fichiers des effectifs.

## 2.10. Enregistrement des membres du personnel des services publics mis en disponibilité

Comme stipulé dans l'arrêté royal (A.R.) du 1<sup>er</sup> avril 2007, les membres du personnel des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité sont assimilés aux titulaires visés dans l'article 93 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 moyennant présentation d'une attestation délivrée par l'autorité dont le membre du personnel relève et constatant que la période de mise en disponibilité atteint un an.

Ces personnes doivent figurer comme suit dans les fichiers des effectifs : CT1/CT2 = 111/111 avec un état social 3.

## 2.11. Intégration des petits risques dans le régime des indépendants (2008)

L'actuelle circulaire apporte en outre les changements nécessaires, suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance soins de santé des indépendants.

Cette intégration, mise en place par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juillet 2008 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire en soins de santé et indemnités, a pour conséquence que les personnes autrefois assurées dans l'assurance obligatoire soins de santé ont désormais droit à un régime global d'assurance soins de santé, commun avec les personnes auparavant assurées dans le régime général. Ce régime unifié de l'assurance soins de santé donne aux personnes autrefois assurées dans le régime des indépendants la même couverture de risques que tous les autres assurés (donc tant les gros que les petits risques).

Ce changement a aussi pour conséquence qu'un certain nombre de situations particulières ne peuvent plus se produire depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 : ainsi, par exemple, le régime spécifique qui était prévu lors du passage d'un régime vers un autre (ce régime spécifique prévoyait une répercussion sur le droit aux interventions majorées) ; en outre, dans la réglementation modifiée, il n'a pas été prévu plus longtemps que les pensionnés avec une carrière de moins d'un tiers, et les veuves et veufs avec une pension de survie de moins d'un tiers d'une carrière complète, soient redevables d'une cotisation personnelle. Les implications de ces changements susmentionnés ont été intégrés dans la présente circulaire.

Lors de l'adaptation de cette circulaire, les accords précédents repris dans la circulaire 2007/436<sup>4</sup>-220/21, du 26 novembre 2007, ont également été pris en considération : dans cette publication a été repris entre autres l'accord selon lequel le code titulaire 2 pour un indépendant à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 est toujours provisoirement égal à 460 ou 461.

## 2.12. Réforme de l'intervention majorée (2014)

Une réforme de l'intervention majorée est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994).

Par cette réforme, le statut OMNIO disparaît et l'intervention majorée pourra être obtenue de deux manières :

- soit automatiquement, sur la base d'un avantage social dont l'assuré bénéficie (par ex. : le revenu d'intégration sociale), ou sur la base d'une situation dont il se retrouve (par ex. : un enfant gravement handicapé)
- après une enquête sur les revenus effectuée par la mutualité.

Cela implique que la référence au statut OMNIO dans les données relatives aux effectifs est devenue superflue et a été supprimée.

Dans le prolongement de cette réforme, il a également été prévu que l'information concernant l'intervention majorée (qui ressort du chiffre "1" en dernière position du champ du code bénéficiaire) est complétée par une information de base précisant si l'intervention majorée repose soit sur des conditions de revenus, soit sur des avantages sociaux ou des situations sociales.

## 2.13. Intégration des pensionnés OSSOM, des conjoints survivants OSSOM, et des orphelins OSSOM dans l'assurance obligatoire des soins de santé

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, les personnes suivantes ont droit aux remboursements de prestations de soins de santé à charge du régime de l'assurance soins de santé, et elles doivent s'affilier à une mutualité belge pour le remboursement de ces prestations :

- les personnes qui bénéficiaient du régime de l'assurance soins de santé différé de la sécurité sociale d'outre-mer, ainsi que les personnes bénéficiant des prestations de soins de santé prévues pour les employés du Congo belge et du Rwanda-Burundi, et qui résident dans l'Espace économique européen ou en Suisse
- les conjoints survivants et les orphelins, qui résident dans l'Espace économique européen ou en Suisse.

Ces personnes ont le droit conformément aux conditions et tarifs de l'AMI (cf. circ. O.A. 2019/168<sup>5</sup> du Service des soins de santé)<sup>6</sup>.

## 2.14. Précisions sur l'encodage de date de début et de fin d'assurabilité

### 2.14.1. DATE DE DÉBUT D'ASSURABILITÉ

Le champ "Date de début des droits d'assurabilité" concerne *le premier jour des droits réels et actuels d'assurabilité* de l'assuré social. Concrètement, il s'agit de la date la plus récente où l'un de ces changements est intervenu :

- un assuré social s'est inscrit comme titulaire pour la première fois
- un assuré social s'est réinscrit comme titulaire
- un titulaire a changé de qualité de titulaire
- un titulaire est devenu personne à charge
- une personne à charge a changé de titulaire
- une personne à charge est devenue titulaire
- le titulaire d'une personne à charge a changé de qualité
- un assuré social est devenu non-assuré, suite à une perte de droit
- un assuré social a muté
- un assuré social a obtenu son droit à l'intervention majorée
- un assuré social a perdu son droit à l'intervention majorée.

En vertu d'un accord antérieur, la date ne peut être *antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1998*. Si une date antérieure est connue, l'O.A. est tenu d'indiquer le 1<sup>er</sup> janvier 1998 dans les effectifs.

La date de début d'assurabilité ne peut être postérieure à la date de référence du fichier des effectifs (ex : la date ne peut être le 01.01.2023 dans le fichier renseignant la situation au 31.12.2022).

### 2.14.2. DATE DE FIN D'ASSURABILITÉ

La date de fin des droits réels d'assurabilité mentionne la date à laquelle les droits d'assurabilité d'un assuré social prennent fin et doivent être prolongés. Dans la plupart des cas, cette date doit être le 31 décembre de l'année en cours.

5. Non publiée.

6. Les personnes qui ont la qualité de titulaire visé à l'art. 32, 1<sup>er</sup> al., 11<sup>o</sup> *quinquies* de la loi coordonnée, sur la base de l'attestation de la sécurité sociale d'outre-mer de l'ONSS, sont reprises avec les codes qualité utilisés pour les pensionnés du Régime général. Les conjoints survivants de ces personnes, sont repris également avec les codes qualité pour les pensionnés. Les orphelins de ces personnes sont repris avec les codes qualité d'orphelin du régime général.

Toutefois, si une autre date est connue, telle que la veille de la date de la pension, ou la dernière date d'une période d'incapacité de travail, il convient de mentionner cette date-ci.

Concernant les *non-assurés* (CT1/CT2 = 0), il convient de n'indiquer aucune date, et donc des valeurs vides.

### 3. Annexes<sup>7</sup>

Le formulaire d'enregistrement et la description, ainsi que toutes les annexes auxquelles il est fait référence dans cette circulaire, figurent sur le site web de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité

 [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) (rubriques circulaires aux organismes assureurs – Service du contrôle administratif – effectifs).

### 4. Entrée en vigueur

La présente circulaire annule et remplace la circulaire n° 2020/57<sup>8</sup> du 4 mars 2020.

 Circulaire O.A. n° 2022/146 – 62/1423 – 63/1404 et 64/41 du 5 mai 2022.

7. Non publiées.

8. Non publiée.

# VI. Procédure d'introduction de demandes de reconnaissance de preuves de résidence et de cohabitation pour enfants à charge, tel que visé à l'article 123, 3, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996

## 1. Introduction

La présente circulaire a pour objet de clarifier et de préciser la procédure à suivre pour les demandes de reconnaissance de preuves de résidence et de cohabitation pour enfants à charge introduites par les O.A. auprès de la Direction Données d'accessibilité du Service du contrôle administratif (SCA), comme visé à l'article 123, 3, f), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

Pour rappel : Pour pouvoir être inscrit comme enfant personne à charge sur la base de l'article 123, 3, f), l'enfant doit, entre autres, satisfaire aux deux conditions énumérées ci-après :

- l'enfant doit avoir son lieu de résidence principal en Belgique
- le titulaire, son conjoint ou le cohabitant ou l'ascendant à charge du titulaire, assume l'entretien de l'enfant en lieu et place des pères, mères ou autre personnes auxquels incombent normalement cette charge. L'obligation d'entretien est prouvée par le fait que le titulaire cohabite avec la personne à charge concernée.

En principe, la preuve de la résidence principale en Belgique, d'une part, et de la cohabitation, d'autre part, doit être apportée par les données du Registre national.

Toutefois, la réglementation prévoit également qu'en l'absence des données du Registre national, la preuve de la résidence principale en Belgique et la preuve de la cohabitation peuvent résulter de tous les moyens de preuve reconnus comme tels par le SCA.

En outre, cette circulaire reprend intégralement les moyens de preuve précédemment mentionnés dans la circulaire commune du 22 juin 2009 (Circ. O.A. 2009/256<sup>1</sup>), élaborée par le Service des soins de santé (SdSS) et le Service du contrôle administratif (SCA), et les accepte comme preuves concluantes. Il ne s'agit cependant pas d'une énumération exhaustive, si bien qu'il reste donc possible de présenter des demandes de reconnaissance d'autres documents.

La circulaire actuelle a pour objet de préciser plus en détail, à l'intention des O.A., la manière dont ils doivent introduire une demande et les éléments qui doivent l'accompagner.

2. Documents dont on reconnaît qu'ils constituent une preuve concluante, et pour lesquels aucune demande ne doit donc être introduite

Le Service souligne qu'une double preuve doit toujours être disponible : tant une preuve de résidence en Belgique qu'une preuve de cohabitation.

Les déclarations et attestations énumérées ci-dessous ont déjà été acceptées dans le passé par le SCA comme des preuves concluantes. Il n'est donc pas requis d'introduire une demande pour de tels documents. Cette liste n'est pas exhaustive et peut être complétée sur la base de la procédure décrite dans la partie 3).

### 2.1. Preuve de la résidence de l'enfant en Belgique

- une déclaration d'arrivée indiquant l'adresse de la personne qui élèvera l'enfant ou une demande de titre de séjour de plus de 3 mois ou une déclaration de prise en charge (admission au séjour provisoire)
- une attestation du bourgmestre relative à la résidence
- une attestation modèle 2 : un accusé de réception cf. article 7, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au droit d'accès aux registres de la population et au registre des étrangers
- une déclaration de l'agent de quartier ou une déclaration de la commune qui constate la résidence après enquête.

### 2.2. Preuve de cohabitation avec le titulaire (attestant que le titulaire se charge d'assumer l'entretien de l'enfant)

#### A. JUGEMENT, ACTE NOTARIÉ OU COMMUN ACCORD

Le service accepte que le jugement, l'acte notarié ou l'accord commun déposé au greffe qui confère le droit de garde constitue déjà une preuve que la personne à laquelle le droit de garde est accordé en assume l'entretien - dans ce cas, aucune preuve supplémentaire de ce fait ne s'impose.

#### B. DÉCISIONS JUDICIAIRES OU ACTES AUTHENTIQUES

Les décisions judiciaires ou actes authentiques suivants sont des pièces justificatives concluantes :

- une copie de l'attestation du tribunal de la jeunesse attestant que l'enfant a été chez le titulaire ou un jugement du même tribunal attestant que l'enfant a été placé ou réside chez le titulaire
- une copie du jugement du juge de paix rendu en exécution du Chapitre IIbis du Titre X du Code civil, c'est-à-dire la tutelle, attestant que le titulaire exerce une tutelle sur l'enfant
- une demande d'homologation de l'adoption auprès du greffe du tribunal de la jeunesse, attestant que le titulaire est l'adoptant de l'enfant
- un acte de tutelle étranger qui atteste la cohabitation en Belgique.

### C. AUTRES ATTESTATIONS

Les attestations suivantes constituent une preuve concluante :

- une attestation de Kind en Gezin, de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ou du Dienst für Kind und Familie (DKF) attestant que l'enfant réside chez le titulaire, qui en a la charge
- une lettre de la caisse d'allocations familiales ou le versement des allocations familiales - sur cette base, on peut supposer qu'il y a cohabitation avec le titulaire responsable de l'enfant
- une attestation relative à la fréquentation scolaire attestant que l'enfant réside chez le titulaire qui en est responsable ou une déclaration sur l'honneur de l'enseignant à cet effet
- une déclaration de l'agent de quartier ou une déclaration de la commune attestant que le titulaire et l'enfant cohabitent
- une décision d'une institution régionale officielle de placer l'enfant chez une personne ou une famille d'accueil.

## 3. Modalités de demande pour les documents qui ne figurent pas au point 2

Pour les documents qui ne figurent pas au point 2., il convient d'adresser une demande de reconnaissance à la Direction Contrôle et gestion des données d'accessibilité (ACGES) du SCA.

Cette partie décrit la procédure d'introduction des demandes.

### 3.1. Conditions de recevabilité

L'O.A. doit introduire la demande par e-mail, à l'attention de la Direction Données d'accessibilité via l'adresse e-mail de groupe de cette direction  ([dac-access@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-access@riziv-inami.fgov.be)).

La demande doit toujours être introduite au départ de l'O.A., ce qui permet à l'union nationale de jouer son rôle de coordination et d'éventuellement filtrer des demandes superflues. Si une demande arrive d'une mutualité, elle sera refusée et la mutualité sera invitée à soumettre la demande via son union nationale.

La demande mentionne clairement l'objet de la demande : «demande enfants à charge (art. 123, 3, f), de l'A.R. du 03.07.1996)» ainsi que l'identité du titulaire en mentionnant son NISS.

Toute demande doit être suffisamment étayée par un ou plusieurs documents qui attestent, d'une part, la résidence de l'enfant en Belgique et, d'autre part, que l'enfant cohabite avec le titulaire qui en assume son entretien en lieu et place du parent (il convient d'ajouter les preuves pour chacune des deux conditions).

Ces documents sont toujours envoyés par e-mail en format PDF numérisé, en annexe à la demande.

### 3.2. Modalités de réponse

La réponse à la demande de savoir si le moyen de preuve est reconnu comme preuve concluante sera communiquée à l'O.A. via l'adresse e-mail de groupe de la direction Données d'accessibilité

 ([dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be)).

Le Service s'efforce de traiter les demandes et d'y répondre dans un délai maximum de deux mois. Si l'O.A. veut faire traiter un dossier en priorité, il doit de préférence l'indiquer dans la demande originale.

## 4. Entrée en vigueur

La circulaire entre en vigueur le jour de sa publication et remplace la circulaire O.A. 2019/150<sup>2</sup> du 3 mai 2019.



Circulaire O.A. n° 2022/150 – 11/38 du 6 mai 2022.

# VII. Preuves de qualité de titulaire visé à l'article 32, alinéa premier, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> à 6<sup>o</sup> inclus, 7<sup>o</sup> à 11<sup>o</sup> inclus, 12<sup>o</sup>, 13<sup>o</sup>, 14<sup>o</sup>, 16<sup>o</sup> et 20<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

## 1. Introduction

La présente circulaire a pour objectif d'identifier les données ou les pièces sur lesquelles les organismes assureurs (O.A.) doivent se baser pour pouvoir accepter l'existence des qualités de titulaire dans le régime général.

Pour les qualités de titulaire indépendant et de personne inscrite au Registre national, il existe toutefois des circulaires spécifiques du Service du contrôle administratif (SCA). Ces qualités ne font par conséquent pas l'objet de la présente circulaire.

La présente circulaire fait référence aux échanges de données électroniques pour la plupart des qualités. Pour tous ces échanges de données électroniques, la règle générale est que si l'échange de données électroniques échoue ou si les données électroniques ne peuvent pas être mises à disposition, une attestation papier ayant le même contenu sera délivrée par l'organisme chargé de l'envoi des données électroniques.

## 2. Énumération des données et pièces établissant la qualité de titulaire

### 2.1. La qualité de travailleur visé à l'article 32, alinéa premier, 1<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée

Il s'agit en première instance des travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

La qualité est établie au moment de l'acquisition de celle-ci par une déclaration de l'employeur dont il ressort que le titulaire est soit un travailleur assujetti à un secteur ou aux deux secteurs de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, soit un travailleur assujetti à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et des personnes assimilées.

Il s'agit plus précisément du document «Preuve d'assujettissement à la sécurité sociale» complété par l'employeur ou d'une déclaration écrite de l'employeur avec mention de son numéro ONSS (ceci est la preuve de l'ONSS que les cotisations de sécurité sociale sont payées). Ce document est joint en annexe à cette circulaire.

### CONSULTATION DIMONA

La section Données d'accessibilité du SCA permet en outre d'établir la qualité au moment de l'acquisition de celle-ci via une consultation de la banque de données Dimona (Dimona est mis pour «Déclaration immédiate – onmiddellijke aangifte» et est la banque de données de l'ONSS dans laquelle sont enregistrées les entrées et sorties de service de travailleurs chez des employeurs).

### FLUX DIMONA

Les O.A. ne reçoivent pas toutes les déclarations Dimona via le nouveau «Flux Dimona». Les messages Dimona sont filtrés suivant 3 critères avant d'être envoyés aux O.A. Seuls sont envoyés les messages :

1. dont il ressort un assujettissement à la sécurité sociale, secteur des soins de santé<sup>1</sup>. En annexe 1<sup>2</sup> figure une liste des codes Dimona, par type de travailleur, avec un libellé et l'information s'ils donnent lieu ou non à un assujettissement ;
2. dont il ressort que l'assuré n'est pas encore affilié comme titulaire ;
3. qui concerne un emploi "durable" : le CIN prévoit 7 jours entre la date de début du contrat et l'envoi de la Dimona à l'O.A.<sup>3</sup>

Pour que les O.A. ne prennent et/ou n'inscrivent une personne à charge (PÂC) en qualité de titulaire salarié que quand il s'agit d'un emploi sûr et durable, une période tampon est prévue.

Dès qu'elle reçoit un signal via le flux Dimona pour une PÂC, la mutualité prend contact avec cet assuré dans les 60 jours civils suivant ce signal. Tant que la valeur minimum de cotisation n'est pas atteinte ou que le plafond trimestriel pour les personnes à charge, si d'application, n'est pas dépassé, l'intéressé peut opter pour le maintien de la qualité de personne à charge.

La suite de la procédure sera décrite dans une circulaire O.A. du service des soins de santé.

### BONS DE COTISATION

Dès l'acquisition de la qualité, l'existence de celle-ci ressortira des données qui prouvent que les cotisations requises ont été payées (art. 276, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée) comme requis par la loi précitée du 27 juin 1969. L'année suivant celle de l'affiliation, l'organisme assureur recevra un message électronique (bon de cotisation) indiquant que les cotisations de sécurité sociale ont été payées. Ces données de cotisation sont communiquées à l'organisme assureur via le flux électronique «A908». Les O.A. peuvent également les consulter dans le flux de données "L901".<sup>4</sup>

1. La déclaration Dimona est obligatoire pour tous les travailleurs salariés, y compris les étudiants salariés, les travailleurs occasionnels et autres travailleurs avec dispense ou réduction de la cotisation sociale. L'activité salariée de certains types de travailleurs n'entraîne pas l'assujettissement à la sécurité sociale en générale ou à l'ASSI en particulier. Les messages Dimona remplaçant le document «Preuve d'assujettissement à la sécurité sociale», seuls les messages donnant lieu à un assujettissement à la sécurité sociale doivent être envoyés.

2. Non publiée.

3. Directement après son envoi, la déclaration Dimona est contrôlée par l'ONSS. Une déclaration peut être acceptée ou refusée. Un refus peut entraîner une annulation du message Dimona. Des changements dans le régime ou l'horaire de travail peuvent également entraîner des annulations de messages Dimona.

4. Plus d'informations sur les flux de bons de cotisation dans la Circulaire O.A. n° 2021/298 (publiée au B.I. n° 2021/4) du 26.10.2021.

## LES MILITAIRES QUI SONT DÉTACHÉS DANS L'EEE/EN SUISSE

Par suite d'un changement de stratégie de la Défense, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019, des cotisations de sécurité sociale seront versées pour le régime de l'assurance maladie obligatoire du personnel militaire détaché dans un autre État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse.

### 2.2. Les employés en chômage contrôlé visés à l'article 32, alinéa premier, 3<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée

Il s'agit des employés en chômage contrôlé tels que décrits à l'article 246 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée.

La qualité de chômeur contrôlé est établie au moment de l'acquisition de celle-ci par le flux électronique «A015» envoyé à l'O.A. et qui contient le signal qu'un assuré a acquis cette qualité. Il s'agit d'attestations électroniques envoyées mensuellement aux O.A. dès que les assurés concernés acquièrent la qualité de chômeur contrôlé (juste après qu'ils ont effectué leur stage pour avoir droit au chômage).

Une fois la qualité acquise, l'existence de celle-ci ressortira du flux électronique d'attestations de chômage fournies par les caisses de paiement des allocations de chômage et la Banque-Carrefour de la sécurité sociale aux O.A. Il s'agit du flux de données «A012».

Les attestations de chômage sont envoyées à l'O.A. en 1 envoi global en mars/avril/mai de l'année suivant l'année de référence (à différentes dates en fonction des caisses de paiement des allocations de chômage) ; d'autres envois suivront ensuite régulièrement afin de transmettre les données entre-temps recueillies (données tardives, corrections...).

### 2.3. Les travailleuses visées à l'article 32, alinéa premier, 4<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée qui, à la suite d'une période visée à l'article 32, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup> ou 6<sup>o</sup>, interrompent le travail ou ne reprennent pas le travail pour se reposer, au plus tôt à partir du cinquième mois de la grossesse

L'O.A. constitue lui-même la source authentique des données relatives à la situation concernée étant donné qu'il reconnaît lui-même la situation. Des preuves externes ne sont par conséquent pas nécessaires.

### 2.4. Les travailleurs visés à l'article 32, alinéa premier, 5<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée qui, pour mettre un terme à leur chômage, effectuent un travail domestique et qui, pour l'application de la réglementation de l'assurance chômage, conservent la qualité de salarié habituel

Au chômeur qui met un terme à son chômage, en acceptant d'effectuer à l'intervention de l'Office national de l'Emploi, un travail domestique, cet office remet, dans les deux mois suivant la fin de chaque année civile, éventuellement par l'intermédiaire de l'employeur l'attestation de travail domestique (art. 281, § 2, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée).

## 2.5. Les travailleurs qui se trouvent dans une “période d’assurance continuée” visée à l’article 32, alinéa premier, 6<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée et décrite plus en détail aux articles 247 et suivants de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée

Les preuves sur la base desquelles l’assurance continuée peut être accordée pour les différentes situations énumérées à l’article 247 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée précitée, sont déjà déterminées à l’article 248 de ce même arrêté royal.

## 2.6. Les travailleurs ayant droit à une pension de retraite en vertu de la législation relative aux pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés, ou à une pension anticipée en vertu d’un statut particulier propre au personnel d’une entreprise ainsi que les travailleurs salariés bénéficiant d’une pension de retraite en raison d’une occupation dans le secteur public, visés à l’article 32, alinéa premier, 7<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée

Il s’agit ici de personnes qui bénéficient effectivement d’une des pensions susmentionnées.

Le Service fédéral des pensions et le SPF Finances établissent des déclarations (attestations de soins de santé pensionnés) lors du droit à la pension de retraite, sur lesquelles figurent entre autres la date de début de la pension de retraite.

Les institutions précitées transmettent ces déclarations (attestations de soins de santé pensionnés) par voie électronique via la Banque-Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et le Collège intermutualiste national (CIN) aux O.A. auxquels sont affiliées les personnes concernées.

Ceci se fait via le flux électronique «A101». Ces données sont également disponibles, avec la même valeur probante, dans le flux de consultation «C101».

Comme déjà mentionné dans l’introduction de cette circulaire, la règle générale est que si l’échange électronique de données échoue, ces institutions délivrent aux pensionnés des déclarations papier qui contiennent les mêmes données que celles contenues dans le flux électronique. Les pensionnés doivent remettre ces déclarations aux O.A. auxquels ils sont affiliés. En cas de perte, la section Données d’accessibilité administratives du SCA délivre un duplicata.

Pour les travailleurs ayant droit à une pension de retraite, ce sont les attestations électroniques comportant les codes suivants qui tiennent lieu de pièces justificatives<sup>5</sup> :

Code attestation de pension	Libellé
01	Pension de retraite + 1/3
09	Pension de retraite – 1/3

L’attestation est délivrée dès que le dossier de pension est en ordre, soit avant ou après la date de la pension.

La liste complète des attestations de pension qui seront encore envoyées par le SFPD via le flux de données simplifié «A101» figure en annexe 3<sup>o</sup>.

5. Lors de l’établissement de ces attestations, la distinction a aussi été faite selon qu’il s’agit d’une pension basée sur une carrière professionnelle plus courte ou plus longue qu’un tiers d’une carrière professionnelle complète. Cette distinction est devenue superflue depuis la suppression du droit d’option comme personne à charge pour les pensionnés avec une carrière professionnelle de moins d’un tiers d’une carrière professionnelle complète et pour les veufs d’assurés bénéficiant d’une pension de retraite sur la base d’une carrière professionnelle de moins d’un tiers d’une carrière professionnelle complète.

6. Non publiée.

2.7. Les personnes qui, en raison du bénéfice d'une pension de retraite ou de survie ou d'un avantage qui en tient lieu, établi par ou en vertu d'une loi ou par un règlement autre que le régime de pension des travailleurs salariés, perdent le droit à la pension visée à l'article 32, alinéa premier, 7<sup>o</sup> ou 9<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée

Cette situation est démontrée via un message électronique, transmis dans le flux «A101» précité, portant le code suivant :

Code attestation de pension	Libellé
69	Suspension du paiement de la pension dans la situation visée à l'article 32, alinéa premier, 11 <sup>o</sup> , de la loi coordonnée.

L'attestation est délivrée dès la suspension de la pension de retraite.

2.8. Les travailleurs visés à l'article 32, alinéa premier, 8<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée, ayant droit, en qualité d'ouvrier mineur, à une pension d'invalidité ou à une pension de retraite

Lors de l'admission ou du refus à la pension d'invalidité, la «Cellule ouvriers mineurs» du Service des indemnités envoie un message à l'O.A. de l'intéressé, connu d'elle. Ce modèle est joint en annexe à cette circulaire.

2.9. Les personnes, visées à l'article 32, alinéa premier, 10<sup>o</sup>, de la loi coordonnée précitée ayant droit, en qualité d'agent statutaire du HR Rail à une pension de retraite ou à une pension d'invalidité

Il s'agit de personnes qui sont obligatoirement affiliées à la Caisse des soins de santé de HR Rail et pour lesquelles HR Rail dispose elle-même des données relatives au droit à la pension de retraite ou à la pension d'invalidité.

Depuis 2017, l'envoi des attestations de pensions pour HR Rail est le même que pour d'autres pensions de fonctionnaire. Les mêmes codes sont utilisés.

2.10. Les pensionnés OSSOM + leurs conjoints survivants et orphelins

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les pensionnés de l'OSSOM, leurs conjoints survivants et les orphelins de retraités de l'OSSOM ont droit à des remboursements dans l'assurance obligatoire des soins de santé s'ils résident dans l'EEE ou en Suisse.

L'intégration a eu lieu sur la base de la loi du 21 décembre 2018 portant des dispositions diverses en matière d'affaires sociales, publiée au Moniteur belge le 17 janvier 2019.

Le droit aux soins de santé est ouvert ou étendu, en vertu de l'article 276 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur la base d'une attestation (papier) délivrée par la Sécurité sociale d'Outre-mer de l'ONEm, qui montre que la personne n'est plus à la charge du système OSSOM pour ses soins de santé et qu'elle remplit les conditions pour être affiliée conformément à l'article 32, paragraphe 1, 11<sup>o</sup> *quinquies* ou 11<sup>o</sup> *sexies* (voir annexes 1 et 2)<sup>7</sup> L'attestation indique la qualité de la personne : pensionné - conjoint survivant - orphelin (de père, de mère ou des deux parents).

De plus amples informations sont à trouver dans la circulaire O.A. du SdSS n° 2019/168<sup>8</sup> du 27 mai 2019 «Intégration des pensionnés OSSOM, des conjoints survivants OSSOM et des orphelins OSSOM dans l'assurance obligatoire des soins de santé».

7. Non publiées.

8. Non publiée.

### 2.11. Les anciens fonctionnaires coloniaux visés à l'article 32, alinéa premier, 12<sup>o</sup>

Il s'agit des personnes, déterminées par le Roi, auxquelles le décret du 4 août 1959 remplaçant le décret du 5 septembre 1955 sur l'assurance relative aux soins de santé des agents et anciens agents administratifs et militaires, des magistrats et anciens magistrats de carrière et des agents et anciens agents de l'ordre judiciaire et de la police judiciaire des parquets, était applicable avant le 1<sup>er</sup> janvier 1994.

L'article 128*bis* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 fait déjà référence à l'attestation jointe en annexe II de cet arrêté royal pour la preuve de cette qualité.

### 2.12. Les personnes visées à l'article 32, alinéa premier, 13<sup>o</sup>, qui sont inscrites au Registre national des personnes physiques et qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'exercer un travail lucratif

L'article 128*ter* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, détermine, en exécution de la disposition légale précitée, les reconnaissances d'incapacité (réduction de la capacité de gain) visées. Selon l'origine de la reconnaissance de la réduction de la capacité de gain, les données suivantes tiennent lieu de preuve :

- pour la reconnaissance par le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux : l'attestation fournie par ce Service concernant la reconnaissance de la réduction de la capacité de gain d'au moins deux tiers
- pour les reconnaissances médicales d'enfants handicapés : les données relatives à cette reconnaissance sont communiquées à l'O.A. via le flux "A652" (flux de preuve de la constatation médicale "enfant handicapé"). Ces données figurent également, avec la même valeur probante, dans le flux de consultation "L652"
- pour la reconnaissance de l'incapacité dans le cadre de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées : le flux "A023" (initialement conçu pour les preuves analogues que les assurés remplissent les conditions médicales pour entrer en ligne de compte pour le forfait de soins pour malades chroniques). Ces données figurent également, avec la même valeur probante, dans le flux de consultation "L023"
- les données sur la personne qui bénéficie d'une allocation pour personnes handicapées, telles qu'elles figurent dans le flux "A003" (utilisé pour l'octroi du MAF social et l'intervention majorée de l'assurance), peuvent également être utilisées par l'O.A. comme indicateur de l'existence de la qualité ; vu l'autre finalité de ces données, il ne s'agit toutefois pas d'une preuve suffisante.

### 2.13. Les étudiants visés à l'article 32, alinéa premier, 14<sup>o</sup>, qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours de jour

Le Roi déclare à l'article 128*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 que les étudiants concernés doivent être inscrits et suivre des cours dans un établissement de cours situé en Belgique qui figure sur une liste établie par le SCA, qui, à cet effet, collabore avec les autorités compétentes pour cet enseignement.

Le SCA publie en principe chaque année, via une circulaire aux O.A., une liste actualisée des établissements d'enseignement supérieur.<sup>9</sup>

9. Enseignement de 3e niveau : délivrer une attestation pour s'inscrire à la mutualité comme étudiant - INAMI (fgov.be).

Les étudiants qui, au moyen d'une attestation de l'établissement concerné, démontrent qu'ils étudient, dans les conditions précitées, dans un établissement figurant sur cette liste, prouvent donc la qualité de titulaire. Ils maintiennent leur qualité pour la durée de l'année scolaire et la maintiennent en outre à la fin de l'année scolaire jusqu'au début de l'année scolaire suivante.

#### 2.14. Les enfants des titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 1<sup>o</sup> à 16<sup>o</sup> et 21<sup>o</sup>, qui sont orphelins de père et de mère et qui ouvrent le droit aux allocations familiales

En vertu de l'article 128 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pris en exécution de l'article de loi précité, il s'agit des enfants ou des enfants adoptés d'un titulaire ou de la personne dans l'acte de naissance desquels le nom d'un titulaire est mentionné et dont ce titulaire était, au moment de son décès, le survivant de leurs père et mère ou leur seul parent naturel.

La preuve de leur qualité est fournie par une déclaration délivrée par l'organisme qui paie les allocations familiales, indiquant que l'intéressé est orphelin de père et de mère et a droit aux allocations familiales. Une attestation indiquant que l'intéressé est orphelin de père et de mère et handicapé<sup>10</sup> et bénéficie d'une allocation de remplacement de revenu conformément à la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, tient également lieu de preuve. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les entités fédérées sont compétentes pour l'octroi des allocations familiales, entre autre pour la reconnaissance de l'incapacité physique ou mentale des enfants en vue d'allocations familiales majorées.

#### 2.15. Les veufs et les veuves des titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 16<sup>o</sup>, de la loi coordonnée

Le Service souligne que la qualité de ces titulaires est avant tout basée sur l'état civil de veuf ou veuve des personnes qui, au moment du décès, étaient titulaires au sens de l'article 32, alinéa premier, 1<sup>o</sup> à 15<sup>o</sup> inclus.

La possession de la qualité de titulaire est donc indépendante du bénéfice d'une pension de survie par exemple.

Cette qualité s'avérera tout d'abord des données du Registre national, et - tel que déjà déterminé à l'article 276, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 - de l'acte de décès dont il ressortira qu'il s'agit effectivement du veuf ou de la veuve d'un ancien titulaire.

Les assurés qui changent de NISS et qui perdent ainsi l'état civil de veuf/veuve dans le Registre national peuvent maintenir la qualité de veuf/veuve (ou l'invoquer) aussi longtemps que leur état civil est «isolé».

#### 2.16. Les mineurs étrangers non accompagnés visés à l'article 32, alinéa premier, 22<sup>o</sup>

Les modalités de preuve pour cette catégorie spécifique de titulaires sont déjà incluses dans la Circulaire O.A. n° 2010/386<sup>11</sup> - 2281/4, du 18 octobre 2010 (circ. commune du SCA et du SdSS).

10. Les enfants atteints d'un handicap physique ou mental d'au moins 66 % ont automatiquement droit à l'intervention majorée (I.M). L'art. 8, pt. 6, de l'A.R. du 14.01.2014 relatif à l'intervention majorée stipule à cet égard qu'il doit s'agir d'une incapacité constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale. L'information concernant cette reconnaissance a été communiquée à l'O.A. via le flux A652.

11. Publié dans le B.I. n° 2010/2-3.

## 2.17. Les militaires qui sont détachés dans l'EEE/en Suisse

Suite à un changement de stratégie de la Défense, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019, des cotisations de sécurité sociale seront versées pour le régime de l'assurance maladie obligatoire du personnel militaire détaché dans un autre État membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse.

En annexe<sup>12</sup> figure un template pour l'attestation qui sera établie par la Défense.

## 3. Entrée en vigueur

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2019/155<sup>13</sup> du 7 mai 2019.



Circulaire O.A. n° 2022/220 – 241/13 du 10 juin 2022.

12. Non publiée.

13. Publiée dans le B.I. n° 2019/2.

## VIII. Organisation des flux de données permettant aux mutualités d'identifier les bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée (“le flux proactif”)

**Cette circulaire et le document technique<sup>1</sup> qui l'accompagne portent sur le flux proactif 2022.**

### Introduction :

Cette circulaire traite de l'échange de données proactif défini à l'article 19 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance (M.B. du 29.01.2014)<sup>2</sup> visé à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cet échange de données a pour but de soutenir les O.A. dans la détection de bénéficiaires potentiels à l'I.M. Cette détection a lieu sur la base du revenu du ménage qui est demandé au SPF Finances.

La circulaire fixe les modalités pour l'échange de données entre la Direction Contrôle et gestion des données d'accessibilité (Direction ACCES) du Service du contrôle administratif (SCA) et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre de ce flux de détection.

En annexe à cette circulaire vous trouverez la description technique de cet échange de données ainsi que le tableau contenant l'aperçu de l'échange de données.

### 1. Objectif de l'échange de données proactif

Le flux proactif est un échange de données dans le cadre de l'intervention majorée de l'assurance (I.M.). Le flux proactif est prévu pour vérifier de manière standardisée si les assurés sociaux sans droit à l'I.M. auraient potentiellement droit à l'I.M. Les personnes qui auraient potentiellement droit à l'I.M. sur la base de leur revenu demandé au SPF Finances seront contactées à cet effet par leur O.A.

1. Non publié.

2. A.R. modifiant l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994 qui prévoit, entre autres, l'organisation d'un flux proactif annuel, a été publié au M.B. le 31.03.2020.

## 2. Description générale du processus

L'organisation du flux proactif peut se résumer à un processus en 4 phases : 3 réalisées par les organismes assureurs (O.A.) et 1 réalisée par la Direction ACCES, à savoir :

- phase 1 - Sélection du groupe cible
- phase 2 - Consultation et calcul des revenus
- phase 3 - Contacts
- phase 4 - Déclaration de revenus et octroi du droit

Afin d'identifier les bénéficiaires potentiels, les mutualités organisent un flux en collaboration avec l'INAMI et le SPF Finances.

### 2.1 Phase 1 : Sélection du groupe cible

Le flux proactif est organisé pour vérifier si les ménages sans droit à l'I.M. ont un droit potentiel à l'I.M.

Pour vérifier si ces ménages sont éligibles à l'I.M., les O.A. dressent une liste des ménages dont au moins un des membres n'avait pas droit à l'I.M. au 1er janvier 2022.

Pour des raisons de proportionnalité et de respect de la vie privée, cette liste est limitée aux ménages qui, selon leur O.A., ont un droit potentiel à l'I.M. Ne figurent pas dans la liste les ménages pour lesquels l'O.A. constate qu'ils ne répondraient pas aux conditions de revenus sur la base des critères de l'article 20 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 (détaillé dans la circ. O.A. n° 2020/151<sup>3</sup> du 28.05.2020 relative à la composition du ménage dans le cadre du flux proactif de l'intervention majorée).

Sont ainsi exclus de la participation au flux proactif les ménages dont l'un des membres n'a pas répondu à une invitation visant à introduire une demande d'I.M. au cours de l'une des quatre années précédentes ou a demandé l'ouverture du droit à l'I.M. et cette demande était incomplète ou ne remplissait pas les conditions de revenus.

Idem pour les ménages dont l'O.A. sait, entre autre sur la base des bons de cotisations, qu'un ou plusieurs membres du ménage ont des revenus supérieurs au plafond applicable pour un ménage réel ou pour un ménage composé de deux titulaires et de deux personnes à charge si la mutualité en charge ne peut pas former elle-même le ménage réel.<sup>4</sup>

Le fait de devoir utiliser la composition du ménage, fixée à l'article 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014, signifie qu'il faut identifier les titulaires qui forment un ménage ensemble. Dans le cas de titulaires mariés ou cohabitant légalement, l'O.A. peut déterminer la composition du ménage sans prendre contact avec la ou les personne(s) assurée(s) en question.

Si le ménage ne peut pas être déterminé avec certitude, on communique alors un ménage fictif pour le flux proactif si au moins un des membres du ménage ne bénéficie pas de l'intervention majorée au 1er janvier de l'année (sous réserve des exclusions prévues à l'art. 20 de l'A.R. du 15.01.2014).

Les accords concernant la composition des ménages dans le cadre du flux proactif figurent dans la circulaire O.A. n° 2020/151 du 28 mai 2020.

3. Non publiée.

4. Pour le flux proactif, on utilise les revenus de deux ans auparavant. Pour le flux proactif 2022, il s'agit de l'année de revenus 2020 (voir 2.2). (Art. 19, § 2, al. 1er, A.R. 15.01.2014). Vu qu'on utilise les revenus de 2020, on utilise la moyenne des montants des revenus de l'année 2020 ainsi que les bons de cotisations 2020 pour le calcul susmentionné (Circ. O.A. n° 2021/23 du 15 janvier 2021 - non publiée au B.I.). Le plafond I.M. applicable à un ménage composé de 2 titulaires et de 2 personnes à charge correspond à un montant de 30.939,66 EUR sur la base des montants de revenus 2020.

## 2.2. Phase 2 : Consultation et calcul des revenus

### DESCRIPTION GÉNÉRALE DES ÉCHANGES DE DONNÉES

Les mutualités communiquent à l'INAMI la liste des ménages tels que composés au 2.1 avant le 16 avril 2022. La 2<sup>e</sup> phase du flux proactif commence ici, à savoir la phase de consultation et de calcul des revenus.

Cette phase implique 4 échanges de données : deux entre les O.A. et l'INAMI et deux entre l'INAMI et le SPF Finances.

- L'envoi de la liste des ménages de l'O.A. à l'INAMI (Pro\_01)
- L'envoi des numéros NISS des membres du ménage séparément par l'INAMI à la BCSS/au SPF Finances (Pro\_02)
- L'envoi des données sur les revenus des membres du ménage séparément par le SPF Finances/ la BCSS à l'INAMI (Pro\_03)
- L'envoi des résultats codés de l'enquête sur les revenus de l'INAMI à l'O.A. (Pro\_04)

Seul le flux Pro\_01 est envoyé en une seule fois. Au cours du processus, les fichiers Pro\_02, Pro\_03 et Pro\_04 sont échangés dans 2 envois.

Le calcul semi-automatique des revenus et la comparaison entre le revenu du ménage et le plafond I.M. a également lieu durant cette phase. Pour le flux proactif, le revenu total du ménage est calculé de la même manière que pour le suivi systématique de l'I.M. en 2022 (circ. O.A. n° 2022/158<sup>5</sup> du 11.05.2022).

Le processus ne prévoit pas d'échange de flux de feed-back des O.A. vers le SCA. L'INAMI analyse les résultats du flux de détection proactif en croisant le fichier proactif (Pro\_01 de 2022) et le fichier photo de l'échange annuel de l'I.M. de l'année qui suit (Photo\_01 de 2023).

#### **PRO\_01 : LA LISTE DES MÉNAGES**

Les mutualités communiquent la liste des ménages tels que composés au 2.1. à l'INAMI avant le 16 avril 2022.

Les principales informations de ce fichier sont le numéro de demande permettant d'identifier un ménage et les numéros NISS des différents membres du ménage.

Le numéro de demande est composé des éléments organisme assureur + année + NISS demandeur. Cette année est l'année dans laquelle le fichier est transféré. Dans le cadre de cette circulaire, l'année de l'échange est l'année 2022.

Le numéro de demande ne diffère pas entre le fichier Pro\_01 et le Pro\_04. La raison pour laquelle le numéro de demande est une zone réservée est liée à cette stabilité. Pendant le processus, un numéro NISS peut changer, de même que l'organisme assureur. Le numéro de demande reste cependant le même.

Le numéro NISS du demandeur est repris deux fois dans le fichier du flux proactif: Une fois dans le champ numéro NISS du demandeur et une fois comme membre du ménage. Le demandeur est le membre aîné du ménage.

C'est l'O.A. du demandeur, donc le membre aîné du ménage, qui communique le ménage dans le fichier Pro\_01 dans le cas où il est question d'un ménage intermutualiste.

Les ménages dont le demandeur a muté le 1<sup>er</sup> avril 2022 ne doivent pas être repris dans le fichier Pro\_01.

**Pro\_02 : LISTE DES NUMÉROS NISS**

La demande des données sur les revenus a lieu sur la base des personnes, pas des ménages. Au sein de la Direction ACCES, on retient les différents numéros NISS des membres du ménage afin d'établir une liste pour le SPF Finances.

La Direction fournit les numéros NISS des membres du ménage avant le 15 juin 2022 à l'administration fiscale via la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) (art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup> de l'A.R. du 15.01.2014).

**Pro\_03 : REVENUS PAR NISS**

Dans le flux proactif, les revenus de 2 années passées (taxées l'année précédente) sont demandés au SPF Finances depuis la base de données TAXI-AS. Pour le flux proactif en 2022, c'est l'année de revenus 2020 avec année d'imposition 2021. (art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup>, A.R. du 15.01.2014).

Le SPF Finances envoie à l'INAMI les données sur les revenus des numéros NISS avant le 1<sup>er</sup> octobre 2022 (art. 19, § 2, al. 1<sup>er</sup>, A.R. du 15.01.2014).

Différents revenus sont communiqués avec un code spécifique, à savoir un code IPCAL. Les revenus à prendre en considération sont les revenus bruts imposables (section 5, A.R. du 15.01.2014). Dès lors, ce sont ces codes IPCAL qu'on demande pour ces revenus. Dans le cadre du flux proactif en 2022, ces mêmes codes IPCAL sont demandés pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2022. Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. n° 2022/158 du 11 mai 2022 concernant le "Flux de données dans le cadre du contrôle systématique au cours de l'année 2022 du droit à l'intervention majorée".

Outre les informations sur les codes IPCAL, le SPF Finances envoie aussi un code retour. Le code retour indique la disponibilité du dossier du bénéficiaire dans la banque de données TAXI-AS. Le code retour 00 indique que les données sur les revenus pour cette année de revenus et pour cette personne sont disponibles dans la banque de données et que le SPF Finances les a transmises. Au moins un code IPCAL suit ce code. Les autres codes retour indiquent que les données ne sont pas (encore) disponibles dans la banque de données. Ces codes ne sont pas suivis par des codes IPCAL.

**CALCUL DES REVENUS ET COMPARAISONS DU REVENU DU MÉNAGE AVEC LE PLAFOND I.M.**

Les ménages sont regroupés suivant les informations dans le Pro\_01.

D'une part, le plafond est pris en considération sur la base du nombre de membres du ménage par ménage. Ce montant est calculé en fonction de la moyenne des plafonds de revenus pour l'année 2020 reprise dans la circulaire O.A. n° 2021/23 du 15 janvier 2021.

D'autre part, les revenus des différents membres du ménage sont comptabilisés.

Sur la base des résultats, de la comparaison entre les deux la Direction ACCES vérifie ensuite si le revenu commun du ménage est supérieur ou inférieur au plafond pris en considération. Le résultat de cette comparaison est converti en un code.

Le revenu du ménage est calculé sur la base du revenu réclamé (sous forme de codes de revenu ou codes IPCAL) et selon les règles de calcul applicables pour le contrôle systématique de l'I.M. en 2022. Ces codes IPCAL et règles de calcul sont définis dans la circulaire O.A. sur le contrôle systématique 2022.

Si le revenu d'un seul membre du ménage n'est pas connu auprès du SPF Finances, il est impossible de calculer le revenu total du ménage. Si les revenus inconnus sont les revenus d'un membre du ménage qui a moins de 18 ans<sup>6</sup>, son revenu est assimilé à zéro EUR.

6. L'âge d'un membre du ménage est évalué par rapport à la date du 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition. Sur la base de la date de naissance, nous déterminons si le membre est âgé de plus ou de moins 18 ans à la date du 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'imposition.

Dans les cas pour lesquels des données sont présentes au SPF Finances en mai mais pas encore traitées, la Direction ACCES renouvelle la demande au SPF Finances en septembre. Si à ce moment-là, on n'obtient toujours pas de code retour «00» pour ce membre du ménage, les revenus pour cette personne sont considérés comme inconnus.

Le revenu du ménage est comparé avec le plafond de l'I.M. qui s'applique au ménage. Le plafond à prendre en considération dépend du nombre de personnes dans le ménage et est calculé suivant les principes repris dans l'article 21 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014. Pour 2020, les montants en vigueur sont ceux repris dans la circulaire O.A. n° 2021/23 de 15 janvier 2021.

Le résultat de cette comparaison entre le revenu du ménage et le plafond de l'I.M. est codé. L'O.A. concerné a été informé du résultat de cette analyse exclusivement sous la forme de ce code. Le détail des revenus n'est pas communiqué à l'O.A.. De même, au sein de la Direction ACCES, le calcul est effectué sous forme codée et les données sur les revenus ne sont pas conservées.

Il y a 3 codes possibles qui sont communiqués dans le fichier de réponse (Pro\_04) à l'O.A. Le code indique si, selon la réponse du SPF Finances, les revenus du ménage sont :

- supérieurs ou égaux au plafond du ménage : NOK
- inférieurs au plafond du ménage : OK
- inconnus : ONHOLD

Uniquement ces codes sont envoyés à l'O.A., pas le détail des revenus ni le résultat en euros du calcul.

#### ***PRO\_04 : RÉSULTATS CODES DE L'EXAMEN DES REVENUS***

La Direction ACCES envoie les codes déjà mentionnés (OK, NOK ou ONHOLD) dans les fichiers de réponses du Pro\_04.

Le Pro\_04 se compose de 2 envois: Le premier envoi des codes a lieu en août vers l'O.A. et le second en octobre (avant le 01.11.2022). (Art. 19, § 2, al. 3, A.R. du 15.01.2014). L'O.A. transfère à son tour les informations reçues à la mutualité concernée. La mutualité a la responsabilité de contacter les familles.

La Direction ACCES interroge le SPF Finances une deuxième fois en septembre 2022. Si, à ce moment-là, on ne peut toujours pas obtenir des revenus pour un membre du ménage<sup>7</sup>, les revenus du ménage sont considérés comme inconnus.

Dans le flux proactif, le code concernant le droit potentiel à l'I.M. doit toujours parvenir à l'O.A. qui a transmis le ménage dans sa liste, même s'il est question de mutation entre-temps. Ces assurés ne peuvent pas bénéficier de l'avantage de l'enquête proactive, car l'ancien O.A. ne peut plus contacter le ménage et le nouvel O.A. ignore tout de la réponse envoyée. Par ailleurs, il a été conclu qu'il était très complexe d'utiliser le filtre CIN pour cet échange de données.

Le SCA transmet une seule réponse/un seul code par ménage par "demande". On n'effectue pas une nouvelle demande pour les numéros NISS pour lesquels le SPF Finances a déjà rendu une réponse définitive. Nous ne recevons qu'une seule réponse "définitive et utilisable" du SPF Finances par numéro NISS. Au moyen de ces informations, on crée un code unique relatif au droit potentiel à l'I.M.. Ce code unique est envoyé à l'O.A. qui a introduit la demande auprès du SCA.

7. Pas de réponse avec un code retour "00".

### 2.3. Phase 3 : Traitement des réponses codées par l'O.A.

L'O.A. prend contact avec le ménage dont les revenus sont inférieurs au plafond selon le calcul. Il ne le fait pas (ou de sa propre initiative) pour les ménages pour lesquels le code indique que les revenus du ménage sont égaux ou supérieurs au plafond, ou dont les revenus ne sont pas totalement connus.

Il existe des exceptions à ce principe. L'O.A. n'est pas tenu de contacter les ménages dont il sait, grâce à d'autres informations, que le plafond de revenus sera dépassé.

Il s'agit de ménages pour lesquels on constate, entre l'envoi du fichier Pro\_01 et le traitement du fichier Pro\_04, que :

- sur la base des bons de cotisations, un ou plusieurs membres disposent de revenus professionnels supérieurs au plafond applicable dans le cadre de ce chapitre pour un ménage existant sur la base de sa composition réelle
- la projection sur une base annuelle des bons de cotisations distincts indique que le plafond serait dépassé
- un droit a été ouvert
- une déclaration sur l'honneur (DSH) a été effectuée après l'envoi du Pro\_01 sans donner lieu à une ouverture du droit pour cause de dépassement du plafond de revenus
- le demandeur a muté vers un autre O.A.
- la composition du ménage a changé (excepté si la modification concerne l'arrivée d'un enfant de moins de 16 ans pour lequel il s'agit d'une première inscription au Registre national)
- un membre du ménage est décédé
- un enfant de moins de 16 ans a quitté le ménage.

### 2.4. Phase 4 : Déclarations de revenus et octroi du droit

Le résultat de la phase 2 du flux proactif n'aboutit pas à une attribution automatique du droit à l'I.M. Après avoir contacté l'assuré, l'O.A. doit procéder à une enquête sur les revenus auprès des assurés qui pourraient ouvrir un droit à l'I.M.

Toutes les conditions et procédures standard telles que précisées dans la section 6 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 s'appliquent aux enquêtes sur le revenu dans le contexte du flux proactif.

Tous les ménages contactés dans le cadre du flux proactif n'ouvrent pas effectivement un droit à l'I.M. Les O.A. n'envoient pas de fichier de feed-back à la Direction ACCES suite au fichier Pro\_04 mais il y a bien un échange prévu de statistiques pour suivre les résultats du flux proactif. Ces statistiques et leur échange sont décrits dans une circulaire spécifique.

L'O.A. dispose de 1 an à compter de la réception du deuxième fichier de réponse du SCA pour exécuter cette phase.

### 3. Délai(s) de conservation des données

Les données doivent être conservées au moins pour la durée du délai de prescription qui vaut pour la récupération des interventions. L'article 174, alinéa 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipule que l'action en paiement de prestations de soins de santé se prescrit 2 ans à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées. Toutefois, ce genre de prescription n'est pas applicable en vertu de l'article 174, alinéa 3, dans le cas où l'octroi indu de prestations résulterait de manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. Il importe par conséquent de conserver toutes les données, y compris celles de l'administration fiscale, pour une période d'au moins 5 ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été remboursées pour pouvoir encore détecter et traiter les cas de fraude.

Afin de garantir le traitement correct de ces dossiers, les organismes assureurs doivent conserver toutes les données relatives aux remboursements accordés à un bénéficiaire pour une année X, jusqu'à la fin de l'année X+6.



**Remarque:** bien que dans le cadre de l'utilisation de l'infrastructure «Nippin», un historique des 10 dernières années soit conservé, cela ne signifie pas que les données relatives à l'application de l'I.M. puissent effectivement encore être utilisées sur toute la durée de cette période : l'autorisation donnée par le comité sectoriel de l'administration fédérale pour les échanges de données limite le délai de conservation à 6 ans, comme mentionné ci-dessus. Cela signifie donc que les données conservées dans l'historique des échanges de données «Nippin» ne peuvent effectivement être utilisées que pour ce délai.

### 4. Entrée en vigueur

La présente circulaire est applicable pour l'échange de données proactif de 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/222 – 3991/350 du 10 juin 2022.

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) – Résidents

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les plafonds des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ont été adaptés.

### Indexation des plafonds

	Résidents (en EUR)	Personnes à charge (idem intervention majorée) (en EUR)
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2007 (bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012	33.363,74	3.079,19
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2013 (bien-être)	33.363,74	3.140,77
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2015	34.031,27	3.203,40
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2015 (bien-être)	34.031,27	3.225,83
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2016 (bien-être)	34.031,27	3.267,47
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2016	34.711,44	3.332,74

À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2017	35.404,25	3.399,56
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2017 (bien-être)	35.404,25	3.467,55
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2018	36.112,24	3.536,95
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2019 (bien-être)	36.112,24	3.622,24
À partir du 1 <sup>er</sup> mars 2020	36.835,39	3.694,61
À partir du 1 <sup>er</sup> juillet 2021 (bien-être)	36.835,39	3.768,51
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2021	37.571,19	3.843,96
<b>À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022</b>	<b>38.324,69</b>	<b>4.131,28</b>
<b>À partir du 1<sup>er</sup> mars 2022</b>	<b>39.090,83</b>	<b>4.213,90</b>

## Moyenne annuelle (montants en EUR)

	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71



Circulaire O.A. n° 2022/124 - 270/86 - 273/87 - 274/88 - 276/137 - 2790/89 - 2791/86 - 2792/85 - 3910/1937 et 83/512 du 19 avril 2022.

## II. Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 19) à partir du 1<sup>er</sup> mai 2022 – Pivot

Suite à la publication de l'arrêté royal du 15 mars 2022 (M.B. du 13.04.2022), modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée ne peuvent atteindre les plafonds de 16.844,65 et 3.118,40 EUR (à l'indice pivot 114,97 base 2004 = 100). Ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être de la même manière que pour les pensions.

Au 1<sup>er</sup> mai 2022 :

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
23.217,78 EUR	4.298,25 EUR

En vigueur à partir du 1 mai 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/137 – 3991/345 du 3 mai 2022.

## III. Secteur de la rééducation fonctionnelle : indexation des interventions personnelles et de quelques forfaits de rééducation au 1<sup>er</sup> juin 2022

Conformément à la décision du Conseil général du 23 mai 2022 et à la décision prise lors de la réunion du Collège des Médecins directeurs du 11 mai 2022, les tarifs des prestations de rééducation fonctionnelle sont indexés linéairement de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> juin 2022. Dès lors, l'intervention dans les frais de transport reprise dans les rubriques 4 et 5 augmente.

1. Arrêté royal du 29 avril 1996 portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'intervention personnelle visée dans l'article 2, premier et deuxième alinéa, s'élève à 1,95 EUR par prestation effectuée.

L'intervention personnelle visée dans l'article 2, troisième alinéa (en vigueur à partir du 01.08.2006) de 0,25 EUR par prestation dispensée pour les bénéficiaires de la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil reste *inchangée*.

## 2. Interventions personnelles en cas de séjour dans un centre de rééducation

### 2.1. Le jour d'admission

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

- a) Pour les **bénéficiaires** de l'intervention majorée de l'assurance : de 6,12 EUR ;
- b) Pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé (à l'exclusion des enfants visés sous a)) : de 33,39 EUR ;

- c) Pour les **titulaires** qui sont, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, en **chômage** contrôlé et qui ont depuis douze mois au moins la qualité de chômeur complet (possédant la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, c'est-à-dire à l'exclusion entre autre des cohabitants) y compris les personnes à charge : de 33,39 EUR ;
- d) Pour les autres bénéficiaires : de 44,51 EUR.

## 2.2. À partir du deuxième jour

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

- a) Pour les **bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les chômeurs assimilés** (y compris leurs personnes à charge) : de 6,12 EUR ;
- b) Pour les **enfants** ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé : de 6,12 EUR ;
- c) Pour les **autres** bénéficiaires : de 17,24 EUR.

3. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et pour lesquels le transport est organisé par une firme de taxi ou par le centre même (codes 771971-771982)

L'intervention s'élève à 1,43 EUR/km.

4. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés ou des centres spécialisés (A.M. du 14.12.1995) – transport des bénéficiaires qui ne peuvent se déplacer que dans une chaise roulante et qui se déplacent avec leur propre véhicule, adapté pour le transport dans leur voiturette d'invalides (codes 773150-773161)

L'intervention s'élève à 0,31 EUR/km.

5. Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de transport des bénéficiaires de moins de 18 ans qui suivent une rééducation dans des centres de rééducation fonctionnelle déterminés (A.R. du 28.04.2011) (codes 774034-774045)

L'intervention s'élève à 0,31 EUR/km.

En vigueur à partir du 1 juin 2022.



Circulaire O.A. n° 2022/201 – 370/2287 et 3910/1978 du 25 mai 2022.



Comité de rédaction

Mme Caroline Marthus  
Mme Caroline Lekane  
M. Jonathan Owczarek  
Mme Nuray Özdemir  
Mme Marleen Stevens  
Mme Zoé De Clippel  
Mme Jolanda Gashi

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726