

# LA SÉCURITÉ *sociale* BELGE

POUR LES NULS

EN TANT QU'INDÉPENDANT,  
EMPLOYÉ OU TOUT SIMPLE-  
MENT CITOYEN, RÉGULIÈRE-  
MENT, NOUS POUVONS ÊTRE  
CONFRONTÉS AU SYSTÈME  
DE SOINS DE SANTÉ. IL  
N'EST PAS TOUJOURS  
ÉVIDENT DE S'Y RETROU-  
VER. CET ARTICLE VOUS  
PRÉSENTE LES GRANDES  
LIGNES DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE BELGE.

*Véronique Demierbe, diététicienne agréée, tabacologue,  
Maître en Sciences de la Santé Publique*



## UN PEU D'HISTOIRE

En Belgique, l'industrialisation s'est accompagnée d'une diminution du bien-être des ouvriers. Les conditions de travail et de logement étaient extrêmement précaires. Suite à cela, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les caisses, qui faisaient office à l'époque d'assurance, sont apparues et ce, dans des secteurs bien spécifiques tels que le charbon et la sidérurgie notamment.

C'est seulement en 1944 que l'assurance obligatoire a vu le jour. Celle-ci se limitait aux travailleurs salariés dans un premier temps pour ensuite s'élargir aux indépendants, chômeurs, etc<sup>1</sup>.

## LES OBJECTIFS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La sécurité sociale a deux grands objectifs: l'assurance et la solidarité.

Elle assure la sécurité face aux aléas de la vie, tel que la maladie, la pauvreté, le chômage, les accidents de travail par exemple, en socialisant les risques. Ainsi, quel que soit notre revenu, nous sommes couverts. Les malades tout comme les non malades contribuent au financement des soins de santé<sup>2</sup>.

## L'ORGANISATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE BELGE

Le système de soins de santé belge est caractérisé par de nombreux niveaux de pouvoir et par un morcellement des compétences. Notre système est de type Bismarckien, c'est-à-dire qu'il est financé par les cotisations sociales.

L'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) perçoit ces cotisations de sécurité sociale tant des employeurs que des travailleurs salariés.

Les indépendants, quant à eux, s'affilient et payent leurs cotisations sociales auprès d'une Caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants ou auprès de la Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, gérée par l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (l'INASTI).

Le prélèvement des cotisations varie selon la capacité de chacun à payer et est donc proportionnel au revenu de chacun. Les soins ne sont pas octroyés en fonction de la participation financière mais selon les besoins de chacun<sup>2,3</sup>.

## ET À L'ÉTRANGER?

En Amérique, les personnes sont protégées par une assurance volontaire et privée dont la prime varie selon les risques associés à chacun. Ce système est défini comme étant libéral.

Au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne et dans les pays scandinaves, le système de santé, dit Bévériidgien, se base sur trois principes clefs; l'universalité (l'aide est octroyée à tout citoyen), l'unité (le système est géré par une administration unique) et l'uniformité (l'aide est octroyée selon les besoins et non en fonction des revenus). Le financement est prélevé sur les impôts.

En Allemagne, en France, en Hollande et en Autriche, le système est, tout comme en Belgique, Bismarckien. Ce dernier se base sur les cotisations sociales des employeurs, employés et indépendants.

En Grèce et au Portugal, le système de soins de santé est Bévériidgien et Bismarckien. Le système d'assurance maladie nationale coexiste avec plusieurs assurances sociales professionnelles<sup>2</sup>.

## L'INSTITUT NATIONAL ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (INAMI)

Directement dépendant du ministère de la santé, l'INAMI gère et organise les prestations couvertes par l'assurance obligatoire. L'INAMI contrôle le respect de la réglementation par les dispensateurs de soins, contrôle l'évolution

des dépenses, gère la nomenclature, organise la concertation entre différents acteurs au travers d'une commission d'accord et de convention, donne des informations aux dispensateurs de soins sur les honoraires ou les prix et les règles à appliquer, encourage une meilleure qualité des soins de santé.

L'INAMI répartit ses recettes entre les différentes mutuelles. Il supervise l'organisation générale en matière d'assurance obligatoire mais la tâche de fournir cette assurance revient aux mutuelles<sup>2,4</sup>.

## LES MUTUELLES

Les mutuelles sont regroupées par alliance: chrétienne, socialiste, neutre, libérale, libre. Sur base légale, le marché est fermé aux nouvelles mutualités.

Elles ont pour missions: l'exécution de l'assurance obligatoire, l'intervention financière liée à la maladie ou l'invalidité ainsi que l'aide et l'information en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social<sup>2,5</sup>.

## L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

L'inscription à un organisme assureur en tant que titulaire ou personne à charge est obligatoire. Elle couvre 99% de la population. Le 1% restant étant associé aux personnes sans papiers.

Cette assurance est financée par les cotisations sociales et intervient dans le remboursement des frais de consultation chez le médecin ou autres prestataires paramédicaux, de même que dans l'intervention forfaitaire pour l'hospitalisation et le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail ou en cas de maternité<sup>2,6</sup>.

## L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'assurance complémentaire, à l'origine auxiliaire, est devenue obligatoire<sup>7</sup>.

Elle offre une grande diversité de services et d'avantages selon les besoins des membres. Ces avantages varient d'une mutuelle à l'autre mais également selon les régions.

## LES REMBOURSEMENTS EN LIEN AVEC LA DIÉTÉTIQUE

### Dans le cadre de l'assurance obligatoire<sup>8</sup> :

- Le pré-trajet de soins ou modèle de soins «suivi d'un patient diabétique de type 2»

Anciennement «passeport diabète», le pré-trajet de soins a pour but de mieux encadrer les patients diabétiques de type 2 qui ne suivent ni un trajet de soins, ni un programme d'autogestion du diabète mis en place par un centre conventionné.

Pour pouvoir en bénéficier, le médecin généraliste détenteur du dossier médical global (DMG) atteste le code de nomenclature attribué au pré-trajet de soins sur une attestation de soins.

Cette reconnaissance donne droit au remboursement de deux séances par an de diététique et de podologie sur base d'une prescription du médecin généraliste. Les patients ont le ticket modérateur à leur charge, c'est-à-dire la part personnelle à payer.

- Le trajet de soins

Le trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient atteint d'une insuffisance rénale chronique ou de diabète de type 2 afin d'améliorer la qualité des soins. Il se base sur une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste au moyen d'un contrat signé par les trois partis.

Le trajet de soins donne également droit au remboursement de deux séances par an de diététique et de podologie sur base d'une prescription du médecin généraliste. Les patients ont également le ticket modérateur à leur charge.

- Nutrition médicale

Dans le cas des affections suivantes, l'assurance obligatoire rembourse l'alimentation particulière sous forme de forfait.

1 Alimentation adaptée en cas de galactosémie pour les enfants de moins de deux ans. Pour pouvoir en bénéficier, le pédiatre complète une notification à envoyer à la mutualité de l'en-

fant. Le forfait est de 60€ par mois, payé chaque trimestre.

2 Alimentation particulière en cas de maladie cœliaque ou dermatite herpétiforme. Pour pouvoir en bénéficier, le patient envoie à sa mutuelle un formulaire officiel complété par son médecin spécialiste ainsi qu'un rapport médical circonstancié. Le remboursement couvre une période de 2 ans, renouvelable.

3 Alimentation particulière en cas d'allergie au gluten, à la gliadine ou à la farine de céréales. Au moyen d'un formulaire officiel complété par un médecin spécialiste, un forfait de 38 € par mois peut être octroyé pour une période de 2 ans, renouvelable.

4 Alimentation particulière en cas d'insuffisance rénale chronique pour les enfants âgés de moins de 18 ans qui nécessitent une dialyse ou souffrent de tubulopathie. Pour pouvoir bénéficier d'un forfait de 30 € par mois payé tous les trimestres, le médecin spécialiste complète une notification à envoyer à la mutualité.

5 Alimentation entérale par sonde. Le forfait journalier varie selon le type de produit (4,10€ pour le polymérique contre 15€ pour le semi-élémentaire), matériel utilisé (0,71€ pour l'utilisation du matériel sans pompe et 1,15€ pour l'utilisation du matériel avec pompe) et la présence ou non d'une pompe (0,41€ en cas de nécessité). La demande doit être introduite par le médecin généraliste au moyen du formulaire spécifique.

6 Alimentation parentérale à domicile. Pour en bénéficier, le médecin spécialiste doit introduire une demande de remboursement au moyen d'un formulaire type. L'hôpital prend en charge l'intégralité du coût lié à l'alimentation parentérale. La mutualité verse directement le montant à l'institution.

7 Produits d'alimentation diététique à des fins médicales spéciales. Il s'agit d'aliments qui doivent être utilisés sous un contrôle médical uniquement. Ceux-ci peuvent constituer une alimentation exclusive ou partielle. Ce type d'alimentation est nécessaire lorsqu'une alimentation ordinaire n'est pas possible ou lorsque l'état de santé nécessite des besoins nutritionnels particuliers. Pour en bénéficier, le médecin généraliste ou spécialiste introduit une demande au moyen du formulaire officiel.

Tout comme les médicaments, les aliments diététiques sont classés selon leur utilité sociale et thérapeutique. Le ticket modérateur varie en fonction de la catégorie de remboursement à laquelle est reprise l'aliment.

En catégorie «A», par exemple, l'assurance rembourse l'intégralité du coût du produit, rien n'est à charge du patient. Cette catégorie regroupe les médicaments considérés comme absolument nécessaires. En «B», 75% du coût initial est remboursé par l'organisme assureur, etc.

Dans la liste des aliments diététiques à des fins médicales spéciales, figurent par exemple le Neocate®, Neocate Advance® et Nutramigen AA® en cas d'allergie aux protéines de lait de vache. La période de remboursement dépendra de la sévérité de l'allergie et est estimée par le médecin spécialiste sur base d'un rapport circonstancié.

## DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

voir les tableaux page suivante qui concernent les remboursements des consultations diététiques.

### Références

- 1 CORENS D., «Belgium Health system review», European Observatory on Health Systems and Policies, Health system in Transition Vol 9 n°2, 2007, p. 15 – 18.
- 2 DAUE F., CRAINICH D., «L'avenir des soins de santé: oser le diagnostic et les thérapies», Itinera Institute, p. 33 – 52.
- 3 Service Public Fédéral Sécurité Sociale, «La sécurité sociale: tout ce que vous avez toujours voulu savoir», mars 2015, p. 9 – 40.
- 4 INAMI, [http://www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx#WCbQnSQs1\\_k](http://www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx#WCbQnSQs1_k), page consultée le 9 octobre 2016.
- 5 Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, Rapport annuelle, 2013. <http://www.ocm-cdz.be/hoofdframe-f.htm>. Page consultée le 3 mai 2016.
- 6 Service Public Fédéral Belge, «Assurance obligatoire soins de santé et indemnités», [http://www.belgium.be/fr/sante/cout\\_des\\_soins/assurance\\_obligatoire](http://www.belgium.be/fr/sante/cout_des_soins/assurance_obligatoire), page consultée le 17 septembre 2016.
- 7 RTBF Info, «La cotisation complémentaire auprès des mutuelles devient obligatoire», 2 janvier 2012. [http://www.rtb.be/info/societe/detail\\_mutuelles-l-assurance-complementaire-est-devenue-obligatoire?id=7321663](http://www.rtb.be/info/societe/detail_mutuelles-l-assurance-complementaire-est-devenue-obligatoire?id=7321663). Page consultée le 3 mai 2016.
- 8 INAMI, <http://www.inami.fgov.be/fr/Pages/default.aspx>, page consultée le 17 juillet 2016.
- 9 Mutualité Chrétienne, <https://www.mc.be/>, page consultée le 4 novembre 2016.
- 10 Mutualité Solidaris, <http://www.solidaris.be/>, page consultée le 4 novembre 2016.
- 11 Mutualité Neutre, <http://www.mut226.mnb.be/>, page consultée le 4 novembre 2016.
- 12 Mutualité Libérale, <http://www.lm.be/Pages/defaultNL.aspx?lmr=true>, page consultée le 4 novembre 2016.
- 13 Mutualité Libre, <http://www.mloz.be/>, page consultée le 4 novembre 2016.

## LA MUTUALITÉ CHRÉTIENNE<sup>9</sup>



RÉGION	AVANTAGES	CONDITIONS
Brabant Wallon	35€ par an, sans limite d'âge.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.
Bruxelles, St-Michel	10€ par séance avec un maximum de 5 consultations par an, sans limite d'âge.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.
Hainaut Oriental	25€ pour 1 bilan diététique et 12€ par séance pour le suivi diététique avec un maximum de 10 consultations par an.	Destiné aux jeunes de moins de 18 ans en cas de troubles du comportement alimentaire compliqués d'obésité ou d'anorexie. Compléter les différents formulaires (bilan et séances) disponibles aux guichets et y joindre une attestation médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Hainaut Picardie	40€ par an, sans limite d'âge.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible aux guichets.
Liège	25€ pour le bilan diététique et 12,50€ par séance de suivi avec un maximum de 6 consultations par an.	Destiné aux jeunes souffrant d'obésité, d'anorexie ou de boulimie, ceux-ci doivent avoir moins de 19 ans à la date du bilan. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Province de Luxembourg	10€ par bilan ou séance avec un maximum de 35€ par an.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.
Province de Namur	Pas de remboursement pour des consultations chez un diététicien.	
Verviers-Eupen	40€ par an, sans limite d'âge.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.

## LA MUTUALITÉ SOCIALISTE<sup>10</sup> OU SOLIDARIS



RÉGION	AVANTAGES	CONDITIONS
Brabant Wallon	25€ pour le bilan diététique et 12,50€ par séance de suivi avec un maximum de 6 consultations.	Destiné aux jeunes de moins de 18 ans souffrant d'obésité. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Bruxelles	10€ par séance chez un diététicien ou par réunion Weight Watchers avec un maximum de 60€ par an.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet, et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique. Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié doit avoir suivi un minimum de 6 séances.
Centre, Charleroi et Soignies		Destiné aux jeunes de moins de 18 ans souffrant d'obésité. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Liège		Destiné aux personnes en possession d'un dossier médical ouvert (DMG) et ayant un IMC supérieur ou égal à 25, excepté pour les jeunes de moins de 18 ans. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Mons Walonie Picarde	25€ pour le bilan diététique et 12,50€ par séance de suivi avec un maximum de 6 consultations	
Province du Luxembourg		Destiné aux jeunes de moins de 18 ans souffrant d'obésité. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Province de Namur		

## LA MUTUALITÉ NEUTRE<sup>11</sup>



RÉGION	AVANTAGES	CONDITIONS
Bruxelles (Symbio)	25€ pour le bilan diététique une fois par an et 12,50€ par séance avec un maximum de 6 séances par an chez un diététicien ou pour des séances Weight Watchers.	Pour bénéficier du remboursement, la personne doit présenter un justificatif reprenant les honoraires perçus à sa mutuelle.
Verviers (Mutualia)		
Liège	25€ pour le bilan diététique une fois par an et 12,50€ par séance avec un maximum de 6 séances par an.	Destiné aux personnes ayant un IMC supérieur ou égal à 25 ou souffrant d'anorexie. Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet, et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.
Hainaut		
Namur (Manalux)	25€ pour le bilan diététique une fois par an et 12,50€ par séance avec un maximum de 6 séances par an ou 100€ par an pour les cours Weight Watchers avec un minimum de 10 séances sur 6 mois.	Destiné aux jeunes souffrant d'obésité, d'anorexie ou de boulimie, ceux-ci doivent avoir moins de 19 ans à la date du bilan. Remettre une attestation de prestation et y joindre une prescription médicale mentionnant la nécessité d'un suivi diététique.

## LA MUTUALITÉ LIBÉRALE<sup>12</sup>



RÉGION	AVANTAGES	CONDITIONS
Brabant	- 10€ par consultation diététique, avec un maximum de 6 consultations par an ou	Destiné aux personnes ayant un IMC supérieur à 25. Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.
Hainaut Namur	- 10€ par cours Weight Watchers avec un maximum de 6 cours à condition de suivre les 6 cours sur une période de 6 mois. Des réductions sont également possibles pour les membres désireux de poursuivre les séances Weight Watchers ou	
Hainaut Ouest	- 60€ dès inscription à 10 séances chez Infraligne (travail en collaboration avec une diététicienne et un coach pour les exercices réalisés dans une cabine équipée de rayons infrarouges) ou	
Liège (Libramut)	- 60€ dès inscription à 20 séances d'exercices chez Bodystyling (séances de kinésithérapie ciblée, pour un amincissement local et conseils donnés par une diététicienne).	
Luxembourg		

## LA MUTUALITÉ LIBRE<sup>13</sup>



RÉGION	AVANTAGES	CONDITIONS
Omnimut	10€ par consultation diététique, avec un maximum de 3 consultations par an ou 30 euros pour 6 réunions Weight Watchers. En cumulant les consultations chez le diététicien et la pratique d'un sport, les affiliés bénéficient d'un forfait de 20 euros supplémentaire.	Destiné aux personnes en possession d'un dossier médical ouvert (DMG). Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet.
Partenamut	10€ par consultation diététique avec un maximum de 4 consultations par an. Pour les personnes atteintes d'une pathologie lourde ou chronique (diabète, Alzheimer, dénutrition, affections néoplasiques, dialyse suite à une insuffisance rénale chronique, mucoviscidose, surpoids avec un IMC supérieur à 25 ou un percentile supérieur à 85, sida, maladie de Crohn, anorexie), la mutualité couvre jusqu'à 120 euros par ans.	Compléter une demande d'intervention via un formulaire propre à la mutuelle, disponible sur le site internet. Après les quatre premières consultations, remettre un certificat médical attestant la pathologie et la nécessité d'une prise en charge diététique.