

LE DEVOIR D'INFORMATION DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

PAR **CAROLINE LEKANE***, **DOROTHEE NEVENS**** ET **ALLISTER ZUINEN*****

*attachée juriste, Services généraux de support, Institut national d'assurance maladie-invalidité

**attachée juriste, Service des soins de santé, Institut national d'assurance maladie-invalidité

***attachée juriste, Service du contrôle administratif, Institut national d'assurance maladie-invalidité

1. PREAMBULE

L'article 3 de la Charte de l'assuré social¹ dispose : « *Les institutions de sécurité sociale sont tenues de fournir à l'assuré social qui en fait la demande écrite, toute information utile concernant ses droits et obligations et de communiquer d'initiative à l'assuré social tout complément d'information nécessaire à l'examen de sa demande ou au maintien de ses droits, sans préjudice des dispositions de l'article 7. Le Roi détermine, après avis du Comité de gestion ou de l'organe d'avis compétent de l'institution concernée, ce qu'il y a lieu d'entendre par information utile, ainsi que les modalités d'application du présent article. L'information visée à l'alinéa 1er doit indiquer clairement les références du dossier traité et le service qui gère celui-ci.*

Elle doit être précise et complète afin de permettre à l'assuré social concerné d'exercer tous ses droits et obligations.

Elle est gratuite et doit être fournie dans un délai de quarante-cinq jours.

Toutefois, le Roi détermine les cas dans lesquels l'information donne lieu à la perception de droits et les secteurs pour lesquels ce délai de quarante-cinq jours peut être augmenté.

Il fixe le montant, les conditions et les modalités de cette déduction ».

Une lecture transversale de la Charte permet, sans détour, de constater que l'information de l'assuré social était le point névralgique autour duquel le législateur entendait élaborer une Charte de l'assuré social.

Ce constat est inévitable à la lecture des différentes dispositions de cette loi. En effet, au-delà de la disposition à caractère général que constitue son article 3, l'on peut relever un nombre conséquent de déclinaisons de cette obligation : l'obligation de conseil (art. 4), l'obligation de réorientation (art. 5 et 9, al. 2), l'obligation de lisibilité des communications adressées à l'assuré social (art. 6), l'obligation de motivation

(1) Loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la Charte de l'assuré social », *M.B.*, 6 septembre 1995, p. 25433.

et de notification des décisions (art. 7), l'obligation d'octroi d'office des prestations lorsque cela est matériellement possible (art. 8), l'obligation d'information quant au délai de traitement d'une demande et quant au délai de prescription y applicable (art. 9, al. 1^{er}), etc.

Le présent texte s'attachera donc explicitement à l'examen des effets, dans le secteur de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, de l'article 3. Toutefois, l'interprétation de cette disposition s'effectuant au regard de la *ratio legis* de la Charte², force est de constater que les lignes directrices guidant l'interprétation de cet article peuvent être étendues, *mutatis mutandis*, aux autres dispositions. Quant à une analyse plus approfondie des dispositions de la Charte elle-même et de leur contenu, nous renvoyons à la doctrine déjà bien fournie.³

Au surplus, faisons remarquer que l'élaboration de la Charte a résulté d'un courant législatif plus large visant à offrir aux administrés la sécurité juridique, c'est-à-dire notamment une information correcte et accessible, afin de leur permettre de faire valoir leurs droits de manière effective. Citons à ce titre la Charte du contribuable⁴, la Charte des utilisateurs du service public⁵, la loi sur la motivation formelle des actes administratifs⁶, ou encore la loi sur la publicité de l'administration⁷. Notons également que les trois derniers instruments cités sont pleinement applicables dans les domaines de la sécurité sociale, et que ceux-ci s'appliquent sans préjudice des dispositions de la Charte, par nature plus favorables.

2. BREF RETOUR SUR LA RATIO LEGIS

Le point de départ de la réflexion autour de la Charte de l'assuré social est un constat évident. Pour pouvoir bénéficier de ses droits, il faut les connaître : « *cette Charte sociale a pour but de réaliser une meilleure prise en charge de l'assuré social dont l'exercice de ses droits requiert trois conditions préalables : connaître l'existence du droit, vouloir en bénéficier, pouvoir en demander l'application* ». ⁸

(2) Voyez la partie 2, Bref retour sur la *ratio legis*.

(3) S. Gilson, F. Lambinet, H. Preumont, Z. Trusgnach et S. Vinclaire, Chapitre 4 - Devoirs généraux des institutions de sécurité sociale : information – conseil – Lisibilité – Réorientation, in *Sécurité sociale - Dispositions générales*, Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 413-458 ; J.-F. Funck, Le devoir d'information et de conseil des institutions selon la Charte de l'assuré social, in F. Etienne et M. Dumont (dir.), *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Liège, Anthemis, 2012, p. 170 et s. ; J.-F. Neven et S. Gilson, *Dix ans d'application de la Charte de l'assuré social*, Etudes pratiques de droit social, Bruxelles, Kluwer, 2008, pp. 7-55 ; Voy. aussi : K. Leus et I. Verheven, Voorlichtings- en informatieplicht van de socialezekerheidsinstellingen, in *Het Handvest van de sociaal verzekerde en bestuurlijke vernieuwing in de sociale zekerheid*, J. Put (éd.), Bruges, Die Keure, 1999, pp. 35-76.

(4) Initiée par la loi du 4 août 1986 portant des dispositions fiscales, *M.B.*, 20 août 1986, p. 11408.

(5) Circulaire n° 370 du 12 janvier 1993, *M.B.*, 22 janvier 1993, p. 1158.

(6) Loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, *M.B.*, 19 septembre 1991, p. 19976.

(7) Loi du 11 avril 1994 relative à la publicité de l'administration, *M.B.*, 30 juin 1994, p. 17662.

(8) Doc. Parl., Ch., S.E. 1991-1992, n° 353/1, exposé des motifs, p. 1.

Toutefois, connaître l'existence d'un droit en matière de sécurité sociale n'est pas une mince affaire, au regard de la complexité de la législation applicable. Se tenir informé des évolutions légales et réglementaires relève de la gageure pour le commun des mortels !

« Dans ce contexte, la Charte de l'assuré social doit répondre à cinq exigences : la sécurité juridique, l'accessibilité, la transparence, la rapidité et la minutie et enfin la simplification des charges administratives.

*Cette charte doit non seulement améliorer pour les bénéficiaires de prestations sociales la possibilité d'exercer leurs droits vis-à-vis de l'administration mais prioritairement permettre de lutter contre la pauvreté et la précarité. En effet, les problèmes les plus cruciaux sont les difficultés que rencontrent les plus pauvres et les plus démunis à faire reconnaître leurs droits ».*⁹

Il est à noter qu'auparavant existait déjà l'article 17 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés¹⁰. Celui-ci dispose : « § 1er. Des mesures d'organisation doivent être prises pour assurer l'information à laquelle les assurés sociaux ont droit. § 2. Le Roi prend des mesures en vue de :
- la simplification des formalités administratives ;
- l'instauration des demandes polyvalentes, notamment en faveur des assurés sociaux qui ressortissent à plus d'un régime ou qui passent d'un régime à l'autre ;
- la réduction de la part d'intervention des assurés sociaux dans la production des preuves requises ».

Toutefois, comme l'indique l'intitulé de la loi, celle-ci ne concerne que les travailleurs salariés et uniquement la sécurité sociale *stricto sensu* (l'aide sociale est donc exclue de son champ d'application). De plus, cette disposition ne fut jamais mise en œuvre !¹¹

Souvent, il y a lieu de considérer les assurés sociaux comme un public précarisé (malades, chômeurs, invalides, etc.). Il était donc utile de prévoir des dispositions spécifiques garantissant la sécurité juridique, la simplification administrative et la garantie d'obtenir l'information nécessaire à l'exercice effectif de leurs droits. Sous l'impulsion de quelques députés, le législateur s'y est attelé avec l'élaboration d'une véritable Charte de l'assuré social.

(9) *Ibid.*

(10) Loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, *M.B.*, 2 juillet 1981, p. 8575.

(11) La loi avait habilité le Roi à déterminer la date d'entrée en vigueur de ses différentes dispositions, mais nombre d'entre elles n'ont jamais été exécutées ! (voir l'article 41 de cette même loi).

3. DIFFERENTS DEBITEURS DE L'OBLIGATION D'INFORMATION DANS LES SECTEURS SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

L'article 3 de la Charte de l'assuré social impose, aux institutions de sécurité sociale, un devoir d'information envers les assurés sociaux. Cette disposition fut complétée par un arrêté d'exécution.¹² Au terme de cet article 3 de la Charte, les institutions de sécurité sociale ont une obligation d'information « réactive » et une obligation d'information « proactive »¹³ envers leurs assurés sociaux.

Dans une certaine mesure la Charte pouvait paraître, au moment de son adoption, comme « avant-gardiste » en ce qu'elle impose un devoir d'information « proactif », parfois avant même que lesdites institutions de sécurité sociale n'aient les moyens de remplir les obligations qui leur étaient imposées. En effet, la Banque-Carrefour de la sécurité sociale a été instituée par la loi du 15 janvier 1990 de sorte que l'échange d'informations et la récolte d'informations par ce biais n'en étaient qu'à leurs balbutiements.¹⁴

Elles sont, en d'autres termes, tenues de fournir les informations utiles à l'assuré social en cas de demande de celui-ci, mais également d'initiative, dès lors que des éléments du dossier leur permettent de penser que l'intéressé a droit à une prestation ou, à tout le moins, qu'il pourrait y prétendre.

L'obligation pour l'institution de sécurité sociale de communiquer un complément d'information d'initiative n'est donc pas subordonnée à la condition que l'assuré social lui ait préalablement demandé par écrit une information concernant ses droits et obligations. L'article 3 de la Charte requiert ainsi des organismes de sécurité sociale un comportement réactif et proactif : leur rôle est de faire en sorte que les assurés sociaux puissent obtenir les prestations sociales auxquelles ils ont légalement droit. Il en découle, notamment, que lorsque l'institution reçoit de l'assuré social une information qui a une influence sur le maintien ou l'étendue de ses droits aux prestations sociales, elle est tenue de réagir et de l'informer concernant les démarches à accomplir ou les obligations à respecter en vue de la sauvegarde de ses droits.¹⁵

Vu les particularités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, au-delà de ces mesures d'exécution transversales, des mesures spécifiques étaient nécessaires.

(12) Arrêté royal du 19 décembre 1997 portant exécution des articles 3, alinéa 1er, et 7, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la Charte de l'assuré social », *M.B.*, 30 septembre 1997, p. 35193.

(13) Voyez à ce sujet Cass. 23 novembre 2009, RG S.07.0115.F, Chron. D.S., 2010, p. 422.

(14) Loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale, *M.B.*, 22 février 1990, p. 3288. Voyez notamment E. Degrave, *LE-gouvernement et la protection de la vie privée – Légalité, transparence et contrôle*, Collection du CRIDS, Larcier, Bruxelles, 2014.

(15) C. trav. Mons (9^{ème} ch.), 22 mai 2014, J.T.T., 2015/6, n° 1210, pp. 91-93.

A cet effet, un article 295^{quater} fut inséré dans 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 1994.¹⁶ Cette disposition précise : « *L'Institut et les organismes assureurs fournissent à tout assuré social qui en fait la demande écrite les informations utiles concernant ses droits et obligations dans le cadre de la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Lorsque cette législation présente des points communs avec d'autres secteurs de la sécurité sociale, les informations peuvent aussi concerner les droits et obligations dans ces autres secteurs.*

*On entend par informations utiles toute information qui éclaire l'assuré social sur sa situation personnelle, dans le domaine concerné par sa demande. Ces informations portent notamment sur les conditions d'octroi des prestations, sur les éléments pris en considération pour déterminer le montant des prestations et sur les raisons de réduction, de suspension ou de refus des prestations. Ces informations sont fournies dans un délai de quarante-cinq jours au maximum. Ce délai prend cours à la réception de la demande d'informations par l'Institut ou les organismes assureurs ».*¹⁷

*« L'obligation d'informer va bien au-delà de la simple réponse à la demande formulée par l'intéressé puisqu'à l'occasion de ladite demande, l'institution de sécurité sociale doit communiquer d'initiative à l'assuré social toutes les informations susceptibles de lui permettre de prétendre aux prestations dues en fonction de sa situation individuelle. L'obligation d'information d'initiative ou d'office se conçoit au regard de la ratio legis de la loi du 11 avril 1995 qui est d'assurer une meilleure prise en charge de l'assuré social. ».*¹⁸

Plusieurs autres mesures d'exécution furent adoptées, notamment concernant la notification des décisions et leur forme, ainsi que les mentions requises dans certaines communications.¹⁹

L'on constate que le Roi a prévu que l'obligation d'information, dans les secteurs des soins de santé et des indemnités, pèse tant sur l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) que les organismes assureurs. Ceci concorde avec les dispositions de la Charte qui impose cette obligation d'information aux institutions de sécurité sociale, définies de manière large en son article 2.²⁰

(16) *M.B.*, 31 juillet 1996, p. 20285.

(17) Inséré par l'article 6 de l'arrêté royal du 11 mars 2002 portant exécution de certaines dispositions de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la Charte de l'assuré social », et modifiant l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, *M.B.*, 29 mars 2002, 13371.

(18) Trib.trav. Mons, 22 mai 2013, R.G. 10/750/A (inédit).

(19) Articles 160^{bis} à 160^{sexies}, 245^{bis} à 245^{nonies}, 295^{bis} et 295^{ter} 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, introduits par l'arrêté royal du 24 novembre 1997 modifiant certaines dispositions relatives à l'assurance soins de santé et indemnités suite à l'institution de « la Charte de l'assuré social », *M.B.*, 23 décembre 1997, p. 34515.

(20) Voy. la disposition, citée dans la présente étude, au point 3.4. Relation dispensateur de soins/assuré social.

Vu la relation triangulaire (assuré social, organisme assureur et INAMI), voire quadriangulaire (les trois acteurs précités auxquels s'ajoute le prestataire de soins), dans les secteurs des soins de santé et des indemnités, il apparaît judicieux de faire le point sur la répartition des compétences en la matière entre les différents acteurs. En effet, la lecture des dispositions de la Charte et de l'article 295quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 doit-elle nous amener à considérer que l'INAMI et les organismes assureurs sont tenus au devoir d'information de manière concurrente ?

En d'autres termes, doit-on considérer que, quelle que soit l'information à fournir à l'assuré social, l'obligation pèsera simultanément sur les deux institutions impliquées ?

Nous sommes d'avis que ce n'est pas le cas, et qu'il faut, pour savoir qui sera le débiteur de l'obligation, s'interroger, d'une part, sur les compétences respectives de chacun, et d'autre part, sur les informations à disposition de chacun.

3.1. INTRODUCTION QUANT AUX DIFFERENTES RELATIONS DANS CES SECTEURS

Le champ d'application de la loi du 11 avril 1995 est établi dans le chapitre 1^{er}.

L'article 1^{er} stipule que : « *La présente loi est applicable à toute personne et à toute institution de sécurité sociale* ».

L'article 2 définit les notions indispensables à l'exécution et à l'application de la loi et à ses mesures d'exécution. Cet article, mis en corrélation avec les secteurs indemnités et soins de santé, précise que : « *Pour l'exécution et l'application de la présente loi et de ses mesures d'exécution, on entend par : (...)*

2° '*institutions de sécurité sociale*' :

a) *les ministères, les institutions publiques de sécurité sociale ainsi que tout organisme, autorité ou toute personne morale de droit public qui accorde des prestations de sécurité sociale (INAMI) ;*

b) *les institutions coopérantes de sécurité sociale, c'est-à-dire les organismes de droit privé, autres que les secrétariats sociaux d'employeurs et les offices de tarification des associations de pharmaciens, agréés pour collaborer à l'application de la sécurité sociale (organismes assureurs ou mutualités) ; (...)*

3° '*personnes*' : *les personnes physiques, leurs représentants légaux ou leurs mandataires, les associations dotées ou non de la personnalité civile et toutes institutions ou administrations publiques ; (...)* ».

De ces définitions, nous pouvons donc déduire que la Charte de l'assuré social s'applique à la fois à l'INAMI et aux mutualités. D'ailleurs, il est nécessaire de préciser que les organismes assureurs sont des institutions coopérantes uniquement dans le cadre de l'assurance obligatoire, et pas dans le cadre de l'assurance complémentaire, dès lors, l'assurance complémentaire n'entre pas dans le champ d'application matériel de la Charte.²¹

Quant à la notion de « personnes », précisons encore qu'en matière d'indemnités d'incapacité de travail, la Charte ne s'applique qu'au titulaire, lui seul étant bénéficiaire du droit aux indemnités, et non à ses personnes à charge.²²

3.2. RELATION ORGANISME ASSUREUR/ASSURE SOCIAL

L'organisme assureur est naturellement l'acteur de première ligne : il dispose en effet d'un dossier concernant son affilié, dossier composé, ou à tout le moins susceptible de comporter, des données personnelles nécessaires à l'examen d'un droit en matière de soins de santé ou d'indemnités (données sur la situation personnelle, sur l'état de santé, etc.).

C'est en outre lui qui est chargé du paiement des prestations, de leur récupération en cas de paiement indu, mais également de prendre la majorité des décisions en matière d'octroi d'un droit ou de paiement d'une prestation, et ceci dans le respect des dispositions légales et réglementaires et sous le contrôle des services d'inspection de l'INAMI.

Eu égard à la proximité entre l'assuré social et l'organisme assureur, proximité inexistante en ce qui concerne l'INAMI, il est logique que ce soit sur l'organisme assureur que repose en grande partie l'obligation d'information.

En effet, lui seul peut délivrer l'information concrète concernant le dossier personnel de l'intéressé et est susceptible de disposer des éléments le laissant soupçonner que l'assuré est dans les conditions pour bénéficier d'un droit qu'il n'a pas revendiqué. Il est également, en tant que professionnel du secteur, parfaitement au courant de

(21) La Cour constitutionnelle a considéré que « l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires accordés par les fonds de sécurité d'existence. Les assurances complémentaires offertes par les mutualités sur base de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 précitée sont liées à l'affiliation volontaire de l'assuré contrairement aux avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence. Ceux-ci constituent des prestations d'assurance obligatoire puisqu'ils sont rendus obligatoires par arrêté royal », C. Const., 20 décembre 2012, Arrêt n° 165/2012.

(22) Cass., 13 septembre 2010, *J.T.T.*, 2010, n° 1082, p. 437.

l'interprétation à donner aux dispositions qu'il applique. En ces circonstances, il y a lieu de constater que l'organisme assureur est susceptible de donner à l'assuré social toutes les informations possibles et imaginables concernant ses droits, tant d'un point de vue abstrait (interprétation de la réglementation) que d'un point de vue concret (conséquence de telle ou telle information dans le dossier personnel de l'assuré social).

A tel point que lorsque, d'une part, l'erreur émane de l'organisme assureur et de lui seul et que, d'autre part, l'assuré ne pouvait pas s'en rendre compte, n'ayant pas été informé de la nécessité d'introduire une demande de prolongation en vue de continuer à bénéficier d'une prestation majorée, l'indu créé par le fait de cette erreur doit être mis à charge de l'organisme assureur puisque la décision prise de supprimer l'avantage accordé à tort ne pouvait être assortie d'un effet rétroactif.²³

3.3. RELATION INAMI/ASSURE SOCIAL

Comme évoqué *supra*, l'INAMI est, cependant, également débiteur de cette obligation d'information. Mais dans quelle mesure, dès lors que l'organisme assureur est, comme déjà mentionné, susceptible d'informer l'assuré social sur tous les aspects l'intéressant ?

Que ce soit dans le secteur des soins de santé ou celui des indemnités, l'INAMI sera principalement compétent pour délivrer l'information relative à l'interprétation et à l'application abstraite de la réglementation. Par contre, l'Institut ne le sera plus, *a priori*, dès qu'il s'agira de se prononcer sur l'application effective par l'organisme assureur de cette réglementation dans le cas concret.

Cette affirmation mérite toutefois d'être nuancée : l'INAMI, par l'intermédiaire de son Service du contrôle administratif, contrôle l'application de la réglementation par les organismes assureurs. Dès lors, dans l'hypothèse où un assuré social introduit une réclamation à l'égard de sa mutualité auprès de l'INAMI, l'Institut est alors, en principe, tenu d'informer l'assuré social du résultat de ses investigations. Cela dit, cette information est parfois devenue inutile, lorsque l'inspecteur social de l'INAMI constate que le dossier n'a pas été traité comme il le devait par l'organisme assureur et qu'il établit un rapport transmis à l'organisme assureur afin que celui-ci régularise la situation de l'assuré social.

L'organisme assureur qui régularise la situation prend alors une nouvelle décision qu'il doit notifier à l'assuré social, selon les modalités prévues dans l'arrêté royal du

(23) C.trav. Liège, section Namur, 23 août 2011, R.G. n° 2010/AN/69, UNML c/ R.B. – INAMI ; (cf. également C.trav. Liège, section Namur, 15 février 2011, R.G. n° 2010/AN/69, UNML c/ R.B. – INAMI - inédits).

3 juillet 1996 susmentionnées et qui doit comporter les mentions prévues par la Charte. Par le truchement de cette nouvelle décision, l'assuré social sera, par conséquent, informé.

Ce sera donc, concernant l'application concrète de la réglementation, surtout dans l'éventualité où les services de contrôle constatent que le dossier a été traité correctement que l'INAMI devra informer l'assuré social.

Quoi qu'il en soit, si l'Institut ne dispose pas des données personnelles nécessaires à l'examen de la demande d'information de l'assuré, il restera néanmoins débiteur de l'obligation de réorientation prévue à l'article 5 de la Charte.

Il faut donc en conclure qu'il pèse, sur les organismes assureurs et sur l'INAMI, une obligation d'information réactive qui s'exerce de manière concurrente, et que cette obligation s'accompagne de l'obligation de réorientation lorsqu'une information nécessaire n'est pas à disposition de l'institution interrogée.

Par contre, au niveau de l'obligation d'information proactive, il faut constater que l'INAMI n'en est débiteur qu'en ce qui concerne l'explication de la réglementation et son application concrète, dès lors qu'il ne possède pas, par définition, les informations lui permettant de déduire qu'un assuré social entre dans les conditions pour bénéficier de telle ou telle prestation.

3.4. RELATION DISPENSATEUR DE SOINS/ASSURÉ SOCIAL

De l'article 2 de la Charte, il découle que celle-ci ne s'applique pas aux dispensateurs de soins et, de ce fait, à la relation dispensateur de soins/assuré social.

Pourtant dans le cadre de l'assurance obligatoire soins santé et indemnités le dispensateur de soins est une figure clé.

L'on peut donc se demander si le dispensateur de soins n'a pas un devoir d'information envers son patient, et quel serait, le cas échéant, le contenu de ce devoir d'information. Le dispensateur de soins a-t-il, par exemple, l'obligation d'informer le patient sur le coût de la prestation de santé ou du traitement et des services qui y sont liés ?

Selon la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient²⁴, le dispensateur de soins, qui est consulté par un patient, a un devoir d'information à l'égard de ce dernier.

Ce devoir d'information du médecin va de pair avec le droit à l'information du patient : tout malade doit donner son accord préalable avant de recevoir les soins exigés par son état de santé.

(24) Art. 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, 43719.

Ainsi que l'a rappelé la Cour de Cassation aux termes d'un arrêt du 14 décembre 2001, l'obligation du médecin d'informer le patient quant à l'intervention qu'il préconise s'explique par la nécessité qui s'impose à lui de recueillir son consentement libre et éclairé avant de pratiquer cette intervention. L'information du patient constitue donc le préalable nécessaire à l'obtention du consentement éclairé du patient. L'information et le consentement du patient sont²⁵ donc deux notions intimement liées.

Cette double obligation qu'a le médecin d'informer son patient et d'obtenir son consentement trouve sa source dans les articles 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

L'article 7, §1^{er} dispose en effet que « *le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable* ».

Le paragraphe 2 précise que « *la communication avec le patient se déroule dans une langue claire* ».

L'article 8, §1^{er} stipule quant à lui que « *le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable (...)* ».

Au paragraphe 2 de cet article 8, il est prévu que « *les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1^{er}, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention* ».

L'obligation d'information qui pèse sur le dispensateur de soins concerne donc tant le traitement ou l'intervention que le coût financier envisagé.

Ce devoir d'information des dispensateurs de soins, nous le retrouvons également dans la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur (la L.P.M.P.C.)²⁶, qui depuis plusieurs arrêts de la Cour constitutionnelle²⁷, s'applique à tous les dispensateurs de soins.

(25) Cass. (1^{ère} ch.) RG C.98.0469.F. 14 décembre 2001, *J.L.M.B.*, 2002, liv. 13, 532 et <http://jlm.bi.larcier.be> (7 février 2003).

(26) Loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur, *M.B.*, 12 avril 2010, 20803.

(27) C. Const., 6 avril 2011, n° 55/2011; C. Const., 15 décembre 2011, n° 192/2011 et C. Const., 9 juillet 2013, n° 99/2013 (arrêt par lequel la Cour a annulé les articles de la L.P.M.P.C. qui consacraient l'exclusion de son champ d'application des professions libérales).

Le 28 mai 2014 a été publiée au *Moniteur belge*, la loi du 15 mai 2014 portant insertion du Livre XIV 'Pratiques du marché et protection du consommateur relatives aux personnes exerçant une profession libérale' dans le Code de droit économique et portant insertion des définitions propres au livre XIV et des dispositions d'application au livre XIV, dans les livres I et XV du Code de droit économique.²⁸

Cette loi vise, d'une part, à transposer en droit belge diverses directives européennes en matière de pratiques du marché et de protection du consommateur à l'égard des professions libérales et, d'autre part, à remédier à l'inconstitutionnalité de l'exclusion des professions libérales du champ d'application de la L.P.M.P.C.

Le Code de droit économique stipule à l'art. XIV.3. une obligation générale d'information « *avant que le consommateur ne soit lié par un contrat autre qu'un contrat à distance ou hors du lieu habituel d'exercice de la profession* ».

L'information porte, entre autres, sur les principales caractéristiques du produit (qui englobe notamment les prestations de soins).

L'objet de l'intervention du dispensateur de soins doit dès lors être déterminé de manière précise.

Le patient doit également être informé de l'identité et des coordonnées du professionnel, du prix, le cas échéant, des modalités de paiement, de livraison, d'exécution, de traitement des réclamations, ...²⁹

Toutes ces informations doivent être fournies de manière claire et compréhensible, cependant la loi n'apporte pas davantage de précisions et n'impose pas qu'elles soient données par écrit.

L'article XIV.4. stipule quant à lui expressément que le prix doit être indiqué de manière lisible et apparente.

Enfin, notons que l'article XIV.56 impose à la personne exerçant une profession libérale de délivrer gratuitement au consommateur qui en fait la demande un document justificatif. Le Roi peut imposer cette délivrance aux services ou catégories de services qu'il désigne.

C'est dans ce cadre que le législateur est intervenu afin de garantir une transparence financière à l'égard des patients.³⁰

(28) *M.B.*, 30 mai 2014, p. 41955.

(29) C. Defraene et J. Machiels, Les médecins et le code de droit économique, in *Le nouveau code de droit économique. Quelles incidences sur les professions libérales*, Anthemis, 2015, p. 216.

(30) Voy. la partie 4.1. Secteur des soins de santé.

4. DEVELOPPEMENTS DANS LES DEUX SECTEURS

4.1. SECTEUR DES SOINS DE SANTE

4.1.1. Introduction

Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, le devoir d'information repose surtout sur les organismes assureurs. Ils forment le premier pilier de l'assurance maladie et doivent garantir au maximum accès et information à l'assuré social. L'INAMI a bien entendu également un devoir d'information en vertu de l'article 3 de la Charte.

Malgré ces obligations réglementaires, il est difficile pour l'assuré social d'être correctement informé au sujet du coût, des conditions d'accès et de remboursement de ses soins de santé.

L'assurance-soins de santé est en effet un système de remboursement dans lequel trois personnes jouent un rôle central : l'assuré social, qui est avant tout un patient, le dispensateur de soins, comme évoqué ci-avant, et la mutualité.

Le patient se rend chez son médecin en consultation, et paie un honoraire déterminé. Le médecin lui fournit une attestation de soins donnés que le patient doit introduire auprès de sa mutualité pour être remboursé. Le montant du remboursement dépend d'un nombre important de facteurs et dans cette optique, une information correcte est cruciale. D'autant plus lorsque les remboursements dépendent de conditions déterminées : p. ex. l'assurance-maladie interviendra pour les prestations logopédiques si et après que le médecin conseil de la mutualité ait donné son accord. Le rôle de la mutualité est, naturellement, de communiquer à l'assuré social les modalités en vue de l'obtention d'un tel accord.

Il existe, au vu de la Charte, un devoir d'information légal explicite dans le chef de la mutualité et de l'INAMI à l'égard de l'assuré social.³¹ L'on peut également s'interroger sur une éventuelle obligation d'information dans le chef du dispensateur de soins.³²

Le seul moyen pour le patient de connaître le coût de ces prestations est l'attestation de soins donnés qui lui est remise par le dispensateur. Toutefois, cette attestation de soins donnés est difficilement lisible et compréhensible.

(31) Voy. partie 3. Différents débiteurs de l'obligation d'information.

(32) Voy. partie 3.4. Relation dispensateur de soins/assuré social.

Le coût d'une prestation médicale se compose en réalité de divers éléments : le tarif légal, tel que fixé par les commissions de convention et d'accord, et les éventuels suppléments qu'un prestataire de soins non conventionné peut réclamer. Le tarif légal, lui, comprend l'intervention de l'assurance obligatoire (ce que la mutualité rembourse) et du ticket modérateur (ce qui reste à charge de l'assuré social).

Par le biais de l'attestation de soins, le patient ne peut pas toujours connaître le coût d'une prestation, l'intervention de l'assurance correspondante et, incidemment, le montant restant à sa charge.

Le système n'était donc, en dépit de l'obligation d'information prévue par la Charte de l'assuré social, pas parfaitement transparent. Par conséquent, le législateur est intervenu en adoptant la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé³³ (ci-après, la loi transparence).

La loi transparence a pour objectif de fournir au patient une information claire quant aux conditions financières dans lesquelles le prestataire de soins a effectué ses prestations et de la sorte aussi sensibiliser et responsabiliser le patient.

4.1.2. La transparence financière en soins de santé

L'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994³⁴, garantit la transparence du coût des soins de santé à l'égard de l'assuré social par :

- l'obligation pour le dispensateur de soins d'indiquer sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu, dans tous les cas, le montant payé par le patient ;
- la limitation des cas dans lesquels un acompte peut être perçu ;
- l'obligation faite au prestataire de soins de délivrer au patient, en cas de facturation électronique dans le régime du tiers payant et en cas de cumul entre prestations remboursables et non remboursables, une pièce justificative.

Ces obligations ont été imposées aux dispensateurs de soins à compter du 1^{er} juillet 2015.

Parallèlement, la transparence financière garantit aussi une information claire au patient.

(33) Art. 22 et 23 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, *M.B.*, 17 août 2015, p. 52851.

(34) Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.*, 27 août 1994, p. 21524.

a) Simplification de l'attestation de soins donnés et mention des montants reçus

L'attestation de soins donnés est le moyen le plus important pour fournir de l'information à l'assuré social.

Dans cette optique, avec la loi transparence, une obligation à charge du prestataire de soins a été introduite pour faire figurer, dans tous les cas, le montant payé par l'assuré social au prestataire de soins sur le reçu de l'attestation de soins donnés ou sur un document équivalent. Ce principe est d'application tant pour les personnes physiques que morales.

Ce n'était, auparavant, pas le cas: la réglementation fiscale, plus précisément les arrêtés ministériels du 17 décembre 1998 et du 28 mars 2003³⁵, disposaient que le dispensateur de soins ne devait remplir le reçu que lorsqu'il effectuait des prestations pour son propre compte et qu'il avait reçu le paiement au comptant. Lorsque le prestataire de soins effectuait une prestation pour compte d'autrui, d'une part, ou que le patient avait payé par virement bancaire, d'autre part, la réglementation fiscale prévoyait une dispense de remise du reçu.

(35) - Arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les médecins ainsi que par les pharmaciens et licenciés en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, *M.B.*, 30 décembre 1998, p. 41660 ;

- Arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les accoucheuses, les infirmières, hospitalières et assimilées, les kinésithérapeutes, logopèdes et orthoptistes, *M.B.*, 30 décembre 1998, p. 41642 ;

- Arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les praticiens de l'art dentaire, *M.B.*, 30 décembre 1998, p. 41628 ;

- Arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage des attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé, *M.B.*, 30 décembre 1998, p. 41603 ;

- Arrêté ministériel du 28 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage des attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé, *M.B.*, 4 avril 2003, p. 1722 ;

- Arrêté ministériel du 28 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les accoucheuses, les infirmières, hospitalières et assimilées, les kinésithérapeutes, logopèdes et orthoptistes, *M.B.*, 4 avril 2003, p. 17239 ;

- Arrêté ministériel du 28 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les praticiens de l'art dentaire, *M.B.*, 4 avril 2003, p. 17249 ;

- Arrêté ministériel du 28 mars 2003 modifiant l'arrêté ministériel du 17 décembre 1998 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les médecins ainsi que par les pharmaciens et licenciés en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, *M.B.*, 4 avril 2003, p. 17254 ;

- Arrêté ministériel du 28 mars 2002 déterminant le modèle et l'usage du carnet de reçus, du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les podologues et les diététiciens, *M.B.*, 4 avril 2003, p. 17204 ;

En vue de la transparence financière et dans le cadre de l'obligation d'information, cela a donc été modifié de sorte que le montant reçu pour la prestation fournie doit toujours mentionner sur la partie « reçu » de l'attestation de soins donnés, que le paiement ait lieu au comptant ou par le biais d'un virement bancaire. Il y aura toujours une trace de ce que le patient a payé.

Les arrêtés ministériels des 17 décembre 1998 et 28 mars 2003 ont donc été abrogés et remplacés par les arrêtés ministériels du 22 décembre 2015.³⁶ En outre, les attestations sont renouvelées avec pour objectif une simplification et une clarification.

Ainsi, il est prévu un modèle unique d'attestations par catégorie de dispensateur de soins. L'attestation est identique, indépendamment du fait que le prestataire agisse en tant que personne physique ou au sein d'une personne morale, et contient toujours une partie « reçu » sur laquelle le montant payé par le patient doit être mentionné.

Ensuite, il a été décidé de clarifier la terminologie utilisée ainsi que de supprimer les mentions superflues.

Ces nouvelles attestations devront être utilisées par tous les prestataires de soins pour toutes les prestations fournies à dater du 1^{er} juillet 2017.

Enfin, il a été imposé, conformément au principe « *only once* », contenu dans la loi du 5 mai 2014³⁷ et qui prévoit plus précisément l'utilisation d'un numéro d'identification unique pour la référence à une entreprise, aux prestataires de soins, de mentionner leur numéro BCE (Banque-Carrefour des entreprises).

(36) - Arrêté ministériel déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les médecins ainsi que par les pharmaciens et licenciés en sciences agrées pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, *M.B.*, 28 décembre 2015, p. 79608 ;

- Arrêté ministériel déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé, *M.B.*, 29 décembre 2015, p. 79854 ;

- Arrêté ministériel déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les praticiens de l'art dentaire, *M.B.*, 29 décembre 2015, p. 79812 ;

- Arrêté ministériel déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les accoucheuses, les infirmières, hospitalières et assimilées, les kinésithérapeutes, logopèdes, orthoptistes et ergothérapeutes, *M.B.*, 29 décembre 2015, p. 79887 ;

- Arrêté ministériel déterminant le modèle et l'usage du carnet de reçus, du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les podologues et les diététiciens, *M.B.*, 29 décembre 2015, p. 79906.

(37) Loi du 5 mai 2014 garantissant le principe de la collecte unique des données dans le fonctionnement des services et instances qui relèvent de ou exécutent certaines missions pour l'autorité et portant simplification et harmonisation des formulaires électroniques et papier, *M.B.*, 4 juin 2014, p. 42601.

b) Limitation des acomptes

Le législateur a profité de la loi transparence pour régler la possibilité, pour les prestataires de soins, de demander des acomptes sur les honoraires médicaux.

En pratique, aucun acompte ne peut être réclamé si la commission de convention ou d'accord compétente n'a pas prévu de limite quant à un tel acompte.

c) Délivrance d'un document justificatif

Avoir un aperçu clair des prestations qui ont été fournies et de leur prix est important pour l'assuré social. Dès lors, la loi transparence a imposé aux dispensateurs de soins l'obligation de délivrer un document justificatif des prestations effectuées.

Cette obligation, conformément à la directive européenne 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers³⁸ et la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur³⁹, visent la protection de l'assuré social.

Le document justificatif doit être distingué de l'attestation de soins donnés ou du document équivalent. Cette disposition a été insérée afin d'informer le patient.

Le dispensateur de soins doit remettre un document justificatif des prestations fournies :

- en cas de cumul de prestations remboursables et non remboursables ;
- en cas de facturation électronique en tiers payant.

Lorsque le dispensateur de soins porte en compte des prestations remboursables et non remboursables, il doit, depuis le 1^{er} juillet 2015, fournir un document justificatif. L'objectif est donc d'informer le patient également au sujet des montants concernant des prestations qui n'entraînent pas d'interventions de l'assurance obligatoire et qui, donc, ne figurent pas sur l'attestation de soins donnés.

La remise d'un document justificatif doit également avoir lieu lorsque la facturation s'opère en tiers payant : dans ce cas, en effet, le patient ne dispose pas d'une attestation de soins donnés, mais doit néanmoins être informé du coût de ses soins médicaux.

La loi transparence prévoit les mentions minimales que le document justificatif doit comporter.

(38) Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, J.O.U.E., 4 avril 2011, www.eur-lex.europa.eu.

(39) La loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur contient, en son article 80, une obligation pour les entreprises de remettre un document justificatif au consommateur qui le demande. Depuis l'arrêt 99/2013 du 9 juillet 2013 de la Cour constitutionnelle, il est à considérer que cette loi est d'application à tous les dispensateurs de soins.

Lorsqu'un prestataire de soins doit délivrer une attestation de soins donnés, alors le document justificatif doit mentionner le montant total à payer (y compris les acomptes déjà payés) ainsi que le montant total des prestations remboursables, en ce compris les éventuels suppléments. La liste des prestations non remboursables doit, elle aussi, être mentionnée avec, pour chaque prestation, la description de celle-ci et le montant payé. Il s'agit du document justificatif simplifié.

Lorsque le prestataire de soins ne doit pas délivrer d'attestation de soins donnés au patient (par exemple, en cas d'application d'une facturation électronique dans le cadre du régime du tiers payant), le document justificatif doit alors également mentionner complémentaiement la liste des prestations remboursables concernées. Pour chaque prestation, le numéro de nomenclature ou la description doit être indiquée, ainsi que le montant payé, conformément aux tarifs légaux, le montant que le patient a payé en tant que supplément et le montant de l'intervention qui a été facturée directement à l'organisme assureur. Il s'agit du document justificatif complet.

d) Sanctions

Remplir la partie « reçu » de l'attestation de soins donnés et délivrer un document justificatif sont donc, conformément à l'article 53 susmentionné, des obligations à charge du prestataire de soins. Néanmoins, la loi soins de santé et indemnités n'a pas prévu de sanctions spécifiques.

Cependant, le reçu comporte un volet fiscal. Sur la base de la réglementation fiscale contenue dans les arrêtés ministériels du 22 décembre 2015, le prestataire de soins est tenu de remettre la partie « reçu » de l'attestation de soins donnés. Les contrôleurs fiscaux sont donc chargés de vérifier si la partie « reçu » de l'attestation a été correctement remplie.

Lorsque le document justificatif n'est pas délivré, le Code de droit économique peut être appliqué. Celui-ci prévoit en effet une amende pénale de 26 à 10.000 EUR lorsqu'un document justificatif n'est pas remis au consommateur à sa demande.⁴⁰

Le Code pénal social punit également les prestataires de soins qui refusent de délivrer au patient les documents prévus par la loi soins de santé et indemnités et ses arrêtés d'exécution d'une amende pénale de 50 à 500 EUR ou d'une amende administrative de 25 à 250 EUR, majorée des décimes additionnels.

(40) Art. XV.70 du Code de droit économique.

4.2. SECTEUR DES INDEMNITES

4.2.1. Introduction

Dans le secteur des indemnités comme dans celui des soins de santé, les premières relations qui se nouent entre un assuré social et une institution de sécurité sociale, sont celles de la mutualité avec son affilié. L'INAMI, s'il intervient directement, ne le fait que dans un deuxième temps ou plus indirectement (p. ex. sur demande d'un assuré social ou de la mutualité).

Dans l'information donnée à l'assuré social, le service des indemnités intervient principalement en soutien et complément de l'information donnée par les mutualités à leurs affiliés, qui reste l'acteur de première ligne à leur égard. Il n'empêche que les dispositions de la Charte leur sont applicables à l'un comme à l'autre.

L'implication en première ligne des mutualités dans le secteur des indemnités a été quelque peu renforcée suite à une réforme de certains organes de l'INAMI et des compétences respectives de l'INAMI et des mutualités intervenue le 31 décembre 2015, date d'entrée en vigueur de cette réforme.⁴¹

Sans être exhaustif, les relations directes entre l'assuré social et son organisme assureur concernent principalement les décisions relatives à la reconnaissance, prolongation ou refus de reconnaissance en incapacité de travail (primaire) ou d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.

Tandis que celles qui se nouent entre l'assuré social et l'INAMI portent sur des décisions de reconnaissance, prolongation ou refus de reconnaissance en invalidité, sur des décisions relatives à des demandes de renoncations à la récupération ou à la réintégration professionnelle,...

En outre, le service des indemnités de l'INAMI et les organismes assureurs collaborent chaque jour afin d'informer au mieux l'assuré social sur ses droits, notamment en s'accordant sur l'interprétation de certaines dispositions ainsi que sur leur application à des situations complexes ou dans le cadre de l'amélioration de la lisibilité des formulaires soumis aux assurés.

Lorsqu'un assuré social tombe malade, il demande par le biais du médecin-conseil de sa mutualité une reconnaissance en incapacité de travail. Pour autant qu'il

(41) Chapitre 4 de la loi du 21 décembre 2013 portant des dispositions diverses urgentes en matière de législation sociale, *M.B.*, 27 janvier 2014, p. 6728.

remplisse les conditions d'octroi⁴² (conditions d'assurabilité ou de stage, et p. ex. conditions prévues à l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour les travailleurs salariés ou à l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971⁴³ pour les travailleurs indépendants), il est en droit de percevoir des indemnités, en incapacité primaire et, après un an, en invalidité, qui correspondent à un revenu de remplacement, comme peuvent l'être les allocations de chômage ou le revenu d'intégration versé par le centre public d'action sociale (CPAS).

Il est dès lors essentiel pour cet assuré de savoir rapidement s'il est ou non reconnu en incapacité primaire ou en invalidité, pour quels motifs, et, s'il est reconnu, quel sera le montant des indemnités qui lui seront versées, la base de calcul de celles-ci et la date de leur versement.

4.2.2. Devoir de conseil

Très tôt, et à bon escient, le texte de la Charte de l'assuré social a imposé non seulement des obligations d'information (cf. supra) aux institutions de sécurité sociale, mais également des règles et principes à suivre afin d'améliorer la compréhension, par le citoyen, de ses droits et obligations lorsque des décisions ont trait à des prestations sociales.

Outre l'article 3 de la Charte de l'assuré social qui a été abordé précédemment (cf. titre 3), on peut aussi évoquer l'obligation qu'ont, en vertu de l'article 4 de la Charte, les institutions de sécurité sociale de conseiller tout assuré social qui le demande sur l'exercice de ses droits ou l'accomplissement de ses devoirs et obligations. Il a ainsi été jugé qu'en ne traitant pas une information capitale pour le maintien ou non des droits de l'assuré social, l'institution de sécurité sociale a manifestement commis une faute.⁴⁴

4.2.3. Forme de l'information communiquée à l'assuré

La Charte de l'assuré social impose également un certain niveau de qualité dans l'information communiquée à l'assuré social. En effet, l'article 3, al. 3, de la Charte précise que l'information « *doit être précise et complète afin de permettre à l'assuré social concerné d'exercer tous ses droits et obligations* ».

(42) Voyez, sur cette question, D. Desaive et M. Dumont, « L'incapacité de travail, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? », in F. Etienne et M. Dumont (dir.), *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Liège, Anthemis, 2012, p. 277 et s.

(43) A.R. du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance-maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, *M.B.* 7 août 1971, p. 9312.

(44) C. trav. Mons (9ième ch.), 22 mai 2014, *J.T.T.*, 2015/6, n°1210, pp. 91-93

L'article 6 énonce que « *Les institutions de sécurité sociale doivent utiliser, dans leurs rapports avec l'assuré social, quelle qu'en soit la forme, un langage compréhensible pour le public* ».

A titre d'exemple, la Cour du travail de Liège a considéré que « *Un lecteur même attentif, mais peu au fait des arcanes de la sécurité sociale et des formulations parfois byzantines des textes qui la régissent, ne pouvait que déduire de cette note de bas de page qu'il ne fallait pas déclarer le fait qu'il percevait une pension de survie puisqu'elle n'était pas visée* ».

Le service des indemnités de l'INAMI et les mutualités collaborent afin d'améliorer la lisibilité des décisions adressées aux assurés sociaux ou des formulaires à remplir par ceux-ci.⁴⁵

5. QUELQUES CONSEQUENCES DU MANQUEMENT AU DEVOIR D'INFORMATION

5.1. PROPOS LIMINAIRE

Bien que le législateur n'ait, formellement, prévu aucune sanction spécifique, les manquements au devoir d'information n'en sont pas moins la source de nombreuses conséquences pour les institutions de sécurité sociale, notamment pour les organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Dans le secteur qui nous occupe, en effet, les prestations sont délivrées par ces institutions coopérantes de sécurité sociale. Ce sont, dès lors, elles qui sont au contact direct de l'assuré social. Dans un tel contexte, c'est sur ces organismes assureurs que repose, au premier chef, le devoir d'information dans ce secteur (v. *supra*).

Il convient de déterminer quel type de dommage pourrait être causé à l'assuré social en cas de manquement au devoir d'information. Ce dommage peut, selon nous, se manifester sous deux formes : d'une part, l'absence de paiement ou le paiement insuffisant d'une prestation légalement due ; d'autre part, la récupération d'une prestation payée indûment.

Les lignes qui suivent entendent modestement dresser le tableau d'un certain nombre de ces conséquences dans le secteur envisagé, sans prétendre à l'exhaustivité. L'analyse se structurera principalement autour de deux relations : d'une part, la relation entre l'assuré social (créancier de l'obligation d'information) et l'organisme

(45) ????

assureur, ou plus précisément sa mutualité⁴⁶ (débiteur de cette même obligation) ; d'autre part, la relation entre l'organisme assureur et l'INAMI (en tant que garant du bon fonctionnement du secteur et de l'allocation efficace des ressources).

5.2. LA RELATION ORGANISME ASSUREUR/ASSURE SOCIAL

Que l'assuré social doive se faire rembourser une visite chez son médecin généraliste ou déclarer une incapacité de travail aux fins de se voir octroyer des indemnités d'incapacité de travail, son interlocuteur sera sa mutualité ! Certes, il connaît l'existence de l'INAMI, mais n'en appréhende souvent que très – trop – peu les compétences et le fonctionnement.

Il est, dès lors, logique qu'il s'adresse à sa mutualité afin d'obtenir les informations qui l'intéressent.

De même, de par son affiliation à un organisme assureur, l'assuré social donne accès à ce dernier à nombre d'informations le concernant, utiles à la gestion de son dossier. C'est également ce même organisme assureur qui reçoit les demandes d'indemnisation de son assuré social. Il est donc manifeste que cet organisme est le mieux placé pour donner, d'initiative, une information à son membre.

L'on est donc en présence d'un débiteur et d'un créancier d'une obligation bien définie. Tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes... Cependant, la lecture de la Charte n'apporte pas de réponse explicite à la question « Mais, que se passe-t-il si ma mutualité ne me donne pas l'information dont j'ai besoin ? »

Le lecteur averti aura vite compris que l'assuré social n'est pas désarmé malgré le silence apparent de la Charte. L'on s'étonnera cependant qu'il faille connaître un tant soit peu le droit pour comprendre un outil qui se veut le chantre de l'accessibilité et de la lisibilité...

5.2.1. Conséquences dont l'origine repose dans la Charte

La lecture de la Charte nous amène à inventorier principalement trois conséquences – implicites - aux manquements au devoir d'information, dans la relation entre l'assuré social et sa mutualité.

(46) Notez que les termes « organisme assureur » et « mutualités » sont les deux faces d'une même pièce : le terme « organisme assureur » vise les Unions nationales de mutualités, la CAAMI et la Caisse des soins de santé de HR Rail, qui sont, au regard de la loi, responsables des manquements de leurs mutualités (ou offices régionaux) qui, elles, sont chargées des paiements des prestations aux assurés sociaux.

a) La limite à l'obstacle à la récupération – l'article 17, alinéas 2 et 3 de la Charte

Les effets de l'article 17 de la Charte, et singulièrement de son alinéa 2, sur la question de la récupération des prestations payées indûment ont maintes fois été abordés en doctrine.⁴⁷ Nous ne nous arrêtons donc pas sur ce point.

Toutefois, quant à l'objet de la présente étude, nous rappellerons qu'en principe lorsqu'un paiement indu est constaté, l'institution de sécurité sociale rectifie la situation et récupère l'indu (al. 1^{er}). Cependant, lorsque c'est une institution qui est à l'origine de l'erreur, l'on protège l'assuré social, et l'on ne récupère pas l'indu (al. 2). Mais, exception à l'exception, l'assuré social ne peut bénéficier de l'exception prévue à l'alinéa 2 s'il « savait ou devait savoir » n'avoir pas droit à la prestation ou une partie de celle-ci (al. 3).

Cette notion de « savait ou devait savoir » fait brillamment écho au devoir d'information contenu dans la Charte⁴⁸: en effet, lue à rebours, cette disposition indique que si l'institution de sécurité sociale a informé clairement et complètement son assuré social sur l'ensemble de ses droits et obligations, elle pourra « rattraper » son erreur, et récupérer la prestation payée indûment, quand bien même elle résulterait de sa propre négligence. En effet, l'assuré social informé adéquatement sait, ou du moins doit savoir, qu'il touche une prestation indu. La protection lui offerte par l'alinéa 2 n'a donc plus de raison d'être, dans ces circonstances.

Il faut donc en conclure que l'organisme assureur qui manque à son devoir d'information, et cause par là un dommage à son assuré (l'obligation de restituer un indu dont il ignorait le caractère indu et qu'il a pu utiliser à d'autres dépenses), a l'obligation de réparer ce dommage. Plutôt que de créer une nouvelle obligation de réparer le dommage causé, le législateur a opté pour un obstacle à la création du dommage lui-même : l'assuré social ne doit plus rembourser l'indu, il ne subit donc plus de dommage.

b) Les intérêts moratoires – l'article 20

Comme évoqué *supra*, les manquements au devoir d'information peuvent engendrer l'absence de paiement d'une prestation pourtant légalement due : l'assuré non conscient d'avoir droit à telle prestation s'abstient de la demander ou à tout le moins de fournir à son organisme assureur les informations requises afin de pouvoir prendre une décision. L'organisme assureur ne paie donc pas.

(47) Nous renvoyons à cet égard, notamment à A. Zuinen, S. Koval, C. Marthus, C. Lekane et N. De Marneffe, L'article 17 de la Charte de l'assuré social – Réflexions autour de la récupération de l'indu, *B.I. INAMI*, hors série 2014, p. 154 et s.

(48) Même si elle est source de difficultés certaines d'interprétation et d'application dans le chef des institutions de sécurité sociale, dans le chef des juridictions du travail et par voie de conséquence dans le chef de l'assuré social.

Le législateur a, pour cette hypothèse, en adoptant l'article 20 de la Charte, prévu que l'institution de sécurité sociale serait, en principe, débitrice d'intérêts moratoires à dater de l'exigibilité de la prestation. Comme l'exigibilité de cette prestation est souvent conditionnée par une prise de décision de l'institution considérée, le législateur a prévu que lorsque le retard dans la prise de décision est imputable à une institution de sécurité sociale, les intérêts courent à compter de la date à laquelle l'institution devait légalement prendre position. Le dommage consistant dans l'attente injustifiée du paiement d'une prestation est donc réparé, également lorsque le retard est lié à un manquement au devoir d'information.

Cette disposition prévoit même que ces « *prestations portent intérêt de plein droit* ». Il est à noter qu'il existe, dans la pratique, une controverse quant à la portée de cette locution « *de plein droit* », certaines administrations considérant que l'assuré social doit demander le bénéfice de ces intérêts moratoires, d'autres estimant, au contraire, que ces intérêts sont dus, sans demande expresse de l'assuré.

Nous n'estimons, toutefois, pas opportun de nous prononcer quant à cette question, dès lors que le législateur lui-même s'en est saisi⁴⁹ et précisera donc logiquement l'interprétation à donner à la disposition.⁵⁰

Quant au taux d'intérêt applicable, il s'agit de celui prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à l'intérêt, à savoir le taux d'intérêt légal en matière sociale, à l'heure actuelle fixé à 7 %.

Il est à noter qu'en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'article 174, al. 5 et 6, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, permet au fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI de suspendre la prescription par la reconnaissance, dans le chef du bénéficiaire, d'un cas de force majeure.⁵¹ Il va sans dire que, lorsque la force majeure est reconnue et que la prescription est par conséquent suspendue, les intérêts porteront également sur les prestations pour lesquelles la suspension de la prescription pour cause de force majeure a joué, si toutefois la situation répond aux conditions de l'article 20.

Il est intéressant de faire une petite parenthèse quant à cette suspension de la prescription dans le cadre de la présente étude. Nous remarquerons, en effet, que le

(49) Proposition de loi Spooen et consorts, doc. Parl., S.O. 2014-2015, 54-0895/001.

(50) En effet, si le législateur adopte le texte proposé, cela signifiera sans équivoque qu'il estime que l'assuré ne doit pas introduire de demande quant à ces intérêts. Au contraire, s'il n'adopte pas ce nouveau texte, il faudra en conclure qu'il approuve la position des administrations qui exigent qu'une telle demande soit introduite, dès lors que l'objectif déclaré de l'auteur de la proposition est de mettre un terme à cette pratique.

(51) Voyez, sur cette question, J. Demey et I. Daumerie, La suspension de la prescription pour cause de force majeure par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, *B.I. INAMI*, 2009, liv. 2, pp. 139-147.

devoir d'information assigné aux organismes assureurs a un effet collatéral sur le traitement de ce type de demandes : dès lors que la législation est particulièrement complexe et qu'il revient aux organismes assureurs d'informer correctement leurs affiliés quant aux prestations auxquelles ils peuvent prétendre, le manquement au devoir d'information pourra, selon les circonstances de l'espèce, être considéré comme un cas de force majeure dans le chef de l'assuré social. Il suffira à l'assuré social, dans ce cas, de démontrer le manquement de son organisme assureur quant à son devoir d'information, et démontrer qu'il ne pouvait, par ses propres moyens, découvrir⁵² qu'il ne percevait pas une prestation due ou qu'il percevait moins que ce à quoi il avait droit.

c) La renonciation à la récupération – l'article 22, §2, a)

L'article 22 de la Charte permet aux institutions de sécurité sociale de renoncer, dans certaines circonstances, à la récupération d'un paiement indu. L'une de ces circonstances réside « dans [l]es cas ou [l]es catégories de cas dignes d'intérêt et à la condition que le débiteur soit de bonne foi ».⁵³

Où se situe donc le lien avec le devoir d'information, nous direz-vous ?

Un assuré ne saurait être considéré de bonne foi, s'il sait, au moment où il perçoit l'indu, qu'il n'a pas droit à la prestation ou, à tout le moins, à une partie de celle-ci.

Cette circonstance implique donc nécessairement que lorsque l'organisme assureur informe adéquatement son assuré social, de sorte à lui faire prendre conscience que telle ou telle prestation ne lui est pas due, l'assuré social perdra l'opportunité de voir sa demande éventuelle de renonciation à la récupération de l'indu acceptée.

5.2.2. Conséquences dont l'origine repose dans le droit commun

Outre les possibilités évoquées ci-avant, l'assuré social qui subit un dommage suite à un manquement à son devoir d'information par son organisme assureur dispose évidemment également des recours de droit commun, plus spécifiquement l'appel à la responsabilité aquilienne de l'auteur de la faute, sur la base de l'article 1382 du Code civil.

Il est intéressant de constater que cette responsabilité extracontractuelle peut être invoquée en s'appuyant, au besoin, sur le principe de légitime confiance.⁵⁴ Ce principe de légitime confiance, ainsi que le principe de bonne administration préexistaient à la promulgation de la Charte de l'assuré social.⁵⁵ Les administrations étaient donc

(52) La situation doit naturellement présenter un caractère insurmontable.

(53) Article 22, §2, a), de la Charte de l'assuré social.

(54) Cf. A. Zuinen, S. Koval, C. Marthus, C. Lekane et N. De Marneffe, L'article 17 de la Charte de l'assuré social – Réflexions autour de la récupération de l'indu, *op. cit.*, pp. 174-175.

(55) Voy. Cass. (1^{er} ch.), 20 juin 1997, *J.T.*, 1998, pp. 182-183.

déjà, auparavant, tenues d'informer adéquatement leurs assurés sociaux. Toutefois, la Charte a modifié un élément déterminant dans le mécanisme de responsabilité civile pesant sur l'organisme assureur à cet égard : en effet, le législateur a envisagé le devoir d'information comme une obligation de résultat, et non plus comme une obligation de moyen comme cela était le cas auparavant.⁵⁶

Cela n'est pas sans incidence sur la position de l'assuré social : en effet, il lui « suffira » de prouver, pour engager la responsabilité de son organisme assureur, que ce dernier n'a pas rempli son obligation d'information, et seule une cause de justification pourra permettre à l'organisme d'échapper à cette responsabilité.

Cela allège, certes, le fardeau de la preuve pour l'assuré social, mais ça ne lui rend cependant pas la tâche aussi aisée que s'il avait pu invoquer l'article 17, al. 2, de la Charte.⁵⁷

Nous sommes d'avis que l'assuré social a tout intérêt à n'utiliser la voie de la responsabilité civile qu'en dernier recours, lorsque l'article 17, al. 2, de la Charte ne trouve pas à s'appliquer. En effet, outre la charge de la preuve plus importante dans le cadre de l'application de l'article 1382 C.C., il y a lieu de souligner que cette disposition peut également entraîner un concours de responsabilité, voire une rupture du lien de causalité, en cas de coexistence d'une faute de l'assuré social avec celle de l'organisme assureur.⁵⁸

5.3. LA RELATION INAMI/ORGANISME ASSUREUR

Si l'on se place sur le plan du droit des obligations, l'on pourrait dire que la partie qui précède (la relation organisme assureur – assuré social) a trait à la question de « l'obligation (à la dette) », autrement dit, qui répare le dommage causé à l'assuré social. Il y a lieu de souligner que si c'est toujours l'organisme assureur qui est tenu de réparer le dommage, ceci n'emporte pas que ce soit systématiquement lui qui en supporte, *in fine*, la charge financière. La partie qui suit s'attachera donc à analyser la question de la « contribution à la dette ».

5.3.1. La prise en charge partielle des indus irrécupérables

Selon l'article 194, §1^{er}, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, « *Sont considérées comme frais d'administration les dépenses qu'entraîne l'application de la présente loi coordonnée, à l'exclusion des dépenses qui correspondent au montant : a) des prestations*

(56) Voy. Doc. Parl., Sén., S.O. 1992-1993, 634/2, pp. 13-14 et 22-23.

(57) Cf. A. Zuinen, S. Koval, C. Marthus, C. Lekane et N. De Marneffe, l'article 17 de la Charte de l'assuré social – Réflexions autour de la récupération de l'indu, *op. cit.*, pp. 174-175.

(58) V. C. Trav. Liège, 10 janvier 2014, RG : 2013-AL-076, inédit, sommaire disponible sur www.juridat.be.

visées au titre III, chapitre III, au titre IV, chapitre III et au titre V, chapitre III ; b) des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi ».

En règle générale, les prestations payées indûment et non récupérées par les organismes assureurs font donc partie de leurs frais d'administration. En d'autres termes, elles restent financièrement à leur charge, sauf si le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif de l'INAMI considère la non-récupération comme justifiée.⁵⁹

Toutefois, la Cour de Cassation a jugé, de longue date⁶⁰, que les prestations indues dont le constat du caractère indu se produit après l'expiration du délai de prescription ne doivent pas être considérées comme des frais d'administration. Pour être exact, ce n'est pas le constat qui doit être opéré avant l'expiration du délai de prescription, mais l'inscription au compte spécial prévue à l'article 325 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.⁶¹

Le raisonnement de la Cour de Cassation vise à empêcher de faire passer en frais d'administration des prestations indues non récupérables en raison de l'effet de la loi. Ce raisonnement est donc applicable, *mutatis mutandis*, aux indus rendus irrécupérables par application de l'article 17, al. 2, de la Charte. Dans son arrêt 66/2012, la Cour constitutionnelle confirmera que ces indus sont à charge de l'INAMI. Elle précisera qu'il revient au législateur d'intervenir s'il veut s'opposer à cet effet.

C'est ce qu'il fera en ajoutant un troisième paragraphe à l'article 194 de la loi coordonnée.⁶²

Cette disposition prévoit désormais une prise en charge partielle par les organismes assureurs des indus rendus irrécupérables par application de l'article 17, al. 2, de la Charte. Par conséquent, les organismes assureurs et l'INAMI partagent désormais les conséquences financières des manquements au devoir d'information.

Nous n'aborderons pas la question du contenu précis de cet article 194, §3, vu son caractère par trop technique au regard de l'étude ici proposée. Nous nous permettons néanmoins une petite parenthèse quant à un élément particulier contenu au

(59) Concernant la dispense d'inscription en frais d'administration, nous renvoyons au texte des articles 326 et 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

(60) Cass., 8 décembre 1980, 74/347, sommaire disponible sur www.juridat.be.

(61) De manière synthétique, une fois le constat de l'indu opéré, l'organisme assureur dispose d'un délai déterminé pour inscrire cet indu dans un compte spécial, qui constitue un compte d'attente (dans l'attente de savoir qui prendra, *in fine*, en charge financièrement cet indu).

(62) Loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, *M.B.*, 30 avril 2014, p. 35442, art. 71.

dernier alinéa de cette disposition : « *Si l'organisme assureur établit que l'erreur au sens de l'article 17, alinéa 2 de la loi précitée est imputable à une autre institution de sécurité sociale, les montants concernés sont déduits des montants pris en compte pour le calcul du pourcentage prévu au paragraphe 3, alinéa 2* ».

Il nous semble que cet alinéa tranche définitivement la controverse concernant la nécessité ou non que la faute ait été commise par l'institution ayant payé la prestation indue pour pouvoir faire application de l'article 17, al. 2, de la Charte. En effet, le législateur n'a pu se méprendre sur la portée d'une telle disposition : il estime manifestement qu'il y a lieu de faire application de l'article 17, al. 2, de la Charte, quand bien même l'erreur est commise par une autre institution, en tout cas lorsqu'il s'agit d'une autre institution de sécurité sociale. Toute autre interprétation rendrait superflue cette précision légale.

5.3.2. La responsabilisation financière

Le montant des frais d'administration des organismes assureurs, évoqués ci-avant, est prélevé sur les ressources de l'assurance, et ce montant est fixé conformément à l'article 195 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. A l'exception de la CAAMI⁶³, les organismes assureurs acquièrent la pleine propriété d'un éventuel boni en fin d'exercice, mais supportent également un éventuel mali.

Ces frais d'administration sont composés, schématiquement, de trois parties : *primo*, la partie fixe est attribuée annuellement et son montant est déterminé expressément par le législateur ; *secundo*, la partie variable qui est attribuée en fonction de la façon dont les organismes assureurs effectuent leurs missions légales⁶⁴; *tertio*, une majoration⁶⁵ conditionnelle⁶⁶ des frais d'administration en cas de récupération de prestations indues.⁶⁷

Les manquements au devoir d'information des organismes assureurs ont un impact en matière de frais d'administration, en ce qui concerne l'évaluation en vue de déterminer le montant de la partie variable des frais d'administration. En effet, le Roi a prévu, comme premier critère, « *1° la fourniture d'informations aux assurés sociaux : a) sous la forme d'informations individualisées fournies dans des cas concrets ; b) sous la*

(63) Pour laquelle les frais d'administration alloués sont les frais réels.

(64) Les critères d'évaluation sont déterminés par l'arrêté royal du 10 avril 2014 relatif à la responsabilisation des organismes assureurs sur leurs frais d'administration, *M.B.*, 13 juin 2014, p. 44896.

(65) Cette majoration est calculée sur la base d'un pourcentage des montants récupérés en application des articles 164 et 136, §2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

(66) A titre d'information, pour obtenir la majoration prévue, le paiement indu ne doit pas être le résultat d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de l'organisme assureur.

(67) Article 195, §2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

*forme d'informations collectives utiles aux assurés sociaux en vue de la garantie et du maintien de leurs droits ; c) à la suite d'un enregistrement et d'une gestion des plaintes des affiliés par les organismes assureurs ».*⁶⁸

Ce critère tient au respect, par les organismes assureurs, de leur devoir d'information, tel qu'il ressort de la Charte de l'assuré social. En cas de dysfonctionnement à ce niveau, l'organisme assureur sera donc pénalisé financièrement au niveau de ses frais d'administration.

5.3.3. L'amende administrative

Depuis le 27 août 2015⁶⁹, les organismes assureurs sont passibles d'une « *amende de 125 EUR, par assuré ou prestataire de soins, lorsque, par erreur, faute ou négligence, l'organisme assureur a omis de payer une prestation prévue par la présente loi ou les arrêtés et règlements pris en exécution de celle-ci, ou paie un montant inférieur au montant réellement dû* ». ⁷⁰

Les organismes assureurs qui sont en possession des informations nécessaires pour payer une prestation sont tenus de le faire, sous peine d'une amende administrative.

Les manquements au devoir d'information peuvent s'avérer cruciaux dans ce cadre : l'amende administrative est applicable lorsque l'absence de paiement ou l'insuffisance de celui-ci est le résultat de l'erreur, la faute ou la négligence de la mutualité. Or, celui-ci étant astreint à une obligation de résultat dans le cadre de son devoir d'information, l'organisme assureur, qui a en sa possession des éléments lui permettant de penser qu'une prestation est éventuellement due, a l'obligation de rechercher activement les informations éventuellement manquantes.

Dans ce contexte, l'omission de s'informer dans le chef de l'organisme assureur est susceptible de constituer une faute et donc de donner lieu à application de cette sanction administrative.

5.4. QUID DE LA RESPONSABILITE DE L'INAMI ?

Nous avons largement abordé les conséquences d'un manquement au devoir d'information dans le chef des organismes assureurs. Cela signifie-t-il pour autant que l'INAMI n'a aucun rôle à jouer en la matière ? Il n'en est évidemment rien !

(68) Arrêté royal du 10 avril 2014, art. 3.

(69) Loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 17 juillet 2015, *M.B.*, 17 août 2015, p. 52851.

(70) Article 166, §1^{er}, k), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

D'une part, il est constant que l'assuré social peut toujours opter pour une demande d'informations à l'INAMI plutôt qu'à son organisme assureur, auquel cas l'INAMI répond à celui-ci dans la mesure de ses possibilités ou renvoie vers l'organisme assureur, au besoin.⁷¹

En outre, comme l'a établi la jurisprudence⁷², l'application de l'article 17, al. 2 (indu rendu irrécupérable), de la Charte fait peser sur l'INAMI les conséquences de l'erreur d'un organisme assureur. L'on peut tirer la même conclusion en cas d'application de l'article 22 (renonciation à la récupération), ou même de l'article 20 (intérêts moratoires). Dans le cadre de l'application de l'article 17, al. 2, comme mentionné *supra*, la charge financière est cependant supportée partiellement par l'organisme assureur.

Par contre, en cas de condamnation de l'organisme assureur en application de l'article 1382 du Code civil, celui-ci supportera seul la charge financière occasionnée.⁷³

En tout état de cause, le législateur ainsi que le Roi ont pris les mesures évoquées dans la partie 5.3 de la présente étude, afin de limiter l'impact de ces erreurs sur les budgets de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi que dans l'optique de responsabiliser au maximum les organismes assureurs quant aux erreurs qu'ils commettent.

Nous soulignerons également les mesures prises en matière de transparence (partie 4.1) pour ce qui concerne le secteur des soins de santé, et la révision de nombre de formulaires pour ce qui concerne le secteur des indemnités (partie 4.2).

6. CONCLUSIONS

Comme évoqué, la naissance du devoir d'information en sécurité sociale s'inscrit dans un mouvement plus large visant à informer le citoyen de ses droits et devoirs, dans le but de lui permettre d'exercer efficacement ses droits et de remplir correctement ses obligations.

En sécurité sociale, certaines particularités liées à la situation des assurés sociaux (souvent dans une situation de précarité) et à la complexité des différents secteurs ont justifié de s'écarter de – ou plutôt de compléter – les lois générales antérieurement applicables et des principes généraux de bonne administration.

(71) Voir point 3. Différents débiteurs de l'obligation d'information.

(72) Voy. not. C.C., 24 mai 2012, 66/2012, B.6.4.

(73) Il ne s'agit, en effet, ni d'une prestation visée à l'article 194, §1er, a), de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, ni d'un paiement indu tel que visé au point b) de cette même disposition. Aucune dispense d'inscription en frais d'administration ne saurait donc, légalement, être admise concernant cette indemnisation.

Depuis plus de vingt ans, le pouvoir législatif, le pouvoir exécutif, ainsi que les différents organismes impliqués, tentent de mettre en place les conditions et modalités d'exercice de ce devoir d'information. Ce travail de longue haleine n'est naturellement pas terminé, mais pourra-t-il l'être un jour ?

L'on voit que dans certains secteurs l'obligation est éparpillée, fragmentée, c'est particulièrement le cas en matière de soins de santé en raison de la relation tripartite qui caractérise ce secteur. Cette fragmentation n'est pas sans poser problème pour l'assuré social qui souhaite obtenir les informations nécessaires, voire même simplement utiles.

Toutefois, cette fragmentation semble un mal nécessaire : il convient, en effet, de prendre en considération l'aspect pratique de la délivrance d'informations : qui est le mieux placé pour donner une information correcte et individualisée ? Ceci nous ramène à une question préalable : qui est le mieux placé pour déterminer les prestations auxquelles tel ou tel assuré est susceptible de faire appel ?

Tant l'INAMI que les organismes assureurs n'ont pas nécessairement les outils pour déterminer l'information individualisée nécessaire, ou même simplement utile, à chacun des assurés sociaux, en raison du nombre impressionnant de prestations différentes existantes ! D'autant plus qu'ils sont amenés à prendre des décisions dans des délais courts.

Comment, par exemple, l'organisme assureur ou l'INAMI pourrait savoir qu'un assuré social entend débiter un traitement orthodontique régulier et donc l'avertir des conditions particulières quant aux délais applicables dans cette matière ?⁷⁴ Seul le dispensateur de soins est en mesure de le constater, et donc d'informer son patient quant à l'existence de conditions particulières. Ceci implique naturellement que le praticien lui-même soit correctement informé des procédures, modalités et conditions d'intervention de l'assurance. Les praticiens devraient avoir le réflexe systématique de renvoyer leurs patients vers celui sur qui pèse l'obligation d'information, en l'espèce l'organisme assureur ou l'INAMI !⁷⁵

Plus la matière est complexe, plus le contenu du devoir d'information devient une nébuleuse dont chaque composante doit être attribuée à l'un des acteurs impliqués et dont les modalités méritent d'être précisées, si l'on entend atteindre l'objectif d'une information précise, complète et individualisée.

(74) Voy. à ce sujet l'article 6, §6, point 4. de la nomenclature des soins de santé, Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.*, 29 septembre 1984.

(75) La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée ne fait pas exception au devoir des institutions de sécurité sociale, elle s'applique de manière concurrente. Cela est, par ailleurs, fort logique, dès lors que cette loi et la Charte de l'assuré social règlent des relations bien différentes, malgré leurs liens ténus.

L'on voit donc, 20 ans après la promulgation de la Charte, que le principe y édicté est loin de constituer une déclaration de principe, mais a, au contraire, des implications très concrètes sur le fonctionnement des institutions de sécurité sociale, qu'il s'agisse d'organismes publics ou d'institutions coopérantes, ainsi que sur leurs budgets. Il faut néanmoins se résoudre à faire appel aux autres acteurs éventuellement impliqués pour atteindre l'objectif fixé (cf. rôle des dispensateurs de soins).

Il faut aussi constater que chaque modification légale ou réglementaire implique une nouvelle information, parfois selon de nouvelles modalités. Par conséquent, loin d'être abouti, le processus de modalisation du devoir d'information continue et continuera de se renouveler sans cesse. Comme Sisyphe, les institutions de sécurité sociale seront appelées à pousser sans fin leur pierre de l'information...

TABLE DES MATIERES

LE DEVOIR D'INFORMATION DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

1.	PREAMBULE	125
2.	BREF RETOUR SUR LA <i>RATIO LEGIS</i>	126
3.	DIFFERENTS DEBITEURS DE L'OBLIGATION D'INFORMATION DANS LES SECTEURS SOINS DE SANTE ET INDEMNITES	128
3.1.	INTRODUCTION QUANT AUX DIFFERENTES RELATIONS DANS CES SECTEURS	130
3.2.	RELATION ORGANISME ASSUREUR/ASSURE SOCIAL	131
3.3.	RELATION INAMI/ASSURE SOCIAL	132
3.4.	RELATION DISPENSATEUR DE SOINS/ASSURE SOCIAL	133
4.	DEVELOPPEMENTS DANS LES DEUX SECTEURS	136
4.1.	SECTEUR DES SOINS DE SANTE	136
4.2.	SECTEUR DES INDEMNITES	142
5.	QUELQUES CONSEQUENCES DU MANQUEMENT AU DEVOIR D'INFORMATION	144
5.1.	PROPOS LIMINAIRE	144
5.2.	LA RELATION ORGANISME ASSUREUR/ASSURE SOCIAL	145
5.3.	LA RELATION INAMI/ORGANISME ASSUREUR	149
5.4.	QUID DE LA RESPONSABILITE DE L'INAMI ?	152
5.	CONCLUSIONS	153