

Louvain School of Management

Dans quelle mesure l'utilisation du critère d'âge est-elle acceptable dans le cadre du remboursement des soins de santé ?

Auteur : Thomassint Alice
Promoteur : Gosseries Axel
Année académique 2019-2020

Remerciements

En premier lieu, je me dois de remercier mon promoteur de mémoire, Monsieur Axel Gosseries. Sa disponibilité et ses conseils avisés m'ont permis d'approfondir mes recherches et de mener ma réflexion en profondeur.

Je tenais à remercier Caroline Théâtre et Véronique Meunier pour la relecture attentive de mon travail.

Je remercie également Monsieur Jérôme Pierard, Monsieur Paul Jamar, Monsieur Olivier Van Riet ainsi que Monsieur Nicolas Vangampelaere pour leur aide ponctuelle lors de l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements vont aussi à mes amis et à ma famille pour leur soutien tout au long de ces années d'études et les moments de détente passés à leurs côtés.

En dernier lieu, je remercie mes parents ainsi que mon frère et ma sœur pour leur présence et leur patience depuis ces cinq dernières années. Un merci tout particulier à mon papa de m'avoir épaulée et conseillée de la meilleure manière qui soit lors de la rédaction de ce travail.

Table des Matières :

Introduction.	1
Chapitre 1: L'organisation des soins de santé en Belgique.	3
1.1 Le système de sécurité sociale belge.	3
1.1.1 L'histoire du système de sécurité sociale belge.	3
1.1.2 Fonctionnement du système de sécurité sociale belge.	5
1.1.2.1 Principes de fonctionnement.	5
1.1.2.2 Modes de financement.	6
1.1.3 La sécurité sociale belge en quelques mots.	7
1.2 L'assurance obligatoire soins de santé.	8
1.2.1 La philosophie de l'assurance obligatoire.	8
1.2.2 L'organisation de l'assurance obligatoire.	11
1.2.2.1 Les organismes assureurs.	11
1.2.2.2 L'INAMI.	12
1.2.3 Le financement de l'assurance obligatoire.	13
1.2.4 Que couvre l'assurance obligatoire soins de santé ?	13
1.2.4.1 Comment la nomenclature des soins est-elle établie ?	14
1.3 L'assurance complémentaire.	16
1.3.1 Quelle est la philosophie de l'assurance complémentaire ?	16
1.3.2 Comment l'assurance complémentaire est-elle organisée ?	17
1.4 Ce qu'il faut retenir	18
Chapitre 2 : Spécificité du critère d'âge et méthodologie.	19
Chapitre 3 : Les politiques de remboursement différenciées en fonction de l'âge.	22
3.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de l'examen buccal préventif jusqu'au 67ème anniversaire.	22
3.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.	22
3.1.2 Historique de la prestation.	24
3.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.	26
3.1.4 La politique de remboursement différenciée est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?	29
3.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre de l'examen buccal préventif ?	37
3.2 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais liés à la fourniture d'orthèses lombo-sacrées.	38
3.2.1 Le remboursement actuel et ses conditions.	38
3.2.2 Historique de la prestation.	39

3.2.3 La politique de remboursement est-elle justifiée ?	39
3.3 Généralisation.	40
Chapitre 4 : Les critères d'âge plafond.	41
4.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de contraception pour les jeunes femmes jusqu'au 25ème anniversaire.	41
4.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.	41
4.1.2 Historique de la prestation.	42
4.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.	42
4.1.4 La politique de remboursement est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?	44
4.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre de la contraception ?	47
4.2 Généralisation.	48
Chapitre 5 : Les critères d'âge seuil.	49
5.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de placement de deux implants ostéo-intégrés dans la mandibule pour les plus de 70 ans.	49
5.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.	49
5.1.2 Historique de la prestation.	49
5.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.	50
5.1.4 La politique de remboursement est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?	50
5.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre des implants ostéo-intégrés ?	53
5.2 Généralisation.	54
Chapitre 6 : Les critères d'âge en assurance complémentaire.	55
6.1 La loi du 26 avril 2010 et l'âge.	56
6.2 Quelles sont les raisons pour lesquelles les organismes assureurs utilisent des critères d'âge dans le cadre de l'assurance complémentaire ?	62
Chapitre 7 : Synthèse des principes.	64
8. Conclusion.	68
9. Bibliographie.	70
10. Annexes.	79

Introduction.

Les critères d'âge font partie de notre vie quotidienne. Cependant, rares sont les fois où nous nous questionnons sur le bien-fondé de leur utilisation. Si l'usage des critères d'âge peut nous paraître anodin, les répercussions de leur utilisation peuvent être importantes.

Traiter des personnes différemment uniquement sur base de leur âge peut poser des questions éthiques. Le critère d'âge est d'ailleurs reconnu comme critère protégé par la loi de 2007 « tendant à lutter contre certaines formes de discrimination » (Loi du 10 mai 2007 : art. 4)¹. Ce mémoire n'a pas pour objectif de discuter la légalité de ces critères mais bien leur légitimité.

Nous retrouvons des situations de différenciation par l'âge dans de nombreux domaines. Celui qui nous intéressera particulièrement dans ce mémoire sera celui des soins de santé. Dans quelle mesure l'utilisation de critères d'âge est-elle acceptable dans le cadre du remboursement des prestations en soins de santé ? Ce travail a pour vocation de faire réfléchir le lecteur sur cette question et de démontrer d'une part que les critères d'âge peuvent dans certains cas créer des inégalités et dans d'autres cas les diminuer mais également que leur utilisation bien que pratique n'est pas indispensable même si elle peut être tout à fait justifiable.

Afin de réaliser ce mémoire, je me suis tout d'abord intéressée au système de soins de santé de manière générale avant d'analyser l'impact de l'utilisation des critères d'âge dans le cadre des remboursements en soins de santé. Pour ce faire, j'ai parcouru les textes législatifs et la littérature académique disponible sur le sujet. J'y ai adjoint ma réflexion personnelle.

J'ai dû surmonter plusieurs obstacles tout au long de la réalisation de ce travail. Tout d'abord, le système d'assurance soins de santé obligatoire est complexe. Les lois et les arrêtés royaux se succèdent, changeant continuellement la nomenclature des soins. De plus, ces textes ne contiennent que très rarement les justifications explicites des décisions ayant amené ces changements. Le citoyen lambda peut difficilement comprendre pourquoi les choses évoluent dans l'une ou l'autre direction.

Les personnes ressources auprès desquelles j'aurais pu obtenir des précisions sur des textes et thématiques plus particulières affrontaient, dans leur secteur respectif, la crise sanitaire de front.

¹ Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. (2007). *Moniteur belge*, 30 mai, p. 29016.

Elles étaient de ce fait nettement moins disponibles. C'est le cas en particulier des collaborateurs des cabinets ministériels ou des services spécifiques des organismes assureurs.

Plutôt cartésienne de prime abord, réfléchir sur ce sujet m'a fait sortir de ma zone de confort. Repenser le monde dans lequel nous vivons est parfois nécessaire tout comme le sont les remises en question des systèmes inclus dans un monde en perpétuelle évolution. Le monde d'aujourd'hui change très vite et nous devons nous y adapter continuellement.

J'ai réalisé ce mémoire dans le cadre de mon master en sciences de gestion à la Louvain School of Management. Ce mémoire s'inscrit tout à fait dans le cadre d'un master en gestion. En effet, il met en lumière l'importance de réfléchir aux conséquences en matière d'éthique de nos décisions. Un choix optimal d'un point de vue économique peut être catastrophique d'un point de vue éthique. J'ai suivi l'option « Corporate Social Responsibility » au cours de ma seconde année de master et j'ai compris son importance et ses enjeux. La responsabilité sociétale, c'est la prise en compte des enjeux sociaux et environnementaux dans les décisions d'une organisation.

Chapitre 1: L'organisation des soins de santé en Belgique.

En Belgique, il existe un système de protection sociale appelé Sécurité Sociale. Datant de la fin de la seconde guerre mondiale, il fut établi par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 « concernant la sécurité sociale des travailleurs »². Le système est toujours d'actualité aujourd'hui et est basé sur 6 piliers (Annexe 1). Bien que ce soient les soins de santé qui nous préoccupent dans ce mémoire, s'intéresser quelque peu à l'ensemble du système de sécurité sociale et à son histoire est un passage obligé afin de mettre en avant ses fondements et ses principes de fonctionnement. Une partie de ce premier chapitre y sera consacrée.

L'accès aux soins de santé s'est révélé comme une priorité à la fin de la seconde guerre mondiale (Funck et Markey, 2014 : 293). Cette priorité a été traduite en 1945 par l'instauration d'une assurance maladie obligatoire. A côté de l'assurance obligatoire, il existe des assurances complémentaires proposées par les mutualités. Elles interviennent également pour certaines prestations de soins de santé tantôt en renforçant la couverture de l'assurance obligatoire, tantôt en remboursant d'autres prestations. Enfin, dans notre pays, en plus de ces assurances obligatoire et complémentaire, il existe des assurances privées actives dans le domaine de la santé (Lewalle, 2006 : 150).

Toutefois, j'axerai mon analyse sur le bien-fondé des critères d'âge en assurance obligatoire et en assurance complémentaire. Afin de mener à bien cette analyse, j'ai jugé fondamental de mettre en avant les particularités de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire. Selon moi, on ne pourra discuter des politiques de remboursement mises en place qu'à condition de comprendre les spécificités de ces assurances.

1.1 Le système de sécurité sociale belge.

1.1.1 L'histoire du système de sécurité sociale belge.

Pour comprendre un système, il faut connaître son histoire et ses origines et c'est à cela que cette section sera dédiée.

² Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. (1944). *Moniteur belge*, 28 décembre, p.1730.

Dans « sécurité sociale », il y a le mot « sécurité ». La sécurité, l'Homme l'a toujours recherchée et il a, depuis longtemps, mis en place toute une série de moyens d'entraide pour lutter contre les aléas de la vie comme la maladie ou la perte d'un travail.

Si, au Moyen-Age, cette entraide était avant tout familiale et communautaire (Funck et Markey, 2014 : 14), il faudra attendre le XIX^{ème} siècle pour voir apparaître les premières couvertures sociales se rapprochant du système que nous connaissons aujourd'hui (D'hoore et Stordeur, 2004 : 72).

Le XIX^{ème} siècle fut marqué par l'industrialisation. L'avènement des machines et du capitalisme modifia la manière de travailler. Les journées étaient longues, le travail difficile et les accidents liés à l'activité professionnelle devinrent de plus en plus nombreux (Hostaux et Gosseries, 2009 : 32). Les ouvriers rivalisaient avec les machines et la classe ouvrière s'appauvrisait (Clesse, Bouiouliev, Coibion et Delchevalrie, 2016 : 14). Dans ce contexte, cette dernière se mobilisa et créa « les premières sociétés de secours mutuels » vers 1820 (Solidaris, s.d.). Elles offraient une compensation financière aux ouvriers tombant malades ou victimes d'accidents. Ces sociétés étaient gérées et financées par les travailleurs sur le principe de la libre adhésion ; ce qui les rendaient bancales. Cette gestion par les travailleurs ainsi que ce principe de libre adhésion constituent deux différences importantes par rapport au fonctionnement de notre système de sécurité sociale actuel.

Il a fallu attendre 1851 pour que l'Etat reconnaisse ces sociétés de secours mutuels, sous les conditions de la loi du 3 avril 1851 (Hostaux et Gosseries, 2009 : 33). Ces sociétés se regrouperont ensuite en fédérations puis en Unions nationales que nous connaissons aujourd'hui. La loi du 23 juin 1894 « portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes »³ élargira l'horizon des mutuelles et accordera les premières subventions publiques. Tous ces organismes « se donnent pour objet la prise en charge du coût des soins de santé et le paiement d'un revenu de remplacement aux membres incapables de travailler » (Hostaux et Gosseries, 2009 : 33). L'affiliation auprès de ces organismes reste libre.

Le début du XX^{ème} siècle sera marqué par l'entrée en vigueur d'une série de lois en matière de protection sociale concernant les accidents et les maladies liés au travail, les pensions, les allocations familiales et les vacances annuelles (Clesse et al., 2016 : 14).

³ Loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes. (1894). *Moniteur belge*, 25 juin, p. 888888.

Par la suite, les deux guerres mondiales et la crise boursière de 1929 ont mis en danger beaucoup de ménages et d'entreprises. Ces événements majeurs ont conduit à la signature de l'arrêté-loi⁴ du 28 décembre 1944 négocié par les représentants des travailleurs et des employeurs, fondant le système de sécurité sociale belge (Arcq & Blaise, 1994 : 5). L'ONSS⁵ est créé et devient l'organisme chapeautant les différentes institutions. Cet arrêté instaure une assurance maladie-invalidité et une assurance chômage. Cotiser pour la sécurité sociale devient obligatoire pour les travailleurs salariés et cette obligation s'étendra aux indépendants par la suite.

On constate que le système a fortement évolué passant d'un système à adhésion libre géré par les travailleurs à un système institutionnalisé pour lequel cotiser est obligatoire. Mais pourquoi l'Etat est-il intervenu et pourquoi avoir rendu ce système obligatoire ? Les systèmes de protection sociale à adhésion libre préexistant à la sécurité sociale actuelle manquaient d'efficacité. En effet, si l'affiliation est libre, seules les personnes à risque s'affilient car elles savent qu'elles seront gagnantes. Les personnes pour qui le coût de la cotisation est supérieur à l'espérance de gains ne cotiseront probablement pas. Dans la suite de ce premier chapitre, nous aborderons en profondeur ces questions en nous concentrant sur les soins de santé.

1.1.2 Fonctionnement du système de sécurité sociale belge.

1.1.2.1 Principes de fonctionnement.

La sécurité sociale intervient dans de nombreux domaines. Ainsi, ce système assure un revenu de remplacement à la suite de la perte d'un travail grâce aux allocations de chômage. Elle soutient financièrement les parents d'un ou de plusieurs enfants par le biais des allocations familiales. C'est une source de revenus pour les pensionnés via les caisses de pensions. Elle permet également le remboursement de frais médicaux via l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et les mutualités. Enfin, les victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles sont indemnisées par la sécurité sociale et tout cotisant a droit à un pécule de vacances

Ce système de protection sociale est un pilier précieux de notre société. Il a pour objectif de « garantir à chacun, par des systèmes appropriés de prestations, un minimum de moyens d'existence » (Euzéby, 1977 : 763-764). Il y a fort à parier que sans ce système de sécurité

⁴ Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. (1944). *Moniteur belge*, 28 décembre, p.1730.

⁵ Office national de la sécurité sociale.

sociale, le taux de pauvreté en Belgique serait plus important. Les récents évènements nous ont prouvé que le système était vital à notre société. Si nous avons vécu la pandémie de covid-19 sans système de sécurité sociale, et plus particulièrement sans assurance soins de santé et sans allocations de chômage, les conséquences sociales et économiques de cette crise auraient sans doute été davantage catastrophiques.

Le système repose sur plusieurs principes. Tout d'abord, c'est une **assurance obligatoire**. Pour pouvoir bénéficier des aides du système, il faut cotiser. Nous verrons, dans la section suivante, que ces cotisations sont proportionnelles au revenu des travailleurs (Woronoff, 1946 : 250). Cette proportionnalité traduit un second principe de fonctionnement de la sécurité sociale : la **solidarité** (Deschamps, Jacquemin, & Mignolet, 1994 : 152-153). Cette solidarité permet d'établir un juste milieu entre les riches et les pauvres, les malades et les non-malades, les travailleurs et les pensionnés. Mais la solidarité se marque également à un autre niveau. En effet, comme pour toutes les assurances, nous ne sommes pas certains d'être un jour indemnisés à hauteur du montant cotisé. En réalité, en cotisant pour la sécurité sociale, nous cotisons pour nous mais également pour la société.

Le troisième principe est la **gestion paritaire** du système (Reman et Feltesse, 2003). Les partenaires sociaux et les politiques prennent les décisions ensemble. Dans le cadre des soins de santé, les organismes assureurs ainsi que les prestataires de soins participent également, nous y reviendrons.

Le dernier principe de fonctionnement de la sécurité sociale consiste en la scission entre le régime des travailleurs salariés et celui des indépendants. Nous ne développerons pas ce point dans le cadre de ce mémoire car je n'y vois pas de pertinence quant à la discussion des critères d'âge.

1.1.2.2 Modes de financement.

L'Office national de la sécurité sociale chapeaute le système de sécurité sociale belge. Il est le cœur financier du système puisque sa mission principale est de collecter les cotisations pour ensuite les redistribuer entre les différents piliers du système (ONSS, s.d.a). L'ONSS dispose de trois sources de revenus distinctes.

Premièrement, les travailleurs cotisent de façon indirecte. Une cotisation est prélevée sur leur salaire brut qui s'élève à 13,07% de ce dernier (ONSS, s.d.b). Le montant est en pourcentage et donc proportionnel au revenu de chacun. Un ouvrier ne payera pas la même cotisation que le

patron d'une grande entreprise. Prenons l'exemple de Marc, ouvrier dans le bâtiment, ayant un salaire s'élevant à 2000€ brut par mois. Chaque mois, 261,4€ seront prélevés de son salaire pour constituer sa cotisation sociale. Son patron, Pierre, gagne 4000€ brut mensuellement. Sa cotisation s'élève donc à 522,8€ par mois.

La seconde source de revenu de la sécurité sociale provient des employeurs. Il s'agit des patrons qui engagent les travailleurs salariés. A la fin du mois, ils payent leurs travailleurs mais ils versent aussi une cotisation patronale à l'ONSS. Elle correspond à 25% du salaire brut du travailleur dans le secteur privé (ONSS, s.d.b). Pierre versera par conséquent 500€ de cotisation patronale pour Marc. Des différences de pourcentages peuvent être constatées dans le secteur public ou le secteur privé non-marchand.

La troisième source de revenu est l'Etat Belge. On ne parle pas de cotisations mais de subventions. Enfin, l'ONSS a également plusieurs sources de financement alternatif telles qu'une partie des recettes TVA ou d'autres recettes fiscales (Sécurité Sociale, s.d.).

Par exemple, en 2018, l'ONSS a été financé à hauteur de 77% par les cotisations sociales et patronales, à hauteur de 16 % par les sources de financement alternatif et à hauteur de 7% par les subventions d'Etat. En tout, ces sources de financement ont réuni 79,2 milliards d'euros (ONSS, s.d.c) (Annexe 2). Cet argent est ensuite redistribué aux différents organismes de la sécurité sociale.

Ces piliers sont au nombre de six et « chaque secteur possède sa propre organisation administrative indépendante de l'O.N.S.S. et dispose, au sommet, d'une institution de gestion centralisée chargée du contrôle des organismes primaires qui octroient les avantages sociaux. Dans certains cas, cette institution constitue elle-même un organisme distributeur » (Clesse et al., 2016 : 16).

1.1.3 La sécurité sociale belge en quelques mots.

Le système de sécurité sociale belge est donc une assurance obligatoire fondée sur la solidarité permettant de couvrir les risques sociaux. Elle est financée par les travailleurs, par les employeurs et par l'Etat. L'ONSS assure le financement en collectant et en allouant ces ressources entre les différents secteurs. L'objectif est d'assurer à tout un chacun un revenu minimum ou des aides face à certaines charges (Arcq & Blaise, 1994 : 6).

Désormais, la suite de ce mémoire sera consacrée à un seul pilier de la sécurité sociale, à savoir l'assurance soins de santé. Cela exclut toutes questions ayant attrait aux pensions, au chômage,

aux maladies et accidents liés au travail, aux allocations familiales et aux pécules de vacances. Nous parlons en général d'assurance soins de santé et indemnités mais la partie indemnités sera volontairement omise de l'analyse. Nous parlerons donc simplement d'assurance soins de santé.

1.2 L'assurance obligatoire soins de santé.

1.2.1 La philosophie de l'assurance obligatoire.

Il est important de comprendre pourquoi l'Etat est intervenu dans le marché des soins de santé et plus particulièrement dans celui de l'assurance soins de santé si nous voulons par la suite discuter des politiques de remboursement mises en place en nous concentrant sur les critères d'âge.

Tout d'abord, les soins de santé sont considérés par les économistes de la santé comme « **des biens publics mixtes** » (Rochaix, 2009 : 27). Ces sont des biens publics car la consommation d'un soin par une personne n'empêche pas une autre personne d'en bénéficier également. Les soins de santé sont, généralement, des biens publics « mixtes » par opposition aux biens publics « purs » car une exclusion par le prix est possible ainsi que des effets de congestion. Pour les biens publics, « l'analyse économique indique que la production, si elle est laissée à l'instigation des seuls agents, sera insuffisante du point de vue du bien-être de la société. On parle alors de défaillance du marché légitimant l'intervention de l'Etat dans le financement des soins médicaux. » (Rochaix, 2009 : 27).

De plus, le marché des soins de santé est un marché dans lequel il y a des **externalités**. C'est-à-dire que le comportement d'une personne peut avoir des conséquences positives ou négatives sur d'autres individus. L'actualité liée à la pandémie du covid-19 en est la preuve. La maladie se transmet, ce qui implique le fait que monsieur X malade peut avoir un effet négatif sur la santé de monsieur Y. En revanche, si un vaccin est découvert, la vaccination de madame W protégera également madame Z puisqu'elle ne sera plus contagieuse. Il s'agira dans ce cas d'une externalité positive. L'étude des sciences économiques nous apprend que : « En présence d'externalités, le marché ne conduit pas aux décisions collectivement optimales, et des processus d'internalisation par l'intervention publique doivent être mis en place. » (Fargeon, 2014 : 14).

Nous venons de mettre en avant deux éléments pouvant expliquer pourquoi l'Etat était intervenu dans le marché des soins de santé. On peut ajouter qu'une société en bonne santé est une société qui dispose de bons travailleurs et donc d'un bon facteur de production. Ainsi, investir dans les soins de santé peut avoir un objectif social mais également économique.

En plus d'intervenir, L'Etat a choisi d'instaurer une assurance soins de santé obligatoire. Pourquoi avoir opter pour le caractère obligatoire de l'assurance soins de santé ?

D'une part, sur le marché de l'assurance, **l'asymétrie d'information** entre assureur et assuré est fortement présente (Fargeon, 2014 : 19). L'assuré connaît des informations que l'assureur ne connaît pas. Cette asymétrie d'information a pour conséquence l'effet de **sélection adverse**. C'est-à-dire que si l'assurance maladie était facultative, les personnes pour qui le coût de la cotisation est supérieur à l'espérance de gains ne cotiseraient probablement pas. Ainsi, seules les personnes présentant un risque élevé de tomber malade souscriraient une assurance. Par exemple, Marc sait que, dans sa famille, il y a des antécédents de problèmes cardiaques et donc qu'il est susceptible de souffrir de ce genre de problèmes un jour. Dès lors, il souscrira certainement une assurance. Le meilleur moyen de supprimer ce phénomène de sélection adverse est de rendre l'assurance obligatoire (Rochaix, 2009 : 28).

D'autre part, puisque le marché des soins de santé donne lieu à des externalités positives, la non-obligation de participer à l'assurance maladie engendrerait également le phénomène de **passager clandestin**. En effet, puisque la santé d'un individu peut être bénéfique pour un autre individu, certains profiteraient de ce bon état de santé sans y avoir contribué (Marchand & Pestieau, 1996 : 11). Le caractère obligatoire de l'assurance soins de santé permet également d'éradiquer ce phénomène.

La présence d'externalités et des phénomènes de sélection adverse et de passager clandestin justifient le caractère obligatoire de l'assurance soins de santé. Mais ce caractère obligatoire permet également de mettre en œuvre le principe de solidarité de la sécurité sociale et d'effectuer des redistributions.

Ce principe de solidarité se traduit dans le cadre de l'assurance soins de santé par le fait que les non-malades cotisent pour les malades mais aussi par le fait que les personnes disposant de plus de moyens financiers cotisent pour ceux qui en ont moins. Ainsi, l'assurance soins de santé permet à chacun d'avoir accès aux soins de santé ou en tout cas à un panier minimal de soins.

Cette solidarité entre malades et non-malades est également rendue possible car l'assurance soins de santé obligatoire ne segmente pas le marché en fonction de l'état de santé des gens dans le but de faire payer davantage à ceux qui ont le plus besoin de soins. J'entends par là que le montant des cotisations ne dépend pas du risque de l'individu de tomber malade. Illustrons cette idée par un exemple. Jean et Pierre gagnent tous les deux 2000€ par mois. Jean est en très bonne santé tandis que Pierre est atteint d'une leucémie. Si l'on segmentait les risques, Pierre cotiserait davantage que Jean. Or, pour le système d'assurance soins de santé obligatoire, l'état de santé ne détermine pas le montant à payer. Seul le revenu compte. Pierre et Jean ont les mêmes revenus, ils cotiseront donc de la même manière. Enfin, personne n'est exclu de l'assurance soins de santé à cause d'un risque élevé de tomber malade ou de son âge.

Ainsi, la philosophie de l'assurance soins de santé est de permettre à chacun d'accéder aux soins. Le remboursement de certaines prestations diminue la charge financière que peuvent représenter les soins médicaux dans le budget des bénéficiaires et donc en améliore l'accès. Cependant, malgré l'intervention générale de l'assurance soins de santé, certaines personnes peuvent rencontrer une barrière financière face à l'accès aux soins (Demarest, Charafeddine, Berete & Drieskens, 2020 : 6).

Afin de remédier à cela, il existe un régime préférentiel permettant aux personnes ayant de faibles revenus de bénéficier d'une intervention majorée de l'assurance obligatoire. Il s'agit du régime du bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) prévu par l'arrêté royal du 1^{er} septembre 2007 « fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée »⁶. Ce régime est octroyé sur base du revenu et est donc réservé aux personnes ayant moins de moyens financiers. En parallèle de ce régime BIM, d'autres mécanismes existent tel que le mécanisme du maximum à facturer (MAF) par exemple (Demarest & al., 2020 : 8). En quelques mots, le MAF s'applique à tous les bénéficiaires. En fonction des revenus de leur ménage, un maximum à facturer est fixé. Une fois que les quotes-parts supportées par le ménage dépassent ce maximum à facturer, l'assurance obligatoire rembourse les honoraires légaux. Par honoraires légaux, il faut entendre la part prise en charge par l'assurance et la quote-part à charge des bénéficiaires.

Ce qui est intéressant de retenir pour la suite c'est que les personnes disposant de moins de moyens financiers sont avantagées à de nombreuses reprises. D'une part, elles cotisent moins

⁶ Arrêté royal du 1^{er} septembre 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (2007). *Moniteur belge*, 03 avril, p. 19036.

et d'autre part elles sont davantage remboursées au travers de divers mécanismes. Rappelons également que cette assurance est obligatoire.

1.2.2 L'organisation de l'assurance obligatoire.

1.2.2.1 Les organismes assureurs.

Les organismes assureurs actuels à qui est confiée l'administration de l'assurance obligatoire sont les successeurs des sociétés de secours mutuel. Il y a d'une part cinq mutualités⁷ et d'autre part la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et la Caisse des Soins de santé de la SNCB.

Ces sept organismes ont pour mission commune de rembourser les dépenses de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (Funk et Markey, 2014 : 292). Il n'y a aucune différence entre, par exemple, la CAAMI⁸ ou les mutualités chrétiennes et socialistes quant aux remboursements de soins liés à l'assurance obligatoire auxquels un affilié peut prétendre. Néanmoins, un organisme assureur peut se distinguer d'un autre dans sa manière d'exécuter l'assurance obligatoire au travers de la qualité et la proximité des services ou du délai de remboursement par exemple.

En Belgique, être affilié à l'un ou l'autre de ces organismes est obligatoire puisque c'est au travers de cette affiliation que chacun peut prétendre aux remboursements prévus par l'assurance obligatoire. A partir du moment où une personne entre sur le marché du travail ou atteint l'âge de 25 ans, elle doit s'affilier à un organisme assureur et devient titulaire. Pour les personnes de moins de 25 ans et étudiantes, elles sont dénommées « personnes à charge ». Ces personnes sont affiliées par l'intermédiaire, le plus souvent, de leurs parents qui sont titulaires. Nous discuterons de ce critère d'âge dans la suite de ce mémoire.

Bien que l'affiliation soit obligatoire, chacun⁹ est libre de choisir l'organisme auquel il s'affilie comme le précise l'article 18 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994¹⁰. Au-delà de cette assurance obligatoire, les mutualités offrent à leurs affiliés une assurance complémentaire à

⁷ L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, L'Union Nationale des Mutualités Neutres, L'Union Nationale des Mutualités Socialistes, L'Union Nationale des Mutualités Libérales et L'Union Nationale des Mutualités Libres.

⁸ Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.

⁹ Exception faite pour les travailleurs de la Société nationale des chemins de fer belges.

¹⁰ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur belge*, 27 août, art. 18, p. 21524.

l'exception de la CAAMI qui ne gère que l'assurance obligatoire. L'assurance complémentaire permet à chaque mutualité de se distinguer par les différents avantages proposés. L'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire forment ensemble l'offre de base d'une mutualité. Le fonctionnement de l'assurance complémentaire sera discuté au point 1.3.

Les mutuelles ne sont donc pas uniquement des organismes exécutant l'assurance obligatoire. Toutes leurs spécificités sont reprises dans la loi du 6 août 1990 qui les définit comme étant : « Des associations de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social. Elles exercent leurs activités sans but lucratif. » (Loi du 6 août 1990 : art. 2)¹¹.

Ces diverses mutualités sont regroupées sous différentes unions nationales. Par exemple, l'Union Nationale des Mutualités Socialistes regroupe sept mutualités : Solidaris Bruxelles, Solidaris Namur, Solidaris Mons-Wallonie Picarde, Solidaris Liège, Solidaris Centre-Charleroi et Soignies, Solidaris Brabant Wallon et la Mutualité Socialiste du Luxembourg. La loi du 6 août 1990 définit les unions nationales comme étant : « Des associations d'au moins deux mutualités ayant le même but que celui visé à l'article 2 et les mêmes missions que celles fixées à l'article 7, §§ 2 et 4 et qui, en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, sont autorisées, en qualité d'organismes assureurs, à contribuer à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités fédérale. » (Loi du 6 août 1990 : art. 6)¹².

Ces organismes assureurs exécutent leur mission liée à l'assurance obligatoire sous le regard de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

1.2.2.2 L'INAMI.

L'INAMI est une institution publique existant depuis l'entrée en vigueur de la loi du 9 août 1963 « instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités »¹³. L'INAMI est l'institution qui gère l'assurance soins de santé. Cette institution a plusieurs missions mais celle qui nous intéresse est liée aux soins de santé. L'INAMI s'exprime à ce sujet en déclarant : « Nous veillons à ce que chaque assuré social, quelle que

¹¹ Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. (1990). *Moniteur belge*, 28 septembre, art. 2, p. 18475.

¹² Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. (1990). *Moniteur belge*, 28 septembre, art. 6, p. 18475.

¹³ Loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (1963). *Moniteur belge*, 1er novembre, p. 10555.

soit sa situation, ait effectivement accès aux soins de santé de qualité qui sont nécessaires (accessibilité) et obtienne un remboursement. Ces soins de santé doivent être efficaces et dispensés aux tarifs convenus (sécurité tarifaire) » (INAMI, s.d.b).

Afin de mener à bien cette mission, l'Institut travaille en collaboration avec les organismes assureurs, les syndicats et les prestataires de soins, au sein du service des soins de santé de l'INAMI.

L'INAMI ne rembourse à aucun moment les bénéficiaires de l'assurance obligatoire. Il reverse la somme reçue de l'ONSS aux différents organismes assureurs. Il contrôle également ces organismes afin de veiller au bon fonctionnement de l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé.

1.2.3 Le financement de l'assurance obligatoire.

Le financement du système de sécurité sociale est expliqué au point 1.1.2.3. L'assurance soins de santé et invalidité représente un des six piliers de ce système de sécurité sociale. Ainsi, l'ONSS reverse une partie des cotisations perçue à l'INAMI. En 2018, 79,2 milliards d'euros avaient été perçus par l'ONSS (ONSS, s.d.c) (Annexe 2). Ce dernier a reversé 29,7% de cette somme aux soins de santé. Cette somme sera ensuite reversée par l'INAMI aux différents organismes assureurs.

Je pense qu'il est important d'avoir en tête que l'argent assigné par l'Etat aux soins de santé est de l'argent non investi dans d'autres branches de la sécurité sociale ou plus largement dans d'autres secteurs comme l'éducation par exemple. L'Etat fonctionne avec un budget limité. Il s'agit alors d'allouer ces ressources rares de manière optimale en minimisant le coût d'opportunité et en maximisant l'utilité (Rochaix, 2009 : 25).

1.2.4 Que couvre l'assurance obligatoire soins de santé ?

Dans la loi du 14 juillet 1994 portant sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'article 34 reprend toutes les prestations remboursées en tout ou en partie par l'assurance obligatoire soins de santé et précise que : « Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs » (Loi du 14 juillet 1994 : art. 34)¹⁴. L'assurance obligatoire intervient par exemple à la suite d'une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste ou

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

encore à la suite de l'achat de médicaments. On distingue habituellement les soins ambulatoires des soins hospitaliers.

Bien qu'elle intervienne dans de nombreux domaines, certains soins ou certaines fournitures de médicaments ou de biens ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire. De plus, certaines prestations ne sont réservées qu'à une partie des bénéficiaires répondant à certains critères. Nous étudierons dans ce mémoire l'utilisation de critères d'âge présents dans le cadre du remboursement des soins de santé.

Enfin, l'assurance obligatoire ne rembourse généralement pas les frais de soins de santé à 100%. Une partie des frais est laissée à charge des bénéficiaires, on l'appelle le ticket modérateur. Une des raisons pour laquelle l'assurance obligatoire ne prend pas en charge la totalité des frais est que le budget de cette assurance ne le permet pas. Mais ce n'est pas la seule explication. L'objectif du ticket modérateur est, comme son nom l'indique, de modérer la consommation. Laisser une quote-part à charge de l'assuré permet de réduire l'effet d'aléa moral (Tabuteau, 2009 : 83). L'aléa moral se traduit par le fait qu'une personne, du simple fait d'être assurée, va modifier son comportement et peut « relâcher sa vigilance, diminuer sa consommation de soins préventifs et amplifier ses comportements risqués » (Piatecki et Ulmann, 1995 : 53). En laissant une part à charge des bénéficiaires, ces derniers ont moins tendance à gaspiller les ressources. Les règles concernant le niveau d'intervention de l'assurance obligatoire fait l'objet de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994¹⁵.

Les prestations remboursées, les conditions de remboursement ainsi que les montants remboursables sont détaillés dans ce que l'on appelle la nomenclature des soins de santé. Comprendre comment cette nomenclature est élaborée est nécessaire pour pouvoir discuter des critères d'âge utilisés dans cette nomenclature.

1.2.4.1 Comment la nomenclature des soins est-elle établie ?

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, les organismes assureurs ne peuvent prendre aucune initiative directe. Ils ne peuvent pas mettre en place des critères de remboursement que ce soient des critères d'âge ou des critères d'une autre nature. Les décisions concernant les remboursements des prestations de santé en assurance obligatoire sont politiques.

¹⁵ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur Belge*, 27 août, art. 37, p. 21524.

C'est le Roi qui, au travers des ministres compétents, décide des prestations qui sont en tout ou en partie remboursables ainsi que des conditions de remboursement. L'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 révèle que : « Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé [...] Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. » (Loi du 14 juillet 1994 : art. 35)¹⁶. Les règles d'application peuvent être des critères de genre ou d'âge mais également un quota de remboursement annuel et de nombre.

L'INAMI traduit pour sa part les décisions politiques avant de les transmettre aux différents organismes assureurs. L'INAMI définit la nomenclature de la manière suivante : « La nomenclature et pseudo nomenclature des prestations de santé regroupent, les prestations que rembourse l'assurance soins de santé, partiellement ou totalement. » (INAMI, s.d.a). Chaque prestation de l'assurance obligatoire est déterminée par un code établi par l'INAMI.

Cette nomenclature des prestations de santé fait l'objet d'un arrêté royal datant du 14 septembre 1984 « établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités »¹⁷. Cet arrêté royal est adapté à la moindre modification de la nomenclature. Chaque changement dans la nomenclature fait l'objet d'un arrêté royal. L'INAMI précise que : « La liste et les changements sont publiés dans le Moniteur belge ou via des circulaires. » (INAMI, s.d.a).

Les organismes assureurs ainsi que les prestataires de soins travaillent en concertation avec le monde politique et les syndicats via les différents organes du Service des soins de santé de l'INAMI comme le précise l'article 14 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994¹⁸.

Il existe, au sein de l'INAMI, plusieurs services¹⁹ dont le service des soins de santé. Celui-ci est composé de divers organes comme l'on peut le constater sur l'organigramme (Annexe 3).

Ainsi, bien que la décision finale soit politique, les organismes assureurs peuvent donc, par le biais de leurs représentants, suggérer de nouveaux remboursements ou la mise en place de

¹⁶ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur Belge*, 27 août, art. 35, p. 21524.

¹⁷ Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (1984). *Moniteur belge*, 29 septembre, p.13300.

¹⁸ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur Belge*, 27 août, art. 14, p. 21524.

¹⁹ Service des soins de santé, Service des indemnités, Service d'évaluation et de contrôles médicaux, Service du contrôle administratif, Fonds des accidents médicaux et les Services généraux de support.

nouvelles conditions de remboursement pour des prestations déjà existantes. Les propositions émises afin de modifier la nomenclature émanent souvent d'un conseil technique qui fait une suggestion à sa commission de conventions ou d'accords. Après analyse et validation de la commission budgétaire et du comité d'assurance, les propositions sont soumises aux ministres qui prennent la décision ou non d'établir un arrêté royal. Les ministres peuvent également proposer de modifier la nomenclature comme le précise l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994²⁰. Nous retrouvons donc ici un des principes de fonctionnement de la sécurité sociale, à savoir la gestion paritaire.

L'ensemble de organes ayant traité une proposition de modification de l'arrêté de 1984 sont répertoriés dans le préambule de l'arrêté royal mettant en vigueur ce changement.

Le rôle de la commission budgétaire, du comité d'assurance, des commissions de conventions et d'accord et du conseil technique sont repris respectivement aux articles 17-18, 22, 26 et 27 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

1.3 L'assurance complémentaire.

1.3.1 Quelle est la philosophie de l'assurance complémentaire ?

L'assurance complémentaire existe pour compenser des prestations pour lesquelles l'assurance obligatoire n'intervient peu ou pas. Il est important de préciser que cotiser à cette assurance n'est pas un choix, bien que l'appellation « complémentaire » puisse faire penser le contraire. En effet, à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010 « portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire »²¹, tous les affiliés à une mutualité doivent souscrire auprès de cette dernière une assurance dite complémentaire. L'assurance complémentaire est donc obligatoire dans le sens où si l'on choisit une mutualité comme organisme assureur, on doit cotiser pour l'assurance complémentaire. La seule

²⁰ Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur Belge*, 27 août, art. 14, p. 21524.

²¹ Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, p. 32374.

alternative possible pour éviter la contrainte d'une affiliation obligatoire à l'assurance complémentaire consiste à choisir la CAAMI.

Cette assurance fonctionne également en suivant le principe de solidarité. Chacun cotise tous les mois et bénéficie de l'assurance complémentaire en fonction de ses besoins en soins de santé. Le montant de la cotisation ne varie pas en fonction de l'état de santé des affiliés. En revanche, elle se différencie de l'assurance obligatoire car l'Etat n'intervient pas dans son processus de fonctionnement.

1.3.2 Comment l'assurance complémentaire est-elle organisée ?

L'assurance complémentaire varie en fonction des mutualités et des régions. Elles peuvent déterminer elles-mêmes les avantages qu'elles offrent à leurs affiliés et sont contrôlées par l'Office de Contrôle des Mutuelles (Hostaux et Gosseries, 2009 : 36).

Chaque mutualité, en fonction de son budget constitué des cotisations complémentaires, détermine ses priorités et fixe les avantages qu'elle souhaite offrir à ses affiliés. Les décisions doivent être validées par leur assemblée générale ainsi que par leur conseil d'administration avant d'être soumises à l'Office de contrôle des mutuelles pour validation.

Son financement est assuré par les cotisations payées par les affiliés. En ordre de cotisations, ceux-ci vont donc pouvoir bénéficier d'un panel d'avantages. Les cotisations varient d'une mutualité à l'autre et peuvent également varier d'une région à l'autre au sein d'un même organisme assureur. Il ne faut pas y voir une sorte de segmentation quelconque. D'une part parce que la marge de variabilité reste faible. Par exemple, la cotisation demandée par la mutualité socialiste du Luxembourg pour l'assurance complémentaire est de 10 euros par mois en 2020 (Solidaris, 2020a). Cette cotisation s'élève à 13 euros chez Solidaritis en province de Liège (Solidaris, 2020b) et à 13,50 euros en province de Namur (Solidaris, 2020c). D'autre part, l'offre d'un avantage de même nature peut varier sensiblement entre ces régions.

L'assurance complémentaire prend en charge d'une part des prestations pour lesquelles l'assurance obligatoire intervient déjà, soit en prenant en charge la quote-part de l'assuré, soit en ouvrant ce remboursement à des bénéficiaires qui ne remplissent pas les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire. A titre d'exemple, je cite le remboursement des tickets modérateurs pour les médecins généralistes et les interventions pour les séances de logopédie (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020). D'autre part, elle prend en charge en tout ou en partie d'autres prestations non couvertes par l'assurance obligatoire dans les

domaines ou secteurs tels que les soins, l'hospitalisation, les transports et les déplacements, la prévention, les loisirs, le maintien à domicile, la naissance ou l'adoption, l'assistance à l'étranger (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020).

1.4 Ce qu'il faut retenir

Ce premier chapitre nous a aidé à comprendre le fonctionnement de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire.

L'assurance soins de santé instituée par l'Etat est obligatoire, basée sur la solidarité et cogérée par les politiques, les organismes assureurs, les partenaires sociaux et les prestataires de soins. Lorsque nous discuterons des politiques de remboursement mises en place, nous devrons avoir en tête que chacun de ces acteurs prend part aux discussions.

Bien que l'assurance soins de santé soit obligatoire, nous avons compris que tout le monde ne cotisait pas alors que tout le monde pouvait en bénéficier. En effet, ceux qui cotisent sont ceux qui ont un revenu. De plus, plus le revenu est important et plus la cotisation est élevée. Nous avons également compris que des systèmes existaient afin d'aider les personnes disposant de moins de moyens financiers afin qu'elles puissent avoir accès aux soins. Ces caractéristiques seront à prendre en compte lorsque l'on jugera la pertinence des politiques de remboursement mises en place et surtout le bien fondé des critères d'âge.

L'assurance complémentaire quant à elle se différencie de l'assurance obligatoire par son financement, ses prestations et ses processus de décisions mais ne peut pas être comparée aux assurances privées car elle fonctionne tout de même avec un principe de solidarité et d'intérêt général.

Les assurances privées se distinguent des deux assurances que nous étudions car elles sont facultatives et financées par le contractant. J'entends par là qu'il n'y a pas de subvention publique. Les assurances privées sont également moins accessibles que l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire car leur prix est généralement plus élevé. Les assurances privées n'hésitent pas à faire payer le prix fort aux personnes plus à risque face à la maladie voire parfois à les exclure (Marchand & Pestieau, 1996 : 10).

Nous allons garder en tête chacune des notions abordées dans ce premier chapitre et passer à la discussion sur les critères d'âge.

Chapitre 2 : Spécificité du critère d'âge et méthodologie.

La première partie de ce second chapitre a pour vocation d'expliquer brièvement ce qui rend le critère d'âge spécial. La seconde partie sera dédiée à introduire les quatre chapitres suivants.

Dans le premier chapitre, nous avons compris que l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire fonctionnaient avec un budget limité et que, par conséquent, des critères de remboursement devaient être mis en place afin d'allouer les ressources de manière optimale. Parmi tous les critères utilisés, nous retrouvons notamment des critères d'âge.

Se questionner sur la raison pour laquelle on utilise des critères d'âge n'est pas dénué de sens. Pourquoi avoir utilisé des critères d'âge et pas d'autres critères ? Pourquoi des différences de remboursements basées sur l'âge ne nous dérangent-elles pas davantage ? L'âge est une caractéristique que nous ne choisissons pas et il est reconnu comme critère protégé par la loi du 10 mai 2007 « tendant à lutter contre certaines formes de discrimination »²².

Nous sommes quotidiennement confrontés aux critères d'âge, même si nous n'en avons pas toujours conscience.

Certains de ces critères d'âge rythment nos vies. Ainsi, l'école est obligatoire dès l'âge de 5 ans et ce jusqu'à l'âge de 18 ans (Fédération Wallonie-Bruxelles, s.d.). Il faut avoir minimum 18 ans pour avoir le droit de consommer de l'alcool dans un bar ou passer son permis de conduire. La pension légale, fixée en Belgique à 65 ans (Service fédéral des Pensions, s.d.), constitue encore un autre exemple de la présence de critères d'âge dans notre société. Il existe également beaucoup de situations où le prix d'une chose déterminée diffère en fonction de l'âge des personnes.

Pourquoi ne réagissons-nous pas de la même manière face à des différences de traitement basées sur l'âge et sur le genre par exemple ? De manière intuitive, je pense que les gens tolèrent davantage les différences de traitement basées sur l'âge car ils se disent : « Un jour, j'y aurai droit » ou « j'y ai eu droit ». Monsieur Axel Gosseries, professeur à l'Université catholique de Louvain-la-Neuve et chercheur FNRS mais également promoteur de ce mémoire, a longuement étudié le sujet des critères d'âge. Constatant que le critère d'âge était perçu différemment des autres critères, monsieur Gosseries émet l'hypothèse que cela peut s'expliquer en partie par une

²² Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. (2007). *Moniteur belge*, 30 mai, p. 29016

caractéristique propre à l'âge et qui le différencierait des autres critères : son évolutivité (Gosseries, 2013b). Il est vrai que notre âge évolue tout au long de notre vie contrairement à d'autres caractéristiques intrinsèques de notre être. C'est un fait. Cependant, monsieur Gosseries estime que : « Si le caractère évolutif de l'âge en constitue la singularité centrale, ou peut-être l'une de ses singularités, il ne suffit cependant pas comme tel à expliquer pourquoi cela rendrait l'usage de ce critère plus acceptable que le recours au genre ou à l'origine ethnique. » (Gosseries, 2013b).

Nous allons chercher à déterminer dans quelle mesure l'utilisation des critères d'âge peut être justifiable ou non d'un point de vue éthique dans le cadre du remboursement des soins de santé tant en assurance obligatoire qu'en assurance complémentaire. Pour les critères d'âge en assurance obligatoire, nous discuterons en détail plusieurs exemples de prestations reprises dans la nomenclature des soins qui contiennent des critères d'âge. Il est évident qu'il ne sera pas possible d'analyser chaque critère d'âge présent dans cette nomenclature. Afin de sélectionner les exemples dont je discuterai dans la suite de ce chapitre, j'ai effectué un travail important en amont. J'ai parcouru l'ensemble de la nomenclature à la recherche d'exemples intéressants. J'ai constaté qu'il existait de nombreux critères d'âge dans le cadre du remboursement en soins de santé et je me suis rapidement rendu compte de deux choses.

Premièrement, les critères d'âge sont davantage présents dans certains secteurs de soins de santé que dans d'autres. Ainsi, nous les retrouvons en nombre dans les articles de la nomenclature concernant, entre autres la dentisterie, la kinésithérapie, l'orthodontie, la logopédie ou encore la fourniture de prothèses, de bandages ou de lunettes. Ces soins sont des soins ambulatoires. En revanche, ils sont plus rares dans des secteurs comme la chirurgie ou la réanimation c'est-à-dire des soins de type hospitalier.

Deuxièmement, les critères d'âge sont utilisés de différentes manières. Tout d'abord, il existe des âges plafonds : une prestation est remboursée à toutes les personnes jusqu'à un certain âge. Ensuite, il existe des âges seuils : la prestation est remboursée à partir d'un certain âge. Enfin, certaines prestations sont remboursées à tous peu importe l'âge mais le montant ou le délai de renouvellement du remboursement varient en fonction de la classe d'âge à laquelle la personne appartient.

J'ai sélectionné quatre prestations de l'assurance obligatoire pour lesquelles il y a avait des critères d'âge : l'examen buccal préventif, l'intervention supplémentaire de l'assurance obligatoire dans les frais de contraception, les implants ostéo-intégrés et la fourniture d'orthèses

lombo-sacrées. Chacun de ces quatre exemples appartient à l'une des catégories citées ci-dessus dans le second point. L'analyse de ces quatre prestations fera l'objet des trois prochains chapitres.

Pour chacun des exemples, il s'agira dans un premier temps de comprendre quel est le remboursement prévu par l'assurance obligatoire ainsi que les conditions requises par le bénéficiaire afin d'obtenir ce remboursement. L'historique de la prestation sera également analysé afin de savoir si le remboursement et ses conditions ont évolué au fil des années. Pour ce faire, les différents arrêtés royaux ainsi que le texte de la nomenclature des prestations de santé seront utilisés.

Dans un second temps, nous essaierons de comprendre ce qui a pu conduire les autorités à opter pour cette politique de remboursement utilisant des critères d'âge. Nous avons vu dans le premier chapitre que ces décisions étaient l'aboutissement de concertations entre les différents organes du service des soins de santé de l'INAMI. Certains éléments de réponse à ces questions sont disponibles dans les documents émanant des commissions de convention et d'accord ou dans les questions parlementaires. Malheureusement, il y a très peu voire aucune justification sur le pourquoi de l'utilisation du critère d'âge lui-même. Dès lors, nous tenterons de formuler des hypothèses.

Dans un troisième temps, nous déterminerons si la politique de remboursement est justifiable et si l'utilisation de critères d'âge est acceptable dans le cadre de la prestation en question. J'utiliserai la littérature académique afin d'appuyer mes principes.

Enfin, des alternatives aux critères d'âge seront proposées pour montrer que leur utilisation n'est pas une fatalité. Une fois l'analyse des exemples effectuée, je conclurai ce chapitre en me positionnant de manière générale face à l'utilisation de critères d'âge dans le cadre du remboursement des soins de santé.

Par la suite, le chapitre 6 sera consacré à l'assurance complémentaire. Nous nous pencherons sur le cadre législatif de cette assurance puisque l'utilisation des critères d'âge est réglementée depuis 2012. Nous essaierons également de déterminer dans quelle mesure l'utilisation des critères d'âge est justifiée. Puisque le contenu de l'assurance complémentaire diffère entre les différentes mutualités, mon analyse sera basée sur une assurance complémentaire bien précise. Il s'agit de l'assurance complémentaire proposée par la Mutualité Socialiste du Luxembourg. Enfin, avant de conclure, une généralisation des principes mis en avant au travers des divers exemples sera faite dans le chapitre 7.

Chapitre 3 : Les politiques de remboursement différenciées en fonction de l'âge

Dans ce chapitre, nous allons nous positionner vis-à-vis des politiques de remboursement différenciées en fonction de l'âge. Il s'agit de prestations pour lesquelles certaines classes d'âge sont avantagées par rapport à d'autres classes d'âge. Nous traiterons deux cas bien précis. Dans un premier temps, nous aborderons l'exemple de l'examen buccal préventif qui est une prestation de laquelle sont exclus les plus âgés. Nous verrons également que les moins de 18 ans sont privilégiés dans le cadre de cet examen buccal. Dans un second temps, nous analyserons l'exemple des orthèses lombo-sacrées. L'avantage est également donné aux plus jeunes mais contrairement au premier exemple, personne n'est exclu du champ d'application de la prestation.

3.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de l'examen buccal préventif jusqu'au 67ème anniversaire.

3.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.

A l'heure actuelle, l'assurance obligatoire intervient dans le secteur dentaire pour les frais relatifs à l'examen buccal préventif pour toutes les personnes jusqu'à leur 67ème anniversaire. Plusieurs codes nomenclature couvrent cette prestation et sont repris à l'article 5 de la nomenclature de soins²³.

Le code 301593 est le code actuellement utilisé pour les personnes âgées entre 18 et 67 ans. L'article 5 de la nomenclature des soins définit son objet comme suit : « Examen buccal y compris l'établissement d'un plan de traitement, l'enregistrement des données pour l'établissement ou la mise à jour du dossier dentaire et la motivation du patient concernant les soins préventifs et curatifs à effectuer, une fois par année civile, à partir du 18e jusqu'au 67e anniversaire » (INAMI, 2020a : art.5, p.12)²⁴.

²³ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf

²⁴ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5, p. 12. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf

La tranche d'âge concernée par ce code nomenclature a été modifiée de nombreuses fois comme nous le verrons plus bas. Depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 23 mai 2017²⁵, l'âge plafond de cette prestation est de 67 ans. Ce code avait été introduit le 1 mai 2000 par l'arrêté royal du 29 mars 2000²⁶. Chaque bénéficiaire a droit à un remboursement par année. La prise en charge par l'assurance obligatoire est de 62€ en 2020, ce qui laisse 3,5€ à charge du bénéficiaire²⁷(INAMI, 2020b). Les personnes bénéficiant d'un régime préférentiel se voient rembourser cette prestation totalement.

Les codes 371615 et 371571 s'appliquent aux moins de 18 ans. Le premier code concerne le « premier examen buccal préventif dans une année civile, comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs, l'établissement d'un examen buccal, des instructions de brossage et si nécessaire un nettoyage prophylactique, une fois par année civile, jusqu'au 18e anniversaire » (INAMI, 2020a : art.5, p.2)²⁸ et le second couvre le « deuxième examen buccal préventif, dans la même année civile comme le 371615, comprenant l'établissement d'un bilan et la motivation du patient quant aux soins préventifs et curatifs et si nécessaire un nettoyage prophylactique limité, une fois par année civile, jusqu'au 18e anniversaire » (INAMI, 2020a : art.5, p.2)²⁹. En d'autres termes, les jeunes peuvent actuellement prétendre au remboursement total pour un examen buccal préventif, deux fois par an, jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire.

Une fois l'âge de 67 ans atteint, cette prestation n'est plus prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Il existe donc trois classes d'âge dans le cadre du remboursement de l'examen buccal préventif :

- **Moins de 18 ans** : Ils peuvent bénéficier de deux remboursements chaque année.
- **19-66 ans** : L'assurance obligatoire soins de santé peut intervenir une fois par an, pour les 19-66 ans à hauteur de 62€ laissant à leur charge un faible ticket modérateur.

²⁵ Arrêté royal du 23 mai 2017 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2017). *Moniteur belge*, 14 juillet, p. 72733.

²⁶ Arrêté royal du 29 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2000). *Moniteur belge*, 19 avril, p.11969.

²⁷ Hors suppléments d'honoraires du prestataire non conventionné.

²⁸ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5, p.2. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf

²⁹INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5, p.2. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf

Retenons également que les bénéficiaires de l'intervention majorée sont remboursés totalement pour cette prestation.

- **67 ans et plus** : Ils ne peuvent prétendre à aucun remboursement.

3.1.2 Historique de la prestation.

Les soins préventifs et en particulier l'examen buccal, ont fait leur entrée dans la nomenclature des soins en janvier 1989 à la suite de l'Accord National Dento-mutualiste de 1988³⁰. La commission dento-mutualiste reconnaissait à l'époque « l'importance de la prévention et des soins précoces et la nécessité de les promouvoir dans le cadre d'une politique de santé stimulée par une nomenclature complétée et adaptée aux progrès scientifiques et à l'évolution des techniques » (Accord National Dento-mutualiste, 1988 : Préambule)³¹. Il est intéressant de noter que dans l'Accord National Dento-mutualiste de 1988, il n'est fait nulle part mention d'un critère d'âge. Au départ, cette prestation de l'assurance obligatoire était destinée à tout le monde quel que soit l'âge de la personne.

Cet accord devait durer quatre ans, soit du 1^{er} janvier 1989 au 1^{er} janvier 1993. Cependant, l'article MG³² portant sur la durée de l'Accord précisait que : « En ce qui concerne toutefois les prestations relatives aux soins préventifs - examen annuel, fluorisation, scellement et détartrage - un dépassement des dépenses par rapport aux prévisions de l'ordre de plus de 10 % peut justifier la suppression de ces prestations du cadre de la nomenclature ou la modification des conditions d'intervention de l'assurance [...] » (Accord National Dento-mutualiste, 1988 : art. MG)³³. Peu de temps après la conclusion de l'Accord National Dento-mutualiste de 1988, l'arrêté royal du 19 décembre 1990³⁴ est venu modifier la nomenclature concernant l'examen buccal préventif prévoyant son remboursement uniquement pour les moins de 18 ans. Je n'ai pas trouvé de document justifiant cette décision mais j'émetts l'hypothèse que les dépenses ont dépassé les prévisions et que des choix ont dû être faits. Nous discuterons par la

³⁰ Accord National Dento-mutualiste du 14 décembre 1988. (1988). *Moniteur belge*, 30 décembre, p. 18054.

³¹ Accord National Dento-mutualiste du 14 décembre 1988. (1988). *Moniteur belge*, 30 décembre, Préambule, p. 18054.

³² Dans l'Accord Dento-mutualiste de 1988, les articles ne sont pas numérotés mais ils sont lettrés.

³³ Accord National Dento-mutualiste du 14 décembre 1988. (1988). *Moniteur belge*, 30 décembre, art. MG, p. 18054.

³⁴ Arrêté royal du 19 décembre 1990 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. (1991). *Moniteur belge*, 19 janvier, p.1206.

suite des raisons qui auraient pu pousser les parties prenantes à privilégier les moins de 18 ans lors de leur décision.

Durant dix ans, les moins de 18 ans resteront les seuls à pouvoir prétendre à un remboursement pour l'examen buccal préventif. Depuis 1989, de nombreux codes nomenclature se sont succédé pour les jeunes, variant du point de vue du contenu de la prestation, du montant du ticket modérateur et/ou encore du nombre de remboursements annuels. L'objectif de ce mémoire n'est pas de retracer précisément année par année les différentes évolutions des codes nomenclatures. Il est cependant important de comprendre la tendance générale de cette évolution afin de déceler la volonté du législateur.

On retiendra que les moins de 18 ans ont été privilégiés dans le cadre du remboursement de l'examen buccal préventif entre 1989 et 2000 par rapport aux plus de 18 ans qui étaient exclus du champ d'application de la prestation. Nous retiendrons également que la gratuité de l'examen buccal préventif est aujourd'hui accordée aux moins de 18 ans deux fois par an. Elle fut d'abord dédiée aux moins de 12 ans par l'Accord National Dento-mutualiste 2005-2006³⁵ avant d'être élargie aux moins de 15 ans par l'Accord National Dento-mutualiste 2007-2008³⁶, puis à l'ensemble des moins de 18 ans par l'Accord National Dento-mutualiste 2009-2010³⁷. Nous discuterons de ces choix de politiques de remboursement dans la prochaine section.

Concernant les plus de 18 ans, en 2000, l'arrêté royal du 29 mars instaure le code nomenclature 301593 pour les personnes âgées entre 18 et 23 ans. Ce code est instauré car « le remboursement de l'examen buccal [...], vu les possibilités qu'il offre en matière de dépistage des problèmes buccaux et/ou dentaires, constitue pour les bénéficiaires de l'assurance un atout important en matière de santé et de prévention. » (Arrêté royal du 29 mars 2000 : art.1)³⁸. L'âge plafond sera progressivement repoussé grâce à des budgets qui seront alloués aux soins préventifs, comme précisé par exemple dans l'Accord National Dento-mutualiste 2005-2006.

³⁵ Accord National Dento-mutualiste 2005-2006 du 15 décembre 2004. (2005). *Moniteur belge*, 17 janvier, p.1308.

³⁶ Accord National Dento-mutualiste 2007-2008 du 24 janvier 2007. (2007). *Moniteur belge*, 8 février, p.6407.

³⁷ Accord National Dento-mutualiste 2009-2010 du 3 décembre 2008. (2009). *Moniteur belge*, 7 janvier, p.357.

³⁸ Arrêté royal du 29 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2000). *Moniteur belge*, 19 avril, art.1, p.11969.

Ainsi, l'âge plafond est passée à 24 ans le 1^{er} janvier 2002 (Arrêté royal du 13 novembre 2001 : art. 1)³⁹, à 50 ans au 1^{er} janvier 2003 (Arrêté royal du 20 décembre 2002 : art. 1)⁴⁰, à 51 ans au 1^{er} septembre 2005 (Arrêté royal du 6 décembre 2005 : art. 1)⁴¹, à 54 ans au 1^{er} janvier 2007 (Arrêté royal du 22 novembre 2006 : art. 1)⁴², à 56 ans au 1^{er} juin 2007 (Arrêté royal du 11 mai 2007 : art. 1)⁴³, à 60 ans au 1^{er} mai 2009 (Arrêté royal du 20 mars 2009 : art. 1)⁴⁴, à 66 ans au 1^{er} octobre 2015 (Arrêté royal du 27 septembre 2015 : art. 1)⁴⁵ et enfin à 67 ans depuis le 1^{er} septembre 2017.

Ce recul de l'âge plafond est rapide et non constant et il démontre une volonté d'élargir la prestation à un plus grand public cible. On remarque également que la politique de remboursement n'a pas cessé d'évoluer ces trente dernières années. Nous allons nous concentrer sur la prestation actuelle tout en gardant en tête son histoire.

3.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.

Cette section vise à comprendre pourquoi les autorités ont opté pour cette politique de remboursement. Lorsque les arguments avancés par les autorités sont disponibles, je me contenterai de les décrypter. Dans le cas contraire, je formulerai des hypothèses sur les raisons pouvant expliquer la politique de remboursement mise en place.

³⁹ Arrêté royal du 13 novembre 2001 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité. (2001). *Moniteur belge*, 23 novembre, art.1, p. 39737.

⁴⁰ Arrêté royal du 20 décembre 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2002). *Moniteur belge*, 28 décembre, art.1, p. 58545.

⁴¹ Arrêté royal du 6 décembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2005). *Moniteur belge*, 16 décembre, art.1, p.54006.

⁴² Arrêté royal du 22 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2006). *Moniteur belge*, 29 novembre, art.1, p. 66302.

⁴³ Arrêté royal du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2007). *Moniteur belge*, 25 mai, art.1, p. 28194.

⁴⁴ Arrêté royal du 20 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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. (2009). *Moniteur belge*, 16 avril, art.1, p. 30535.

⁴⁵ Arrêté royal du 27 septembre 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2015). *Moniteur belge*, 1er octobre, art.1, p. 61568.

Je me concentrerai sur deux points. D'une part, les raisons avancées afin de privilégier les moins de 18 ans. Et d'autre part, celles qui justifieraient l'exclusion des plus âgés du champ d'application de la prestation.

Quels sont les arguments avancés par les autorités afin de justifier le choix de rembourser davantage l'examen buccal préventif aux jeunes ?

Dans une réponse à une question parlementaire de 2006 ayant trait à la décision de rendre les soins dentaires préventifs gratuits pour les moins de 12 ans, le ministre des Affaires sociales Rudy Demotte explique, sur base d'un rapport des Prof, D. van Steenberghe et G. Perl, que :

« Un bon entretien et un traitement correct de la dentition à un jeune âge — même les dents de lait — est déterminant pour la dentition adulte. [...] Il importe d'insister chez les enfants sur les soins dentaires préventifs. On peut donc supposer que l'amélioration de l'accès aux soins dentaires chez les enfants de moins de 12 ans aura une incidence favorable sur la santé dentaire, réduisant ainsi par la suite chez ces personnes la nécessité de traitements plus radicaux et onéreux. » (Question de Wouter Beke, 2006). Il ajoute également : *« Il y a dès lors lieu de considérer la gratuité des soins dentaires chez les enfants de moins de 12 ans comme un investissement qui permettra à l'assurance maladie obligatoire de réaliser des économies à long terme. Il est toutefois difficile d'estimer à combien se chiffreront ces économies. »* (Question de Wouter Beke, 2006).

En d'autres termes, il y aurait un lien entre prévention dentaire à un âge précoce et efficacité à long terme. La prévention serait d'autant plus importante chez les enfants car elle leur permettrait d'éviter des soins une fois adultes même s'il s'agit de soins sur les dents de lait. Nous vérifierons ces arguments dans la prochaine section en nous intéressant à la littérature en dentisterie. En prenant cette décision, les autorités espèrent également réaliser de futures économies puisque l'assurance obligatoire devrait probablement rembourser moins de soins dentaires à ces futurs adultes. L'argument principal de Monsieur Demotte est la réduction des coûts futurs pris en charge par l'assurance obligatoire.

Aujourd'hui, les soins dentaires préventifs sont gratuits pour les moins de 18 ans. Je n'ai pas trouvé de justification à l'extension de la gratuité mais j'é mets l'hypothèse que la logique des autorités reste identique, à savoir investir aujourd'hui dans la prévention pour faire des économies demain et diminuer les soins dentaires futurs de ce public cible. Dans la prochaine section, nous vérifierons cette théorie en consultant la littérature disponible sur la prévention dentaire chez les enfants.

La deuxième question à laquelle nous allons tenter de répondre est la suivante : « Quels sont les arguments avancés par les autorités pour justifier leur choix de ne plus rembourser l'examen buccal préventif aux plus de 67 ans ? ».

Je n'ai trouvé aucune réponse à cette question. Je vais essayer de mettre en avant quelques éléments qui pourraient expliquer la décision d'exclure les personnes âgées. Attention, je parle d'explication et non de justification.

Pour commencer, je pense que ce « choix » est en grande partie dû à un manque de ressources financières. Peut-être les autorités jugent-elles que le coût d'opportunité du remboursement de l'examen buccal préventif chez les personnes âgées soit trop élevé. En d'autres termes, l'investissement nécessaire afin de rembourser l'examen buccal préventif aux plus de 67 ans serait disproportionné par rapport aux bénéfices économiques que l'on pourrait obtenir. Par bénéfices économiques, il faut entendre les économies réalisées en soins futurs. Il pourrait être préférable pour les autorités d'investir cet argent dans un autre secteur. Dans le premier chapitre, nous avons brièvement abordé le fait que le budget de la sécurité sociale était limité et que, par conséquent, il devait être alloué de manière optimale. En termes économiques, ce budget doit être alloué de manière à maximiser l'utilité et de manière à réduire le coût d'opportunité.

Une autre piste d'explication pourrait venir de l'idée plus ou moins répandue selon laquelle la dégradation de la santé buccale et plus particulièrement la perte des dents sont des conséquences « normales » de la vieillesse. Puisque cette dégradation est inévitable, il serait alors inutile de faire de la prévention. Nous confronterons cette idée reçue à la littérature en dentisterie dans la section suivante mais je doute que cette dégradation soit inévitable.

En effet, j'ai pu lire dans l'Accord Dento-mutualiste de 2017⁴⁶ que la suppression de la limite d'âge dans le cadre du remboursement de l'examen buccal annuel constituait une priorité du secteur dentaire et des représentants des organismes assureurs pour 2018. La commission Dento-mutualiste demandait le budget nécessaire à la ministre des Affaires Sociales afin de pouvoir supprimer cet âge plafond. Malheureusement, leur revendication n'est pas argumentée⁴⁷ dans ce document mais l'on peut tout de même en déduire quelque chose. En effet, si la suppression de cette limite d'âge ainsi que l'augmentation du budget sont demandées, c'est que les prestataires dentaires estiment que la prévention est utile au-delà de 67 ans. Dans le cas contraire, je doute qu'ils penseraient à y allouer une part de leur budget.

⁴⁶ Accord National Dento-mutualiste 2017-2018 du 12 avril 2017. (2017). *Moniteur belge*, 3 mai, p.54410.

⁴⁷ Le document ne reprend que brièvement la liste des priorités du secteur et les discussions ayant mené à ces conclusions ne sont pas relatées.

Dès lors, si la prévention se révèle utile chez les personnes âgées, le fait d'exclure ces personnes du champ d'application de la prestation est-il acceptable ? Nous répondrons à cette question dans la section suivante mais il semblerait que la Mutualité Chrétienne ait son avis sur la question. En effet, la Mutualité Chrétienne déclarait dans son baromètre soins dentaires de 2019 : « Aujourd'hui, certaines catégories de patients ne bénéficient pas de l'intervention de l'AO pour plusieurs prestations, en raison de limites d'âge imposées. C'est le cas, par exemple, de l'examen buccal annuel remboursé jusqu'à 67 ans. [...] Il s'agit là de discriminations liées à l'âge qui ont pour seule justification les limites budgétaires. Ce n'est pas admissible. » (Mutualité Chrétienne, 2019 : 11).

3.1.4 La politique de remboursement différenciée est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?

Nous venons d'analyser les raisons avancées par les autorités qui ont conduit à ces décisions ou nous avons émis des hypothèses. Dans cette section, nous allons évaluer ces raisons en vue de déterminer si la politique de remboursement et l'utilisation des critères d'âge sont justifiables et acceptables.

Rappelons-nous que la commission Dento-mutualiste, tout comme les autres secteurs de l'assurance soins de santé obligatoire, fonctionne avec un budget limité. Par conséquent, toutes les prestations de l'assurance obligatoire ne peuvent pas être garanties à tout le monde. Des choix doivent être faits et pour ce faire des critères de remboursement sont utilisés. En ce qui concerne l'examen buccal préventif, le critère de remboursement mis en place est un critère d'âge. Le secteur dentaire donne l'avantage aux jeunes de moins de 18 ans et exclut les plus de 67 ans.

Dans le cas précis de l'examen buccal préventif, l'âge est le seul critère qui détermine si oui ou non une personne peut bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire et dans quelle mesure elle peut en bénéficier. Bien évidemment, cet examen doit être effectué par un praticien de l'art dentaire mais, mis à part cela, il n'y a pas d'autre condition. Ainsi, contrairement à d'autres soins dentaires, il ne faut pas nécessairement avoir effectué l'examen buccal l'année X-1 pour obtenir son remboursement l'année X. Nous reviendrons sur ce point un peu plus tard.

En d'autres termes, les personnes sont traitées différemment selon qu'elles appartiennent à la première, à la deuxième ou à la troisième classe d'âge. Ces différences de traitement concernent le montant du remboursement ainsi que la fréquence des remboursements.

L'âge étant une caractéristique que l'on ne choisit pas, un traitement différencié basé sur cette caractéristique peut être source d'injustice voire de discrimination. Cependant, je ne pense pas que l'âge soit utilisé ici de manière arbitraire mais qu'il est utilisé comme un bon indicateur de quelque chose d'autre (Gosseries, 2014 : 61). D'une manière objective, qu'est-ce qui différencie les moins de 67 ans des plus de 67 ans ? Les moins de 67 ans ont des dents plus neuves et, en théorie, ont une plus grande espérance de vie que les plus de 67 ans. Ainsi, l'âge serait selon moi utilisé ici comme prédicteur de l'âge de nos dents ainsi que comme prédicteur de l'espérance de vie des individus. J'aimerais préciser que ces deux observations ne sont pas liées à l'âge précis de 67ans. Elles sont vraies peu importe l'âge plafond choisi. Plus nous vieillissons, plus nos dents sont usées et plus nous risquons d'avoir besoin de soins alors que les bénéfices futurs de ces soins sont de plus en plus faibles étant donné que notre espérance de vie diminue. Au contraire, plus on est jeune et plus les bénéfices découlant de la prévention dentaire sont élevés.

Afin de nous positionner clairement face à la politique de remboursement, nous allons nous tourner vers la littérature en dentisterie concernant l'examen buccal préventif.

L'examen buccal préventif permet de détecter les éventuelles maladies dentaires ou gingivales mais c'est également l'occasion pour le dentiste de donner des conseils en matière de brossage par exemple ou d'hygiène buccale plus généralement. Le premier objectif est donc médical et le second est un objectif d'éducation à l'hygiène dentaire.

La maladie dentaire la plus courante est la carie dentaire. La carie dentaire est une maladie susceptible de toucher toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants. Chez les enfants, la carie dentaire serait la maladie la plus fréquente (Beil, Rozier, Preisser, Stearns et Lee, 2012 : 749). Il s'avère également que la carie dentaire est particulièrement présente chez les petits enfants et qu'elle touche davantage les personnes issues de milieux socio-économiques moins favorisés (Chou, Cantor, Zakher, Mitchell et Pappas, 2014). Chez les adultes, elle constitue la deuxième maladie la plus répandue (Barira, Shahper et Asad, 2007 : RA196). Enfin, chez les personnes âgées, les maladies bucco-dentaires sont également fortement présentes bien que trop souvent négligées (Cohen, Tabarly, Hourcade, Kirchner-Bianchi et Hennequin, 2006 : 1640). Les causes de l'apparition de caries sont nombreuses mais la première raison demeurerait la mauvaise hygiène bucco-dentaire (Barira et al., 2007 : RA199). A première vue, si la carie touche tout le monde peu importe l'âge, l'examen buccal est susceptible d'être utile pour tous étant donné qu'il permet de détecter la maladie rapidement et d'éviter des complications.

Nous allons tout d'abord nous concentrer sur les recommandations pour les soins dentaires préventifs chez les moins de 18 ans. Il se trouve que les caries de la petite enfance peuvent causer des dommages à long terme même si l'enfant perdra ses dents de lait. En effet, les enfants ayant de nombreuses caries étant petits sont plus susceptibles d'avoir des caries en grandissant (Casamassimo, Thikkurissy, Edelstein et Maiorini, 2009 : 656). De plus, elles sont souvent associées à la perte plus précoce des dents, ce qui augmente la probabilité d'avoir besoin de soins orthodontiques plus tard (Chou et al., 2014). D'autres soucis peuvent découler de la présence de caries, comme une diminution de la croissance ou une perte de confiance en soi (Chou et al., 2014). Il me paraît dès lors primordial de nous intéresser à la santé bucco-dentaire des enfants tant socialement qu'économiquement.

Un des moyens de détecter rapidement les caries dentaires est l'examen buccal préventif. Les professionnels du secteur dentaire conseillent généralement que le premier examen buccal ait lieu dans les six mois qui suivent l'éruption de la première dent (Grzesiak-Gasek et Kaczmarek, 2016 : 767) et dans l'idéal avant le premier anniversaire du nouveau-né (Beil et al., 2012 : 750). Cette recommandation me semble tout à fait judicieuse puisque dès lors que l'enfant a sa première dent, il est susceptible de souffrir de caries dentaires (Chou et al., 2014). Il s'avèrerait même que les infections dentaires soient transmissibles de la mère à l'enfant. Certains scientifiques conseillent d'ailleurs de commencer la prévention dentaire avant même la naissance de l'enfant en s'assurant que la future maman ait une bonne santé bucco-dentaire (Reisine & Douglass, 1998).

Le premier examen buccal est l'occasion pour le praticien dentaire de détecter de potentielles caries mais également de donner des conseils aux parents. Ces conseils concernent tant l'hygiène bucco-dentaire en général que les bons gestes alimentaires afin de garantir une santé bucco-dentaire optimale (Courson, Assathiany et Vital, 2010 :776).

En ce qui concerne la fréquence des examens buccaux préventifs chez les enfants, certains scientifiques conseillent un examen tous les 6 mois (Grzesiak-Gasek et Kaczmarek, 2016 :767). Mais aucune étude ne prouve que cette fréquence soit plus ou moins performante qu'un examen annuel ou qu'un examen tous les deux ans par exemple. Bien que la fréquence idéale à laquelle effectuer un examen buccal ne soit pas déterminée précisément, nous savons que des contrôles réguliers permettent de détecter les maladies dentaires à un stade précoce et à les soigner plus rapidement.

Lors du premier examen buccal, le praticien dentaire peut également prévoir un plan de prévention adapté à l'enfant. Si le dentiste juge que l'enfant ne présente pas de risque de carie, il pourrait prévoir des visites annuelles. Si en revanche, il détecte une propension accrue de l'enfant à développer des caries, les visites pourraient être plus rapprochées (Courson et al., 2010 : 776).

Il faut mettre en évidence que ces conseils et plans de prévention sont un premier pas pour améliorer la santé bucco-dentaire des enfants mais ils ne sont pas suffisants pour empêcher l'apparition de maladies dentaires (Kawashita, Kitamura et Saito, 2011). En effet, ces moyens doivent être accompagnés de campagnes de sensibilisation à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Chez les jeunes enfants, il n'y a pas de preuves scientifiques qui démontreraient que la prévention et les conseils empêchent l'apparition de caries (Bader, Rozier, Lohr et Frame, 2004). En revanche, des examens buccaux préventifs réguliers permettent de prendre en charge les caries à des stades précoces et permettent également d'insister auprès de l'enfant sur l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Malheureusement, aujourd'hui, de nombreux enfants ne vont pas régulièrement chez le dentiste. En 2012, plus de six enfants sur dix âgés de moins de 3 ans et plus d'un enfant sur cinq âgés de moins de 5 ans habitant la région flamande n'avaient jamais consulté un dentiste (Leroy, Bogaerts, Hoppenbrouwers, Martens et Declerck, 2012). Pourtant, les soins préventifs étaient déjà gratuits à l'époque. Il faut donc être prudent lorsque l'on analyse les données car il ne suffit pas que les soins préventifs soient gratuits pour que tous les enfants consultent leur dentiste. Je pense que dans notre société, trop de gens sous-estiment encore les bénéfices de la prévention dentaire.

En ce qui concerne les adolescents, la prévention dentaire semble être également très importante. En plus des risques de maladies dentaires, ces jeunes voient leurs dents lactéales être remplacées par leurs dents permanentes. Ajoutons à cela qu'ils deviennent autonomes quant à la gestion de leur hygiène bucco-dentaire. Ces éléments expliquent la nécessité d'insister sur les conseils d'hygiène dentaire et d'enseigner de bonnes habitudes à cette population en plus d'effectuer des contrôles réguliers (Coolidge, Heima, Johnson et Weinstein, 2009 : 2).

La politique de remboursement aujourd'hui mise en place pour l'examen buccal des enfants et des adolescents me semble cohérente avec les recommandations scientifiques. Tout d'abord, il n'y a pas de barrières financières étant donné que les soins préventifs en général sont gratuits pour les moins de 18 ans. Cette gratuité me semble pertinente lorsque j'apprends que les personnes les plus défavorisées sont celles qui fréquentent le moins le dentiste même si je pense

que l'éducation a un grand rôle à jouer. De plus, même s'il n'est pas prouvé qu'une prise en charge précoce d'un enfant par un dentiste puisse éliminer les risques de caries, il n'empêche que cet examen permet de les détecter assez tôt. Celles-ci peuvent dès lors être traitées rapidement, évitant une dégradation trop importante de la santé buccale de l'enfant et des soins plus coûteux comme des extractions ou des soins orthodontiques. En outre, bien qu'il n'existe pas de preuve qu'il soit idéal de se rendre tous les 6 mois chez le dentiste, je pense que permettre deux rendez-vous annuels pour les enfants est une bonne chose. Cela permet aux jeunes enfants souffrant particulièrement de caries d'être bien suivis et de ne pas être défavorisés par rapport à des enfants moins concernés par les caries dentaires. Mais cela permet également d'inculquer des bonnes habitudes aux plus jeunes. N'oublions pas que la dentition d'un enfant évolue plus rapidement que celle d'un adulte, ce qui justifie également que la fréquence de remboursement soit plus élevée chez les enfants. La question d'un gaspillage de budget pourrait être avancée. Cependant, permettre deux remboursements annuels est différent d'obliger ces deux examens annuellement. Le remboursement est disponible mais n'est pas obligatoire et contrairement à d'autres soins, je ne pense pas que la société abuse des soins dentaires. Ce sont des soins « désagréables » et de manière générale, les enfants aiment rarement aller chez le dentiste.

Nous venons d'analyser le cas des jeunes mais qu'en est-il de la prévention chez les adultes et chez les personnes âgées ?

Il a déjà été précédemment expliqué que la carie dentaire était susceptible de toucher chacune et chacun d'entre nous, peu importe notre âge, pour autant bien évidemment que l'on ait des dents. Pour détecter ces caries dentaires, l'examen buccal est un bon moyen à utiliser. Certaines études préconisent des examens préventifs tous les 6 mois et d'autres tous les ans. Mais à l'heure actuelle, il n'y a pas d'étude prétendant avoir déterminé la fréquence optimale à laquelle l'examen buccal doit être effectué. (Davenport, Elley, Fry-Smith et Taylor-Weetman, 2003 : 87-98) Cependant, on sait que des examens réguliers permettent de détecter les problèmes dentaires à des stades plus précoces, ce qui permet de réduire les conséquences des caries dentaires et d'éviter des soins importants telles que des extractions par exemple (Alotibi, Alkhalaf, Talea, Bawazeer, et Almotowwa, 2017 : 139). Même si la fréquence idéale n'est pas scientifiquement déterminée, encourager les individus à se rendre régulièrement chez le dentiste serait rentable économiquement parlant (Alotibi et al., 2017 : 144). En effet, plus on a une bonne hygiène dentaire et plus notre santé dentaire est bonne. La fréquentation régulière d'un dentiste améliore davantage notre santé bucco-dentaire et réduit les risques d'avoir recours à des soins importants plus tard (Kay, 1999 : 204).

Il est également important de comprendre que la carie dentaire n'est pas la seule maladie détectable lors de l'examen buccal préventif. Les problèmes dentaires liés aux gencives sont également détectables tout comme les cancers buccaux. Il a été prouvé que des examens buccaux préventifs fréquents permettaient de détecter les cancers à des stades précoces. Cette détection précoce permet de réduire le risque de décès mais également de diminuer les coûts de traitement des cancers (Langevin, Michaud, Eliot, Peters, McClean et Kelsey, 2012 : 1821). Les cancers oraux sont détectés en moyenne à l'âge de 61 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes (Paré et Joly, 2017 : 322).

Bien évidemment, ce n'est pas parce que la prestation n'est pas remboursée que les plus de 67 ans ne peuvent pas consulter leur dentiste pour un examen buccal. Cependant, la barrière financière en freine plus d'un. En effet, les frais liés aux prestations dentaires constituent une des raisons principales avancées par les plus âgés pour expliquer pourquoi ils ne se rendent pas chez leur dentiste (Lamy, 2014).

Il est fondamental, je pense, de savoir que les bénéfices de l'examen buccal préventif ne s'estompent pas avec l'âge. En effet, une bonne santé bucco-dentaire chez les personnes âgées est possible. Il ne faut pas croire que la dégradation de la santé orale est inévitable une fois un certain âge atteint bien que cette pensée soit bien ancrée dans notre société (Lamy, 2014 : 357).

Aujourd'hui, la santé buccale des personnes âgées inquiète. Elle est mauvaise et cela a de nombreuses conséquences telles que l'édentement, les difficultés à s'exprimer ou encore la malnutrition (Cohen et al., 2006 : 1647). Les maladies dentaires peuvent également causer d'autres problèmes de santé comme des accidents vasculaires cérébraux ou des maladies respiratoires (Lamy, 2014 : 359).

Autant je valide la politique de remboursement de l'examen buccal préventif des jeunes, autant je regrette ce semblant d'indifférence envers les personnes âgées.

Puisque l'on sait que les maladies dentaires ne disparaissent pas avec l'âge et que détecter ces maladies à un stade précoce est bénéfique tant pour la santé et la qualité de vie que pour les économies en soins plus coûteux, il me semble fondamental de prendre soin de la santé bucco-dentaire des plus âgées.

Or, cette population semble être laissée de côté. On ne rembourse plus l'examen buccal préventif dès le 67^{ème} anniversaire alors que les maladies dentaires sont toujours présentes à cet âge avec les conséquences que l'on connaît désormais. Ce non-remboursement renforce selon

moi l'idée fataliste qu'une mauvaise santé bucco-dentaire des plus âgés est quelque chose d'inévitable et cela envoie un message erroné à notre société.

Cette population a tendance à ne pas se rendre régulièrement chez un dentiste. Les raisons qu'elle avance pour justifier le fait qu'elle ne se soumette pas régulièrement à un examen buccal sont principalement l'idée que la mauvaise santé dentaire est liée à l'âge et la seconde raison serait la barrière financière (Lamy, 2014 : 358).

Je peux comprendre que d'un point de vue économique, les économies en soins coûteux espérées soient plus élevées chez un enfant que chez une personne âgée. Mais est-ce une raison valable pour les exclure du champ d'application de l'intervention de l'assurance obligatoire ? Je ne le pense pas. D'autant plus que certains soins dentaires, comme les extractions par exemple, sont remboursés à tous peu importe l'âge. Le remboursement de l'examen préventif des plus âgés pourraient faire économiquement sens puisqu'il permettrait certainement de réduire le recours à d'autres soins dentaires. Selon moi, il faut davantage insister sur la prévention dentaire chez nos aînés. Je suis consciente du fait que l'on ne fait pas ce que l'on veut et que le budget est limité.

Finalement, la politique de remboursement est-elle justifiée ? Concernant les moins de 18 ans, je trouve que la politique actuelle de rembourser deux examens buccaux annuellement est correcte. Elle s'inscrit dans la ligne des recommandations scientifiques et fait sens économiquement parlant tout comme le fait la politique de remboursement des 18-66 ans. En revanche, je ne trouve pas la politique de non-remboursement concernant les plus de 66 ans justifiée.

A partir du moment où les maladies bucco-dentaires détectables lors de l'examen buccal préventif touchent toutes les personnes issues de toutes les classes d'âge, l'âge ne peut être utilisé comme critère de tri entre les personnes ayant droit au remboursement et celles n'y ayant pas droit. Selon moi, c'est le critère médical qui doit ouvrir le droit au remboursement et non l'âge.

Cependant, la littérature ayant prouvé que les caries dentaires touchaient particulièrement les plus jeunes et partant du fait que j'admets que les conseils en matière d'hygiène dentaire sont d'autant plus bénéfiques si on les reçoit tôt dans notre vie, je tolère que les enfants soient privilégiés en matière de prévention. L'objectif en favorisant les enfants est de leur donner de bonnes bases en matière d'hygiène bucco-dentaire afin qu'ils puissent prendre soin de leur

dentition dès que leurs dents apparaissent. Cela permettrait à terme de garder une bonne santé bucco-dentaire toute leur vie durant.

Concernant l'argument économique des autorités considérant que la prévention dentaire chez les enfants est un investissement sur le long terme, il suggère implicitement selon moi qu'investir dans la prévention dentaire des personnes plus âgées n'est pas intéressant car pas bénéfique économiquement parlant. Je trouve cet argument économique en désaccord avec l'éthique. Personnellement, je ne trouve pas que l'utilisation d'un âge plafond soit, ici, justifiable.

En utilisant cet âge plafond, les plus de 67 ans se retrouvent du jour au lendemain privés de remboursement alors qu'ils ont cotisé toute leur vie pour la sécurité sociale. De plus, aucune différence n'est faite entre les personnes possédant encore toutes leurs dents à 67 ans et celles en possession de prothèses dentaires. Ce n'est pas le besoin médical mais l'âge qui prime et cela pose un problème selon moi.

Enfin, si nous réfléchissons au critère d'âge plafond utilisé ici, nous pouvons nous rendre compte qu'il cause ou a causé d'autres inégalités que l'exclusion actuelle des plus de 67 ans. Tout le monde a droit au remboursement dès sa naissance et ce, jusqu'à un certain moment. A première vue, on pourrait penser que l'utilisation d'un âge plafond est équitable, chacun ayant droit au même nombre de remboursements au cours de sa vie, en théorie (Gosseries, 2013a : 76). Cependant, la théorie ne reflète pas la réalité et cela pour plusieurs raisons.

Il existe des inégalités de traitement entre les différentes générations de personnes face au remboursement des soins dentaires préventifs. En effet, le remboursement de l'examen buccal préventif n'a pas toujours existé. Dès lors, une jeune personne vivant en 2020 est avantagée par rapport à une jeune personne ayant vécu au début du XXème siècle. Bien que l'inégalité soit manifeste, je la considère comme tolérable puisque la science et les techniques évoluent. En effet, les hommes n'ont jamais cessé d'évoluer sous prétexte que cela créerait des inégalités avec les générations qui les ont précédées.

En revanche, je suis beaucoup moins d'accord lorsque des personnes vivant à la même époque, avec les mêmes techniques, soient traitées différemment. Toutes les personnes nées avant 1950 n'ont jamais pu prétendre au remboursement de l'examen buccal préventif. Trop âgées en 2000 pour pouvoir y prétendre, elles n'ont par la suite jamais rempli le critère d'âge requis malgré le recul de l'âge plafond. Il s'agit des personnes âgées, en 2020, de plus de 70 ans. Selon Statbel, l'office belge des statistiques, les personnes nées avant 1950 représenteraient 13,76 % de la

population actuelle (Statbel, 2020). Ces personnes vivent dans un monde qui sait que la prévention dentaire est importante mais n'ont jamais pu bénéficier d'un remboursement pour l'examen buccal préventif. Qui sait les économies qui auraient pu être réalisées si l'on avait, depuis 20 ans, inclus cette cohorte d'âge dans le champ d'action de l'intervention de l'assurance obligatoire ? Au-delà des économies, il y a le bien-être des personnes qui a certainement été négligé.

3.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre de l'examen buccal préventif ?

Puisque l'utilisation du critère d'âge plafond semble contestable, il est d'autant plus étonnant que les bénéficiaires de l'assurance obligatoire ne s'indignent pas davantage de sa présence dans la nomenclature. J'émetts l'hypothèse que les revendications contre cette exclusion des plus de 67 ans augmenteront d'ici deux ou trois ans si cet âge plafond de 67 ans est maintenu. En effet, dans ce laps de temps, des bénéficiaires se verront refuser le remboursement de l'examen buccal subitement à l'aube de leur 67^{ème} anniversaire alors qu'ils en bénéficiaient depuis 20 ans. Aujourd'hui, les personnes privées du remboursement sont des personnes qui n'y ont jamais eu droit. Ces personnes n'ont pas pris l'habitude d'effectuer d'examen buccal préventif. Je pense que la suppression d'un droit fera davantage réagir les personnes concernées. Une modification de la nomenclature pourrait permettre d'éviter cette situation.

Dans cette section, nous allons pousser la réflexion un peu plus loin. Nous allons explorer la possibilité de supprimer la limite d'âge de 67 ans.

Serait-il possible d'enlever l'âge plafond de 67 ans ? Je pense que cela est tout à fait imaginable. Nous allons distinguer deux cas de figure. Dans le premier, nous réfléchissons à des alternatives à budget constant. Dans le second, nous mettrons en avant les solutions réalisables avec une augmentation du budget assigné aux soins dentaires préventifs.

Dans le cas où le budget resterait constant, une première possibilité serait de diminuer quelque peu le montant remboursé annuellement à chaque adulte bénéficiant actuellement du remboursement et d'utiliser l'argent économisé afin de financer le remboursement de l'examen buccal préventif des personnes de plus de 66 ans. En d'autres termes, il faudrait augmenter le ticket modérateur qui est actuellement de 3,5€. Je procéderaï néanmoins à l'augmentation du ticket modérateur uniquement pour les bénéficiaires ordinaires sous-entendu pour les personnes ne bénéficiant pas de l'intervention majorée. Ce choix me semble justifié puisque la littérature

nous a révélé que les personnes socio-économiquement plus défavorisées souffraient d'une santé buccale plus problématique et avaient tendance à moins consulter le dentiste.

A budget constant, on pourrait également imaginer un système de remboursement pour tous les adultes quel que soit l'âge mais allonger le délai de renouvellement de ce remboursement. Le délai de renouvellement du remboursement pourrait être de 18 mois par exemple. Cela permettrait de n'exclure personne du remboursement en raison de son âge et ainsi d'éliminer toute suspicion de discrimination basée sur l'âge. Cette idée est renforcée par le fait que scientifiquement, rien ne prouve qu'un examen annuel soit plus efficace qu'un examen effectué tous les 18 mois. Il s'agit d'une solution proposant un espacement croissant des remboursements. On pourrait imaginer laisser la possibilité aux enfants de se rendre deux fois par an chez leur dentiste ou bien leur accorder un remboursement tous les neuf mois. Une autre possibilité pour les moins de 18 ans serait de leur accorder à tous un remboursement chaque année et de prévoir la possibilité d'un deuxième remboursement annuel uniquement si le prestataire dentaire le juge nécessaire.

Si maintenant le budget venait à augmenter, deux remboursements annuels pour les moins de 18 ans et un remboursement annuel pour les plus de 18 ans me sembleraient l'idéal pour autant qu'aucune nouvelle étude n'apporte des éléments prouvant que la fréquence annuelle ne soit pas la meilleure. Si les bénéfices de la prévention dentaire s'avèrent être réels, on peut imaginer que dans quelques années, des économies seront faites dans les autres branches des soins dentaires et qu'une partie de ce budget pourrait être alloué à l'examen buccal préventif.

3.2 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais liés à la fourniture d'orthèses lombo-sacrées.

3.2.1 Le remboursement actuel et ses conditions.

Depuis le 1^{er} février 1993, les orthèses lombo-sacrées sur mesure « Du sacrum à minimum D 12 : en cuir et coutil et avec armature métallique complète, comprenant une cage métallique de hanche et appuis latéraux, d'après moulage » sont repris dans la nomenclature des soins de santé à l'article 29 sous le code 645514 (INAMI, 2020a : art.29)⁴⁸. Le remboursement de ces orthèses

⁴⁸ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 29. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart29_20200601_01.pdf.

sous ce code nomenclature est prévu par l'arrêté royal du 29 janvier 1993⁴⁹. Pour obtenir ce remboursement, il faut que l'orthèse ait été prescrite par un orthopédiste et qu'elle ait été fournie par un prestataire reconnu. Le montant du remboursement s'élève en général⁵⁰ à 1154,84 € soit le montant total de l'honoraire (INAMI, 2020b). L'assurance obligatoire prend donc en charge les frais à 100%. Le renouvellement de ce remboursement est possible mais son espacement dépend de l'âge de la personne concernée. Ce renouvellement peut avoir lieu au bout d'une année pour autant que la dernière orthèse en date ait été fournie au bénéficiaire avant ses 14 ans. Ce délai passe à deux ans si la dernière orthèse a été fournie au bénéficiaire entre son 14^{ème} et son 21^{ème} anniversaire. Enfin, toute orthèse mise à disposition d'une personne après son 21^{ème} anniversaire est renouvelable tous les cinq ans.

3.2.2 Historique de la prestation.

La prestation présentée dans cet exemple existe depuis plus de 27 ans. Le critère d'âge n'a pas évolué au cours du temps. Cependant, le montant remboursé a été indexé plusieurs fois pour atteindre 1154,84€ à l'heure actuelle (INAMI, 2020b). Puisque la prise en charge par l'assurance obligatoire est totale, il est juste de supposer que cette indexation suive l'évolution du prix de ces orthèses. En effet, il est plausible d'affirmer qu'en l'espace de 27 ans, le prix de ces orthèses ait augmenté.

3.2.3 La politique de remboursement est-elle justifiée ?

Contrairement aux autres prestations analysées, dans le cas des orthèses lombo-sacrées, personne n'est exclu du champ d'application de la prestation. Il s'agit d'un traitement différencié en fonction de l'âge qui peut être justifié.

En effet, nous pouvons observer que les enfants grandissent rapidement et que notre courbe de croissance s'aplatit avec le temps (Inserm, s.d.). Ainsi, un renouvellement, chaque année, avant 14 ans est nécessaire afin que l'orthèse soit correctement adaptée à la morphologie du jeune bénéficiaire. Les parties prenantes auraient pu opter pour l'âge de 13 ans ou de 15 ans mais là n'est pas la question. L'âge n'est pas utilisé en tant que tel mais comme indicateur de quelque chose d'autre (Gosseries, 2014 : 61). Dans cet exemple, il est un bon indicateur du taux de

⁴⁹ Arrêté royal du 29 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. (1993). *Moniteur belge*, 19 mars, p.5912.

⁵⁰ Peut varier si le prestataire de soins n'est pas conventionné et que le bénéficiaire ne profite pas d'un régime préférentiel.

croissance du corps. Petit à petit ce renouvellement est espacé puisque le corps change de moins en moins rapidement.

Le renouvellement est possible pour chaque bénéficiaire. Quant à la question de savoir pourquoi avoir autorisé un remboursement tous les 5 ans une fois l'âge de 21 ans atteint, j'imagine que les délais ont été choisis en fonction de la durée de vie de la prothèse au sein des différents organes du service des soins de santé de l'INAMI.

Je vois dans cette politique de remboursement un moyen de responsabiliser les bénéficiaires de l'assurance obligatoire. En instaurant une règle concernant le renouvellement de orthèses, le législateur incite les personnes à en prendre soin. Les ressources de l'assurance obligatoire sont rares, il faut modérer leur utilisation.

Je trouve cette politique de remboursement justifiée et l'utilisation des critères d'âge me semble acceptable.

3.3 Généralisation.

Après avoir analysé en profondeur ces deux exemples, je vais tenter de retranscrire mes principes en quelques lignes.

En théorie, l'utilisation d'un âge plafond pourrait permettre une égalité sur les vies complètes (Gosseries, 2013b) puisque chacun aurait droit au même nombre de remboursements au cours de sa vie. Malheureusement, dans la réalité, les choses sont différentes. La nomenclature des soins évolue sans cesse. Un remboursement acquis aujourd'hui peut ne plus l'être l'année suivante. Dans ce cadre changeant, je préférerais une égalité de traitement à chaque moment X plutôt qu'une égalité sur les vies complètes inaccessible selon moi.

Bien que ces types de critères d'âge posent des questions éthiques, le critère d'âge fixé afin de répondre à un besoin médical précis et reconnu scientifiquement nécessaire pour la classe d'âge choisie peut être toléré voire encouragé s'il permet de réduire des inégalités. Je cite en exemple l'examen de prévention dentaire chez les enfants. De plus, si le critère d'âge permet de rythmer le renouvellement du remboursement en fonction des besoins sans exclure quiconque du cadre de ce remboursement, il n'est pas dérangeant. Je donne en exemple, le remboursement des orthèses lombo-sacrées.

Chapitre 4 : Les critères d'âge plafond.

Dans ce chapitre, nous allons traiter un exemple d'âge plafond bas. Il s'agit du remboursement des moyens de contraception pour les moins de 25 ans.

4.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de contraception pour les jeunes femmes jusqu'au 25ème anniversaire.

4.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.

Depuis le 1 avril 2020, toutes les femmes de moins de 25 ans ont la possibilité d'obtenir une intervention de l'assurance obligatoire sur le montant de leurs moyens de contraception alors qu'auparavant cette intervention n'était prévue que jusqu'à 21 ans.

Cette mesure concerne bien évidemment les pilules contraceptives mais pas uniquement. En effet, d'autres moyens de contraception tels que le stérilet ou les implants hormonaux par exemple font également l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire⁵¹. Le préservatif quant à lui n'entre pas dans le champ d'application du remboursement de l'assurance obligatoire pour une raison non-évoquée à ma connaissance par les autorités (Arrêté royal du 16 septembre 2013 : art. 1)⁵².

Chaque contraceptif a un prix différent mais l'intervention de l'assurance obligatoire est sensiblement la même pour tous. Cette intervention s'apparente à un remboursement annuel de 36 euros soit à un remboursement de 3 euros par mois (Arrêté royal du 16 septembre 2013 : art. 7)⁵³. Une telle intervention permet la gratuité de certains moyens contraceptifs, mais pas d'autres. Pour bénéficier du remboursement, une prescription médicale est requise.

L'intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de contraception pour les femmes jusque 25 ans fait l'objet d'une loi datant du 22 avril 2019 « modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la

⁵¹ Il est important de préciser que tous les produits appartenant à ces catégories de contraceptifs ne sont pas visés par la mesure. L'ensemble des contraceptifs concernés est repris sur une liste tenue à jour par l'INAMI (Arrêté royal du 16 septembre 2013 : art. 3-6). Cette liste est disponible en ligne sur le site internet de ce dernier. Sur cette liste, nous pouvons retrouver le nom des contraceptifs, leur prix, le montant de l'intervention ainsi que le montant du ticket modérateur à charge du bénéficiaire.

⁵² Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, art.1, p. 66886.

⁵³ Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, art.7, p. 66886.

pilule du lendemain »⁵⁴. Il est important d'ajouter que depuis ce 1^{er} avril 2020, la pilule du lendemain est, elle, gratuite pour toutes les femmes et ce quel que soit leur âge.

4.1.2 Historique de la prestation.

La loi du 22 avril 2019 ne fait qu'étendre l'intervention de l'assurance obligatoire pour les moyens de contraception jusqu'au 25^{ème} anniversaire. En effet, depuis le 1^{er} octobre 2013, ce remboursement était déjà prévu par l'arrêté royal du 16 septembre 2013 pour les moins de 21 ans⁵⁵. Cet arrêté était entré en vigueur afin de donner suite au remboursement expérimental des contraceptifs pour les jeunes filles de moins de 21 ans. L'objectif de ce remboursement expérimental était d'évaluer la possibilité de diminuer le nombre de grossesses chez les moins de 21 ans grâce à un remboursement de la pilule contraceptive (La Libre, 2008). Ce remboursement expérimental était d'application depuis 2004 et était prévu par l'arrêté royal du 24 mars 2004 « fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'un financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes »⁵⁶.

Nous pouvons constater, dans cet exemple de prestation de l'assurance obligatoire, que l'avantage est octroyé aux jeunes comme dans le cas des soins dentaires. Nous allons nous concentrer sur les arguments utilisés par les autorités afin de justifier ce choix avant d'analyser la pertinence de cette politique de remboursement et la légitimité de l'utilisation du critère d'âge.

4.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.

La première chose qui me vient à l'esprit lorsque l'on parle de contraception est un constat très simple : dès les premières menstruations et ce jusqu'à la ménopause, les femmes ont en général besoin d'un moyen de contraception. Dès lors, pourquoi les autorités ont-elles conditionné l'intervention de l'assurance obligatoire en matière de contraception à un critère d'âge en autorisant cette prestation uniquement pour les moins de 25 ans ?

⁵⁴ Loi du 22 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain. (2019). *Moniteur belge*, 23 mai, p. 48770.

⁵⁵ Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, p. 66886.

⁵⁶ Arrêté royal du 24 mars 2004 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'un financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes en application de l'article 56, § 2, alinéa premier, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les années 2004, 2005 et 2006. (2004). *Moniteur belge*, 29 mars, p. 17723.

Dans l'arrêté royal du 16 septembre 2013, la Ministre des Affaires Sociales de l'époque Madame Laurette Onkelinx, s'exprime dans un Rapport au Roi dans lequel elle explique que la convention expérimentale existante depuis 2004 et ayant pour objet la contraception pour les jeunes a été conclue afin de mettre en place « un système de remboursement pour tous les moyens de contraception fiables, d'améliorer l'accessibilité de la contraception d'urgence, de stimuler les médecins à prescrire des contraceptifs meilleur marché, [...] et ce dans le but de réduire le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes. » (Arrêté royal du 16 septembre 2013 : Rapport au Roi)⁵⁷.

Madame la Ministre explique également, dans ce Rapport au Roi, que la limite d'âge de 21 ans « trouve son origine dans le rapport 2003 de la Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse » (Arrêté Royal du 16 septembre 2013 : Rapport au Roi)⁵⁸. Ce rapport mettait l'accent sur le nombre annuel de jeunes filles ayant subi une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans notre pays et révélait que près de la moitié d'entre elles ne disposaient pas de moyens de contraception.

Par la suite, l'arrêté royal du 16 septembre 2013 a rendu cette intervention de l'assurance obligatoire structurelle en gardant la même limitation d'âge de 21 ans. Cette limite a évolué cette année avec l'entrée en vigueur de la loi du 22 avril 2019 intégrant les femmes âgées de 21 ans à 24 ans inclus.

Les travaux parlementaires de cette loi révèlent deux arguments principaux des autorités par lesquels elles justifient l'élargissement de la prestation. Ils sont repris dans la proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 « fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain »⁵⁹.

Le premier argument avancé est le nombre important d'IVG chez les 21-24 ans révélé par le rapport 2011 de la Commission nationale. Ainsi, il est écrit dans la proposition de loi qu'« elles étaient un peu plus de 4 000 femmes de 21 à 24 ans à avoir eu recours à une IVG et plus de 40

⁵⁷ Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, Rapport au Roi, p. 66886.

⁵⁸ Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, Rapport au Roi, p. 66886.

⁵⁹ Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, *Doc. Parl.*, C.R., 2018-2019, séance du 20 mars 2019, DOC 54 3439/004.

% d'entre elles n'utilisaient pas de moyens de contraception » (Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 : 3)⁶⁰.

Le second argument concerne l'augmentation de la pauvreté de ce public cible en déclarant que : « Le baromètre de l'intégration sociale montre un accroissement du nombre de jeunes de moins de 25 ans bénéficiant du revenu d'intégration sociale (RIS), passant de 22 675 en janvier 2016 à 43 691 en juillet 2018. » (Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 : 4)⁶¹.

En résumé, le nombre important de grossesses non désirées chez les moins de 25 ans ainsi que la pauvreté croissante des jeunes sont les deux raisons principales ayant amené les autorités à favoriser les jeunes filles de moins de 25 ans en matière de remboursement des moyens de contraception.

4.1.4 La politique de remboursement est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?

La volonté de limiter les grossesses non désirées chez les adolescentes est compréhensible. Cependant, il ressort du dernier rapport bisannuel 2016-2017 de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, que « l'âge moyen des femmes qui recourent à une IVG était de 28,5 ans en 2017 » (Commission nationale d'évaluation, 2020a : 3). Dès lors, une intervention pour la tranche des 25 – 35 ans ne paraît-elle pas nécessaire ? Cette question apparaît dans « le mémorandum à l'attention du parlement » (Commission nationale d'évaluation, 2020a : 3) rédigé par la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse datant de février dernier. En observant le tableau répertoriant en fonction de l'âge le nombre d'IVG ayant eu lieu par année entre 2012 et 2017 (Commission nationale d'évaluation, 2020b : 18) (Annexe 4), je m'interroge.

D'une part, le nombre d'IVG chez les plus de 25 ans représente 60% à 70% du nombre d'IVG total. Si réduire le nombre d'IVG est l'objectif des autorités, un geste envers toutes les femmes semble nécessaire. D'autre part, bien que les jeunes filles de moins de 21 ans bénéficient depuis

⁶⁰ Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, *Doc. Parl., C.R.*, 2018-2019, séance du 20 mars 2019, DOC 54 3439/004, p.3.

⁶¹ Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, *Doc. Parl., C.R.*, 2018-2019, séance du 20 mars 2019, DOC 54 3439/004, p.4.

des années d'un remboursement de leur moyen de contraception, le nombre d'IVG survenu dans cette classe d'âge reste élevé. En effet, disposer d'un moyen de contraception est un premier pas pour éviter les grossesses non désirées, encore faut-il l'utiliser correctement. Je pense que le rôle de la prévention et de l'éducation est crucial pour cela.

Cependant, même si le nombre d'IVG chez les moins de 21 ans reste élevé, il faut reconnaître qu'il a baissé et cela est mis en évidence dans le rapport 2016-2017 de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (Commission nationale d'évaluation, 2020b).

Une partie de cette diminution peut certainement être expliquée par la mesure prise par le gouvernement de rembourser les contraceptifs pour cette tranche d'âge. La Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesses précise que : « La contraception gratuite pour les jeunes ainsi que ce consensus ont permis à de nombreuses jeunes femmes de bénéficier d'une contraception de longue durée des plus efficaces. Il est probable que ceci a contribué à la diminution des IVG chez les jeunes de 15 à 19 ans et chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans à partir de 2014 (les dispositifs intra-utérins agissant pendant 5 ans) » (Commission nationale d'évaluation, 2020a : 6). Aussi recommande-t-on dans ce mémorandum, d'accroître l'accessibilité à la contraception pour toutes les femmes afin que cette diminution du nombre d'IVG ait lieu également pour les femmes plus âgées (Commission nationale d'évaluation, 2020a : 8).

Concernant l'argument de l'appauvrissement des jeunes comme raison d'aider les moins de 25 ans uniquement, je suis perplexe. Dans le premier chapitre, nous avons expliqué le mode de financement de la sécurité sociale. Nous y avons compris que le fait de cotiser nous permettait de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire pour toute une liste de prestations contenues dans la nomenclature des soins de santé. Nous avons également vu que l'on cotisait en fonction des revenus, les jeunes ne cotisant en général pas puisqu'ils ne travaillent pas. Rappelons également que des régimes préférentiels existent afin d'aider les personnes qui disposent de moins de moyens financiers tels que le régime BIM ou le MAF.

Dès lors, si nous prenons en compte l'existence de ces régimes préférentiels et le fait que les jeunes avant 25 ans cotisent peu ou pas du tout, je ne trouve pas cela correct de réserver *en plus* certaines prestations de l'assurance obligatoire à ce groupe cible. Personnellement, je pense que c'est le besoin médical qui devrait déterminer l'accès à la prestation et non le besoin financier puisque ce dernier est pris en compte au niveau des cotisations et des régimes préférentiels.

Mettons-nous à la place de ceux qui cotisent et qui se voient refuser un remboursement sous prétexte qu'ils n'en ont pas besoin financièrement parlant. Je pense que de telles décisions pourraient remettre en cause le système de sécurité sociale. Le fonctionnement de ce dernier pourrait être revendiqué par les personnes qui cotisent davantage et qui pourraient se tourner vers des assurances privées qui répondraient à leurs besoins.

De plus, en utilisant un critère d'âge, on généralise l'idée que tous les moins de 25 ans s'appauvrissent. Or, c'est la moyenne des revenus des jeunes de moins de 25 ans qui diminue. Prenons l'exemple de Marie et Justine qui utilisent le même moyen de contraception. Marie a 19 ans et dispose de faibles revenus qui ne lui permettraient pas d'avoir accès à ce moyen de contraception si l'assurance obligatoire n'intervenait pas. Justine, quant à elle, a 30 ans et dispose du même revenu que Marie. Cependant, puisqu'elle a plus de 24 ans, elle ne bénéficie pas du remboursement de l'assurance obligatoire. En d'autres termes, deux personnes aux caractéristiques identiques sont traitées différemment uniquement sur base de leur âge. En réalité, il existe des femmes de tout âge qui ne disposent pas de moyens financiers suffisants pour couvrir leurs frais de contraception ou pour lesquelles il est difficile d'y parvenir.

A ce stade de l'analyse, nous disposons de deux arguments permettant d'avancer que la politique de remboursement n'est pas justifiée. Le premier est l'argument démontrant que le nombre d'IVG n'est pas significativement plus élevé chez les moins de 25 ans que chez les plus âgées. Le second avance que la situation financière moyenne d'une classe d'âge ne peut pas justifier le fait que des prestations leur soient réservées.

Un troisième argument réfutant la politique de remboursement est liée à l'origine du besoin de disposer d'un moyen de contraception. A partir du moment où ce besoin de disposer d'un moyen de contraception est susceptible d'exister chez toutes les femmes peu importe leur âge, l'âge ne peut être utilisé comme critère afin de déterminer le public cible ayant droit à l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. D'autant plus que ce besoin de contraception ne varie pas en fonction de l'âge (avant la ménopause). Si une femme de 20 ans et une femme de 45 utilisent le même moyen de contraception, leur utilisation sera identique. Prenons l'exemple de la pilule contraceptive, la fréquence de consommation est d'un comprimé par jour et cette fréquence de consommation ne varie pas en fonction de l'âge.

J'aimerais également mettre en avant l'argument d'inégalité cohortale déjà présent dans l'exemple de l'examen buccal préventif. Dans le cas de la contraception, il s'agit de nouveau d'un critère d'âge plafond. Cela crée des inégalités entre les plus de 25 ans et les moins de 25

ans puisque les unes ont droit au remboursement et les autres non. D'autre part, les jeunes filles nées depuis 1990 ont été avantagées par rapport à celles nées avant 1990 puisque ces dernières n'ont jamais pu bénéficier de cette intervention supplémentaire de l'assurance obligatoire.

Enfin, en utilisant ce critère d'âge, on considère également que les grossesses non désirées chez les jeunes constituent un problème plus préoccupant que chez les plus âgés. Je pense qu'à partir du moment où une grossesse est non désirée, c'est un problème. Et cela n'a rien à voir avec l'âge.

Certes, le critère d'âge est pratique dans le sens où il permet de délimiter clairement le public cible et qu'il permet d'évaluer l'impact budgétaire d'une mesure puisque l'on connaît précisément la structure de la pyramide des âges belge et que par conséquent estimer le nombre de bénéficiaires potentiels est facile. Cependant, rien dans mon analyse ne fait penser que le critère d'âge est justifiable dans le cas de la contraception.

4.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre de la contraception ?

Le besoin de disposer d'un moyen de contraception est ressenti comme un besoin fondamental car le satisfaire permet aux femmes de profiter du droit à disposer de leur corps. Durant les années séparant les premières menstruations de la ménopause, le besoin peut être présent et ce peu importe l'âge.

Dans l'idéal, puisque le besoin de contraception s'apparente à un besoin fondamental, le contraceptif devrait être gratuit pour toutes les femmes et ce peu importe leur âge. Cela permettrait de réduire une inégalité de genre trop souvent négligée et pourtant bien présente. En effet, on ne décide pas de naître femme. Et pourtant, du simple fait de naître femme, celle-ci sait qu'elle recourra un jour ou l'autre à un moyen de contraception.

Je suis consciente que rendre la contraception gratuite pour toutes les femmes nécessiterait un budget colossal. En effet, le recul de la limite d'âge de 21 ans à 25 ans coûterait, selon une estimation de l'INAMI, 5,779 millions d'euros à l'assurance obligatoire (Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 : 6).

Je suis également consciente que la gratuité de la contraception n'empêchera pas qu'il y ait des IVG puisque le fait de ne prendre aucun moyen de contraception n'est qu'une des causes des grossesses non-désirées. Les autres causes étant principalement la mauvaise utilisation du moyen de contraception choisi et l'inefficacité de la méthode (Commission nationale

d'évaluation, 2012 : 22). Si la réduction du nombre d'IVG est un des objectifs des autorités, d'autres mesures dans d'autres domaines doivent être mises en place. Par exemple, la prévention et l'information pourraient être privilégiées.

Quoi qu'il en soit, si la gratuité n'est pas envisageable, le remboursement devrait être le même pour toutes les femmes peu importe leur âge. A budget constant, on répartit la somme entre les bénéficiaires et en cas d'augmentation du budget, on répartit également la somme de manière égalitaire.

4.2 Généralisation.

Contrairement aux cas de l'examen buccal préventif et des orthèses lombo-sacrées, rien ne justifie le fait de privilégier les jeunes dans le cadre du remboursement de la contraception.

Si l'objectif est de sensibiliser les jeunes, cela doit passer par des séances d'informations qui, elles, peuvent être adaptées à différentes classes d'âge. Le besoin de contraception ne dépend pas de l'âge et ne varie pas avec celui-ci. Dès lors, conditionner son remboursement à un critère d'âge ne me semble pas justifié.

L'utilisation d'un âge plafond crée des inégalités entre les personnes selon qu'elles se situent en dessous ou au-dessus de cet âge plafond déterminé. Et en plus de créer des inégalités, le critère d'âge les aggrave puisque les personnes dont l'âge est situé au-dessus de l'âge plafond font partie d'une cohorte d'âge qui n'a jamais pu prétendre au remboursement.

Chapitre 5 : Les critères d'âge seuil.

Dans ce chapitre, nous allons aborder le critère d'âge seuil. Une prestation soumise à un critère d'âge seuil signifie que cette dernière n'est accessible qu'à partir d'un âge donné. Ce type de critère pose de nombreux problèmes. L'exemple des implants va permettre de les illustrer.

5.1 Intervention de l'assurance obligatoire dans les frais de placement de deux implants ostéo-intégrés dans la mandibule pour les plus de 70 ans.

5.1.1 Le remboursement actuel et ses conditions.

Depuis le 1^{er} mai 2009 le code 308512, repris à l'article 5⁶² de la nomenclature, permet une intervention de l'assurance obligatoire pour les personnes à partir de 70 ans pour le « placement de deux implants ostéo-intégrés dans le maxillaire inférieur édenté en cas de dysfonctionnement grave d'une prothèse amovible inférieure complète » (INAMI, 2020a : art.5, p.21)⁶³. Cette intervention de l'assurance obligatoire est unique et doit être effectuée par un praticien de l'art dentaire reconnu. Le remboursement s'élève à 1474,5€ sans renouvellement possible et la partie à charge du bénéficiaire est de 440,5€ (INAMI, 2020b). Cette prestation est prévue par l'arrêté royal du 20 mars 2009 « modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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 »⁶⁴. Avant l'âge de 70 ans, aucun remboursement n'est pris en charge par l'assurance obligatoire.

5.1.2 Historique de la prestation.

Avant le 1^{er} mai 2009, aucun remboursement n'était prévu pour ces implants oraux. La condition d'avoir atteint 70 ans pour pouvoir prétendre au remboursement date de 2009 et n'a pas évolué au cours du temps. Le montant quant à lui a été quelque peu indexé au cours des 10 dernières années (INAMI, 2020b).

⁶² INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf.

⁶³ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 5, p.21. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart05_20200101_01.pdf.

⁶⁴ Arrêté royal du 20 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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. (2009). *Moniteur belge*, 16 avril, p. 30535.

5.1.3 Raisons invoquées ou possibles en soutien de la politique concernée.

Je n'ai pas trouvé de justification quant à la raison d'avoir opté pour un critère d'âge seuil de 70 ans. Je vais tenter d'émettre quelques hypothèses.

Comme pour toutes les prestations étudiées, la condition d'avoir atteint l'âge de 70 ans pour pouvoir bénéficier de ce remboursement a été déterminée au cours des réunions et négociations entre les différents organes du service des soins de santé de l'INAMI. Comme dans la plupart des cas, la limite budgétaire a certainement joué un rôle.

D'un point de vue médical, fixer cette barrière pourrait inciter les gens à prendre soin de leur dentition et donc de privilégier au maximum les soins préventifs afin de retarder la mise en place d'implants oraux. Encore faudrait-il que chacun puisse bénéficier du remboursement pour ces traitements préventifs. Or, ceci n'est pas le cas étant donné que l'examen buccal préventif ne fait l'objet d'un remboursement que depuis 20 ans et que la plupart des personnes âgées aujourd'hui de plus de 60 ans n'ont que très peu voire pas du tout pu bénéficier d'une intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre des soins préventifs.

5.1.4 La politique de remboursement est-elle justifiée et l'utilisation de critères d'âge est-elle justifiable ?

La première chose qui m'a interpellée lorsque je me suis intéressée à cette prestation de l'assurance obligatoire, ce sont les incohérences présentes dans la nomenclature des soins de santé. Il faut savoir que ces implants ostéo-intégrés servent à fixer une prothèse dentaire. La prothèse dentaire est remboursée à partir de 50 ans par l'assurance obligatoire alors que les implants ne sont remboursés qu'à partir de 70 ans. Les personnes âgées de 51 ans à 69 ans peuvent donc obtenir un remboursement pour leurs prothèses mais pas pour leurs implants alors que ceux-ci sont nécessaires afin de fixer la prothèse.

La Mutualité Socialiste du Luxembourg m'a fait part du cas de Monsieur X qui doit poser des implants et des prothèses dentaires.

Je plante le décor avec Mr X, âgé de 65 ans. Ce dernier a rencontré d'importants soucis de santé à la suite de l'ablation d'une partie de l'estomac. Il serait préférable que Monsieur puisse s'alimenter avec une dentition saine. Malheureusement, ce n'est pas le cas et le corps médical préconise le placement de prothèses dentaires pour tenter une alimentation dans de meilleures conditions.

Le spécialiste dentaire confirme que la pose de deux prothèses dentaires ne peut se faire que si et seulement si des implants sont posés pour assurer la fixation correcte des prothèses dentaires. Mr X a des moyens financiers limités vu son statut de retraité. Même s'il rêve de pouvoir bénéficier d'une dentition correcte, le coût de la potentielle facture de tels travaux l'inquiète fortement.

La mutualité de Mr X l'informe que les prothèses dentaires lui seront remboursées suivant la législation qui prévoit la prise en charge par l'assurance obligatoire de celle-ci à partir du 50^{ème} anniversaire.

En revanche, la mutualité informe Mr X que le coût des implants restera en totalité à sa charge étant donné que l'intervention de l'INAMI ne peut sortir ses effets qu'à partir du 70^{ème} anniversaire d'un bénéficiaire. La quote-part de Mr X dans le devis de plus de 5000 euros pour l'ensemble des travaux dentaires représente 80 % vu la non-intervention de l'assurance obligatoire en ce qui concerne les implants. Mr X bénéficie d'une guidance du centre d'action sociale de sa commune depuis près de 5 années et le montant de 4200 euros hors intervention INAMI réclamé par le prestataire de soins est bien trop élevé pour lui.

Il faut souligner l'incohérence de la nomenclature des soins de santé dans cette approche. L'INAMI rembourse la majeure partie du coût des prothèses dentaires mais celles-ci ne peuvent se fixer que sur des implants non pris en charge par l'INAMI dans le cas de Monsieur X. Ce dernier a heureusement pu bénéficier exceptionnellement d'une intervention pour la fourniture des implants du centre d'action sociale et du fond de solidarité de son organisme assureur.

Cet exemple illustre à lui seul la nécessité de revoir le critère d'âge dans ce processus de pose de prothèses dentaires. Pour une succession de phases de travaux qui conduit inévitablement à l'obtention d'un résultat global, dans notre cas, la pose de prothèses dentaires qui permet une alimentation optimale, le critère d'âge devrait être aligné.

La seconde chose qui me dérange dans ce critère d'âge seuil, c'est que j'ai l'impression que les autorités spéculent. En fixant cet âge à 70 ans, ils savent selon moi qu'une partie de la population aura besoin d'implants avant cet âge et par conséquent qu'ils devront les financer eux-mêmes. En effet, nous ne ressentons pas tous le même besoin, au même moment de notre vie.

Prenons l'exemple de Pierre et Jean. Pierre a 45 ans et à la suite de nombreux soucis dentaires, il se retrouve contraint d'opter pour une prothèse dentaire et a également besoin d'implants

ostéo-intégrés. Jean a 75 ans et éprouve le même besoin que Pierre. Jean remplissant la condition d'âge, il se verra rembourser en partie les frais de ses implants alors que Pierre n'y aura pas droit puisqu'il n'a pas atteint l'âge de 70 ans. Dans cet exemple, nous avons deux personnes identiques en tous points mis à part leur âge et ces personnes reçoivent un traitement différent uniquement parce qu'ils n'ont pas le même âge. S'il n'a pas les moyens de financer ses implants lui-même ou si aucun autre système ne lui vient en aide, Pierre devra attendre son 70^{ème} anniversaire pour installer ses implants alors que Jean n'attendra pas (Gosseries, 2013a :77). Nous pourrions même aller plus loin. Si Pierre ne parvient pas à financer ses implants et par conséquent ne se voit pas poser de prothèses, nous pouvons imaginer que cela ne sera pas sans conséquences sur sa santé. Il pourrait souffrir à terme de problème de nutrition entraînant de multiples complications et peut-être même ne jamais atteindre l'âge de 70 ans.

Je pense que les autorités spéculent également sur le fait que certaines personnes n'atteindront pas l'âge de 70 ans et par conséquent qu'elles ne bénéficieront pas de l'intervention de l'assurance obligatoire. Nous savons que la durée de vie d'une personne n'est pas exactement déterminée. En Belgique, l'espérance de vie moyenne est de 81,5 ans et plus précisément de 83,7 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes (Statbel, 2019). Il s'agit de moyennes, certaines personnes pouvant vivre au-delà de 100 ans tandis que d'autres peuvent vivre au-delà de 100 ans, beaucoup décèdent malheureusement à des âges plus précoces. Ce que j'essaie d'expliquer c'est que les hommes et femmes ne vivent pas tous le même nombre d'années. Partant de ce constat, l'utilisation de critères d'âge seuil pose un réel problème éthique. Dans le cas précis des implants ostéo-intégrés, toutes les personnes qui n'atteindront pas l'âge de 70 ans ne pourront jamais bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire pour leurs implants du simple fait de ne pas avoir atteint cet âge seuil.

En d'autres termes, l'âge seuil crée des inégalités entre les personnes à vie courte et les personnes à vie longue (Gosseries, 2020). On pourrait même avancer que cela aggrave les inégalités entre les personnes à vie longue et les personnes à vie courte. En effet, en plus de vivre moins longtemps, les personnes à vie courte se voient privées du bien-être procuré par la pose d'implants en cas de besoin. D'autre part, l'âge seuil crée des inégalités entre les personnes ayant besoin d'implants ostéo-intégrés avant l'âge de 70 ans et celles qui en ressentent le besoin une fois cet âge atteint.

Enfin, la pose d'implants n'est pas un acte récurrent comme pourrait l'être une visite chez le médecin généraliste ou chez le dentiste. Une personne qui se fait poser des implants ne le fait

en général pas par choix mais par nécessité. Je doute que les gens puissent abuser d'une telle prestation.

Puisque la prestation est unique, il me paraîtrait plus juste de permettre à chacun un remboursement pour les implants ostéo-intégrés au moment le plus opportun de leur vie. Selon moi, le critère d'âge n'a pas lieu d'être ici.

Imaginons que l'objectif soit de postposer au maximum l'âge de la pose d'implants, il faut agir en amont en favorisant la prévention dentaire et en prévenant des causes de l'édentement. Une fois que le besoin de prothèse et d'implants se fait ressentir, il est trop tard. Si une personne a besoin d'implants à 60 ans, lui refuser sur base du fait qu'elle n'aurait pas dû en avoir besoin si jeune n'est pas justifié selon moi surtout que nous avons pu voir dans le troisième chapitre que la prévention dentaire était elle aussi soumise à des critères d'âge.

En résumé, l'incohérence présente dans la nomenclature des soins, les inégalités créées par le critère d'âge seuil et le fait que ce remboursement soit unique sur la vie sont autant d'éléments qui me permettent d'avancer que la politique de remboursement en place concernant les implants ostéo-intégrés n'est pas justifiée.

5.1.5 Quelles pourraient-être les alternatives aux critères d'âge dans le cadre des implants ostéo-intégrés ?

Nous pourrions imaginer de supprimer totalement le critère d'âge concernant les implants ostéo-intégrés de la nomenclature des soins tout en autorisant le remboursement qu'une seule fois sur la vie de la personne. Un remboursement sur la vie pour chaque personne me semblerait être juste, chacun pouvant prétendre au même remboursement quel que soit l'âge auquel ce besoin se fait ressentir.

Il me paraît d'autant plus nécessaire d'aider les personnes ayant besoin de prothèses et d'implants étant jeunes. En effet, l'espérance de vie d'une personne de 50 ans est plus élevée que celle d'une personne de 70 ans. Dès lors, les conséquences pour une personne de 50 ans ayant besoin d'implants et ne pouvant s'en faire poser parce qu'il n'en a pas les moyens peuvent être nombreuses et cette dernière en souffrira plus longtemps. Le risque de ne pas pouvoir utiliser correctement sa prothèse est de ne pas pouvoir se nourrir correctement. La malnutrition peut causer de nombreux problèmes également, c'est un cercle vicieux.

Raisonnablement enfin, dans ce cas de figure qui nous préoccupe, la mesure minimaliste à prendre serait d'au moins aligner le critère d'âge pour tout le processus des phases de travaux à réaliser pour atteindre l'objectif défini.

5.2 Généralisation.

Les critères d'âge seuils ne sont pas justifiables selon moi étant donné que la durée de vie d'un individu A est différente de celle d'un individu B. De plus, les besoins médicaux ne se révèlent pas chez chacun au même moment de leur vie. L'individu qui comptabiliserait le moins d'années de vie mais qui accumulerait le plus de soucis de santé se retrouverait victime du système uniquement à cause d'une caractéristique qu'il ne choisit pas.

Chapitre 6 : Les critères d'âge en assurance complémentaire.

Nous venons d'analyser quatre prestations de l'assurance obligatoire. Nous avons dégagé plusieurs principes et nous nous sommes positionnés quant à l'utilisation des critères d'âge. Ce chapitre sera consacré aux critères d'âge en assurance complémentaire. Tout comme nous l'avons fait pour les critères d'âge en assurance obligatoire, nous nous questionnerons sur le bien-fondé de ces critères. Lors de notre analyse, il faudra tenir compte des particularités de l'assurance complémentaire. Ces particularités ont été mises en avant dans le premier chapitre.

Etant donné que les assurances complémentaires diffèrent entre les mutualités, les critères d'âge peuvent également varier d'un organisme assureur à l'autre. Afin de procéder à mon analyse, j'ai choisi de travailler avec le panel d'avantages de la Mutualité Socialiste du Luxembourg.

Contrairement à l'assurance obligatoire, les prestations pour lesquelles l'assurance complémentaire intervient, ne sont pas reprises dans une nomenclature de soins. La liste des avantages de chaque mutualité est disponible en ligne sur leur site internet respectif. Nous pouvons également retrouver ces avantages dans des brochures destinées aux affiliés. Ces avantages sont valables pour l'année en cours et peuvent être modifiés d'année en année.

Je me suis procuré le « Guide de l'affilié 2020 » de la Mutualité Socialiste du Luxembourg (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020). Cette mutualité propose une offre d'une cinquantaine d'avantages. En les parcourant, j'ai instantanément remarqué que le nombre de critère d'âge était limité. J'ai également noté que les critères d'âge mis en place étaient des critères qui donnaient généralement l'avantage aux moins de 18 ans et dans une moindre mesure aux plus de 65 ans. En dehors de cet âge plafond de 18 ans et de cet âge seuil de 65 ans, les exemples de critères d'âge se comptent sur les doigts d'une main⁶⁵.

Nous verrons que l'alignement des critères d'âge sur les âges de 18 et 65 ans n'est pas anodin. En effet, l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010 a bouleversé l'organisation de l'assurance complémentaire que nous différencions désormais des assurances facultatives. Cette loi a redéfini l'assurance complémentaire et a notamment remis en question l'utilisation du critère d'âge.

⁶⁵ Remboursement des visites à domicile du médecin généraliste pour les plus de 75 ans, intervention dans les frais d'orthodontie des moins de 22 ans, Vacances Jeunes pour les 3-17 ans et l'intervention pour la garde d'enfants malades de moins de 12 ans.

Nous commencerons ce chapitre en mettant en avant les changements liés aux critères d'âge résultant de la loi de 2010. Nous passerons ensuite à l'analyse des critères d'âge avant de nous positionner quant à leur utilisation en assurance complémentaire d'une manière générale.

6.1 La loi du 26 avril 2010 et l'âge.

La loi du 26 avril 2010 « portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) »⁶⁶ a pour origine un conflit entre les assureurs privés et les mutualités. Ce conflit n'ayant pas directement trait aux critères d'âge, nous nous arrêterons à ses éléments essentiels.

En quelques mots, le représentant des assureurs privés Assuralia, a porté plainte auprès de la Commission Européenne car il estimait que le principe de libre concurrence entre les mutualités et les assureurs privés n'était pas respecté. Assuralia déplorait que les mutualités, dans le cadre de leur assurance complémentaire, offraient des produits d'assurance proches des leurs, sans pour autant être soumis aux mêmes contraintes législatives (Colle, 2014 : 322). Après avoir examiné la plainte, « la Commission a, en effet, estimé que certains services offerts par les entités mutualistes dans le cadre de leur assurance complémentaire constituent en fait bien des assurances non-vie qui doivent, par conséquent, satisfaire aux dispositions des premières et troisième directives “assurances non-vie” » (Projet de loi, 2010 : 3)⁶⁷.

À la suite de cela, la Commission Européenne a exigé que la Belgique adapte sa législation. Des négociations ont été lancées entre d'un côté Assuralia et de l'autre les organismes assureurs. Au fil des négociations, Assuralia a reconnu que les mutualités offraient des services particuliers. Monsieur Philippe Colle, administrateur délégué Assuralia, explique dans un discours à l'occasion du départ de Monsieur Langendries (Office de contrôles des mutuelles) que :

« Le secteur de l'assurance a accepté que certains services complémentaires des mutualités pourraient désormais être qualifiés comme des «opérations» et non comme des assurances dans la mesure où ces services répondraient aux conditions cumulatives suivantes : le service fait l'objet d'une cotisation forfaitaire par ménage [...], les prestations sont conditionnées d'année en année par l'importance des moyens disponibles [...] et le service complémentaire

⁶⁶ Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, p. 32374.

⁶⁷ Projet de loi portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), Doc. Parl., C.R., 2009-2010, séance du 22 février 2010, DOC 52 2292/004.

proposé a un caractère social, c'est-à-dire **pas de différenciation quant à l'âge**⁶⁸, l'état de santé, etc. » (Colle, 2014 : 323).

Après de longues discussions dont je passerai les détails, un compromis a été trouvé entre les deux parties. Les prestations proposées par les mutualités ont été scindées en deux.

D'un côté, les services de l'assurance complémentaire proposés par les mutualités et constituant des assurances doivent depuis lors être organisés par une société à part entière : une société mutualiste d'assurance (SMA) (Colle, 2014 : 324). Par exemple, depuis 2012, l'assurance hospitalisation des mutualités socialistes est organisée par Solidaris Assurances, une entité à part entière. Ces sociétés mutualistes d'assurances sont soumises au droit de l'assurance et sont facultatives tout comme le sont les assurances privées.

De l'autre côté, nous retrouvons ce que nous appelons aujourd'hui communément « l'assurance complémentaire ». Il s'agit des prestations offertes par les mutualités et qui ne sont pas reconnues comme des assurances. Ces prestations relèvent de l'intérêt général (Projet de loi, 2010 : 4). Cette assurance complémentaire est régie par la loi du 26 avril 2010⁶⁹. Remarquons aussi que l'on parle toujours « d'assurance » bien que ces services ne soient pas reconnus comme tels.

Cette loi du 26 avril 2010 est structurée en dix Titres. La question de l'âge est abordée dans le Titre 9 intitulé « Dispositions diverses » comprenant les articles 67 à 69. L'article 67⁷⁰ de cette loi détermine les conditions que doivent remplir les « opérations » proposées par les mutualités afin de ne pas être reconnues comme des assurances (Loi du 26 avril 2010 : art. 2)⁷¹. Aux points b, d, e et g, sont citées des conditions concernant l'âge.

Le point b nous précise que : « Chaque personne affiliée à la mutualité a accès à ce service **quel que soit son âge**, son sexe et son état de santé » (Loi du 26 avril 2010 : art. 67b). Par service, il faut comprendre l'assurance complémentaire. Le point d nous précise également que : « Aucune personne affiliée ne peut être exclue du service **en raison de son âge** ou de son état de santé » (Loi du 26 avril 2010 : art. 67d). Le point e de cet article 67 aborde le sujet des

⁶⁸ Mis en gras par nos soins.

⁶⁹ Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, p. 32374.

⁷⁰ Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, art.67, p. 32374.

⁷¹ Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, art.2, p. 32374.

cotisations et souligne que : « Les cotisations pour le service sont forfaitaires. Il n'y a pas de segmentation des cotisations mais une différenciation des cotisations est possible sur la base de la composition du ménage ou du statut social » (Loi du 26 avril 2010 : art. 67e). Enfin, le point g précise également que : « La garantie est **égale pour chaque personne affiliée** au service concerné sauf si le statut social visé au point e) est pris en compte, auquel cas la garantie peut être augmentée » (Loi du 26 avril 2010 : art. 67g).

Si j'interprète strictement cet article 67 de la loi du 26 avril 2010, je comprends que les critères d'âge ne peuvent plus être utilisés dans le cadre de l'assurance complémentaire. Cependant, en parcourant les différents services proposés par la Mutualité Socialiste du Luxembourg, j'ai remarqué que les critères d'âge étaient toujours présents et cela 8 ans après l'entrée en vigueur de la loi.

Ne trouvant pas d'explication, j'ai pris contact avec le conseiller juridique à l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, Monsieur Paul Jamar. Ce dernier m'a expliqué que :

« La simple lecture de la loi de 2010 laisse en effet penser que son application ne peut être que simple et rigoureuse. Ce serait cependant oublier que l'application concrète de toute règle légale doit être raisonnable. Pour ce faire, on a souvent recours, lorsqu'un besoin d'interprétation apparaît, à l'intention du législateur. [...] Dans le cas présent, l'intention du législateur était clairement de distinguer ce qui, dans les activités antérieures des mutualités, relevait de l'assurance [...] et ce qui relevait de la notion de « service d'intérêt général ». L'article 67 de la loi de 2010 est ainsi une compilation (peu rigoureuse) des éléments utilisés par la CJUE pour caractériser les « services d'intérêt général ». [...] L'intention était bien de consolider les « opérations » (services qui ne sont pas des assurances) des mutualités, sans bouleverser le secteur mutualiste. La réflexion de l'O.C.M est ainsi passée d'une vision assez rigoureuse de la loi vers une application plus souple, qui permette au secteur mutualiste de continuer à proposer ses services traditionnels d'assurance complémentaire. [...] C'est dans le cadre de cette démarche que l'O.C.M. a émis la lettre de 2012, qui proposait un « cadre raisonnable » d'application de la loi de 2010. » (Jamar, 2020) (Annexe 5).

La lettre de l'OCM datant de 2012 est disponible en annexe de ce mémoire (Annexe 6). J'ai repris ci-dessous le passage reprenant les situations dans lesquelles l'OCM reconnaît l'utilisation des critères d'âge comme justifiée. Après une lecture attentive, nous allons en discuter.

« Le Conseil estime que les limitations du public cible pourraient, selon l'avantage concerné, être justifiées objectivement :

- *par le domaine sur lequel portent les avantages concernés (par exemple les interventions en matière de cancer de la prostate, qui ne visent que les hommes ou de vaccination contre le cancer du col de l'utérus, qui ne visent que les femmes) ;*
- *en justifiant la pertinence du critère envisagé (pourquoi tel âge plutôt qu'un autre?) pour exclure les autres membres de ces avantages et la mesure dans laquelle la dérogation*

envisagée par rapport au principe de l'égalité de garantie s'inscrit dans un rapport raisonnable de proportionnalité par rapport à l'objectif poursuivi ;

- *uniquement dans la mesure où ces limitations n'aboutissent pas à une sélection de risques ou à générer une discrimination entre les membres qui ont tous accès aux services, étant obligés de s'y affilier ou à ce que les services organisés constituent des assurances non-vie. Le Conseil relève qu'il ne faut dès lors pas uniquement essayer d'éviter, comme le précise la lettre du CIN du 21 mars 2012 que des groupes à risque qui occasionneraient d'importantes dépenses soient exclus de la possibilité de bénéficier des avantages. Il n'est en aucun cas possible que de tels groupes soient exclus du bénéfice des avantages des opérations et des services « ni ni ».*

Concrètement, lors de l'appréciation du respect de l'égalité de principe de la garantie pour tous les membres, il tient compte des lignes directrices suivantes :

1. les limitations liées à l'âge qui sont les mêmes que celles prévues par l'assurance obligatoire sont justifiées de manière objective ;

2. la limitation d'avantages à un public déterminé peut découler automatiquement de la nature de l'avantage octroyé (par exemple les interventions en matière de cancer de la prostate, qui ne visent que les hommes ou en matière de vaccination contre le cancer du col de l'utérus, qui ne visent que les femmes, les plaines de jeux, les classes de neige) ;

*3. la limitation des avantages **aux enfants à charge**/membres bénéficiant d'allocations familiales, est justifiée de manière objective ;*

*4. la limitation des avantages aux membres qui n'ont **pas encore atteint l'âge de 19 ans et/ou aux membres qui ont au moins 65 ans**, est considérée a priori comme justifiée de manière objective.*

Parmi les avantages pour les membres âgés de moins de 19 ans et/ou de 65 ans et plus, les entités peuvent en outre différencier cet avantage en fonction de l'âge (exemple : un avantage de 10€ pour les membres de 0-6 ans, un avantage de 7,5€ pour les membres de 6-12 ans et un avantage de 5€ pour les membres de 12-18 ans).

En cas d'avantages valables pour tous les âges, les entités peuvent décider librement d'octroyer des avantages supplémentaires aux membres qui n'ont pas encore atteint l'âge de 19 ans et/ou aux membres qui ont au moins 65 ans ;

5. l'octroi des avantages d'un service qui intervient dans les frais de pédicure pour les personnes ayant 60 ans au moins est justifié de manière objective ;

*6. le fait que le public cible corresponde avec le public décrit dans une loi ou un décret dont le contexte peut être mis en relation avec l'avantage accordé **n'implique pas que cet âge puisse être considéré automatiquement comme une dérogation objectivement justifiée** par rapport au principe de l'égalité de la garantie pour tous les membres ;*

*7. le fait qu'une étude médicale (et) scientifique objective indique qu'un avantage d'un service soit important pour la catégorie de personnes qui y est visée, il convient, pour que la dérogation au principe de l'égalité de garantie puisse être acceptée **n'implique pas que cet âge puisse être considéré comme une dérogation objectivement justifiée** par rapport au principe de l'égalité de la garantie pour tous les membres. En effet, il convient que soient avancés des éléments pertinents qui justifient l'exclusion des autres membres de cet avantage. Le Conseil*

relève de plus qu'il n'est pas rare que des études scientifiques diffèrent au niveau des conclusions par rapport à la problématique examinée. »⁷² (OCM, 2012 : 3-4).

Chacun de ces points numérotés de 1 à 7 mériteraient d'être discutés. Je vais m'intéresser à ceux abordant explicitement les critères d'âge.

En ce qui concerne le premier point, je pense avoir démontré dans le chapitre précédent que les critères d'âge utilisés en assurance obligatoire étaient loin d'être toujours justifiés. Dès lors, supposer ces critères justifiés afin d'expliquer leur utilisation en assurance complémentaire me semble plutôt insatisfaisant. L'utilisation de critères d'âge en assurance obligatoire n'est pas toujours suffisante pour pouvoir conclure que leur utilisation en assurance complémentaire est justifiée.

De plus, bien que l'assurance complémentaire vienne quelque fois compléter les prestations de l'assurance obligatoire, ce n'est pas pour cela que l'utilisation du même critère d'âge est incontournable. Par exemple, la Mutualité Socialiste du Luxembourg offre à ses affiliés un remboursement de 50€ par an pour la contraception sans limite d'âge (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020 : 12) alors que l'intervention de l'assurance obligatoire en matière de contraception est, elle, soumise à un critère d'âge. L'utilisation d'un critère d'âge en assurance complémentaire n'est pas toujours nécessaire.

Au point 3, il est expliqué que favoriser les jeunes de moins de 25 ans bénéficiant d'allocations familiales était toléré par l'OCM. Or, si ces jeunes bénéficient d'allocations familiales, cela signifie qu'ils ne sont pas personnellement affiliés à un organisme assureur et que par conséquent, ils ne cotisent pas pour l'assurance complémentaire. Je ne trouve pas cela équitable vis-à-vis des adultes sans enfant qui cotisent pour des services auxquels ils n'auront pas droit. La réflexion est la même lors de l'analyse du point 4. Rembourser davantage les enfants pour des prestations potentiellement utiles pour tout le monde quel que soit l'âge ne se justifie pas de mon point de vue. Par exemple, la Mutualité Socialiste du Luxembourg rembourse les tickets modérateurs pour les consultations chez un kinésithérapeute uniquement pour les moins de 18 ans alors que le besoin de se rendre chez le kiné peut être éprouvé à n'importe quel âge (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020 : 6). Je me dois tout de même de tempérer mon point de vue. Les enfants bénéficient de nombreuses prestations et ce n'est pas un problème. Les prestations dont ils bénéficient sont financées par la communauté composée de parents avec enfants et de parents sans enfant. Ce que je désapprouve, c'est que des prestations soient

⁷² Mis en gras par nos soins.

réservées exclusivement aux enfants alors qu'ils n'en éprouvent pas davantage le besoin que des personnes plus âgées.

Enfin, en autorisant les organismes assureurs à favoriser les moins de 19 ans et les plus de 65 ans (parfois 60 ans), on vient accentuer les inégalités causées par les critères d'âge utilisés en assurance obligatoire étant donné que la majorité de ceux-ci sont également en faveur de ces deux publics cibles.

Bien que l'Office de Contrôle des Mutuelles tolère toujours la présence de critères d'âge en assurance complémentaire, j'ai noté une diminution du nombre de ceux-ci depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2010. Les organismes assureurs régulent donc leur assurance complémentaire en tentant de réduire les critères d'âge. Analyser l'évolution d'un même avantage complémentaire d'un même organisme assureur sur une période avec une amplitude d'une trentaine d'années m'a permis de faire le constat de l'évolution du critère d'âge.

J'ai choisi de faire l'exercice avec trois avantages complémentaires proposés par la Mutualité Socialiste du Luxembourg et d'observer l'évolution du critère d'âge entre 1992 et 2020 avec des points de repères pour les années 2003 et 2010.

La monture de lunettes, comme premier exemple, démontre l'extension du public-cible. En 1992, l'avantage est réservé aux enfants jusqu'à leur 12ème anniversaire (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 1992 : 11). En 2003 et toujours d'actualité en 2020, l'offre s'étend aux enfants jusqu'à leur 18ème anniversaire (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2003 : 10) (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020 : 8). L'usage du critère d'âge n'a pas été supprimé, l'âge a été décalé afin d'augmenter la taille du groupe bénéficiaire.

Le second exemple est l'avantage pédicurie. Les affiliés pouvaient en bénéficier à partir de leur 60^{ème} anniversaire jusqu'en 2010 (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2010 : 11). Dès 2011, l'affilié doit être âgé d'au moins 65 ans pour pouvoir prétendre à l'octroi de l'avantage. Ce critère d'âge est identique en 2020 (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020 : 9). Tout comme dans l'exemple précédent, la Mutualité Socialiste du Luxembourg n'a pas renoncé au critère d'âge. Elle l'a décalé, réduisant ici la taille du groupe bénéficiaire.

Enfin, pour l'avantage lié à la contraception, l'offre dans la complémentaire n'existait pas en 1992. Il faudra attendre l'année 2003 pour que les femmes jusqu'à leur 25ème anniversaire puissent bénéficier de l'intervention de l'assurance complémentaire (Mutualité Socialiste du

Luxembourg, 2003 : 12). Dès 2011, le critère d'âge est exclu de l'avantage et toutes les femmes peuvent désormais bénéficier de l'intervention de l'assurance complémentaire. Dans cet exemple, le critère d'âge a été supprimé.

Ces exemples démontrent parfaitement que le critère d'âge a évolué en assurance complémentaire et que la loi de 2010 a bousculé l'offre des assurances complémentaires des mutualités. La manière d'organiser l'assurance complémentaire a changé à partir de 2010. En effet, la loi a clarifié l'impertinence de fixer des critères d'âge et les organismes assureurs sont invités à se conformer au contenu de cette loi.

Je peux comprendre que les organismes assureurs aient été confrontés à des difficultés quant à l'opérationnalisation directe des mesures au travers des avantages complémentaires proposés. Si l'OCM veille à l'application de la loi, il reste toutefois tolérant et permet une évolution raisonnable dans les changements à prévoir pour réguler l'offre d'assurance complémentaire et la rendre conforme aux prescrits de la loi. Cependant, je trouve que ces tolérances de l'OCM ne doivent pas être éternelles. N'oublions pas que ces exceptions citées dans la lettre de 2012 ne sont reprises dans aucune loi. Il s'agit de l'interprétation raisonnable de la loi selon l'OCM. Je me questionne quant à la décision d'un tribunal face à un affilié se plaignant du non-respect de la loi par son organisme assureur. Je n'ai trouvé aucune jurisprudence en la matière.

6.2 Quelles sont les raisons pour lesquelles les organismes assureurs utilisent des critères d'âge dans le cadre de l'assurance complémentaire ?

Il ne faut pas perdre de vue que l'assurance complémentaire permet à un organisme assureur de se distinguer d'un autre organisme assureur par l'offre de celle-ci. La direction d'un organisme assureur veille à proposer la meilleure offre possible en complémentaire pour positionner sa mutualité sur un marché concurrentiel.

Avant 2010, le critère d'âge pouvait servir à un organisme assureur de levier marketing pour étendre l'avantage à un plus grand public-cible et donc se positionner en leader pour un avantage déterminé. Les avantages proposés par les assurances complémentaires des différentes mutualités étaient étudiés sur différents aspects. Je citerai les quatre principaux que j'ai pu identifier personnellement.

Tout d'abord, la pertinence de palier à des manquements de l'assurance obligatoire ou dans le but de venir compléter celle-ci. Je donne comme exemple l'avantage complémentaire dans le remboursement des frais de déplacement pour les consultations ambulatoires (Mutualité Socialiste du Luxembourg, 2020 : 10). L'assurance complémentaire sort ses effets pour l'ensemble des consultations alors que l'assurance obligatoire n'intervient pour les frais de déplacement que dans le cadre de la dialyse et la chimiothérapie.

Ensuite, l'évaluation de la dépense pour offrir l'avantage. Le budget doit rester en équilibre entre les dépenses consenties pour offrir le panel d'avantages d'une assurance complémentaire et les recettes des cotisations perçues. Un organisme assureur connaissant parfaitement les caractéristiques de ses affiliés, l'âge peut être très utile pour évaluer les dépenses potentielles.

Enfin, un meilleur positionnement pour un avantage complémentaire de même nature par rapport à la concurrence pouvait trouver son origine dans le montant du remboursement octroyé et/ou dans un critère d'âge plus favorable.

Aujourd'hui, je pense que les critères d'âge sont encore utilisés comme moyen de marketing. En effet, en favorisant les enfants, la Mutualité Socialiste du Luxembourg vise les familles.

Bien que je conteste, dans la plupart des cas, l'utilisation des critères d'âge, il y a tout de même une chose qui tempère mon point de vue : la possibilité de ne pas s'affilier à une assurance complémentaire en s'affiliant à la CAAMI. Les personnes se sentant lésées ont une échappatoire qui est inexistante en assurance obligatoire.

Chapitre 7 : Synthèse des principes.

Nous avons analysé quatre prestations de l'assurance obligatoire pour lesquelles des critères d'âge existaient. Nous avons ensuite abordé la question des critères d'âge en assurance complémentaire. Il est désormais venu le temps de généraliser quelque peu mes principes quant à la question de l'utilisation des critères d'âge dans le cadre des soins de santé.

De mon point de vue, l'idéal serait d'obtenir une égalité de traitement sur les vies complètes. Notre âge évolue et par conséquent on passe successivement par différentes classes d'âge. Privilégier une classe d'âge X ne pose pas de problème du point de vue des vies complètes car chacun d'entre nous appartiendra à son tour à cette classe d'âge privilégiée (Gosseries, 2013b).

Malheureusement, en soins de santé, les critères d'âge créent des différences sur les vies complètes. D'une part, les critères d'âge évoluent sans cesse et dans les deux sens. La nomenclature des soins de santé n'est pas fixe. Dans l'exemple de l'examen buccal préventif, le remboursement était au départ prévu pour tous avant d'être réservé aux moins de 18 ans. Par la suite, l'âge plafond a augmenté et n'a pas cessé d'évoluer depuis. Dans pareilles conditions, comment pourrions-nous espérer une égalité de traitement sur les vies complètes ? D'autre part, dans la plupart des cas, nous ne pouvons pas affirmer à quel âge nous aurons besoin d'un soin X ou d'un soin Y. En outre, nous ne ressentons pas tous les mêmes besoins médicaux au même âge. Cela est vrai, par exemple, pour le besoin de médicaments, de visites chez le médecin généraliste ou spécialiste, de lunettes ou bien encore de séances de kinésithérapie. Deux personnes éprouvant le même besoin au temps T peuvent être traitées différemment parce qu'elles n'ont pas le même âge. Le principe d'une mutualité nous rappelle qu'une personne cotise selon ses moyens et reçoit selon des besoins.

Ceci est illustré dans l'exemple de A et de B qui ont le même besoin de verres de lunettes à un même moment pour une pathologie identique. A est âgé de 63 ans et B de 66 ans. B bénéficiera d'un remboursement de l'assurance obligatoire tandis que A ne pourra y prétendre car il n'a pas atteint son 65^{ème} anniversaire. Si A venait à décéder à la veille de son 65^{ème} anniversaire⁷³, il ne pourrait jamais bénéficier d'un remboursement de ses verres de lunettes. Cet exemple illustre clairement la non-pertinence du critère d'âge.

⁷³ INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. Article 30, p.6. En ligne https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart30_20190201_01.pdf.

Bien que je sois très critique face à l'utilisation de critères d'âge en soins de santé, je ne suis pas totalement contre leur utilisation. L'utilisation de critère d'âge me semble justifiée dans trois cas.

Premièrement, lorsque la limite d'âge est établie pour une raison médicale. Par exemple, le remboursement des frais de procréation assistée est pris en charge par l'assurance obligatoire jusqu'au 43^{ème} anniversaire (PARTENAMUT, 2017). Le critère d'âge se justifie ici parce que les études ont montré que passé cet âge, les chances de réussite étaient assez faibles (FIV, s.d.). Il ne faut pas oublier que le budget de l'assurance obligatoire est limité. Nous ne pouvons pas nous permettre de le gaspiller. Il faut garder en tête que sa gestion doit rester efficace. Si l'on sait que l'intervention ne sera d'aucune utilité, il est préférable de ne pas la rembourser.

Deuxièmement, le critère d'âge de 18 ans peut être justifié, de mon point de vue, pour certaines prestations. Il s'agit de celles auxquelles les jeunes recourent davantage pour des raisons physiologiques. Nous avons analysé l'exemple de l'examen buccal et celui des orthèses lombo-sacrées. Mais c'est également vrai pour l'ensemble des orthèses, des prothèses, des bandages ou des chaussures orthopédiques. Je trouve acceptable de favoriser ce public cible pour autant que cette prestation ne leur soit pas exclusivement consacrée. En d'autres termes, un remboursement total deux fois par année pour l'examen buccal pour les moins de 18 ans et un remboursement partiel annuel pour les plus de 18 ans me conviendraient. En revanche, deux remboursements annuels totaux pour les moins de 18 ans et aucun remboursement pour les plus de 18 ans ne me convient pas étant donné que nous avons vu que l'examen buccal préventif était utile et même fortement recommandé au-delà de 18 ans.

Enfin, je trouve que des délais de renouvellement variant en fonction de l'âge peuvent être justifiés si le besoin couvert par la prestation varie également en fonction de l'âge. Ce délai de renouvellement variant avec l'âge est utilisé dans le cas des orthèses lombo-sacrées.

En dehors de ces trois situations, j'aurais tendance à être contre l'utilisation de critères d'âge.

Cela est d'autant plus vrai pour les critères d'âge seuil. Si leur utilisation peut se justifier dans d'autres domaines, je pense qu'ils n'ont pas leur place dans le cadre des soins de santé. L'âge seuil peut être établi afin de s'assurer que la personne ait acquis les compétences requises pour l'acte en question comme c'est le cas pour le permis de conduire par exemple. Mais en soins de santé, leur utilisation crée avant tout des inégalités entre les personnes à vie longue et les personnes à vie courte mais également entre des personnes n'éprouvant pas le même besoin au même âge. En mettant en place ces critères, les autorités spéculent sur le fait qu'une partie de

la population aura besoin du soin avant qu'elle n'ait atteint l'âge seuil et donc qu'elle devra le financer elle-même ou s'en passer. Ils spéculent également sur le fait que certaines personnes n'atteindront pas l'âge seuil établi.

Concernant les soins préventifs, leur remboursement ne devrait pas être conditionné à un critère d'âge. La prévention permet de prévenir certaines maladies et de les prendre en charge le plus tôt possible afin d'éviter des complications ou des soins plus coûteux. Nous l'avons expliqué longuement grâce à l'exemple de l'examen buccal préventif mais cela est vrai pour tous les soins préventifs de manière générale. Pour rendre cette prévention réellement efficace, nous pourrions lier le remboursement au respect des mesures des actes de prévention préconisés par le législateur. J'illustre mon propos par l'exemple du remboursement du détartrage l'année N dans le secteur des soins dentaires qui est conditionné partiellement à une consultation annuelle chez le dentiste l'année N-1. Ce système favoriserait le public qui répond positivement au besoin de prévention et qui participerait alors activement par un tel comportement à réduire des potentiels soins plus coûteux et donc qui indirectement conduirait à une réduction des dépenses en soins de santé. Cependant, lier les remboursements à la prévention ne serait-il pas non plus, en finalité, une sorte d'inégalité sociale partant du principe que chaque individu n'est pas traité de façon égalitaire pour accéder aux mesures de prévention ?

Lorsque j'évoque le domaine de la prévention, il me vient à l'esprit le terme « responsabilisation ». Idéalement un individu X adepte de la prévention et responsable dans une consommation des soins de santé adaptée à son état de santé ne mettrait pas en danger la viabilité de systèmes tels que les assurances obligatoire et complémentaire. Dans le cas de X, le critère d'âge ne se justifierait pas dans les remboursements de soins. En ce qui concerne les menaces de ne pas rembourser un soin Y l'année N s'il n'a pas été réalisé l'année N-1, je ne les appliqueraient pas aux enfants. En effet, les enfants sont sous la responsabilité de leurs parents et ils ne devraient pas être pénalisés⁷⁴.

Je suis également en désaccord avec les politiques de remboursement favorisant une classe d'âge particulière sous prétexte que cette classe d'âge X dispose de moins de moyens financiers. Nous avons développé ce point dans le cadre de l'exemple basé sur la contraception. Le niveau de revenu de chacun est pris en compte lors du calcul du montant des cotisations. Il entre également en ligne de compte afin de déterminer si une personne a droit ou non au régime préférentiel tel que le régime BIM. Par conséquent, les personnes disposant de revenus plus

⁷⁴ Je remercie Monsieur Gosseries pour cette réflexion.

faibles sont « privilégiées » via ces deux canaux. Selon moi, si l'objectif d'une mesure est d'aider ces personnes, la prestation doit être ouverte aux bénéficiaires du régime BIM, par exemple, plutôt qu'à une classe d'âge censée représenter une population plus pauvre. D'ailleurs, un premier pas a été fait dans ce sens en matière de contraception. Une nouvelle loi vient d'être votée et élargit le champ d'application de l'assurance complémentaire à toutes les femmes bénéficiant du régime BIM (La Libre, 2020).

Je suis consciente que les enfants constituent un public cible particulier. Tout d'abord, parce que tant qu'ils sont étudiants, ils ne cotisent pas, ils sont à charge de leurs parents ou de leurs tuteurs légaux. Le principe de solidarité de la sécurité sociale leur permet de bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire même s'ils ne participent pas à son financement. Il est important de noter que les parents de trois enfants ne cotisent pas davantage qu'un couple sans enfant, à revenu égal. Cette solidarité entre parents et non-parents est compréhensible. En effet, les parents élèvent des enfants qui deviendront des travailleurs et qui cotiseront à leur tour pour la sécurité sociale qui finance les pensions des parents et des non-parents (Olsaretti, 2013). Sous cette perspective, il est justifié que les parents soient aidés financièrement notamment pour les frais médicaux liés à leurs enfants. En revanche, je ne suis pas d'accord avec les critères d'âge privilégiant les enfants dans le cadre de prestations de santé dont ils n'ont pas plus besoin que les plus âgés comme c'est le cas pour les séances de kinésithérapie en assurance complémentaire.

8. Conclusion.

Dans le développement de ce mémoire, j'ai pu analyser les critères d'âge tant dans l'assurance obligatoire que dans l'assurance complémentaire. En fonction de l'analyse d'un secteur X de l'assurance obligatoire ou de l'assurance complémentaire par rapport à un secteur Y, j'ai pu évaluer la pertinence du critère d'âge différemment, justifier ou pas son acceptabilité.

Si le critère d'âge peut s'avérer justifié dans certaines situations, je suis plutôt en désaccord avec son utilisation. Dans la plupart des cas, je pense qu'il est possible et souhaitable de se passer de l'âge comme critère dans le cadre du remboursement des soins de santé.

Je n'ai pas la prétention de tirer une conclusion sans nuancer mes propos mais j'ose affirmer que le législateur pourrait remanier sans trop de difficulté la nomenclature dans l'assurance obligatoire pour atteindre l'objectif d'exclusion d'une grande majorité des critères d'âge.

Que penser du projet qui viserait à renoncer totalement au critère d'âge dans les exemples d'assurance obligatoire discutés ? Pour l'examen dentaire préventif, il serait possible de supprimer les critères d'âge en octroyant un remboursement annuel ou tous les 18 mois à chaque bénéficiaire de l'assurance obligatoire. Si l'on souhaite continuer à avantager les enfants puisque ces derniers ont une dentition qui évolue plus rapidement que celle des adultes, nous pourrions autoriser deux remboursements annuels ou un remboursement tous les 9 mois jusqu'au moment où le bénéficiaire aura toutes ses dents définitives. Pour la contraception, il serait également possible d'établir une politique de remboursement dépourvue de critère d'âge. Un remboursement de base identique pour toutes les femmes et pourquoi pas une intervention plus importante pour les bénéficiaires du régime BIM me paraîtrait plus juste que la politique de remboursement en place aujourd'hui. Pour les implants, il serait possible de retirer l'âge plafond de la nomenclature en autorisant une intervention unique sur la vie par personne.

Pourrions-nous donc imaginer une nomenclature des soins de santé dans l'assurance obligatoire sans la balise et/ou la sécurité, financière ou pas, du critère d'âge?

Nous pourrions nous passer des critères pour la majorité des prestations de soins de santé. Le montant d'un remboursement X plutôt qu'un remboursement Y d'une prestation permet tout autant de réguler ou maîtriser la dépense. Les compteurs maxima ou les règles de non-cumul pour certaines catégories de soins, comme la kinésithérapie par exemple, constituent également des balises intéressantes pour tenter de garder la maîtrise des remboursements dans une enveloppe budgétaire définie. Enfin, le délai de renouvellement pour le remboursement d'une

prestation X permet de réguler la dépense d'une même prestation pour un bénéficiaire. Ce délai pourrait continuer à varier avec l'âge si une explication physiologique venait le justifier comme nous l'avons constaté dans l'exemple des orthèses.

Pour répondre à l'incontournable question budgétaire tant dans le cadre de l'assurance obligatoire que complémentaire, je propose une vision pragmatique dans deux cas de figure bien précis. Dans un budget X déterminé et dans une enveloppe fermée, l'exclusion du critère d'âge engendrera inévitablement une augmentation de la consommation de l'assurance. Dans ce cas, les autres balises citées ci-avant devront être modifiées pour réguler l'excédent de dépenses et maîtriser les dépenses sans augmenter le budget. La seconde possibilité, mais qui me semble moins plausible et particulièrement irréaliste au vu du contexte budgétaire global du secteur soins de santé, serait d'augmenter le budget pour palier à l'augmentation de consommation des soins à la suite du retrait global du critère d'âge dans les remboursements.

Les remboursements des assurances obligatoires et complémentaires doivent pouvoir être assurés avec l'exclusion de la majorité des critères d'âge si le législateur pose des balises équitables et éthiques dans un contexte de prévention et de responsabilisation des consommateurs.

J'inscris la suppression d'une grande partie des critères d'âge dans la colonne des opportunités pour ces systèmes d'assurances dans un futur proche.

9. Bibliographie.

- Accord National Dento-mutualiste du 14 décembre 1988. (1988). *Moniteur belge*, 30 décembre, p. 18054.
- Accord National Dento-mutualiste 2005-2006 du 15 décembre 2004. (2005). *Moniteur belge*, 17 janvier, p.1308.
- Accord National Dento-mutualiste 2007-2008 du 24 janvier 2007. (2007). *Moniteur belge*, 8 février, p.6407.
- Accord National Dento-mutualiste 2009-2010 du 3 décembre 2008. (2009). *Moniteur belge*, 7 janvier, p.357.
- Accord National Dento-mutualiste 2017-2018 du 12 avril 2017. (2017). *Moniteur belge*, 3 mai, p.54410.
- Alotibi, F., Alkhalaf, K., Talea, I., Bawazeer, A., & Almotowwa, M. (2017). Cost effectiveness of routine dental checkup and treatment. *Journal of Applied Dental and Medical Sciences*, 3(1), 139-144. En ligne http://www.joadms.org/download/article/196/21052017_03/1496471672.pdf
- Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. (1944). *Moniteur belge*, 28 décembre, p.1730.
- Arcq, É. & Blaise, P. (1994). Des fondements idéologiques de la sécurité sociale 1944-1960. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1453-1454(28), 1-80. doi:10.3917/cris.1453.0001.
- Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (1984). *Moniteur belge*, 29 septembre, p.13300.
- Arrêté royal du 19 décembre 1990 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. (1991). *Moniteur belge*, 19 janvier, p.1206.
- Arrêté royal du 29 janvier 1993 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. (1993). *Moniteur belge*, 19 mars, p.5912.
- Arrêté royal du 29 mars 2000 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2000). *Moniteur belge*, 19 avril, p.11969.

- Arrêté royal du 13 novembre 2001 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité. (2001). *Moniteur belge*, 23 novembre, p. 39737.
- Arrêté royal du 20 décembre 2002 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2002). *Moniteur belge*, 28 décembre, p. 58545.
- Arrêté royal du 24 mars 2004 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'un financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes en application de l'article 56, § 2, alinéa premier, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les années 2004, 2005 et 2006. (2004). *Moniteur belge*, 29 mars, p. 17723.
- Arrêté royal du 6 décembre 2005 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2005). *Moniteur belge*, 16 décembre, p. 54006.
- Arrêté royal du 22 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2006). *Moniteur belge*, 29 novembre, p. 66302.
- Arrêté royal du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2007). *Moniteur belge*, 25 mai, p. 28194.
- Arrêté royal du 1er septembre 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. (2007). *Moniteur belge*, 03 avril, p. 19036.
- Arrêté royal du 20 mars 2009 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, 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. (2009). *Moniteur belge*, 16 avril, p. 30535.
- Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. (2013). *Moniteur belge*, 20 septembre, p. 66886.
- Arrêté royal du 27 septembre 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2015). *Moniteur belge*, 1er octobre, p. 61568.

- Arrêté royal du 23 mai 2017 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (2017). *Moniteur belge*, 14 juillet, p. 72733.
- Bader, J. D., Rozier, R. G., Lohr, K. N., & Frame, P. S. (2004). Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(4), 315-325. doi: 10.1016/j.amepre.2003.12.001.
- Barira, I., Shahper, N. K., & Asad, U. K. (2007). Dental caries: From infection to prevention. *Med Sci Monit*, 13(11), RA196-RA203. En ligne <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/512939>
- Beil, H., Rozier, R. G., Preisser, J. S., Stearns, S. C., & Lee, J. Y. (2012). Effect of Early Preventive Dental Visits on Subsequent Dental Treatment and Expenditures. *Medical Care*, 50(9), 749-756. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182551713.
- Casamassimo, P. S., Thikkurissy, S., Edelstein, B. L., & Maiorini, E. (2009). Beyond the dmft. *The Journal of the American Dental Association*, 140(6), 650-657. doi: 10.14219/jada.archive.2009.0250.
- Chou, R., Cantor, A., Zakher, B., Mitchell, J. P., & Pappas, M. (2014). *Prevention of Dental Caries in Children Younger Than 5 Years Old: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). En ligne <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202090/>
- Clesse, C.-E., Bouiouliev, I., Coibion, M., & Delchevalrie, P. (2016). *Sécurité sociale: dispositions générales*. Bruxelles: Bruylant. En ligne <http://hdl.handle.net.proxy.bib.ucl.ac.be/2078/ebook:81424>
- Cohen, C., Tabarly, P., Hourcade, S., Kirchner-Bianchi, C., & Hennequin, M. (2006). Quelles réponses aux besoins en santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution? *La Presse Médicale*, 35(11), 1639-1648. doi: [10.1016/s0755-4982\(06\)74872-2](https://doi.org/10.1016/s0755-4982(06)74872-2)
- Colle, P. (2014). Quelques réflexions sur la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire et sur sa genèse. *Revue belge de la sécurité sociale*, 321-327. En ligne <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/rbss-3-2014-colle-fr.pdf>
- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. (2012). Rapport bisannuel 2010-2011 à l'attention du parlement. En ligne https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/nationale_evaluatiecommissie_betreffende_de_zwangerschapsafbreking-fr/19083407_fr.pdf
- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. (2020a). *Mémoire à l'intention du parlement*. En ligne https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/memorandum_recommandations_ivg.pdf

- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. (2020b). *Rapport bisannuel 2016-2017 à l'attention du parlement*. En ligne https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_fr_2016-2017.pdf
- Coolidge, T., Heima, M., Johnson, E. K., & Weinstein, P. (2009). The Dental Neglect Scale in adolescents. *BMC Oral Health*, 9(1), 1-7. doi: 10.1186/1472-6831-9-2.
- Courson, F., Assathiany, R., & Vital, S. (2010). Prévention bucco-dentaire chez l'enfant: les moyens dont on dispose. *Archives de Pédiatrie*, 17(6), 776-777. doi: 10.1016/s0929-693x(10)70105-6.
- Davenport, C., Elley, K., Fry-Smith, A., & Taylor-Weetman, C. (2003). The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. *British dental journal*, 195(2), 87-98. En ligne <https://www.nature.com/articles/4810337/#Sec17>
- Demarest, S., Charafeddine, R., Berete, F. & Drieskens, S. (2020). Accessibilité financière aux soins de santé: Enquête de santé 2018. Bruxelles: Sciensano; Numéro de rapport: D/2020/14.440/23. En ligne https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/AC_FR_2018.pdf
- Deschamps, R., Jacquemin, J.-C., & Mignolet, M. (1994). *Finances publiques régionales et fédéralisme fiscal: Journée d'Études du 11 mars 1994*. Namur: Presses universitaires de Namur.
- D'hoore, W., & Stordeur, S. (2004). Le système de santé belge: du mouvement mutualiste aux institutions de la sécurité sociale dans un État pluraliste. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 71-85. En ligne <https://www.academia.edu/33968757>
- Euzéby, A. (1977). Le rôle de la sécurité sociale dans la dynamique du développement. *Revue Tiers Monde*, 18(72), 763-778. En ligne <https://www.jstor.org/stable/23589259?seq=1>
- Fargeon, V. (2014). *Introduction à l'économie de la santé* (2è éd.). Grenoble : P.U.G. En ligne <http://hdl.handle.net.proxy.bib.ucl.ac.be/2078/ebook:146632>
- Fédération Wallonie-Bruxelles. (s.d.). L'obligation scolaire. En ligne <http://www.enseignement.be/index.php?page=24546>, consulté le 22 juillet 2020.
- FIV. (s.d.). *FIV en Belgique*. En ligne <https://www.fiv.fr/fiv-en-belgique/>, consulté le 20 juillet 2020.
- Funck, J.-F., & Markey, L. (2014). *Droit de la sécurité sociale* (2è éd.). Bruxelles: Larcier. En ligne <http://hdl.handle.net.proxy.bib.ucl.ac.be/2078/ebook:78570>
- Gosseries, A. (2013a). Euthanasie des mineurs: Pourquoi un critère d'âge? *La revue nouvelle*, 68 (10), 74-84. En ligne https://www.revuenouvelle.be/IMG/pdf/074-084_dossier_gosseries-11p.indd.pdf

- Gosseries, A. (2013b). La discrimination par l'âge en assurance à la lumière du droit européen du travail. *Revue générale des assurances et des responsabilités*, 86 (6), 14982 (22p.). En ligne [https://www.academia.edu/3854744/La discrimination par l %C3%A2ge en assurance %C3%A0 la lumi%C3%A8re du droit europ%C3%A9en du travail RGAR_2013](https://www.academia.edu/3854744/La_discrimination_par_l_%C3%A2ge_en_assurance_%C3%A0_la_lumi%C3%A8re_du_droit_europ%C3%A9en_du_travail_RGAR_2013)
- Gosseries, A. (2014). What makes age discrimination special? A philosophical look at the ECJ case law. *Netherlands Journal of Legal Philosophy*, 43(1), 59-80. doi :10.5553/njlp/221307132014043001005.
- Gosseries, A. & al. (2020). La pandémie nous force à affronter nos tabous. In: *Le Vif - L'Express*, 38 (15), p. 2. En ligne <http://hdl.handle.net/2078.1/229321>
- Grzesiak-Gasek, I., & Kaczmarek, U. (2016). Retrospective Evaluation of the Relationship Between the First Dental Visit and the Dental Condition of Six- and Seven-Year-Old Children. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 25(4), 767-773. doi: 10.17219/acem/62212.
- Hostaux, S., & Gosseries, Ph. (2009). *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*. Bruxelles : Larcier. En ligne <http://hdl.handle.net.proxy.bib.ucl.ac.be/2078/ebook:69057>
- INAMI. (2020a). *La nomenclature des prestations de santé*. En ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/Pages/default.aspx>
- INAMI. (2020b). *Nomensoft: Nomenclature et pseudonomenclature des prestations de santé*. En ligne <https://ondpanon.riziv.fgov.be/nomen/fr/search>
- INAMI. (s.d.a). *La nomenclature des prestations de santé*. En ligne <https://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/Pages/default.aspx>, consulté le 2 mai 2020.
- INAMI (s.d.b). *Missions et culture d'entreprise de l'INAMI*. En ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx> , consulté le 3 mai 2020.
- INAMI. (s.d.c). *Organes du Service des soins de santé de l'INAMI*. En ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/soins-sante-organes.aspx> , consulté le 12 mars 2020.
- Inserm. (s.d.). *Croissance et troubles de la croissance*. En ligne <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/croissance-et-troubles-croissance>, consulté le 2 juillet 2020.

- Jamar, P. (2020). *Courriel contenant des précisions à propos de la loi du 26 avril 2020*.
- Kawashita, Y., Kitamura, M., & Saito, T. (2011). Early Childhood Caries. *International Journal of Dentistry*, 2011, 1-7. doi: 10.1155/2011/725320.
- Kay, E. J. (1999). How often should we go to the dentist? *British Medical Journal*, 319(7204), 204-205. doi:10.1136/bmj.319.7204.204.
- La Libre. (2008). La pilule remboursée jusqu'en juin. En ligne <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/la-pilule-remboursee-jusqu-en-juin-51b897b7e4b0de6db9b14f8e>
- La Libre. (2020). La chambre approuve deux propositions de loi visant à améliorer l'accès à la contraception. En ligne <https://www.lalibre.be/belgique/societe/la-chambre-approuve-deux-propositions-de-loi-visant-a-ameliorer-l-acces-a-la-contraception-5f108bbbed8ad58621946a37c>
- Lamy, M. (2014). La santé bucco-dentaire des personnes âgées. *Revue Médicale de Liège*, 69(5-6), 357-360. En ligne <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/169610/1/22%20LAMY%20Bucco.pdf>
- Langevin, S. M., Michaud, D. S., Eliot, M., Peters, E. S., McClean, M. D., & Kelsey, K. T. (2012). Regular dental visits are associated with earlier stage at diagnosis for oral and pharyngeal cancer. *Cancer Causes & Control*, 23(11), 1821-1829. doi: 10.1007/s10552-012-0061-4.
- Leroy, R., Bogaerts, K., Hoppenbrouwers, K., Martens, L. C., & Declerck, D. (2012). Dental attendance in preschool children - a prospective study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(2), 84-93. doi: 10.1111/j.1365-263x.2012.01227.x.
- Lewalle, H. (2006). Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne. *Revue française des affaires sociales*, 141-166. doi:10.3917/rfas.062.0141.
- Loi du 23 juin 1894 portant révision de la loi du 3 avril 1851 sur les sociétés mutualistes. (1894). *Moniteur belge*, 25 juin, p. 888888.
- Loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (1963). *Moniteur belge*, 1er novembre, p. 10555.
- Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. (1990). *Moniteur belge*, 28 septembre, p. 18475.

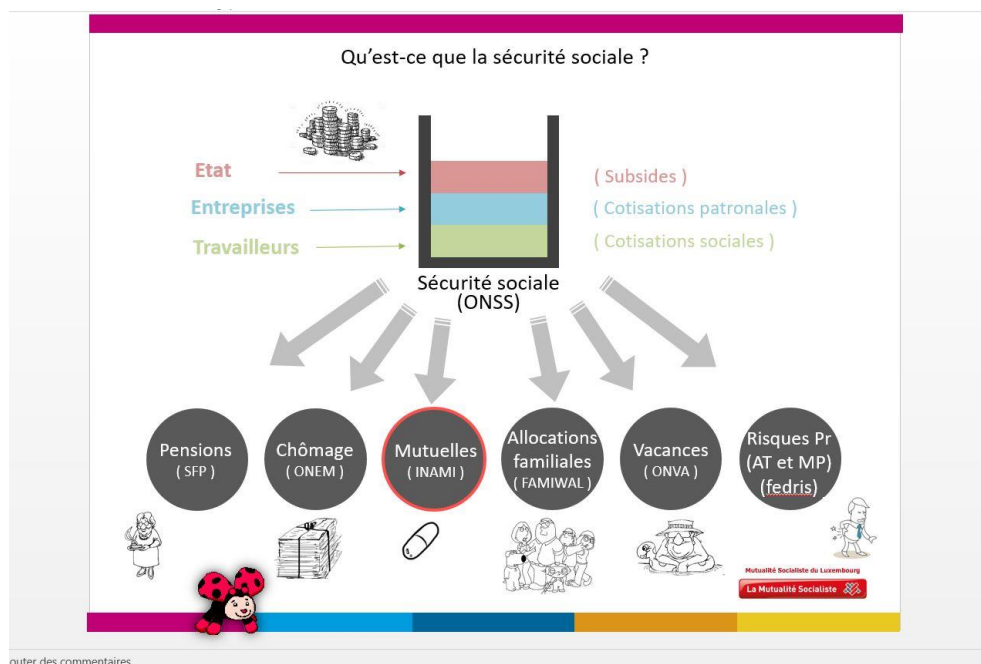
- Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. (1994). *Moniteur Belge*, 27 août, p. 21524.
- Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. (2007). *Moniteur belge*, 30 mai, p. 29016.
- Loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I). (2010). *Moniteur belge*, 28 mai, p. 32374.
- Loi du 22 avril 2019 modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain. (2019). *Moniteur belge*, 23 mai, p. 48770.
- Marchand, M., & Pestieau, P. (1996). L'Etat ou le marché dans l'assurance-maladie. *Revue française d'économie*, 11 (1), 3-19. doi: <https://doi.org/10.3406/rfeco.1996.995>
- Mutualité Chrétienne. (2019). *Baromètre MC en soins dentaires 2019*. En ligne https://www.mc.be/media/MC-Barometre-soins-dentaires-et-recommandations-politiques_tcm49-59523.pdf
- Mutualité Socialiste du Luxembourg. (1992). Les primes et interventions de l'Assurance Complémentaire. *Assurance Complémentaire*, 2-11.
- Mutualité Socialiste du Luxembourg. (2003). Assurance complémentaire. *Notre assurance complémentaire répond à tous vos besoins*, 6-17.
- Mutualité Socialiste du Luxembourg. (2010). Assurance complémentaire. *Remboursement et services*, 6-13.
- Mutualité Socialiste du Luxembourg. (2019). Schématisation de la Sécurité Sociale belge.
- Mutualité Socialiste du Luxembourg. (2020). Assurance complémentaire. *Guide de l'affilié 2020*, 4-24.
- OCM. (2012). *Questions, remarques et propositions du secteur mutualiste concernant les services et opérations – communication des positions adoptées par le Conseil*. Réf.: 2012/AD/1291.
- Olsaretti, S. (2013). Children as Public Goods? *Philosophy & Public Affairs*, 41(3), 226-258. doi: 10.1111/papa.12019.
- ONSS. (s.d.a). *A propos de l'ONSS: Identité*. En ligne <https://www.rs.z.fgov.be/fr/propos-de-lonss/identite>, consulté le 20 avril 2020.
- ONSS. (s.d.b). *Employeurs et ONSS: Payer les cotisations*. En ligne <https://www.rs.z.fgov.be/fr/employeurs-et-onss/paiements>, consulté le 20 avril 2020.

- ONSS. (s.d.c). *Rapport annuel 2018*. En ligne <https://www.onssrapportannuel.be/2018/fr/index.html>, consulté le 20 avril 2020.
- Paré, A., & Joly, A. (2017). Cancers de la cavité buccale: facteurs de risque et prise en charge. *La Presse Médicale*, 46(3), 320-330. doi: 10.1016/j.lpm.2017.01.004.
- PARTENAMUT. (2017). *PMA, FIV... Comment favoriser la grossesse en cas d'infertilité?* En ligne <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/procreation-medicalement-assistee>
- Piatecki, C., & Ulmann, P. (1995). La micro-économie de la santé: Bilan et perspectives. *Revue d'économie financière*, 47-69. En ligne https://www.persee.fr/doc/ecofi_0987-3368_1995_num_34_3_2188
- Projet de loi portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), Doc. Parl., C.R., 2009-2010, séance du 22 février 2010, DOC 52 2292/004.
- Proposition de loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule du lendemain, *Doc. Parl.*, C.R., 2018-2019, séance du 20 mars 2019, DOC 54 3439/004.
- Question de Wouter Beke, C.R. Sén., 2006, séance du 21 mars 2006, n°3-4693. En ligne : <https://www.senate.be/www/?MIval=publications/viewPub&COLL=B&PUID=50335354&TID=50352619&POS=1&LANG=fr>
- Reisine, S., & Douglass, J. M. (1998). Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26(S1), 32-44. doi: 10.1111/j.1600-0528.1998.tb02092.x.
- Reman, P. & Feltesse, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome xlii (4), 101-113. doi:10.3917/rpve.424.0101.
- Rochaix, L. (2009). Petite histoire de l'économie de la santé. In P.-L. Bras (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 25-33). Paris: Presses de Sciences Po.
- Sécurité Sociale. (s.d.). *A propos de la Sécurité Sociale: Le financement de la sécurité sociale*. En ligne <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/propos-de-la-securite-sociale/le-financement-de-la-securite-sociale/financement-alternatif>, consulté le 20 avril 2020.
- Service fédéral des Pensions. (s.d.). Age de la pension: Quand puis-je prendre ma pension? En ligne <https://www.sfpd.fgov.be/fr/age-de-la-pension/quand>, consulté le 22 juillet 2020.

- Solidaris. (2020a). *Province de Luxembourg: Cotisation*. En ligne <http://www.solidaris.be/MutLux/notre-mutualite/cotisation/une-modique-cotisation/Pages/Cotisation.aspx?choixregion=true>, consulté le 12 mai 2020.
- Solidaris. (2020b). *Solidaris-Liège: Notre cotisation*. En ligne <https://www.solidaris-liege.be/mutualite/notre-cotisation/notre-cotisation.html>, consulté le 12 mai 2020.
- Solidaris. (2020c). *Solidaris-Namur: Cotisation*. En ligne <http://www.solidaris.be/Namur/notre-mutualite/cotisation/une-modique-cotisation/Pages/Cotisation.aspx>, consulté le 12 mai 2020.
- Solidaris. (s.d.). *Histoire de la mutualité*. En ligne <http://www.solidaris.be/Namur/notre-mutualite/organisation/histoire/Pages/index.aspx>
- Statbel. (2019). *Tables de mortalité et espérance de vie*. En ligne <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie>
- Statbel. (2020). *Structure de la population*. En ligne <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
- Tabuteau, D. (2009). Droit de la santé et économie de la santé. In P.-L. Bras (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 83-89). Paris: Presses de Sciences Po.
- Woronoff, A. (1946). Le mouvement social en 1945. *Bulletin de l'Institut de Recherches Économiques et Sociales*, 12(3), 241-261. En ligne <https://www.jstor.org/stable/40730060?seq=1>

10. Annexes.

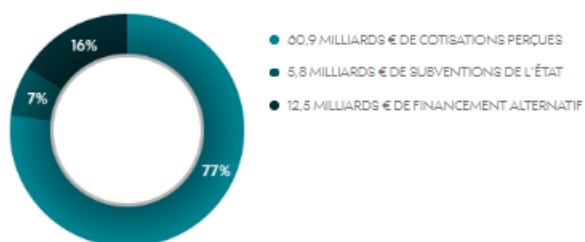
Annexe 1: Schématisation de la Sécurité Sociale belge.



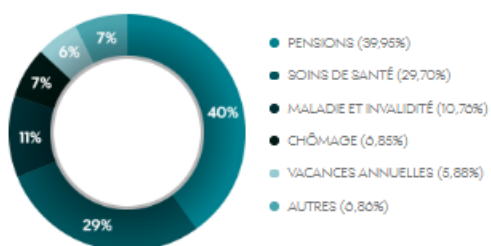
Mutualité Socialiste du Luxembourg. (2019). Schématisation de la Sécurité Sociale belge.

Annexe 2 : Graphiques reprenant la répartition des recettes et des dépenses de la Sécurité Sociale belge en 2018.

FINANCEMENT

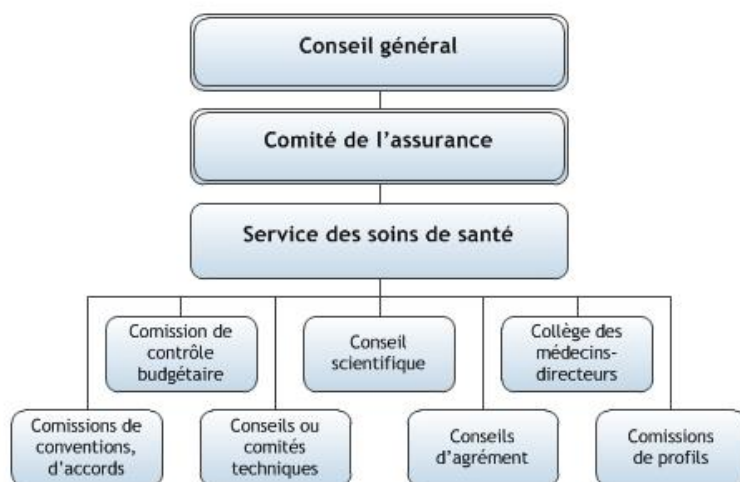


DÉPENSES



ONSS. (s.d.c). *Rapport annuel 2018*. En ligne <https://www.onssrapportannuel.be/2018/fr/index.html>, consulté le 20 avril 2020.

Annexe 3 : Organigramme reprenant les organes du Service des soins de santé de l'INAMI.



INAMI. (s.d.c). *Organes du Service des soins de santé de l'INAMI*. En ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/soins-sante-organes.aspx> , consulté le 12 mars 2020.

Annexe 4 : Tableau reprenant le nombre d'IVG d'après l'âge de la femme par catégories d'âge, par année de 2012 à 2017.

D'après l'âge de la femme par catégories d'âge

âge catégorie	nombre						%					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10-14	88	74	68	62	53	52	0,46	0,38	0,36	0,33	0,30	0,30
15-19	2302	2298	1986	1860	1651	1544	12,02	11,75	10,39	9,78	9,24	8,95
20-24	4823	4905	4675	4502	4011	3836	25,18	25,09	24,47	23,68	22,44	22,23
25-29	4621	4666	4713	4693	4498	4301	24,12	23,87	24,67	24,68	25,16	24,92
30-34	3852	3966	3917	3954	3925	3852	20,11	20,29	20,50	20,80	21,96	22,32
35-39	2425	2563	2672	2857	2680	2630	12,66	13,11	13,98	15,03	14,99	15,24
40-44	945	1008	996	1007	969	945	4,93	5,16	5,21	5,30	5,42	5,48
45-49	96	69	77	75	89	97	0,50	0,35	0,40	0,39	0,50	0,56
50-54	3	2	3	2	1	0	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00
total	19155	19551	19107	19012	17877	17257	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
plus de 54	0	0	0	1	1	0						
total gén.	19155	19551	19107	19013	17878	17257						

Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. (2020b).

Rapport bisannuel 2016-2017 à l'attention du parlement. En ligne

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_fr_2016-2017.pdf

Annexe 5 : Courriel de monsieur Jamar Paul contenant des précisions à propos de la loi du 26 avril 2020.

Limitation âges - Avantages Assurance Complémentaire

 3 

Bonjour Alice,

Jérôme PIERARD me demande de répondre à votre message de ce jeudi ; j'ai en effet participé aux discussions relatives à l'application de la loi de 2010 par l'O.C.M.

1. Le document que nous vous avons transmis n'est pas confidentiel ; il a été adressé par l'O.C.M. à tous les présidents de mutualités, pour les aider dans l'application de la nouvelle loi ; vous pouvez donc en faire état, mais je vous remercie de ne pas le diffuser autrement que par une mention ou en annexe de votre mémoire.

2. Les questions que vous posez sont particulièrement pertinentes, aussi vais-je essayer de vous répondre précisément, en m'excusant déjà d'être assez bavard.

Je me permets de vous renvoyer à un syllabus rédigé en 2014 dans lequel j'expose en détail l'origine de la loi de 2010 et les difficultés concernant sa mise en œuvre (pour ce qui vous intéresse, voir le point 3.4.). Pour votre complète information, je joins la dernière version de ce syllabus, dans laquelle cependant je n'explique plus ces difficultés maintenant aplanies, mais j'en aborde d'autres...

Je vous expose ici les grandes lignes de ma réflexion :

- La simple lecture de la loi de 2010 laisse en effet penser que son application ne peut être que simple et rigoureuse ; ce serait cependant oublier que l'application concrète de toute règle légale doit être raisonnable ; pour ce faire, on a souvent recours, lorsqu'un besoin d'interprétation apparaît, à l'intention du législateur.
- Dans le cas présent, l'intention du législateur était clairement de distinguer ce qui, dans les activités antérieures des mutualités, relevait de l'assurance (et était soumise à la réglementation européenne relative aux assurances) et ce qui relevait de la notion de « service d'intérêt général » (et n'était pas soumise à cette réglementation). L'article 67 de la loi de 2010 est ainsi une compilation (peu rigoureuse) des éléments utilisés par la CJUE pour caractériser les « services d'intérêt général », l'intention du législateur étant de bétonner l'affirmation, à l'article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités, que « Les services [des mutualités] visés à l'alinéa 1er, a), b) et c) constituent des services d'intérêt général.
- L'intention était bien de consolider les « opérations » (services qui ne sont pas des assurances) des mutualités, sans bouleverser le secteur mutualiste ; la réflexion de l'O.C.M., comme vous le lirez dans le syllabus de 2014, est ainsi passée d'une vision assez rigoureuse de la loi vers une application plus souple, qui permette au secteur mutualiste de continuer à proposer ses services traditionnels d'assurance complémentaire (le terme « assurance » a été maintenu pour ces services, bien qu'il ne s'agisse pas d'assurance proprement dite).
- C'est dans le cadre de cette démarche que l'O.C.M. a émis la lettre de 2012, qui proposait un « cadre raisonnable » d'application de la loi de 2010.

3. Nombre de services de l'assurance complémentaire comportaient un critère d'âge, permettant d'ajuster l'offre de services à la demande ; la plupart de ces différenciations répondent à des critères pratiques et de faisabilité financière : ainsi, l'intervention dans le coût des soins donnés aux enfants répond au souci d'aider les familles, mais ne serait pas finançable s'il devait être étendu à l'ensemble de nos affiliés ; il en va de même en ce qui concerne les services visant spécialement les personnes âgées, etc.

C'est pour éviter d'interminables discussions que l'O.C.M. a, de manière forfaitaire, admis que les mutualités puissent réserver certains services aux moins de 19 ans ou aux plus de 65 ans (NB : je n'ai jamais su pourquoi l'âge de 19 ans avait été retenu, plutôt que l'âge de la majorité qui est 18 ans...).

L'approche est donc pragmatique.

4. Je n'ai pas connaissance qu'un recours ait été formé par un affilié, concernant la limite d'âge ; à vrai dire, je n'ai connaissance que d'une seule contestation concernant les services de l'assurance complémentaire, et il concerne la condition d'être en ordre de dossier médical global (DMG) – ce recours est toujours pendant devant la section de Namur de la Cour du travail de Liège.

N'hésitez pas à revenir vers moi, par e-mail ou par GSM, pour de plus amples explications.

Bonne journée.

Paul JAMMAR
Conseiller juridique - Secrétaire général
 Union Nationale des Mutualités Socialistes
 Tel : 02/51.50.645 - GSM : +32(0)485/47.63.73
 Adresse postale : rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles
 Adresse visiteurs : place Saint-Jean, 1, 1000 Bruxelles

Jamar, P. (2020). *Courriel contenant des précisions à propos de la loi du 26 avril 2020.*

Annexe 6 : Lettre de l'OCM datant du 8 juin 2012 concernant les questions, remarques et propositions du secteur mutualiste concernant les services et opérations.

OCM. (2012). *Questions, remarques et propositions du secteur mutualiste concernant les services et opérations – communication des positions adoptées par le Conseil*. Réf.: 2012/AD/1291.

N. Réf.: 2012/AD/1291

Bruxelles, le 8 juin 2012

Monsieur le Président,

Concerne : questions, remarques et propositions du secteur mutualiste concernant les services et opérations – communication des positions adoptées par le Conseil.

Par la présente, le Conseil vous communique les positions qu'il a adoptées, à l'occasion de délibérations en ses séances du 24 avril, 14 mai et 4 juin 2012, par rapport aux questions, remarques et propositions du secteur mutualiste concernant les services et opérations contenues dans un courrier adressé à l'Office, en date du 21 mars 2012, par Monsieur Justaert au nom du Collège intermutualiste national et qui ont été explicitées oralement, par Messieurs Justaert, Président du CIN et Monsieur Labille, Président du Comité technique, lors d'un entretien avec le Conseil en date du 24 avril 2012. La présente lettre suit le schéma de la lettre précitée du CIN.

Il attire, à titre préalable, l'attention du secteur sur le fait qu'un organe consultatif a été créé au sein de l'Office de contrôle, à savoir le Comité technique et qu'un entretien avec le Conseil demandé par le secteur met le Comité technique hors jeu. Cette observation vaut également en ce qui concerne les problématiques spécifiques aux sociétés mutualistes qui offrent des produits d'assurances. A cet égard, il attire l'attention sur le fait qu'il a demandé à la Ministre des Affaires sociales d'entamer la procédure de désignation d'un observateur de la FSMA et de la Banque Nationale de Belgique au sein du Comité technique en application de l'article 55 de la loi du 6 août 1990 en ce qui concerne ces problématiques spécifiques.

1. Adaptation des statuts aux remarques du Conseil au plus tard le 30 juin 2012 et avec effet rétroactif

1.1. A partir de 2011 (pour les entités qui ont décidé de se conformer au nouveau régime légal à partir d'alors)

A ce sujet, le Conseil constate qu'il a déjà accédé à la demande du secteur étant donné qu'il a, en sa séance du 19 mars 2012, décidé:

- de revenir sur une décision antérieure communiquée au secteur par courrier du 19 mai 2011 et de permettre aux entités qui avaient décidé volontairement de se conformer déjà en 2011 au nouveau régime légal, de ne se conformer à ce nouveau régime légal qu'à partir du 1er janvier 2012 et ce, par le biais d'une décision de l'assemblée générale à communiquer à l'Office en même temps que leurs comptes annuels relatifs à l'exercice 2011. L'effet rétroactif des adaptations à apporter aux statuts en raison de contradiction avec des dispositions de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) est, dans ce cas, limité au 1er janvier 2012. Pour les entités qui ne reviendraient pas sur leur décision, la décision antérieure du Conseil reste d'application ;

- de considérer, pour toutes les entités qui avaient décidé de se conformer au régime légal en 2011 et pour l'entité créée après l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010, de toute manière l'année 2011 comme une année de transition au niveau du contrôle de l'application pratique des statuts.

1.2. A partir du 1/1/2012

Le Conseil ne peut accéder à la demande du secteur de ne faire entrer en vigueur qu'au 1er juillet 2012, toutes les adaptations statutaires aux remarques du Conseil relatives à la non-conformité des statuts aux dispositions de la loi précitée du 26 avril 2010. Le Conseil relève à ce propos

- que la loi à laquelle les statuts doivent être rendus conformes date déjà du 26 avril 2010 ;
- que la plupart des entités mutualistes n'ont introduit un premier dossier à cet égard qu'après le premier trimestre de 2011 ;
- qu'en application des articles 70 et 75 de la loi du 26 avril 2010 les modifications statutaires en vue de se conformer au nouveau régime légal devaient être transmises au plus tard le 1er août 2011 à l'Office de contrôle et que toutes les entités mutualistes ont reçu avant le 1er janvier 2012 les remarques de l'Office à propos des dossiers de modifications statutaires avec effet au 1er janvier 2012 introduits dans le délai précité. Pour les entités mutualistes dont les statuts ont été examinés par le Conseil au plus tard en novembre 2011, il était, compte tenu du délai de convocation de 20 jours civils, possible de convoquer une assemblée générale avant 2012. Les autres entités mutualistes pouvaient organiser une assemblée générale au plus tard au début du mois de février 2012;
- que le Conseil a, en 2011, considéré, après en entretien avec Messieurs Justaert et Labille du 11 juillet 2011, que la demande du secteur mutualiste de pouvoir compter sur la compréhension de l'Office en matière de justifications dans « cette période d'apprentissage » jusqu'à mi 2012, reviendrait à prolonger à nouveau de 6 mois, le délai de mise en vigueur de la loi du 26 avril 2010, décision qui relève des décideurs politiques. Ceci a été porté à l'attention de la Ministre des Affaires sociales par un courrier du 9 août 2011, par lequel la Ministre a également été informée du nombre de dossiers de modifications statutaires introduits à l'Office à la date susvisée du 1er août 2011.

1.3. Décision qui s'applique tant au point 1.1. qu'au point 1.2.

Le Conseil rappelle par ailleurs qu'il a décidé :

- qu'à défaut d'une mise en conformité des statuts aux remarques qu'il a formulées à leur sujet pour le 30 juin 2012 avec effet rétroactif à la date à laquelle l'entité a décidé de se conformer au nouveau régime légal (c'est-à-dire au plus tard le 1er janvier 2012), il entamera une procédure de sanction et qu'il appliquerait, en cas d'infraction constatée, la sanction maximale qu'il peut prononcer en la matière aux termes de la loi du 6 août 1990 ;
- que cette procédure de sanction ne concerne toutefois pas les services qui, moyennant le respect des formalités et conditions notifiées par courrier du 24 novembre 2011 et précisé par des courriers du 16 et 21 décembre 2011 et du 21 mai 2012 (à savoir la communication de

certaines informations, de déclarations et de documents relatifs aux services organisés par le biais d'accords de collaboration et des services « ni ni » relatifs à l'information des membres quant aux avantages octroyés et au financement d'actions collectives et au subventionnement de structures socio-sanitaires), peuvent continuer à être organisés jusqu'au 31 mars 2013 sans modification formelle des statuts. Ceci n'implique toutefois pas que, dans l'attente d'une adaptation formelle des statuts aux remarques formulées par le Conseil à propos de ces services, les entités mutualistes sont dispensées du respect de la législation en vigueur.

2. Egalité de la garantie

Le Conseil estime que les limitations du public cible pourraient, selon l'avantage concerné, être justifiées objectivement

- par le domaine sur lequel portent les avantages concernés (par exemple les interventions en matière de cancer de la prostate, qui ne visent que les hommes ou de vaccination contre le cancer du col de l'utérus, qui ne visent que les femmes) ;
- en justifiant la pertinence du critère envisagé (pourquoi tel âge plutôt qu'un autre?) pour exclure les autres membres de ces avantages et la mesure dans laquelle la dérogation envisagée par rapport au principe de l'égalité de garantie s'inscrit dans un rapport raisonnable de proportionnalité par rapport à l'objectif poursuivi
- uniquement dans la mesure où ces limitations n'aboutissent pas à une sélection de risques ou à générer une discrimination entre les membres qui ont tous accès aux services, étant obligés de s'y affilier ou à ce que les services organisés constituent des assurances non-vie. Le Conseil relève qu'il ne faut dès lors pas uniquement essayer d'éviter, comme le précise la lettre du CIN du 21 mars 2012 que des groupes à risque qui occasionneraient d'importantes dépenses soient exclus de la possibilité de bénéficier des avantages. Il n'est en aucun cas possible que de tels groupes soient exclus du bénéfice des avantages des opérations et des services « ni ni ».

Concrètement, lors de l'appréciation du respect de l'égalité de principe de la garantie pour tous les membres, il tient compte des lignes directrices suivantes :

1. les limitations liées à l'âge qui sont les mêmes que celles prévues par l'assurance obligatoire sont justifiées de manière objective ;
2. la limitation d'avantages à un public déterminé peut découler automatiquement de la nature de l'avantage octroyé (par exemple les interventions en matière de cancer de la prostate, qui ne visent que les hommes ou en matière de vaccination contre le cancer du col de l'utérus, qui ne visent que les femmes, les plaines de jeux, les classes de neige) ;
3. la limitation des avantages aux enfants à charge/membres bénéficiant d'allocations familiales, est justifiée de manière objective ;

4. la limitation des avantages aux membres qui n'ont pas encore atteint l'âge de 19 ans et/ou aux membres qui ont au moins 65 ans, est considérée a priori comme justifiée de manière objective.

Parmi les avantages pour les membres âgés de moins de 19 ans et/ou de 65 ans et plus, les entités peuvent en outre différencier cet avantage en fonction de l'âge (exemple: un avantage de 10€ pour les membres de 0-6 ans, un avantage de 7,5€ pour les membres de 6-12 ans et un avantage de 5€ pour les membres de 12-18 ans).

En cas d'avantages valables pour tous les âges, les entités peuvent décider librement d'octroyer des avantages supplémentaires aux membres qui n'ont pas encore atteint l'âge de 19 ans et/ou aux membres qui ont au moins 65 ans ;

5. l'octroi des avantages d'un service qui intervient dans les frais de pédicure pour les personnes ayant 60 ans au moins est justifié de manière objective ;

6. le fait que le public cible corresponde avec le public décrit dans une loi ou un décret dont le contexte peut être mis en relation avec l'avantage accordé n'implique pas que cet âge puisse être considéré automatiquement comme une dérogation objectivement justifiée par rapport au principe de l'égalité de la garantie pour tous les membres ;

7. le fait qu'une étude médicale (et) scientifique objective indique qu'un avantage d'un service soit important pour la catégorie de personnes qui y est visée, il convient, pour que la dérogation au principe de l'égalité de garantie puisse être acceptée n'implique pas que cet âge puisse être considéré comme une dérogation objectivement justifiée par rapport au principe de l'égalité de la garantie pour tous les membres. En effet, il convient que soient avancés des éléments pertinents qui justifient l'exclusion des autres membres de cet avantage. Le Conseil relève de plus qu'il n'est pas rare que des études scientifiques diffèrent au niveau des conclusions par rapport à la problématique examinée.

3. Catégorisation des services et opérations

3.1. Quant à la demande de pouvoir considérer, en l'attente d'une modification éventuelle de l'arrêté royal du 12 mai 2011, tout service existant qui ne constitue pas une assurance, soit comme une opération soit comme un service « ni ni »

Le Conseil accède à cette demande du secteur.

3.2. Quant à la demande d'interpréter de manière non restrictive l'arrêté royal du 12 mai 2011, en attendant un éventuel éclaircissement de cet arrêté royal

Ici également, le Conseil accède à la demande du secteur. Ainsi, il estime:

- que certains services visés à l'article 3, alinéa 1er, c), de la loi du 6 août 1990, ne sont pas des opérations. Il en est ainsi des services qui ont pour objet l'information des membres et ce, même lorsque cette information ne se limite pas aux avantages offerts dans le cadre des services organisés. Il est d'avis qu'en attendant une modification légale et réglementaire à cet égard, il faut considérer qu'il s'agit de services « ni ni » ;

- qu'il y a lieu de considérer comme services « ni ni », tous les services qui ne constituent ni des assurances ni des opérations et ce, pour autant toutefois qu'ils soient conformes à la notion de santé telle que visée à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 août 1990 et qu'ils soient, en dehors du fait qu'ils ne sont pas expressément visés par les termes de l'arrêté royal précité du 12 mai 2011, conformes aux autres dispositions de ladite loi et de la loi du 26 avril 2010 ;
- que le Conseil accepte dans ce cadre entre autres que constitue un service visé par l'article 1er, point 5, de l'arrêté royal du 12 mai 2011, le service « patrimonial » d'une entité mutualiste.

3.3. Quant à la demande de pouvoir grouper en un seul service « ni ni » différents aspects qui sont visés par l'arrêté royal du 12 mai 2011

A propos de la position du CIN aux termes de laquelle il serait possible de grouper en un seul service « ni ni », différents aspects qui sont visés par l'arrêté royal du 12 mai 2011, le Conseil relève :

- que le service « assurance soins » (point 2 de l'article 1er de l'arrêté royal) ne pourrait, eu égard à sa nature, être combiné avec un autre aspect visé par l'arrêté royal précité;
- en ce qui concerne les deux aspects liés à l'assurance obligatoire (points 3 (le service qui a pour objet la perception des cotisations pour le fonds spécial de réserve légal « responsabilité financière » prévu à l'article 199 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) et 4 (le service qui vise la perception des cotisations destinées à combler un éventuel mali en frais d'administration de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, visé à l'article 195, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et ce, dans la mesure des cotisations perçues) de l'article 1er de l'arrêté royal), que les cotisations perçues pour le fonds spécial de réserve légal « responsabilité financière » prévu à l'article 199 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ne peuvent pas être utilisées pour l'autre aspect. Par conséquent, ces deux aspects ne peuvent être regroupés au sein d'un même service;
- en ce qui concerne les deux aspects visés au point 5 de l'article 1er de l'arrêté royal, que l'arrêté royal utilise les mots «le financement d'actions collectives ou le subventionnement de structures socio-sanitaires » et pas les mots «le financement d'actions collectives et/ou le subventionnement de structures socio-sanitaires ». Par conséquent, les deux aspects ne peuvent être combinés au sein d'un même service ;
- qu'il ressort dès lors du libellé de l'arrêté royal du 12 mai 2011 qu'il a voulu être évité de grouper en un seul service « ni ni », différents aspects visés par ledit arrêté royal.

Néanmoins, le Conseil rappelle que dans la note (11/10/D1/A) qui a été soumise pour avis au Comité technique le 24 novembre 2011, il est prévu que le centre administratif, qui constitue un centre de répartition pour les frais de fonctionnement généraux, puisse continuer à prendre en charge les malis de l'assurance obligatoire (par analogie, les boni en matière de frais d'administration de l'assurance obligatoire y sont également affectés), objectif qui concerne, aux termes de l'arrêté royal du 12 mai 2011, un service « ni ni ». Dans cette optique, la note précitée prévoit que le code de classification 98 doit être ventilé par chaque entité mutualiste

(les sociétés mutualistes qui n'offrent que des avantages qui appartiennent au même code de classification sont dispensées de l'organisation d'un centre administratif) en un code 98/1 et un code 98/2 qui sont utilisés pour respectivement la répartition des frais de fonctionnement généraux (chaque année un résultat nul et pas d'excédents ou de déficits cumulés) et la réserve comptable des frais d'administration de l'assurance obligatoire. Dans cette logique, une éventuelle cotisation administrative demandée aux membres doit être intégralement affectée au code 98/2 (en d'autres termes, le code 98/1 ne peut pas se voir affecter de cotisations) et cette cotisation ne fait pas partie de la cotisation maximale à fixer.

4. Inscription des avantages dans les statuts

4.1. Généralités

Le Conseil estime que tous les services organisés doivent être repris dans les statuts et que ceux-ci doivent donner une image correcte, fidèle et exhaustive des services organisés. Ce n'est que de cette manière que le Conseil peut déterminer si les services concernées ont trait à la notion de santé, telle que définie à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 août 1990, s'ils sont conformes aux lois du 6 août 1990 et du 26 avril 2010 et s'ils constituent des opérations ou des services « ni ni ». Toutes les modalités d'organisation ne doivent toutefois pas être reprises dans les statuts. C'est la raison pour laquelle il a décidé de prévoir, dans le « modèle 3 » qui devait être envoyé à l'Office pour le 31 mai 2012 au plus tard, l'attestation suivante à effectuer à la fin de la description de chaque service concerné par ledit « modèle 3 » :

« Par la présente, je confirme, sous ma responsabilité, que la description susmentionnée donne une image correcte, fidèle et exhaustive du service. Je confirme être disposé à fournir davantage de détails quant aux modalités d'organisation du service en question sur simple demande de l'Office de contrôle. ».

L'exigence d'avoir une image correcte, fidèle et exhaustive dans les statuts, également pour les services « ni ni » dont l'objet consiste à financer des actions collectives d'entités tierces ou à subventionner des structures socio-sanitaires, est le corollaire du fait que le Conseil est d'avis que lesdits services ne doivent pas faire l'objet d'un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990. En effet, l'Office ne dispose pas d'un contrôle sur les tiers et en l'absence d'accord de collaboration, les réviseurs ne peuvent pas demander à propos de ces services, les informations qu'ils estiment nécessaires et la loi du 6 août 1990 ne prévoit pas qu'en l'absence d'accord de collaboration, l'Office doit disposer d'un rapport d'exécution des activités organisées. Les statuts doivent dès lors être précis non seulement quant à la finalité du service, mais également quant aux structures socio-sanitaires subventionnées, quant aux montants qu'il est envisagé de transférer et quant à la destination envisagée de l'argent versé à l'entité tierce. A cet égard, il a été souligné que le transfert d'argent vers une entité tierce ne peut par exemple pas avoir pour destination finale le financement du personnel de celle-ci ou la couverture des pertes d'une institution financière. Il ne suffit donc pas que les critères du financement soient décrits.

Le Conseil ajoute qu'il souhaite, par le biais des statuts, avoir une vue claire sur les transferts financiers vers d'autres entités et les membres doivent, par le biais des statuts, être informés des

avantages qui peuvent leur être octroyés en fonction des moyens disponibles, de leurs obligations et de la destination des cotisations qu'ils doivent payer.

4.2. Le Fonds social

Le Conseil a demandé que ses observations par rapport au projet de disposition statutaire « cadre » du CIN soient soumises au Comité technique

4.3. Le service social

Le Conseil a demandé que ses observations par rapport au projet de disposition statutaire « cadre » du CIN soient soumises au Comité technique.

Il souhaite toutefois d'ores et déjà communiquer, dans la présente lettre :

- que les dépenses en la matière qui concernent l'assurance obligatoire doivent être reprises sur les documents T2 ad hoc. Il rappelle que la comptabilité de l'assurance obligatoire doit être clairement séparée de celle de l'assurance complémentaire ;
- qu'il estime que ce service, en ce qui concerne les aspects pour lesquels ne sont pas utilisés des frais d'administration de l'assurance obligatoire, constitue un service au sens de l'article 3, alinéa 1er, c), de la loi du 6 août 1990 qui offre des avantages aux membres des entités mutualistes concernées et qui doit être repris dans les statuts.

5. Accords de collaboration

5.1. Services « ni ni »

Le Conseil est d'avis que les services « ni ni » dont l'objet consiste à financer des actions collectives d'entités tierces ou à subventionner des structures socio-sanitaires ne doivent pas faire l'objet d'un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990.

Par ailleurs, il souligne que les services d'une entité mutualiste qui ont pour objet le financement d'actions collectives ou le subventionnement de structures socio-sanitaires sont des services où c'est l'entité mutualiste en question qui procède elle-même au financement ou au subventionnement et ne confie pas cette mission à une entité avec laquelle un accord de collaboration au sens de l'article 43 de la loi du 6 août 1990 a été conclu.

5.2. Autres services

Le Conseil estime :

- qu'il y a lieu de conclure un accord de collaboration dès le moment où le service peut, en application de l'article 43 de la loi du 6 août 1990, faire l'objet d'une collaboration et n'est pas totalement organisé en pratique par l'entité mutualiste en question ;

- qu'aucune distinction n'est à opérer selon le contenu de la collaboration ou selon que la collaboration fasse l'objet ou pas d'un transfert direct ou indirect d'argent de l'entité mutualiste vers la personne juridique concernée ou de mise à disposition de cette dernière de membres du personnel de l'entité mutualiste ou encore de locaux. L'article 43 de la loi du 6 août 1990 ne prévoit en effet aucune exception en la matière ;
- que s'agissant de services d'une entité mutualiste, l'argument aux termes duquel il ne faut conclure un accord de collaboration que lorsqu'il y a décision « de manière autonome » quant au contenu de l'avantage ou quant aux conditions dans lesquelles il est octroyé est difficilement compatible avec le fait qu'il s'agit de services dont les avantages et les conditions pour en bénéficier sont approuvés par l'assemblée générale.

6. Centre administratif – service de gestion – fonds de réserve – asbl patrimoniale - marketing

Le Conseil observe à titre préalable que la note CT 11/10/D1/A relative à ladite problématique a été mise à l'ordre du jour de la réunion du Comité technique pour la première fois le 24 novembre 2011. L'article 54, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 précise que le Comité technique doit émettre un avis dans les 4 mois qui suivent la date de la première inscription à l'ordre du jour du Comité technique, à savoir au plus tard le 24 mars 2012. Par conséquent, ce délai est dépassé. Il est à cet égard observé que la lettre du CIN du 21 mars 2012 ne peut être considérée comme étant un avis du Comité technique.

6.1. Année 2012, année de transition

Vu le délai, le Conseil marque accord pour que la nouvelle structure organisationnelle (codes de classification, tableaux de cotisations et gestion financière) ne soit implémentée qu'en 2013, ce qui ne veut toutefois pas dire que la loi du 26 avril 2010 ne doit pas être totalement respectée, également en ce qui concerne les rapportages, à partir de la date à laquelle elle s'applique aux entités mutualistes. Ceci a été communiqué lors du Comité technique du 24 novembre 2011.

6.2. Dualité exercice comptable/année civile, les tableaux de cotisations et les transferts autorisés de fonds du fonds de roulement des services

L'aspect dualité exercice comptable/année civile vise la question de savoir si des dettes de prestations peuvent encore être comptabilisées à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010. En sa séance du 19 mars 2012, le Conseil a répondu par l'affirmative à cette question.

En ce qui concerne les tableaux de cotisations, il est clair que ceux-ci doivent mentionner que les cotisations sont dues par ménage mutualiste et le cas échéant, pour quels ménages mutualistes la cotisation est fixée à 0 euro. Par ailleurs, la structure des tableaux de cotisations (ETAC) devra être adaptée aux nouveaux codes de classification retenus.

A propos des transferts de fonds de fonds de roulement, le Conseil confirme les propositions reprises dans la note soumise au Comité technique et que celles-ci sont applicables à partir de la date à partir de laquelle l'entité mutualiste a décidé de se conformer aux dispositions de la loi du 26 avril 2010. En effet, ces règles ont pour objet d'éviter de contourner, d'une part, la

disposition légale relative à la fixation d'une cotisation maximale pour les opérations et d'autre part, les limitations à l'augmentation des cotisations pour les services hospitalisation et indemnités journalières, prévues à l'article 9, § 1^{er}quinquies, de la loi du 6 août 1990.

6.3. Le maintien du code de classification « 95 » en ce qui concerne l'affectation des cotisations de services organisés par le biais d'un accord de collaboration lorsqu'elles ne peuvent pas être scindées par code de classification

Il est rappelé que l'introduction, par la circulaire 05/07/D1 du 25 avril 2005, d'une nouvelle structure pour les tableaux de cotisations, avait pour objet de parvenir à une transparence complète au niveau des flux financiers par code de classification. Le fait qu'un service déterminé soit organisé en pratique par l'entité mutualiste même ou par le biais d'un accord de collaboration conclu avec un tiers ne peut pas avoir un impact comptable différent. Tous les flux financiers doivent en effet transiter par le compte de résultats des codes de classification concernés. Etant donné que le secteur a relevé que, dans certains cas, les accords de collaboration avec des tiers avaient trait à plusieurs codes de classification, il a été temporairement autorisé de faire usage, dans ces cas, du code de classification "95 – Accords de collaboration non ventilés".

Le Conseil a décidé que le recours au code de classification « 95 » n'est plus autorisé. A cet égard, le Conseil observe que le rapportage à l'assemblée générale relatif à l'exécution des accords de collaboration auquel il est fait référence par le secteur ne peut en aucun cas remplacer les données des comptes annuels étant donné qu'aucun compte de résultats ne peut être déduit des données issues du rapportage.

Par ailleurs, étant donné que, dans certains cas, le service « patrimonial » (code de classification 97) d'une entité mutualiste joue également un rôle de « holding » comme dans les services concernés par le code de classification « 95 », il y a par conséquent, comme pour ces derniers services, lieu de prendre les mesures nécessaires pour mettre fin aux pratiques concernées.

6.4. Ne pas donner une autre description pour des codes qui existent déjà

Une note relative aux codes de classification à respecter à partir du 1^{er} janvier 2013 sera soumise au Comité technique. Les codes dont la dénomination reste inchangée, seront maintenus et pour les autres cas, un code de classification non utilisé à ce jour sera attribué. Le Conseil attire d'ores et déjà l'attention sur le fait que le code de classification d'un service ne préjugera pas de la nature du service (opération ou "ni-ni").

6.5. Centre administratif (considérer l'année 2012 comme une année de transition et situations qui peuvent être concernées par les codes de classification proposés 98/1 et 98/2)

En ce qui concerne l'aspect transitoire, il est renvoyé au point 1 ci-dessus. Par ailleurs, il est relevé qu'il ne peut pas y avoir, d'après la note soumise au Comité technique, d'ambiguïté quant aux situations qui peuvent être concernées par les codes de classification proposés 98/1 (répartition des frais de fonctionnement généraux - chaque année un résultat nul et pas d'excédents ou de déficits cumulés) et 98/2 (réserve comptable des frais d'administration de l'assurance obligatoire)

6.6. Une gestion financière distincte uniquement pour le service de l'épargne prénuptiale

Le Conseil marque son accord sur le fait qu'à côté d'une gestion financière commune, il n'y ait une gestion financière distincte qu'en ce qui concerne l'épargne prénuptiale, l'assurance soins visée par l'arrêté royal du 12 mai 2011 et le fonds de réserves complémentaire

6.7. Maintien d'un fonds de roulement et adaptation de l'arrêté royal sur les placements

En ce qui concerne le maintien d'un fonds de roulement, il est rappelé qu'en application de la loi du 26 avril 2010, l'Office ne peut en imposer la constitution. Il n'est toutefois pas interdit aux entités mutualistes de se constituer, dans la pratique, un fonds de roulement. En sa séance du 6 avril 2012, le Conseil a estimé qu'un fonds de roulement ne peut être d'un montant supérieur à l'équivalent de 3 mois de dépenses en prestations. L'Office examine actuellement dans ce contexte quel sort conforme doit être donné aux montants qui excèdent ce fonds de roulement et dont les entités mutualistes disposent entre autres étant donné que l'Office a, dans le passé et en tenant compte des techniques assurancielles, demandé de constituer des réserves dans le cadre de son contrôle prudentiel.

L'arrêté royal portant exécution de l'article 29, § 4, de la loi du 6 août 1990 doit être adapté eu égard à l'absence de possibilité de constituer des fonds de réserves (sauf en ce qui concerne l'épargne prénuptiale). Le Conseil en a discuté une première fois lors de sa séance du 6 avril 2012. A cette occasion, il a estimé qu'il ne devrait pas être interdit d'effectuer tout placement avec le fonds de roulement mais qu'il conviendrait d'en limiter la durée à maximum trois mois et ce, en fonction de la trésorerie et que la possibilité d'octroyer des prêts à l'aide de ce fonds de roulement devrait être exclue, à défaut de quoi cela indiquerait que ce fonds est trop important. Un projet d'arrêté royal relatif aux placements autorisés sera soumis prochainement au secteur.

6.8. Ne pas effectuer une distinction, en ce qui concerne les cotisations et les réserves, entre les frais techniques (prestations) et les frais de fonctionnement ;

Etant donné que le Conseil a décidé que des dettes de prestations peuvent être comptabilisées, une gestion financière distincte ne doit être prévue que pour les services de l'épargne prénuptiale, les services de l'assurance soins visés par l'arrêté royal du 12 mai 2011, ainsi que pour le fonds de réserves complémentaire.

6.9. Ne pas prévoir des comptes financiers distincts pour les dépenses de fonctionnement et inutilité de la sécurité de 25% pour les frais de fonctionnement

Etant donné que le Conseil a décidé qu'une gestion financière distincte ne doit être prévue que pour les services de l'épargne prénuptiale, les services de l'assurance soins visés par l'arrêté royal du 12 mai 2011, ainsi que pour le fonds de réserves complémentaire, la sécurité proposée ne doit pas être instaurée.

7. Attestations encore à transmettre

Le Conseil rappelle que :

- par courriel du 28 mars 2012, il a décidé d'octroyer un délai supplémentaire de 2 mois, à savoir jusqu'au 31 mai 2012, pour la transmission à l'Office du « modèle 3 » et il a été précisé

qu'à la suite de certaines questions formulées par différentes entités mutualistes, des instructions complémentaires en la matière seraient transmises au secteur ;

- par courriel du 21 mai 2012, il a été communiqué au secteur que le Conseil a décidé .
- que dans le cadre du modèle 3 à envoyer à l'Office pour le 31 mai 2012, il y a également lieu de communiquer une description détaillée des services qui ont pour but le subventionnement de structures socio-sanitaires et ce, qu'ils soient déjà agréés ou pas par le Conseil;
- que l'attestation de l'impossibilité de pouvoir donner plus de détails que ceux qui communiqués dans le cadre du « modèle 3 », à effectuer à la fin de la description de chaque service concerné par le « modèle 3 » a été remplacée par l'attestation suivante :

« Par la présente, je confirme, sous ma responsabilité, que la description susmentionnée donne une image correcte, fidèle et exhaustive du service. Je confirme être disposé à fournir davantage de détails quant aux modalités d'organisation du service en question sur simple demande de l'Office de contrôle. ».

Ceci signifie qu'il ne suffit pas de donner une description des critères pour le financement des actions collectives, comme demandé dans la lettre du CIN, mais qu'il y a lieu de donner une description desdites actions et du financement envisagé. L'Office doit disposer d'une image correcte, fidèle et exhaustive des services afin de pouvoir déterminer s'ils ont trait à la notion de santé, telle que définie à l'article 2, § 1er, de la loi du 6 août 1990, s'ils sont conformes à la loi du 26 avril 2010 et s'ils constituent des opérations ou des services « ni ni ».

Par ailleurs, le Conseil rappelle qu'il est indiqué, dans le courrier adressé au secteur :

- le 24 novembre 2011, que lors de toute modification relative aux différentes catégories de services concernées par le « modèle 3 » (création de nouveaux services qui satisfont selon l'entité à l'article 1er, points 1 et 5, de l'arrêté royal du 12 mai 2011 ou organisés par le biais d'accords de collaboration, conclusion de nouveaux accords de collaboration, financement ou subventionnement d'autres entités, modifications des statuts des entités financées ou subventionnées ou des entités avec lesquelles un accord de collaboration a été conclu, décision de financement de nouvelles actions collectives, ...), il y a lieu de respecter les mêmes règles et de communiquer les mêmes documents qu'en ce qui concerne les services organisés au 1er janvier 2012 ;
- le 16 décembre 2011, il a été demandé au secteur de communiquer les documents, engagements, attestations, déclarations et informations dont question dans le modèle 2 également pour les services organisés par le biais d'accords de collaboration que le Conseil a décidé d'agréer et ce, en vue de disposer d'une vue globale de la problématique. Or, la lettre du CIN du 21 mars 2012 ne fait état que des services que le Conseil n'a pas décidé d'agréer.

8. Cotisation

Le Conseil ne comprend pas que le CIN fasse état d'un manque de clarté quant aux possibilités de différencier les cotisations en fonction du statut social. En effet :

- l'article 67, alinéa 1er, e), de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), prévoit qu'une différenciation n'est possible que "sur la base du statut social au sens de l'article 37, §§ 1er, 2,

et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.";

- une note a été soumise à ce propos au Comité technique en sa séance du 1er avril 2010, alors que la loi n'avait pas encore été publiée.

Eu égard à ce qui précède, il ne peut être admis que les étrangers mineurs non accompagnés, qui sont visés à l'article 32, 22°, de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 et non pas par l'article 37, §§ 1er, 2, ou 19, de ladite loi, puissent bénéficier d'une cotisation moindre.

Par ailleurs, le Conseil ne peut marquer son accord en ce qui concerne la demande du secteur de pouvoir prévoir, entre les différentes catégories de membres bénéficiant d'un statut social au sens de l'article 37, §§ 1er, 2, et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, une dérogation différente (à savoir une diminution du montant des cotisations différente) au principe du caractère forfaitaire des cotisations. En effet, le Conseil rappelle que l'article 67, alinéa 1er, e), de la loi du 26 avril 2010 n'impose pas aux entités mutualistes de prévoir une cotisation inférieure pour les membres ayant un statut social précité. Une entité mutualiste, qui a décidé de prévoir une cotisation inférieure pour ces membres ne peut pas prévoir, entre ces membres en faveur desquels il est dérogé au principe général du caractère forfaitaire des cotisations, une dérogation différente (à savoir une diminution de cotisations différente) selon la situation qui donne droit à une intervention majorée) sauf dans l'hypothèse dans laquelle cette différence entre ces membres pourrait être considérée comme étant objectivement justifiée. Il ne peut être en effet admis qu'une discrimination puisse être instaurée entre lesdits membres et qu'une certaine sélection des risques puisse être opérée entre les différentes catégories concernées.

9. Affiliation uniquement pour les services et opérations complémentaires

Le Conseil ne comprend pas que le secteur estime qu'il y a un manque de clarté au niveau des possibilités de s'affilier pour l'assurance complémentaire, auprès d'une mutualité, sans être affilié dans cette mutualité en ce qui concerne l'assurance obligatoire. En effet, toutes les catégories évoquées par le CIN dans sa lettre du 21 mars 2012 qui ne sont pas affiliées auprès d'une mutualité pour l'assurance obligatoire, à savoir :

- les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire à la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B. Holding;
- les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité;
- les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire à la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins;
- les personnes affiliées pour l'assurance obligatoire à l'Office de sécurité sociale d'outre-mer;
- les personnes qui ont droit au remboursement de soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit européen ou international établie en Belgique;
- les personnes qui ne sont plus soumises à l'assurance obligatoire suite à une mission à l'étranger pour le compte d'un gouvernement belge;

- les travailleurs frontaliers qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire, à condition toutefois qu'ils résident en Belgique,

peuvent, aux termes des décisions prises par le Conseil s'y affilier pour l'assurance complémentaire dans l'attente d'une modification légale ou réglementaire si les statuts prévoient cette possibilité. En effet :

- l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéa 3, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, vise les deux premiers tirets cités par le CIN ;

- le courrier de l'Office du 19 mai 2011, adressé à tout le secteur en réponse au courrier du 20 avril 2010 reprenant la réaction du Collège intermutualiste national, vise les 4 tirets suivants;

- le courrier de l'Office du 20 juillet 2011, adressé à tout le secteur à la suite de l'entretien du 11 juillet 2011 avec Messieurs Justaert et Labille, vise le dernier tiret de la solution proposée par le CIN.

10. Assurance complémentaire

A propos du manque de clarté invoqué par le secteur au niveau de l'utilisation de l'expression « assurance complémentaire », comme terme désignant les opérations et les services « ni ni » et de la proposition du secteur d'utiliser à l'avenir à les termes « services complémentaires », le Conseil observe :

- que l'expression « assurance complémentaire » est utilisée dans la dénomination de la loi du 26 avril 2010 ;
- que le mot « assurance » est également utilisé dans l'expression « assurance obligatoire soins de santé et indemnités »

Par conséquent, le recours à cette terminologie ne peut pas être interdit mais il n'y a pas de problème à ce que les mots « services complémentaires » soient utilisés dans les statuts, à condition d'y définir cette expression. De nombreuses dispositions statutaires utilisant cette terminologie ont d'ailleurs déjà été approuvées par le Conseil. Par ailleurs, le Conseil relève qu'une réponse en ce sens a été communiquée au Comité technique en sa séance du 19 mai 2011.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma grande considération.

Le Président du Conseil,

N. JEURISSEN

