



INAMI
Rapport annuel
2011

INAMI

Rapport annuel 2011

Le rapport annuel 2011 a pu se réaliser grâce à la précieuse collaboration de

Hervé Avalosse, Daniël Bodart, Pierre Bonte, Danny Borreman, Benoît Collin, la Cellule communication (Sandrine Bingen, Doris Cappoen, David Constant, Sandra De Clercq, Lawrence de Marneffe, Véronica Franceschini, Mélissa Hermie, Ludwig Moens, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Gorik Cools, Daniel Crabbe, Michaël Daubie, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Astrid De Poix, Ri De Ridder, Emilie De Smet, André De Swaef, Pedro Facon, Freddy Falez, Alain Ghislain, Kathleen Haelterman, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Martine Hottat, Serge Jacquinet, Olivier Labarre, Etienne Laurent, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Marie-Hélène Mangon, Pascal Meeus, Olivier Michiels, Virginie Millecam, François Perl, Anne Remacle, Didier Renauld, le Secrétariat du Service des soins de santé, le Secrétariat général des Services généraux de support, An Taelemans, Eric Teunkens, Joos Tielemans, le Service de traduction et d'interprétariat, Tessy Van Berlo, Sigrid Vancorenland, Wouter Van Damme, Christian Van Ende, Maryse Van Audenhaege, Liesbeth Verbruggen, Charlotte Wilgos, Sylvie Willemsens..

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Design et réalisation graphique : Ab initio Graphic Design, Bruxelles, www.abinitio.be

Impression : juillet 2012

Dépôt légal : -



La version électronique de ce rapport annuel est disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

Sommaire

Avant-propos	5
1^{re} Partie - L'INAMI : carte d'identité	7
I. Missions de l'INAMI	8
II. Organigramme de l'INAMI	8
III. Personnel de l'INAMI	9
IV. Frais d'administration de l'INAMI	10
V. Recettes et dépenses (assurance soins de santé et indemnités)	11
2^e Partie - Bonne gouvernance	15
3^e Partie - Evolution de l'assurance	21
I. Aspects institutionnels et administratifs	22
II. Assurance soins de santé	25
III. Assurance indemnités	36
4^e Partie - Exposés thématiques	41
I. 10 ans de la Commission de remboursement des médicaments	42
II. Le travail d'inspection sociale de l'INAMI dans la perspective du nouveau Code pénal social	48
III. E-Care	60
IV. La réinsertion socioprofessionnelle des titulaires de l'assurance indemnités en incapacité de travail	70
5^e Partie - Le mot des organismes assureurs	79
I. Incapacité de travail prolongée - Parcours de vie des personnes en incapacité de travail prolongée	80
II. Un défi : réformer l'évaluation de l'incapacité de travail de longue durée	96
6^e Partie - Données statistiques	107
I. Statistiques des soins de santé	108
II. Statistiques des indemnités	132
III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux	144
IV. Statistiques du contrôle administratif	151
V. Statistiques des assurés sociaux	159
7^e Partie - L'INAMI en pratique	165
I. Adresses des bureaux de l'INAMI	166
II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012	167
III. Études et recherches	171

Avant-propos

“Même si un gouvernement tarde à se former, la dynamique se poursuit dans le secteur de l’assurance soins de santé et indemnités.”

Cette phrase débutait notre avant-propos du rapport 2010!

Pour 2011, nous pouvons démarrer par le même constat puisque, d’une part il a fallu attendre décembre 2011 pour voir arriver un véritable nouveau gouvernement de plein exercice et que d’autre part, la dynamique fonctionnelle de notre Institut et de ses missions s’est poursuivie “toutes affaires courantes” ! Vous vous en rendrez compte à la lecture de ce rapport qui vous permet de jeter un coup d’œil rétrospectif sur les principales évolutions récentes en la matière.

Ce rapport annuel se décline comme chaque année en trois grandes parties.

Le premier coup d’œil retrace les principales évolutions et initiatives dans les différents domaines. Il explique en outre le fonctionnement de l’Institut. Le rapport mentionne aussi d’importantes études et publications réalisées par les collaborateurs de l’INAMI.

Le second regard se pose sur certains thèmes d’actualité qui ont fait l’objet d’une étude au sein de nos différents services en 2011 :

- A l’occasion de ses 10 ans, la Commission de remboursement des médicaments du Service des soins de santé a dressé un bilan et une évaluation de son travail, de son expérience, du secteur et a lancé lors d’un symposium “anniversaire” quelques pistes de réformes pour rencontrer les besoins d’avenir et les améliorations souhaitées dans son fonctionnement.
- Quels sont les effets du nouveau Code Pénal Social sur le travail des services d’inspection sociale de l’INAMI ? L’analyse porte sur les compétences de l’inspection et sur la comparaison des griefs et sanctions entre le code pénal social et la législation SSI.
- Le Service des soins de santé présente également une autre analyse sur l’état d’avancement et défis pour l’avenir des technologies de l’information et de la communication (TIC) dans le secteur des soins de santé et notamment en définissant eHealth et eCare dans ce contexte.
- Quelle évolution en matière de réinsertion professionnelle des personnes en incapacité de travail depuis la reprise de cette compétence en 2009 par le Service des indemnités ? Le plan “Back to Work” ? Objectifs de la réinsertion ? Evaluation des actions déjà entreprises et pistes d’avenir ?

Enfin, les données statistiques constituent le regard final sur nos activités et nos missions. Comme chaque année, les chiffres confirment l’importance du secteur Soins de Santé et Indemnités y compris dans ses aspects de contrôle ou d’évaluation sur le plan médical, administratif ou social.

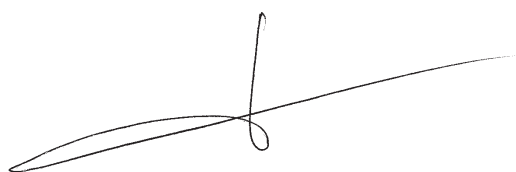
Le rapport annuel de l’INAMI offre, cette année, quelques pages aux organismes assureurs qui évoquent un sujet de plus en plus d’actualité : l’incapacité de travail de longue durée.

L’assurance soins de santé et indemnités est un chantier en permanente effervescence et non en permanente agitation ! Ensemble, les différents acteurs tentent de combiner l’amélioration de la protection sociale des citoyens et la protection améliorée de notre système social de santé et d’indemnités.

L'INAMI se veut un des acteurs majeurs de cette solidarité créative et un partenaire dynamique des autorités et des autres acteurs dans cette volonté commune d'une protection sociale comme un des éléments d'une politique de responsabilité sociétale.

Dans cet esprit de responsabilité sociétale, la publication de ce rapport via notre site web plutôt qu'une diffusion papier est un petit exemple de nos engagements. L'exécution de nos missions au quotidien par l'ensemble de nos équipes en est un plus grand, et ce rapport vous permettra d'en juger!

Bonne e-lecture sur votre portable ou sur votre tablette!

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal stroke with a loop at the end.

Jo De Cock
Administrateur général

A stylized, handwritten signature in black ink, featuring a large loop and a long horizontal stroke.

Benoît Collin
Administrateur général adjoint



1^{re} Partie

L'|NAM| : carte d'identité

I. Missions de l'INAMI

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) :

- est une institution publique fédérale de sécurité sociale
- est placé sous la tutelle du ministre des Affaires sociales
- gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé et indemnités (SSI).

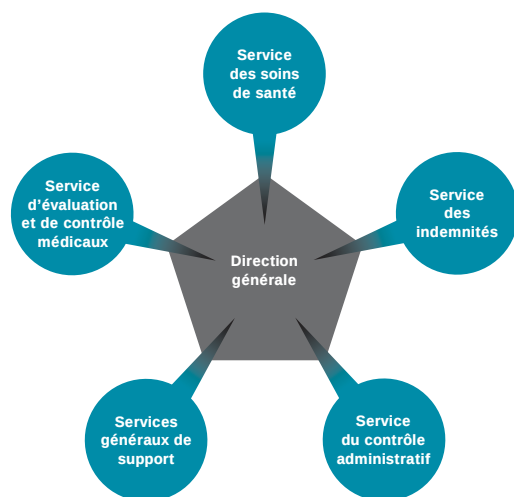
L'assurance SSI a une influence directe sur la vie quotidienne puisqu'elle prévoit le :

- remboursement partiel des frais médicaux (excepté les accidents du travail et les maladies professionnelles)
- versement des indemnités, en cas d'incapacité de travail, de maternité, de paternité ou d'adoption.

L'INAMI :

- organise le remboursement des frais médicaux afin de garantir l'accessibilité des soins de santé de qualité au plus grand nombre et aux tarifs adéquats
- assure un revenu de remplacement approprié en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maternité, de paternité ou d'adoption
- élabore la réglementation relative à l'assurance SSI avec le ministre des Affaires sociales et d'autres partenaires
- organise la concertation entre les différents acteurs de l'assurance SSI
- veille à un financement correct des activités des dispensateurs de soins (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, hôpitaux, maisons de repos, etc.) et des mutualités
- informe, évalue et contrôle les dispensateurs de soins, les mutualités et, dans certains cas, les patients (les assurés sociaux).

II. Organigramme de l'INAMI



La Direction générale est composée du Comité de direction et du Comité général de gestion.

Le Comité général de gestion assure l'administration de l'INAMI, c'est-à-dire notamment la tenue des comptes et du budget des frais d'administration ainsi que les décisions en matière de personnel et d'infrastructure (bâtiments, informatique, etc.)

L'Administrateur général et l'Administrateur général adjoint s'occupent de la gestion quotidienne de l'INAMI, en collaboration avec le Comité de direction. Celui-ci réunit les directeurs généraux de chaque service, ainsi que les responsables du service ICT, du service des ressources humaines et de la cellule communication.

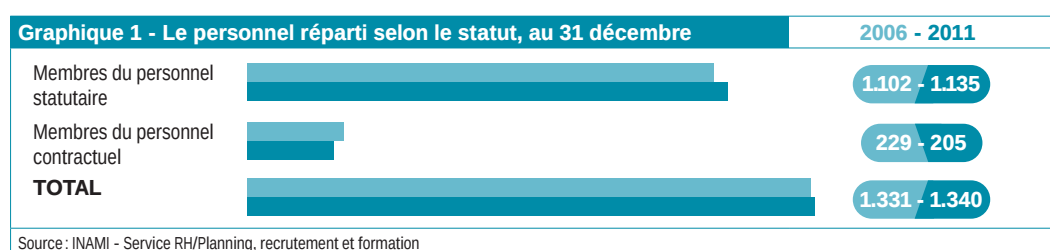


Pour plus d'informations sur les organes et la structure administrative des différents services de l'INAMI, vous pouvez consulter le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI.

III. Personnel de l'INAMI

Dans une institution comme l'INAMI, orientée sur l'administration et le support à la gestion dans le cadre de ses missions de service public, le personnel représente la principale ressource pour remplir les objectifs opérationnels. Il est donc important de dresser rapidement la situation et les évolutions en 2011.

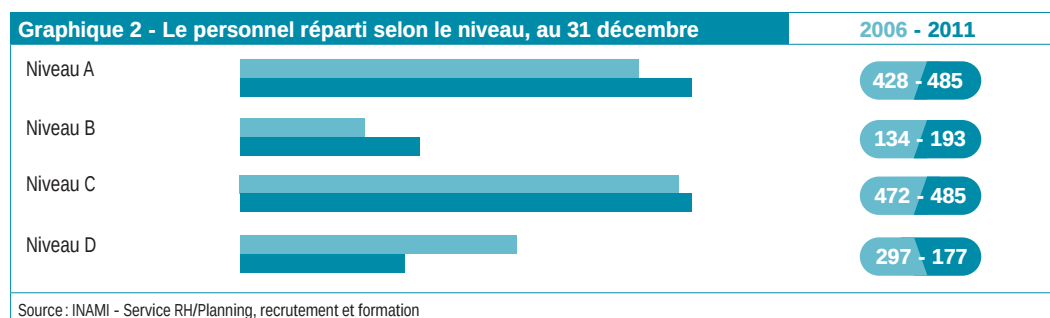
1. Le personnel selon le statut



On observe au cours de ces cinq dernières années une augmentation de 3% du personnel statutaire et une diminution de plus de 10% du personnel contractuel.

Ces chiffres traduisent la tendance de la politique de l'administration fédérale en matière de recrutement. Recruter, par priorité, du personnel statutaire.

2. Le personnel selon le niveau



Le personnel est en forte augmentation dans les niveaux B (+44%) et A (+13%), en légère augmentation dans le niveau C (+3%). Le personnel connaît une diminution importante dans le niveau D (-40%).

L'augmentation du personnel dans les niveaux A et B s'explique par les nombreux projets et missions confiés à l'INAMI (contrat d'administration et plan stratégique), qui requièrent de plus en plus des fonctions spécialisées d'expertise et un bagage de départ (formation) plus poussé. C'est également un indicateur d'une plus grande professionnalisation face à une complexité croissante des enjeux et missions.

3. Le personnel selon le sexe



La représentation féminine reste majoritaire et la tendance s'est encore accrue depuis 2006. La population féminine représente 59 % du personnel total en 2011.

IV. Frais d'administration de l'INAMI

Tableau 1 - Frais d'administration de l'INAMI (en EUR) (*)			
Dépenses	Réalisations 2009	Réalisations 2010	Réalisations provisoires 2011
Dépenses en personnel	77.392.618	77.920.041	83.511.083
Dépenses en fonctionnement ordinaire	15.751.852	16.883.411	16.826.394
Dépenses en fonctionnement informatique	14.182.095	17.370.726	13.921.809
Dépenses en investissements	1.946.412	854.703	633.830
investissements immobiliers	477.446	3.740	76.771
investissements informatiques	1.108.231	543.158	222.410
investissements biens mobiliers	360.735	307.805	334.649
Total dépenses	109.272.977	113.028.881	114.893.116
Recettes	215.902	825.625	153.483
Montant net frais d'administration	109.057.075	112.203.256	114.739.633

Source : INAMI - Service financier

V. Recettes et dépenses (assurance soins de santé et indemnités)

1. Recettes en 2011

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2011 - Recettes (en milliers d'euros)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.	MINEURS	
Recettes gestion globale	24.490.529	5.566.849	344.869	2.968	30.405.215
Recettes §1bis - Salariés	19.223.668	5.566.849	-	2.968	24.793.485
Recettes §1bis - Indépendants	1.937.579	-	344.869	-	2.282.448
Financement alt. §1quater - Salariés	2.912.369	-	-	-	2.912.369
Financement alt. §1quater - Indépendants	293.542	-	-	-	293.542
Transfert salariés - Carrières mixtes	123.371	-	-	-	123.371
Etat-produits TVA + Accises tabac	2.619.268	0	0	0	2.619.268
Financement alternatif - Loi Hôpitaux	1.756.985	-	-	-	1.756.985
Financement alternatif - Divers	862.283	-	-	-	862.283
Cotisations	919.581	400	0	0	919.981
Cotisations personnelles	11.932	400	-	-	12.332
Cotisations pensionnés	907.649	-	-	-	907.649
Recettes affectées	1.028.663	123.798	18.241	0	1.170.702
Recettes rééducation fonctionnelle	486.993	-	-	-	486.993
Assurances autos	165.666	123.798	18.241	-	307.705
Cotisations assurance hospitalisation	113.075	-	-	-	113.075
Redevance conditionnement médicaments	4.137	-	-	-	4.137
Cotisation C.A. produits pharmaceutiques	258.792	-	-	-	258.792
Cotisations prod. pharm. 2010 - Décompte	P.M.	-	-	-	P.M.
Fonds de participation	P.M.	-	-	-	P.M.
Article 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Transferts	0	0	0	71	71
ONP - Pensions de retraite ouvriers mineurs	-	-	-	71	71
Revenus de placements	4.130	120	10	0	4.260
Intérêts sur placements O.A.	698	120	10	-	828
Placement fonds des cotisations	3.428	-	-	-	3.428
Placement fonds des bonis	4	-	-	-	4
Divers	405.384	7.810	110	28	413.332
Renouvellement cartes SIS	733	-	-	-	733
Conventions internationales	377.512	1.000	60	-	378.572
Intérêts judiciaires	4.819	2.000	50	-	6.869
Récupérations article 157 (Prestat. de soins)	5.006	-	-	-	5.006
Récupérations SPF Justice (Détenus)	1.000	-	-	-	1.000
Récupération pensions inval. ouvriers mineurs	-	-	-	28	28
Montants de référence : versements hôpitaux	5.000	-	-	-	5.000
Transfert maladies chroniques	-	4.810	-	-	4.810

Tableau 2 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2011 - Recettes (en milliers d'euros) (suite)

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Maribel fiscale	6.314	-	-	-	6.314
Contrats Art. 81 médicaments	1.000	-	-	-	1.000
TOTAL RECETTES	29.467.555	5.698.977	363.230	3.067	35.532.829

Source : INAMI - Service financier

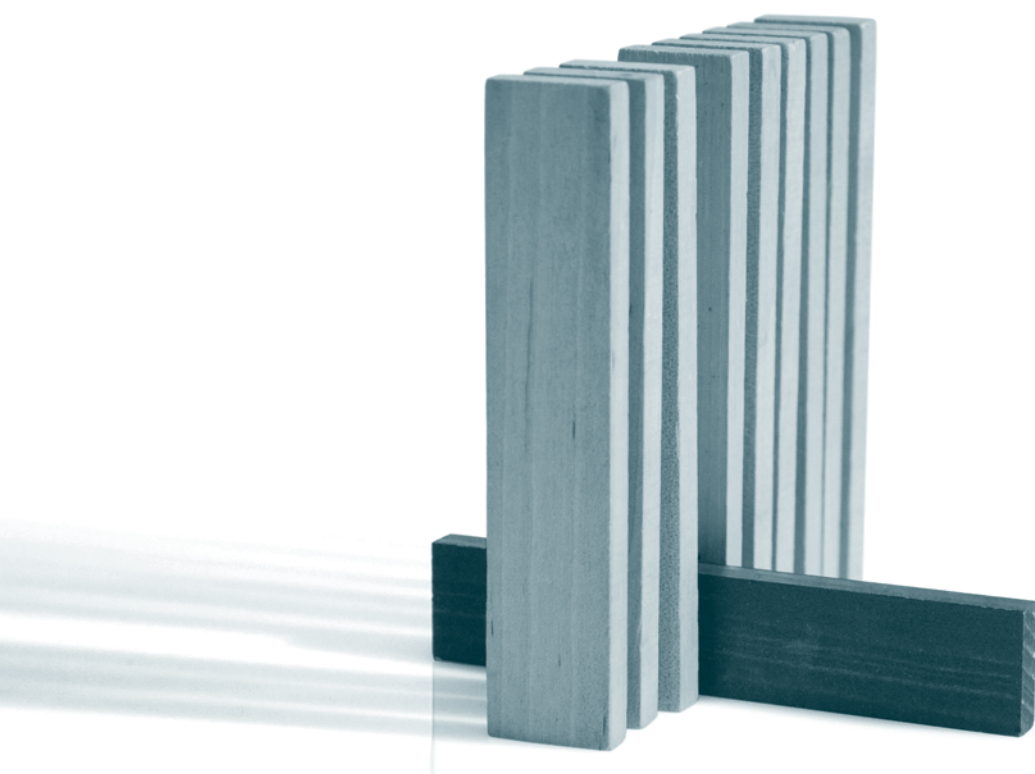
2. Dépenses en 2011

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2011 - Dépenses (en milliers d'euros)

	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Prestations	25.869.336	5.467.236	350.168	2.284	31.689.024
Prestations de soins - Montant de base	24.775.876	-	-	-	24.775.876
Equilibre sécurité sociale	1.093.460	-	-	-	1.093.460
Incapacité primaire	-	1.404.905	74.549	-	1.479.454
Repos de maternité et paternité	-	619.697	16.893	-	636.590
Invalité	-	3.436.000	258.726	-	3.694.726
Frais funéraires	-	6.634	-	-	6.634
Pensions d'invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	2.053	2.053
Pécule de vacance	-	-	-	101	101
Allocation de chauffage	-	-	-	130	130
Frais d'administration O.A.	906.746	200.023	11.636	0	1.118.405
Forfait frais d'administration cinq O.A.	861.169	173.821	11.071	-	1.046.061
Forfait frais d'administration SNCB	17.770	-	-	-	17.770
Frais d'administration CAAMI	16.413	3.357	214	-	19.984
Supplément frais d'administration :					
• 20% sur intérêts placements	141	40	2	-	183
• % sur récupérations	10.520	22.805	349	-	33.674
Renouvellement cartes SIS	733	-	-	-	733
Charges INAMI	502.340	18.988	1.260	725	523.313
Frais d'administration INAMI :					
• frais de gestion	99.560	18.685	1.207	725	120.177
• frais de mission	2.318	53	3	-	2.374
Expertise	1.695	-	-	-	1.695
Statut social	164.993	-	-	-	164.993
Maîtres de stage	19.375	-	-	-	19.375
Article 56 - 22	88.795	-	-	-	88.795
Campagnes	2.000	-	-	-	2.000
Transfert centre de connaissance	6.971	250	50	-	7.271
Plan social kiné	100	-	-	-	100
Lutte tabagisme	2.000	-	-	-	2.000
Accord social	82.010	-	-	-	82.010
IMA - Échantillon	119	-	-	-	119
Donation (eCare, enregist. cancer, etc.)	5.821	-	-	-	5.821

Tableau 3 - Budget de l'assurance SSI - Exercice 2011 - Dépenses (en milliers d'euros) (suite)					
	SOINS DE SANTÉ	INDEMNITÉS		OUVRIERS MINEURS	TOTAL
		RÉG. GÉN.	INDÉPEND.		
Donation (eHealth)	12.117	-	-	-	12.117
Invalides de guerre	1.200	-	-	-	1.200
Associations de patients	98	-	-	-	98
Caisse des marins - Assurance automobile	5	-	-	-	5
Subsides SISD	2.014	-	-	-	2.014
Prime syndicale caisse des dépôts	4.000	-	-	-	4.000
Maribel fiscale	6.314	-	-	-	6.314
Accréditation médecins-conseils	835	-	-	-	835
SPF Santé publique - Loi hôpitaux	1.756.985	0	0	0	1.756.985
Hôpitaux (22,77% prix de journée, MSP, habitations protégées, détenus, autres institutions & internés)	1.756.985	-	-	-	1.756.985
Transferts	0	0	0	35	35
ONP - Pensions invalidité ouvriers mineurs	-	-	-	35	35
Divers	432.148	12.730	166	23	445.067
Conventions internationales	670.973	600	20	-	671.593
Conventions internationales - Hôpitaux	-146.000	-	-	-	-146.000
Convention belgo-luxembourgeoise	-	70	-	-	70
Allocations complémentaires frontaliers	78	350	50	-	478
Intérêts judiciaires	4.250	-	-	-	4.250
Frais supplémentaire O.T.	-	-	-	9	9
Frais d'assignation	-	-	-	14	14
Prestations non recouvrables	3.431	-	-	-	3.431
Intérêts sur fonds des cotisations et bonis	36.500	-	-	-	36.500
Réduction cotisation C.A. produits pharmaceut.	-92.084	-	-	-	-92.084
Dépenses négatives	-50.000	-	-	-	-50.000
Provision de stabilité non-financement	5.000	-	-	-	5.000
Fonds d'avenir : montants de référence	-	11.710	96	-	11.806
Transfert réadaptation prof. indemnités	-	5.200	40	-	5.240
TOTAL DÉPENSES	29.467.555	5.698.977	363.230	3.067	35.532.829

Source : INAMI - Service financier



2^e Partie

Bonne gouvernance

I. Introduction : modernisation de l'INAMI

Ces dernières années, l'INAMI a beaucoup investi dans la modernisation de son organisation, de ses conditions de travail, des processus et des prestations de services. Cette modernisation est très étroitement liée à l'introduction du Contrat d'administration triennal ainsi qu'au plan stratégique et opérationnel.

En tant que service de staff de l'administration générale de l'INAMI, la Cellule modernisation joue un rôle central de coordination dans l'élaboration et la concrétisation d'une vision intégrée de la politique et de la gestion de l'Institut. Toutefois, la Cellule modernisation ne porte pas à elle seule la modernisation de l'INAMI : dans les différents services, une cellule décentralisée fonctionne en partenariat avec la Cellule modernisation. Le but est de développer, dans les années à venir, un partenariat solide entre la Cellule modernisation, comme moteur de coordination, et les cellules décentralisées de tous les services opérationnels.

II. 3^e contrat d'administration 2010-2012

L'année 2011 est la 2^e année d'exécution du 3^e contrat d'administration de l'INAMI. Il porte sur la période 2010-2012. 41 projets y sont prévus. Chacun de ces projets comporte une série d'engagements se rapportant à un ou plusieurs axes prioritaires ou principes suivants :

- développement des systèmes, des instruments et des informations nécessaires à la maîtrise des dépenses en matière de prestations de l'assurance soins de santé et indemnités (SSI)
- lutte contre la fraude sociale
- simplification administrative
- amélioration des processus et informatisation pour améliorer les prestations de services aux utilisateurs (afin de pouvoir répondre aux dispositions de la charte de l'assuré social et garantir l'accessibilité aux prestations de l'assurance) et aux différents partenaires
- collaboration, de manière adéquate, à l'application uniforme de la législation SSI
- renforcement de la communication externe
- stimulation d'approches innovatrices dans le domaine des soins de santé
- amélioration de l'accessibilité aux soins.

Du point de vue de leur contenu, tous ces engagements s'insèrent en outre dans un des 10 domaines stratégiques externes formulés dans le 2^e plan stratégique de l'INAMI.

Quelques réalisations du 3^e Contrat d'administration en 2011 :

- un rapport sur l'impact du vieillissement concernant le thème orthopédie – traumatologie
- un rapport contenant des données régionales normalisées sur les dépenses en soins de santé (données de base 2006 – 2009)
- un plan d'approche sur les défis relatifs à l'incapacité de travail, dans le cadre de la "Taskforce Incapacité de travail" : discussion finale et approbation par le Comité de gestion du Service des indemnités.



Le 2^e plan stratégique, qui porte sur la période 2010-2015, indique à l'INAMI la voie à suivre pour atteindre ses objectifs et fixe le cadre général dans lequel tous les services de l'INAMI doivent se situer. Le plan prévoit une charte définissant la mission ou les raisons d'être de l'Institut. Cette charte présente aussi la vision de l'INAMI aux niveaux externe et interne ainsi que les valeurs et normes que l'INAMI entend respecter. La mission se traduit en une série d'objectifs stratégiques et opérationnels.

 La “**Taskforce Incapacité de travail**” a été créée pour établir une cartographie des défis à relever en matière d'incapacité de travail et formuler des propositions visant à renforcer l'efficacité du système. Ce défi ne concernant pas uniquement l'INAMI, la Taskforce regroupe également divers interlocuteurs tels que les partenaires sociaux, les organismes assureurs (O.A.), le Collège intermutualiste national (CIN), l'Agence intermutualiste (AIM), les universités, etc.

- un rapport annuel intégré sur les activités et les résultats obtenus dans le cadre de la stratégie dite “ICE” (information, communication et évaluation) du Service d'évaluation et de contrôle médicaux
- des élections électroniques pour les dentistes
- un fichier de référence des médicaments du chapitre IV, disponibles, autorisés et remboursables ou non
- l'élaboration de dispositions réglementaires et l'information à ce sujet (par voie de circulaires et sur le site Internet de l'INAMI) pour tous les acteurs concernés dans le cadre de l'implémentation systématique de “MyCareNet” parmi les différents groupes cibles de dispensateurs de soins (praticiens de l'art infirmier à domicile, laboratoires, offices de tarification, maisons de repos, etc.)

 Grâce à “**MyCareNet**” accessible sur Internet, les dispensateurs de soins peuvent communiquer directement et en toute sécurité avec les O.A. MyCareNet est une initiative conjointe de l'INAMI, du CIN et de “eHealth”, la plateforme santé des pouvoirs publics.

- l'élargissement de l'application web “E-care - Quality oriented electronic registration of medical implant devices” (Qermid) pour les endoprothèses
- la rédaction de textes réglementaires sur la réforme de l'intervention majorée et une meilleure protection des malades chroniques
- la mise en production d'un module permettant aux médecins de consulter et de modifier leur(s) adresse(s) de travail et modalités de conventionnement
- la mise en production d'un module permettant aux praticiens de l'art dentaire de consulter et de modifier leur adresse(s) de travail et modalités de conventionnement
- l'optimisation de la lisibilité des documents administratifs: révision interne de deux formulaires existants pour les assurés, conformément aux principes de lisibilité:
 - personne à charge d'un bénéficiaire de soins de santé: déclaration sur l'honneur concernant les revenus
 - intervention majorée de l'assurance (avantage social): déclaration sur l'honneur concernant le partenaire de vie
- l'évaluation du nouveau système de rémunération des pharmaciens
- la mise à l'ordre du jour publique et la discussion au sein du Comité de l'assurance du 1^{er} Plan belge pour les maladies rares
- l'exécution de divers projets d'évaluation médicale et de mesures d'impact
- un rapport contenant les résultats des analyses et des contrôles sur le “code-barres unique”, à partir des données que l'INAMI reçoit des offices de tarification et des firmes pharmaceutiques
- un rapport par O.A. répertoriant les activités des médecins conseils au niveau de la mutualité et des O.A. (y compris le feed back aux O.A.)
- la poursuite de la mise au point d'un système (Flowdos) pour gérer plus efficacement les dossiers d'enquête sur les dispensateurs de soins
- le rapport intégré sur les résultats en matière de lutte contre la fraude sociale
- le “datamatching” (croisement de banques de données) entre les données “Déclaration multifonctionnelle/Multifunctionele aangifte” (DMFA) et la banque de données des invalides, et l'analyse des cas pertinents au sein des mutualités
- l'analyse de qualité du feed-back des O.A. concernant les dossiers d'assujettissement fictif
- deux rapports relatifs à des contrôles thématiques: l'un, en matière de soins de santé et l'autre, en matière d'indemnités

- un rapport contenant des propositions d'adaptation des règles d'application de l'actuel système de responsabilisation par rapport aux frais d'administration des O.A. (pour aboutir à un autre système à l'avenir)
- une brochure "Infobox" (brochure informative relative à la réglementation) pour les pharmaciens
- COOPAMI : le développement d'un programme de formation et organisation de formations en anglais et en français.



La **COOPAMI** est une plateforme de collaboration appuyant les pays qui souhaitent développer ou moderniser une protection sociale universelle, solidaire et durable pour leur population.

III. Ordre de priorité des projets

Ces 10 dernières années, comme beaucoup d'autres organisations du secteur public belge, l'INAMI a beaucoup mûri dans la définition de sa stratégie. Les contrats d'administration et les plans stratégiques et opérationnels élaborés à ce jour révèlent des ambitions élevées. Cela découle surtout du fait que l'INAMI occupe une place non négligeable sur le plan politique et sociétal. Il gère en effet un double secteur de la sécurité sociale (l'assurance soins de santé et l'assurance indemnités - SSI), qui représente plus de 35 milliards EUR pour l'exercice 2011. En outre, vu les évolutions démographiques, sociales, médicales, scientifiques, technologiques et institutionnelles, l'assurance SSI évolue en permanence. Enfin, les activités de l'INAMI concernent un vaste champ d'acteurs (commanditaires, partenaires et clients) de diverses natures, à différents niveaux de pouvoir, chacun ayant ses intérêts propres et influençant à sa manière l'organisation. Vu la combinaison de tous ces facteurs, il existe beaucoup d'attentes à l'égard de l'INAMI par rapport à la stratégie menée et aux priorités fixées.

À ces ambitions internes élevées s'ajoutent les attentes des commanditaires, des partenaires et des clients. Le cycle de programmation de l'INAMI est ouvert et démocratique. La stratégie n'est donc pas seulement "dictée" de l'extérieur ou d'en haut. En effet, les idées des collaborateurs sur la définition de la stratégie et, en particulier, sa traduction en projets concrets, sont aussi régulièrement sollicitées.

Comment l'INAMI doit-il gérer toutes ces attentes et ambitions externes? En 2009, lors de la confection du Plan stratégique 2010-2015 et du Contrat d'administration 2010-2012, l'INAMI a lui-même identifié certains points à améliorer. La fixation d'objectifs clairs, au sein du portefeuille total des projets destinés à opérationnaliser la stratégie, peut notamment être améliorée. Ce faisant, il faut bien entendu tenir compte des moyens et de la capacité dont disposent les différents services de l'INAMI. Ne pas fixer de priorités pose des problèmes, non seulement concernant la gestion au sein des services responsables de l'exécution des projets, mais aussi par rapport aux fournisseurs internes. En effet, de nombreux projets nécessitent des moyens en termes d'ICT, de personnel, de formation, de communication, de soutien sur le plan de la gestion, d'infrastructure et de logistique, de finances, etc.

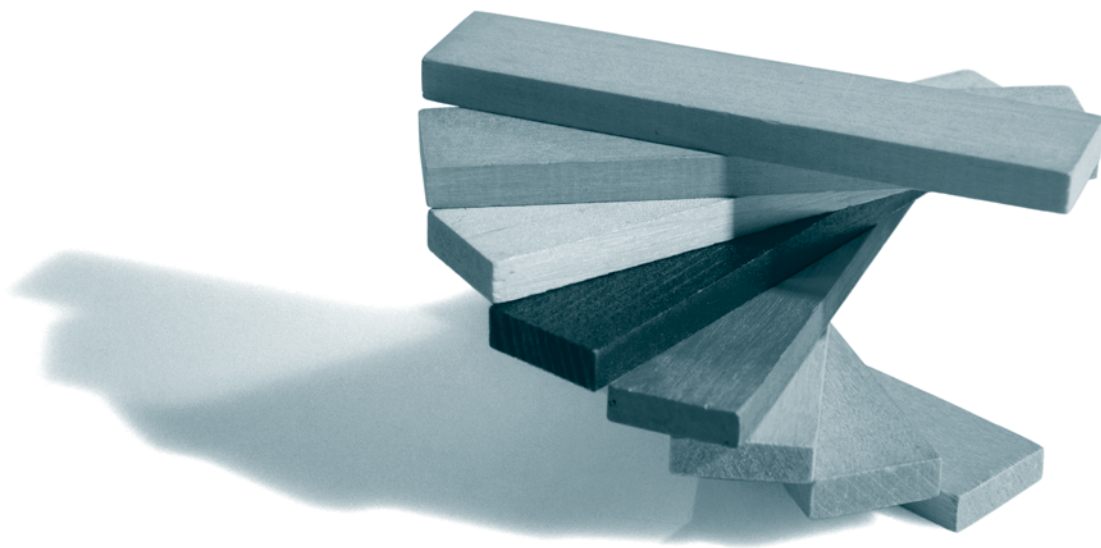
C'est pourquoi, en 2010, une méthodologie pour établir les priorités a été conçue et approuvée au niveau de l'INAMI. Elle implique qu'avant de lancer un projet ou une idée de projet, on l'évalue sur la base de certains critères, par exemple, sur son caractère obligatoire ou impératif, la valeur ajoutée externe ou interne, le besoin en moyens ICT ou en ressources humaines, etc. Les projets sont ensuite classés en différentes catégories, la priorité étant accordée à l'une ou à l'autre lors de l'attribution des moyens.

Grâce à l'application d'un nombre limité de critères plutôt simples, l'INAMI a réussi à définir plus clairement des priorités dans sa stratégie. Il a ainsi également été possible de régler plus objectivement des conflits en termes de moyens (moyens informatiques et ressources humaines en particulier) entre différents projets. Il est bien entendu fondamental de prévoir un accompagnement de qualité pour les chefs de projets et les services qui doivent appliquer cette méthodologie, afin d'assurer un traitement uniforme des différents projets et services.

La fixation de priorités, associée à une bonne estimation des moyens, est nécessaire pour passer d'une programmation stratégique à une véritable gestion stratégique. Concevoir les méthodes et les techniques appropriées pour ce faire n'est bien entendu pas chose aisée, c'est aussi un chantier en évolution. Ces prochaines années, la méthodologie à utiliser pour sélectionner les projets et les classer par ordre de priorité, compte tenu des forces constatées, des défis et des points à améliorer, sera davantage élaborée. Une méthodologie améliorée sera en tout cas appliquée dans le cadre de la confection du nouveau Contrat d'administration 2013-2015.

Vous voulez en savoir plus sur la méthodologie de fixation de priorités de l'INAMI ? Consultez les résultats de l'évaluation approfondie de cette méthode¹.

1 P. FACON, "Prioritisering van projecten in het RIZIV: op zoek naar een werkbare methode", Vlaams Tijdschrift voor Overheidsmanagement, 16(4), pp.10-22.



3^e Partie Évolution de l'assurance

Cette partie présente une sélection des principales modifications réglementaires intervenues en 2011. Elle ne se veut pas exhaustive. Un aperçu plus complet de la réglementation relative à 2011 est disponible dans les Bulletins d'Information de l'INAMI (n^{os} 2011/2, 2011/3, 2011/4 et 2012/1).

I. Aspects institutionnels et administratifs

1. Pharmanet

Depuis 2004, les données Pharmanet sont collectées dans les pharmacies selon le système "Pharmanet - piste unique". Les offices de tarification transmettent ces données aux organismes assureurs (O.A.); ces derniers les transmettent à leur tour à l'INAMI. Depuis janvier 2010 et suite aux arrêtés royaux du 9 janvier 2011, la collecte concerne aussi les données suivantes :

- les pansements actifs
- les analgésiques
- les contraceptifs pour les jeunes
- les médicaments autorisés non remboursables prescrits et délivrés.

2. Spécialités pharmaceutiques

En application de la loi portant des dispositions diverses du 29 décembre 2010, les mesures suivantes entrent en vigueur le 31 janvier 2011 :

a. Le système des prix de référence

Les dispositions relatives à l'application du système des prix de référence sont adaptées.

Dorénavant, la base de remboursement pour fixer le système de remboursement de référence est réduite de 31% (au lieu de 30%). Une procédure spécifique (unique) est prévue pour permettre aux firmes d'adapter les prix de leurs médicaments en fonction de la nouvelle base de remboursement (et de l'application de la marge de sécurité) fixée le 1^{er} avril 2011 en raison de l'adaptation du pourcentage de baisse (baisse supplémentaire de 1%).

Les dispositions relatives à une réduction supplémentaire du système de remboursement de référence après deux et quatre ans (baisse jusqu'à respectivement 35,14% et 38,71%) sont adaptées :

- après deux ans, la baisse est de 6% (au lieu de 4%)
- après quatre ans, elle est de 5,5% (au lieu de 3,5%).

b. Base de remboursement des spécialités génériques

Dorénavant, lors de l'inscription initiale à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, la base de remboursement d'une spécialité générique doit être au moins 31% inférieure (au lieu de 30% - prix ex-usine) à la base de remboursement de la spécialité de référence.



Prix ex-usine : prix facturé aux grossistes

c. Anciens médicaments

Les dispositions relatives aux baisses de prix pour les "anciens médicaments" sont adaptées :

- la réduction de prix est de 17% (au lieu de 15%) après 12 ans et de 19% (au lieu de 17%) après 15 ans
- par analogie, les pourcentages de réduction sont adaptés lors de l'application simultanée du système de prix de référence et de la réduction de prix pour les "anciens médicaments"
- une nouvelle procédure donne la possibilité aux firmes d'introduire une demande d'exception pour l'application d'une réduction de 2,41% après une période de remboursement de 15 ans (passage du niveau de prix – 17% au niveau de prix – 19%) pour les spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le demandeur a démontré qu'au moment de l'application de la réduction, le prix et la base de remboursement, au niveau ex-usine, sont inférieurs d'au moins 65% par rapport au prix et à la base de remboursement, au niveau ex-usine, de la première spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et qui contient le(s) même(s) principe(s) actif(s), compte tenu de la forme d'administration et du dosage
- les firmes peuvent demander la nouvelle exception citée ci-dessus dans toutes les situations où il est question du passage du niveau de prix – 17% au niveau – 19% (entre autres lors de l'application simultanée du système de prix de référence et de la réduction de prix pour "d'anciens médicaments", lors de l'adaptation unique, au 1^{er} avril 2011, des spécialités qui font l'objet d'un remboursement depuis 15 ans et qui ont déjà subi une réduction de prix de 17%).

3. Maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins

Le financement des nouvelles maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins (MRPA-MRS) est régularisé depuis le 1^{er} octobre 2008. Le calcul du financement des MRPA et des MRS pour une année X se base sur leur situation pendant la période de référence qui commence le 1^{er} juillet de l'année X-2 et se termine le 30 juin de l'année X-1. Pendant le trimestre au cours duquel elles sont agréées et les deux trimestres qui suivent, les nouvelles institutions reçoivent une intervention forfaitaire de 16,14 EUR qui correspond à la moyenne nationale. Toutefois, dans la plupart des cas, ce forfait est inférieur aux frais réels du personnel soignant. Il arrive aussi que ce forfait soit inférieur aux charges réelles de l'institution. C'est pourquoi, l'arrêté ministériel du 12 janvier 2011 a prévu une régularisation financière pour la période allant de la date de l'agrément jusqu'au 2^e trimestre (inclus) suivant le trimestre de l'agrément.

4. Maisons de soins psychiatriques

En application des accords sociaux, l'arrêté ministériel du 28 mars 2011 modifie comme suit l'arrêté ministériel relatif aux maisons de soins psychiatriques (MSP) :

- À partir du 1^{er} octobre 2010, la norme pour les maisons de soins psychiatriques augmente d'1/2 ETP (équivalent en temps plein) personnel qualifié de niveau A1
- À partir du 1^{er} juillet 2010, un supplément est prévu pour les prestations dites "inconfortables". Il concerne les heures de prestations irrégulières des praticiens de l'art infirmier, des aides-soignants et/ou des éducateurs, prestées entre 19h et 20 h ou qui sont prestées jusqu'après minuit, quelle que soit l'heure à laquelle la prestation a commencé.

5. Collaboration entre le niveau fédéral et les Communautés

Par le biais de contrats conclus avec le Comité de l'assurance, l'assurance soins de santé obligatoire propose un financement des prestations effectuées dans le cadre de programmes de dépistage ou de vaccination par une des entités fédérées.

Un arrêté royal du 8 avril 2011, entré en vigueur le 10 janvier 2010, organise ce financement et prévoit les principes pour :

- fixer le budget
- payer l'intervention
- transférer les données à l'INAMI (transfert par les entités fédérées et les modalités pratiques de ce transfert).

Par ailleurs, ce même arrêté royal fixe les budgets de deux programmes de prévention concrets :

- vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) en Communauté flamande
- dépistage du cancer colorectal en Communauté française.

6. Statut du médecin-conseil : accréditation

À partir du 1^{er} janvier 2009, plusieurs mesures des arrêtés royaux du 11 juin 2011 sont entrées en vigueur : elles revalorisent le statut pécuniaire des médecins-conseils et renforcent leur compétence professionnelle par la mise en place d'un système d'accréditation.

Ce système d'accréditation repose sur l'actualisation des connaissances professionnelles par des programmes de formation continue. Les nouvelles dispositions prévoient également d'octroyer aux médecins-conseils engagés par les O.A. un forfait fixé à 2.800 EUR par an.

La politique de rémunération des médecins-conseils change à partir du 1^{er} janvier 2010 : augmentation des barèmes, nouveau plan de pension, octroi d'un 13^e mois (à partir du 01.01.2009), versement d'une prime unique (à partir du 01-01-2008).

7. Cotisation soins de santé

Afin que la revalorisation des pensions ne soit pas absorbée, en tout ou en partie, par la cotisation soins de santé sur les pensions, l'arrêté royal du 6 juillet 2011 a relevé les montants planchers des pensions de 2%, pour ce qui concerne les retenues soins de santé.

II. Soins de santé

1. Assurés

a. Malades chroniques

Dans le cadre du programme des malades chroniques, l'arrêté royal du 28 avril 2011 étend, à partir du 20 mai 2011, l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités aux frais de voyage liés à la rééducation fonctionnelle des enfants (patients âgés de moins de 18 ans). Il s'agit d'une intervention d'un montant de 0,25 EUR par km pour le déplacement aller-retour des enfants suivis dans des centres de rééducation avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une des conventions types suivantes :

- maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares
- mucoviscidose
- maladies neuromusculaires
- cerebral Palsy
- spina bifida
- autisme
- diabète enfants
- néphrologie diabétique
- déficience visuelle
- convention "Hémophilie".

Par ailleurs, depuis le 28 novembre 2011, l'arrêté royal du 7 octobre 2011 introduit une intervention forfaitaire pour les bénéficiaires qui souffrent d'une forme incurable d'incontinence mais qui n'entrent pas en ligne de compte pour l'actuel forfait incontinence vu le critère de dépendance à remplir (forfait B ou C).

Cette mesure fait partie d'une série de mesures proposées par le Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques en vue d'une meilleure prise en charge des patients atteints d'incontinence, dans le cadre du programme "Priorité aux malades chroniques" proposé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Madame Onkelinx.

b. Intervention majorée

À partir du 1^{er} juillet 2011, l'intervention majorée de l'assurance s'étend aux bénéficiaires d'une allocation de chauffage des catégories 2 et 3 octroyée par les centres publics d'action sociale dans le cadre du Fonds social mazout.



Les bénéficiaires de la catégorie 2 sont des personnes dont le revenu du ménage est inférieur au plafond appliqué dans le cadre de l'intervention majorée.

Les bénéficiaires de la catégorie 3 sont des personnes bénéficiant d'une médiation de dettes ou d'un règlement collectif de dettes et qui, en outre, sont dans l'impossibilité de payer leur facture de chauffage. Ces bénéficiaires sont inscrits dans le cadre de l'intervention majorée classique sur la base d'une qualité et peuvent bénéficier de l'intervention majorée si les revenus de leur ménage n'excèdent pas un plafond déterminé.

c. Récupération de prestations payées indûment

L'article 326, § 4, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI), stipule que :

“Lorsque le montant total des prestations payées indûment à un assuré social est inférieur à 12,5 EUR, pour les soins de santé, ou à 25 EUR, pour les indemnités d'incapacité de travail, l'organisme assureur est dispensé de récupérer ce montant.”

À partir du 24 avril 2011, le montant pour les soins de santé en-deçà duquel un organisme assureur (O.A.) est dispensé de récupérer des prestations payées indûment est doublé suite à l'arrêté royal du 5 avril 2011. Ce montant s'élève dorénavant à 25 EUR, à adapter à l'indice des prix.

d. Adaptation au bien-être

L'arrêté royal du 13 août 2011 adapte à l'indice bien-être le plafond que le revenu du ménage ne peut pas atteindre dans le cadre de l'ouverture du droit à l'intervention majorée ou du droit au statut OMNIO. Ce plafond est augmenté de 0,7% au 1^{er} septembre 2011 et de 1,3% à partir du 1^{er} janvier 2012.

e. Régime du tiers payant social

L'arrêté royal du 13 novembre 2011 simplifie la procédure administrative d'application du régime du tiers payant à partir du 1^{er} juillet 2011. En effet, pour encourager et simplifier l'application du régime du tiers payant, la réglementation prévoit une procédure uniforme pour tous les cas où le médecin généraliste applique le tiers payant en faveur de certaines catégories sociales, comme c'est le cas actuellement, mais aussi pour les autres cas où il peut appliquer le tiers payant, comme le dossier médical global, les prestations techniques, etc.

Pour ce faire, le champ d'application du délai de paiement qui vaut en cas de “tiers payant social” a été élargi à toutes les prestations des médecins généralistes. En outre, le délai de paiement est fixé à 30 jours à compter du jour suivant la date de réception de l'attestation de soins donnés par l'O.A.. Auparavant, le paiement devait être effectué au plus tard au cours du mois qui suivait celui au cours duquel l'O.A. avait reçu l'attestation de soins.

f. Intervention personnelle pour la consultation chez le médecin généraliste

L'arrêté royal du 2 octobre 2011 simplifie le calcul de l'intervention personnelle du bénéficiaire pour les honoraires des consultations chez le médecin généraliste et pour les suppléments à partir du 1^{er} décembre 2011. Dorénavant, seule subsiste la distinction entre les patients ayant un dossier médical global (DMG) et ceux qui n'en ont pas.

Pour les consultations, l'intervention personnelle est limitée à :

- 1 EUR pour les bénéficiaires du régime préférentiel ayant un DMG
- 1,50 EUR pour les bénéficiaires du régime préférentiel sans DMG
- 4 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel ayant un DMG
- 6 EUR pour les bénéficiaires sans régime préférentiel et sans DMG.

L'intervention personnelle pour le supplément d'honoraires pour les consultations la nuit, le samedi, le dimanche ou les jours fériés est supprimée.

2. Dispensateurs de soins

a. Médecins

ACCORD MÉDECINS-ORGANISMES ASSUREURS

Le 21 décembre 2011, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un nouvel accord pour l'année 2012. Dans le climat économique et financier actuel, la Commission nationale médico-mutualiste accepte de préserver la sécurité tarifaire des patients et assumer ses responsabilités dans la réalisation des économies prévues.

Les mesures principales sont les suivantes :

- Économies
Une économie de 130 millions d'EUR sera réalisée en 2012. Cette économie s'exécute par une indexation limitée au 1^{er} janvier 2012 et par des mesures structurelles. Les limitations d'index des honoraires pour les consultations, visites, surveillance et trajets de soins peuvent être levées ultérieurement, lorsque les économies structurelles seront exécutées et ce, au plus tard, le 1^{er} décembre 2012.
Pour les autres prestations, la limitation de l'index sera levée après la réalisation des mesures structurelles.
- Médecins généralistes :
 - les honoraires des médecins généralistes sont indexés partiellement de 1,50% le 1^{er} janvier 2012
 - la mesure "Permanences et disponibilité" est prolongée pour 2012, sans augmentation d'honoraires
 - l'allocation de pratique augmente de 1.500 à 1.650 EUR par an
 - les montants pour les honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99% pour 2012
 - le montant de la prime télématique est maintenu au niveau de 2011
 - la réglementation relative à la prolongation automatique du dossier médical global (DMG) n'est pas changée en 2012. Sa simplification administrative cadrera dans le projet MyCa-renet
 - la 3^e phase du Fonds d'Impulsion (dite Impulseo III) sera exécutée.
- Médecins spécialistes :
 - les honoraires de consultation, de surveillance et autres prestations dites intellectuelles des médecins spécialistes sont indexés partiellement de 1,50% le 1^{er} janvier 2012
 - les prestations spéciales sont indexées de 1% à partir du 1^{er} janvier 2012, exceptés les honoraires des prestations CT-Scan, des prestations de nomenclature pour la médecine d'urgence et de certaines prestations d'anesthésiologie. Ceux-ci sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011
 - les enveloppes "imagerie médicale" et "biologie clinique" sont fixées respectivement à 1.170.235 milliers d'EUR et 1.224.314 milliers d'EUR.
- Afin d'encourager le conventionnement et l'accréditation, le médecin entièrement conventionné peut faire valoir son droit à un supplément de 434,20 EUR en plus de son intervention forfaitaire d'accréditation.
- La commission nationale médico-mutualiste poursuivra les mesures suivantes en 2012 :
 - l'évaluation des trajets de soins
 - l'examen de l'évolution du tiers payant social
 - la discussion sur l'organisation des postes de garde
 - l'examen des différences sur l'effet de l'accréditation sur les honoraires des médecins spécialistes accrédités.

HONORAIRES DE DISPONIBILITÉ

La CNMM encourage les initiatives des cercles de médecins généralistes qui souhaitent garantir le fonctionnement de services d'urgence. Depuis l'arrêté royal du 22 décembre 2010, c'est la CNMM qui détermine la manière dont l'INAMI paie les honoraires de disponibilité aux cercles de médecins généralistes et la durée de la période pendant laquelle le mode de paiement peut être appliqué. La CNMM prendra la décision au cas par cas sur la base d'un avis motivé du Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes.

ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

Les organisations professionnelles représentatives des médecins reçoivent une intervention financière pour leur fonctionnement. L'arrêté royal du 11 juin 2011 a fixé les modalités de paiement de cette intervention. Cette intervention est fixée compte tenu des résultats des dernières élections médicales qui, en l'occurrence, ont eu lieu en 2010 et concernent les années 2011 à 2014 incluse.

Les montants sont les suivants :

- montant de base : 134.000 EUR
- montant par voix obtenue : 42,79 EUR.

AVANTAGES SOCIAUX

L'arrêté royal du 19 juillet 2011 fixe le montant des avantages sociaux octroyés aux médecins ayant adhéré à l'accord national, à 4.199,14 EUR pour l'année 2011. Pour les médecins n'ayant adhéré qu'en partie à l'accord, ce montant s'élève à 2.065,28 EUR.

Les dérogations aux taux honoraires s'appliquent :

- En ce qui concerne les médecins généralistes : uniquement pour les consultations, rendez-vous et prestations en cabinet, durant un maximum de trois fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. Le reste de la pratique représente au moins les trois quarts du total de la pratique.
- En ce qui concerne les médecins spécialistes : pour toute prestation uniquement aux patients ambulants (patients non hospitalisés et hors hôpital de jour ou forfait), durant un maximum de quatre fois par semaine par plage de maximum quatre heures continues. La moitié de toutes les prestations aux patients ambulants doit être effectuée aux taux d'honoraires fixés.

Le montant de la pension de retraite est fixé, pour 2011, à 5.153 EUR ; celui de la pension de survie est fixé à 4.294,28 EUR.

DOSSIER MÉDICAL GLOBAL

La réglementation sur la diminution du ticket modérateur pour le bénéficiaire ayant un dossier médical global (DMG) ne contient aucune disposition relative aux regroupements de médecins généralistes. Cette situation a changé le 1^{er} janvier 2011 avec l'arrêté royal du 17 octobre 2011.

Les adaptations portent sur le concept de regroupement de médecins généralistes tel que défini par l'arrêté royal du 15 septembre 2006.



On parle de regroupement lorsqu'au moins deux médecins généralistes agréés confirment, dans un accord de collaboration écrit, qu'ils collaborent, soit sur le même lieu d'installation, soit sur différents lieux d'installation se trouvant dans la même zone de médecins généralistes ou dans deux zones voisines.

L'actuel droit à la diminution de 30% du ticket modérateur est étendu aux prestations de tous les médecins généralistes d'un même regroupement enregistré par l'INAMI.

Actuellement, la prolongation administrative du DMG est possible à condition que le gestionnaire du DMG ait attesté un contact avec le bénéficiaire au cours de l'année à prolonger. Dorénavant, cette condition s'appliquera à tous les contacts avec les généralistes autres que le gestionnaire du DMG, mais membres du même regroupement enregistré.

b. Praticiens de l'art dentaire

L'arrêté royal du 19 juillet 2011 fixe la cotisation annuelle pour instituer un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art dentaire à 2.086,89 EUR pour l'année 2011. Il s'agit du montant convenu dans le cadre de l'accord national dento-mutualiste 2011-2012.

c. Kinésithérapeutes

Pour 2010, le Service des soins de santé de l'INAMI verse à chaque kinésithérapeute qui remplit les conditions, un montant de 1.403,42 EUR fixé par l'arrêté royal du 30 novembre 2011 pour le régime des avantages sociaux.

d. Pharmaciens

MÉDICAMENTS POUR MALADES CHRONIQUES

Depuis le 4 février 2011, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités offre une intervention via l'arrêté royal du 19 janvier 2011 pour l'enregistrement et la transmission des données des médicaments autorisés non-remboursables. L'objectif est de mieux connaître le coût des analgésiques non remboursables, des laxatifs et des suppléments calciques pour les malades chroniques. L'intervention pour les pharmaciens s'élève à 800 EUR par an.

STATUT SOCIAL

Le montant du statut social pour les pharmaciens est indexé. L'arrêté royal du 30 novembre 2011 le fixe à 2.599,80 EUR pour 2010. Ce montant est réduit :

- à 1.949,85 EUR si la durée moyenne de travail hebdomadaire atteint 28 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 38 heures par semaine sur une base annuelle
- à 1.299,90 EUR si la durée moyenne de travail hebdomadaire atteint 19 heures par semaine sur une base annuelle mais est inférieure à 28 heures par semaine sur une base annuelle.

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Depuis le 1^{er} décembre 2011, l'arrêté royal du 17 octobre 2011 donne aux pharmaciens le droit à des honoraires uniques pour des préparations dermatologiques. L'intervention de l'assurance en vigueur avant l'instauration de ces honoraires était jugée insuffisante. L'octroi de ces honoraires est motivé, d'une part, par la difficulté de la préparation dermatologique et, d'autre part, par la forte hausse du temps que le pharmacien y consacre, temps qui n'est pas proportionnel à la quantité de produit.

e. Centres de soins de jour

À partir du 1^{er} juillet 2011, plusieurs mesures de l'arrêté ministériel du 30 juin 2011 entrent en vigueur. Elles visent à améliorer l'encadrement des personnes démentes, particulièrement, dans les centres de soins de jour. Il s'agit des dispositions suivantes :

- adaptation des normes afin de pouvoir accueillir un nombre plus important de patients démentes : le nombre de praticiens de l'art infirmier est limité au profit d'un plus grand nombre de membres du personnel de réactivation
- le montant du forfait est adapté en conséquence

- à l'instar de ce qui est d'ores et déjà applicable dans les maisons de repos et de soins (MRS) et dans les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), il est fait preuve d'une certaine souplesse en cas de pénurie de personnel dans une spécialisation
- harmonisation de la sanction infligée en cas de transmission tardive des données, avec la sanction déjà applicable dans les MRS et MRPA.

Le 1^{er} janvier 2012, des mesures de l'arrêté royal du 17 octobre 2011 contribuant à un meilleur encadrement des personnes atteintes de démence, avec perte limitée d'autonomie physique et des patients en soins palliatifs, sont entrées en vigueur :

- Actualisation de la liste des prestations incluses dans le forfait, prestations dispensées dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour.
- Ouverture des centres de soins de jour à toutes les personnes atteintes de démence, quel que soit leur degré d'autonomie physique.
- Instauration d'une disposition qui prévoit la création de centres de soins de jour pour patients en soins palliatifs.

3. Prestations

a. Médecins

INTÉGRATION DU MODULE DE PRÉVENTION DANS LE DOSSIER MÉDICAL GLOBAL (DMG)

Depuis le 1^{er} avril 2011, l'arrêté royal du 9 février 2011 a intégré un module de prévention pour le médecin généraliste dans le DMG.

Comme les prestations relatives au DMG peuvent être attestées pour tous les bénéficiaires indépendamment de leur âge, cela signifie que la mission de prévention du généraliste fait toujours partie intégrante de la gestion du DMG.

Le module de prévention se compose d'une checklist contenant différents items. Les thèmes du module de prévention sont énumérés dans les règles d'application mais ils sont concrétisés par le Comité de l'assurance en fonction des recommandations internationales, de l'âge et du sexe du patient.

De nouveaux honoraires sont créés en plus des honoraires existants. Ce supplément d'honoraires est destiné à rétribuer le généraliste qui passe la checklist du module de prévention en revue avec son patient et qui, à la suite de cet entretien, discute des actions à entreprendre. Seul le généraliste qui gère le DMG peut porter ces honoraires en compte.

CONSULTATION DÉMENCE

Depuis le 1^{er} avril 2011, l'arrêté royal du 24 janvier 2011 instaure une nouvelle prestation pour la réalisation d'un bilan diagnostique pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante. Cette prestation peut être portée en compte uniquement si le patient a été adressé par le médecin généraliste ou par un spécialiste. Une intervention est également prévue pour l'évaluation de l'examen neuropsychologique.

La quote-part personnelle s'élève à 10% du bilan diagnostique et aucun ticket modérateur n'est dû pour l'examen neuropsychologique.

PÉDIATRIE

Depuis le 1^{er} juillet 2010, l'arrêté royal du 3 février 2011 instaure un remboursement des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent une présence physique permanente au sein d'un hôpital proposant un programme de soins agréé pour les enfants.

Le 1^{er} avril 2011, l'arrêté royal du 3 février 2011 augmente d'un quart les honoraires de surveillance du pédiatre accrédité travaillant dans un service de néonatalogie intensive (NIC).

PRESTATIONS TECHNIQUES SPÉCIALES

Des nouvelles dispositions de l'arrêté royal du 1^{er} septembre 2011 entrent en vigueur à partir du 1^{er} novembre 2011, dans le cadre de l'exécution du Plan cancer. Il s'agit de quatre prestations relatives aux examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire. Le patient n'est redevable d'aucune intervention personnelle pour ces examens.

ANESTHÉSIE LORS DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

Depuis le 1^{er} avril 2011, l'arrêté royal du 25 janvier 2011 instaure une nouvelle prestation : intervention dans la surveillance et dans toute forme d'anesthésie ou de sédation effectuée par un médecin spécialiste en anesthésie lors d'une opération de la cataracte.

IMAGERIE MÉDICALE

Depuis le 1^{er} février 2012, les radiologues peuvent attester certaines prestations du chapitre "traitement de la douleur chronique". Concrètement, il s'agit de traitements interventionnels de pathologies du dos.

L'arrêté royal du 13 novembre 2011 ajoute ces prestations spécifiques d'imagerie médicale au chapitre "traitement de la douleur chronique" de l'article 12 de la nomenclature.

Depuis le 1^{er} février 2012 également, l'arrêté royal du 7 novembre 2011 introduit dans la nomenclature de la radiologie, deux nouvelles prestations pour le cliché en 3D du massif facial. Le libellé des prestations existantes a été réécrit et deux nouvelles prestations ont été insérées car pour certaines indications (comme la sinusite chronique ou une pathologie inflammatoire), aucun moyen de contraste n'est nécessaire alors que dans la prestation originale, il en était autrement.

À la demande des spécialistes concernés, l'arrêté royal du 26 octobre 2011 apporte, à partir du 1^{er} janvier 2012, un éclaircissement pour la nomenclature concernant la coronarographie et le cathétérisme cardiaque, à la suite des problèmes d'interprétation de la nomenclature d'imagerie médicale pour cardiologie interventionnelle.

Des modifications interviennent sur deux plans :

- création de nouvelles prestations pour la coronarographie digitale
- révision des prestations de coronarographie et de cathétérisme cardiaque.

À partir du 1^{er} juin 2011, l'arrêté royal du 5 avril 2011 donne aux radiologues dans le cadre de la prestation CT de l'abdomen, le droit à des suppléments d'honoraires lorsqu'ils effectuent une "colonoscopie virtuelle" dans des indications bien définies.

NEUROLOGIE

À partir du 1^{er} août 2011, l'arrêté royal du 11 juin 2011 accorde une intervention dans les honoraires du médecin spécialiste pour un examen neurologique et l'analyse des résultats chez des patients en état végétatif ou pauci-relationnel dans un "centre d'expertise pour patients comateux".

L'examen neurologique et l'analyse des résultats comportent :

- un examen neurologique spécifique approfondi du patient comateux et la détermination du score sur la "Coma-Recovery-Scale revisited" (hebdomadaire)
- la discussion multidisciplinaire du diagnostic, du pronostic, du planning de sortie et des décisions éthiques avec l'équipe chargée du traitement, composée du praticien de l'art infirmier, du logopède, du neuropsychologue, du kinésithérapeute et du médecin rééducateur fonctionnel (hebdomadaire)

- l'entretien de reconnaissance avec la famille quant à ce qu'elle peut attendre du patient au centre d'expertise avant que le patient ne soit transféré (le cas échéant)
- les rapports et l'alimentation des banques de données électroniques du Service public fédéral (SPF) Santé publique par des données démographiques de ce groupe de patients (à l'admission)
- l'établissement du document de sortie requis par le "circuit des soins".

Ces analyses et discussions sont systématiquement rapportées dans le dossier du patient et les décisions prises sont communiquées à la famille / à l'entourage du patient.

PSYCHIATRIE

À partir du 1^{er} novembre 2011, différentes mesures de l'arrêté royal du 19 août 2011, adoptées dans le cadre de l'accord médico-mutualiste 2010 sont entrées en vigueur et ce, dans le prolongement du Plan global psychiatrie. Il s'agit des nouvelles prestations suivantes :

- concertation pluridisciplinaire ("discussion d'équipe") au sein de la section hospitalière, pour un adulte hospitalisé dans un service A. Cette prestation ne peut être attestée qu'une fois tous les quinze jours, durant le premier mois de l'hospitalisation dans un service A et ensuite une fois par mois. L'intervention octroyée pour la discussion d'équipe peut être cumulée avec les honoraires de surveillance
- nouveaux honoraires de surveillance dans les services Sp psychogériatriques des hôpitaux généraux.

Depuis le 1^{er} février 2012, l'arrêté royal du 30 novembre 2011 donne la possibilité de faire appel à un médecin généraliste en cas de problème somatique aigu ou chronique chez un malade hospitalisé en hôpital psychiatrique. L'étroite collaboration entre le médecin généraliste et le psychiatre du patient est organisée à l'aide du dossier hospitalier du patient.

Le médecin spécialiste en psychiatrie fera en priorité appel au médecin traitant du patient, à raison de maximum deux fois par mois et maximum 12 fois par an.

Les honoraires peuvent être perçus de trois manières différentes :

- de manière classique, par le médecin, via l'attestation de soins donnés et la perception des honoraires sur place
- par l'application du régime du tiers payant
- par la perception centralisée des honoraires sur une base volontaire, d'un commun accord entre le médecin généraliste concerné et l'hôpital.

GÉRIATRIE

Depuis le 1^{er} mars 2011, l'arrêté royal du 9 janvier 2011 introduit dans l'article 25, § 1^{er}, une nouvelle prestation instaurant des honoraires pour la participation à une concertation multidisciplinaire, sous sa direction, par le médecin spécialiste en gériatrie chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300). Le patient ne doit payer aucune quote-part personnelle pour cette prestation.

EXAMEN GÉNÉTIQUE

L'arrêté royal du 18 mars 2011 instaure depuis le 1^{er} mai 2011 une nouvelle prestation relative au dépistage d'une anomalie acquise du gène K-RAS. Ce test, qui a pour objectif de détecter quels patients sont supposés réagir à un traitement spécifique du cancer colorectal, est réservé aux médecins spécialistes en anatomie pathologique, en biologie clinique ainsi qu'aux "génétiiciens" (agréés par le SPF Santé publique).

b. Praticiens de l'art dentaire

PARODONTOLOGIE ET RADIOGRAPHIES

L'arrêté royal du 9 janvier 2011 ajoute une nouvelle prestation à l'article 5, § 2 de la nomenclature, à partir du 1^{er} mars 2011. Il s'agit du remboursement de l'examen buccal parodontal chez les patients, à partir du 18^e jusqu'au 45^e anniversaire. Cette prestation peut être effectuée par les praticiens de l'art dentaire généralistes, les praticiens de l'art dentaire spécialistes en parodontologie et les médecins-dentistes. Ceux-ci peuvent l'attester une fois par année civile, si durant la même année civile ou l'année civile précédente, une prestation de nettoyage prophylactique, de détartrage ou de détartrage sous-gingival a été remboursée et un score DPSI d'au moins 3+ a été mesuré. Le ticket modérateur s'élève à 25% pour les bénéficiaires n'ayant pas droit à l'intervention majorée.

TRAITEMENTS PRÉVENTIFS ET PARODONTOLOGIE

L'arrêté royal du 14 avril 2011 modifie l'article 5 de la nomenclature à partir du 1^{er} mai 2011 comme suit :

- Examen buccal annuel : la limite d'âge maximum pour l'examen buccal annuel passe du 60^e au 63^e anniversaire. L'examen buccal annuel pourra désormais être attesté chez des patients à partir du 18^e anniversaire jusqu'au 63^e anniversaire
- Détartrage sous-gingival : la limite d'âge maximum pour le détartrage sous-gingival passe du 45^e au 50^e anniversaire
- Examen buccal parodontal : le groupe cible de cette prestation est également élargi. Dorénavant, les patients pourront obtenir le remboursement de cette prestation jusqu'au 50^e anniversaire.

L'intervention personnelle pour l'examen parodontal diminue à partir du 1^{er} mai 2011 de 25 EUR à 15,5 EUR pour le bénéficiaire sans régime préférentiel.

SOINS DENTAIRES : MODIFICATION DE LA RÉGLEMENTATION DU 28 JUILLET 2003

Depuis le 1^{er} mars 2011, l'octroi d'un numéro INAMI aux praticiens de l'art dentaire s'effectue de la même manière que pour les médecins, c'est-à-dire à partir du moment où le Service des soins de santé de l'INAMI est informé par le SPF Santé publique de la reconnaissance du dispensateur de soins. Suite au règlement du 18 juillet 2011, l'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé est informé de la reconnaissance, par le Ministre, du titre professionnel de dentiste généraliste ou dentiste spécialiste.

c. Kinésithérapeutes

L'arrêté royal du 5 avril 2011 modifiant l'article 7 de la nomenclature est modifié à partir du 1^{er} juillet 2011 :

- Sur la prescription, la référence obligatoire à l'éventuel examen consultatif est supprimée. Cette référence n'était pas requise préalablement au traitement de kinésithérapie et était considérée comme un travail administratif superflu
- Lorsqu'un médecin-conseil accepte une demande pour une nouvelle situation pathologique dans la liste "Fb" pendant la période de validité de la première affection "Fb", la période de validité de la nouvelle affection "Fb" court jusqu'au 31 décembre de la 2^e année qui suit la notification. La période de validité pour la notification initiale se termine le 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année au cours de laquelle la nouvelle situation pathologique est survenue.

d. Praticiens de l'art infirmier

L'arrêté royal du 19 janvier 2011 prévoit le remboursement d'une nouvelle prestation pour les patients très dépendants (y compris les patients bénéficiant de soins palliatifs) depuis le 1^{er} janvier 2010. Il s'agit d'une intervention forfaitaire pour la 3^e, 4^e et 5^e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins, quelle que soit la prestation effectuée. Aucune quote-part personnelle n'est due.

e. Accoucheuses

L'arrêté royal du 7 novembre 2011 modifie l'article 9a) de la nomenclature au 1^{er} janvier 2012.

Les modifications sont les suivantes :

- Une distinction est désormais faite selon que les soins prénatals, la surveillance et l'assistance à la parturiente pendant la phase de travail, l'assistance en cas d'accouchement effectué par un médecin et les soins postnatals se déroulent :
 - à domicile
 - en milieu hospitalier
 - en dehors du domicile et du milieu hospitalier.
- Pour les prestations ambulatoires "surveillance et soins postnatals" à partir du jour de l'accouchement jusqu'au 5^e jour inclus suivant le jour de l'accouchement, il est précisé que ces prestations doivent être effectuées à domicile. Cette mesure vise à assurer le confort de la parturiente pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement en lui évitant de devoir se déplacer pour recevoir ces soins.
- Pour les prestations "surveillance et soins postnatals", il est notamment stipulé qu'elles incluent l'examen postnatal de la mère et de l'enfant (anamnèse, évaluation clinique, mesure et suivi des paramètres nécessaires, et autres observations). Le dossier de grossesse contiendra un compte rendu de ces observations et du plan de soins.
- La suppression de l'interdiction de cumul pour les soins remboursables effectués le même jour par un praticien de l'art infirmier et par une accoucheuse.

f. Bandagistes

L'arrêté royal du 14 septembre 2011 apporte plusieurs modifications importantes à la nomenclature des dispositifs d'aide à la mobilité, au 1^{er} janvier 2012 :

- Jusqu'alors, la seule possibilité pour obtenir le remboursement des voiturettes extra-larges consistait à introduire un dossier de demande pour le "sur-mesure". Or, ces voiturettes ne sont pas vraiment des voiturettes "sur-mesure" mais des voiturettes fabriquées en série limitée. C'est pourquoi trois prestations spécifiques sont prévues pour le remboursement des voiturettes ayant une largeur de siège comprise entre 58 cm et 75 cm.
- Pour les voiturettes de soins manuelles, l'assurance soins de santé intervient en cas d'adaptation pour une largeur d'assise de plus de 48 cm jusqu'à 58 cm.
- Les voiturettes actives aux dimensions individualisées ne correspondent pas au libellé actuel d'une voiturette active. Elles ne peuvent par conséquent pas être remboursées. Pour les utilisateurs qui savent dans quelle position ils veulent s'asseoir (autrement dit, les utilisateurs expérimentés qui utilisent une voiturette active depuis quatre ans déjà au moins), il est souhaitable que la position d'assise ne soit plus réglable. Le châssis est fabriqué en usine sur la base des mensurations individuelles. La voiturette est dès lors plus solide et plus efficace. Un sous-groupe distinct, au sein du groupe des voiturettes actives, a été créé pour ces voiturettes actives aux dimensions individualisées, étant donné que ces deux types de voiturettes présentent des différences techniques fondamentales.
- Certaines dispositions relatives aux scooters électroniques ont également été modifiées.

g. Implants

PROCÉDURE DE NOTIFICATION

Certains implants ne sont pas concernés par la procédure de notification des implants. C'est le cas de tout le matériel de suture et ligature ainsi que de tous les implants utilisés dans la bouche. Cette mesure de l'arrêté royal du 9 janvier 2011 entre en vigueur le 1^{er} mai 2010, pour faire suite aux dispositions transitoires.

ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

Le 1^{er} septembre 2009, en application de la directive européenne, les composants implantables des prothèses articulaires totales de la hanche, du genou et de l'épaule ont été reclassés en tant que dispositifs médicaux de classe III. C'est pourquoi les fabricants doivent suivre la procédure d'évaluation requise pour la classe III avant de pouvoir mettre ces dispositifs médicaux sur le marché.

Vu cette nouvelle procédure, certains systèmes plus anciens n'ont pas pu être reclassés et leur mise sur le marché n'a donc pas été autorisée.

Ces implants ont encore leur utilité en cas de révision. Ils permettent en effet une révision partielle moins invalidante pour le patient. Sans cette possibilité, le chirurgien doit procéder à une révision totale, ce qui engendre aussi un surcoût.

L'arrêté royal du 7 novembre 2011 modifie la nomenclature en ce sens à partir du 1^{er} janvier 2012, si bien que des révisions partielles moins invalidantes donnent à nouveau lieu à un remboursement.

À partir du 1^{er} juillet 2011, l'arrêté royal du 18 avril 2011 entre en vigueur en introduisant huit nouvelles prestations concernant les fixations externes :

- Les prestations pour fixation externe sont supprimées de l'article 28 de la nomenclature.
- Dans l'article 35 de la nomenclature, un nouvel intitulé est ajouté : "Fixateurs externes". Sous cette rubrique, figure la liste des nouvelles prestations relatives aux systèmes de fixation externe.
- Sous l'intitulé "Accessoires pour prothèses de cheville" s'insère la nouvelle prestation "vis osseuses pour les prothèses de cheville".

NEUROCHIRURGIE

L'arrêté royal du 5 avril 2011 a inséré deux modifications qui entrent en vigueur le 1^{er} juin 2011 :

- Le libellé de la prestation relative à l'implant pour cranioplastie est étendu ; le "cranial loop" (fabriqué dans une autre matière) peut alors être attesté dans le cadre de cette prestation.
- Le libellé des prestations relatives aux produits viscoélastiques a également été adapté ; celles-ci peuvent être remboursées par intervention et par œil.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'arrêté royal du 7 novembre 2011 prévoit un remboursement pour les électrodes pour localisation des cibles en cas d'épilepsie réfractaire. Auparavant, le remboursement ne concernait que la localisation pré-opératoire.

UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

Le sphincter urinaire artificiel avec revêtement antibiotique est remboursé suite à l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2011, à partir du 1^{er} septembre 2011.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'assurance soins de santé intervient dans la fourniture de matériel pour la chirurgie d'une hernie abdominale. L'arrêté royal du 24 octobre 2011 a inséré quatre nouvelles prestations dans la nomenclature, donnant lieu à un remboursement forfaitaire. L'intervention personnelle s'élève à 25%.

CHIRURGIE VASCULAIRE

L'arrêté royal du 23 décembre 2011 modifie le remboursement des stents coronaires, à partir du 1^{er} avril 2011 :

- Les valeurs U des articles 35 en 35bis sont diminuées.
- Deux nouvelles prestations sont insérées: une pour le placement d'un ou de plusieurs "drug eluting stents (DES)" et une pour le placement de deux stents ou plus. Ces nouvelles prestations sont des forfaits.
- Les règles d'application ont été adaptées en conséquence.

Il existe une règle interprétative pour ces deux prestations.

L'arrêté royal du 7 novembre 2011 réduit, à partir du 1^{er} janvier 2012, l'intervention personnelle pour le "vascular closure device" (système de fermeture vasculaire), passant de 90% à 55%.

h. Orthopédistes

Le 1^{er} janvier 2012, l'arrêté royal du 24 octobre 2011 ajoute une nouvelle disposition à la nomenclature pour autoriser le remboursement anticipé du casque crânien si un changement anatomique se produit ou si le casque crânien est devenu inutilisable et irréparable à la suite de traumatismes multiples.

i. Prestations pharmaceutiques

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

Dans les cas où plusieurs conditionnements d'une spécialité pharmaceutique sont prescrits sur une prescription, le bénéficiaire peut formuler la demande auprès du pharmacien de différer la délivrance d'un ou plusieurs conditionnements.

Dans ce cas, le pharmacien peut, à partir du 1^{er} juillet 2011, différer la délivrance effective par la remise d'un formulaire de délivrance et de facturation différées (arrêté royal du 27 juin 2011).

PRÉPARATIONS MAGISTRALES

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'arrêté royal du 28 décembre 2011 adapte à l'index l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le cadre de l'alimentation diététique à des fins médicales et des préparations magistrales. Les honoraires, les prix, les quotes-parts ou les interventions personnelles des bénéficiaires sont liés à la valeur, applicable dans l'année civile précédente, de la moyenne arithmétique de l'indice santé du mois de juin et des indices des prix des trois mois précédents.

III. Indemnités

1. Indemnités pour les travailleurs salariés

a. Prime de rattrapage pour les invalides

À partir du 1^{er} mai 2011, l'arrêté royal du 20 mai 2011 adapte les conditions d'octroi et le montant de la prime de rattrapage annuelle pour les invalides. Le montant est actuellement octroyé aux titulaires dont la durée de l'incapacité de travail atteint au moins un an au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi. Le montant de la prime est majoré à 200 EUR (montant indexé). Auparavant, il fallait avoir été reconnu en incapacité de travail pendant au moins cinq ans et la prime s'élevait à 75 EUR.

b. Montant maximum pour le calcul des indemnités

Le montant maximum de la rémunération qui doit être pris en considération pour le calcul des indemnités des titulaires dont l'incapacité de travail primaire ou l'invalidité prend cours le 1^{er} janvier 2011 est revalorisé à partir de cette même date. Suite à l'arrêté royal du 22 mars 2011, il s'agit actuellement d'un montant de base de 97,7809 EUR.

c. Titulaire avec personne à charge

Via une mesure de transition, le titulaire avec personne à charge ne perd pas sa qualité de titulaire ayant charge de famille purement et simplement, suite à l'augmentation des indemnités d'invalidité du titulaire travailleur indépendant avec lequel il cohabite, après revalorisation de ces indemnités au 1^{er} janvier 2006. L'arrêté royal du 14 avril 2011 prolonge à nouveau cette mesure de transition jusqu'au 31 décembre 2011 ; elle était initialement accordée pour trois ans.

d. Mesures de revalorisation

L'arrêté royal du 6 juillet 2011 a prévu plusieurs revalorisations :

- 2% du montant minimum accordé aux travailleurs réguliers (cohabitants), à partir du 1^{er} septembre 2011
- 3 EUR du montant de l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne, à partir du 1^{er} septembre 2011
- revalorisation du plafond des revenus des personnes à charge et des titulaires isolés, lorsque la personne cohabitante bénéficie d'un revenu de remplacement, à partir du 1^{er} septembre 2011.

L'arrêté royal du 21 juin 2011 abroge, en 2011 et 2012, la revalorisation des indemnités accordées aux titulaires en incapacité de travail depuis 15 ans.

e. Maintien de la qualité en cas de dépassement du montant plancher

La mesure de l'arrêté royal du 28 avril 2011 entre en vigueur à partir du 1^{er} août 2010 ; elle doit permettre, dans l'attente d'une mesure structurelle, de prévenir la perte de la qualité de titulaire avec personne à charge ou de la qualité de titulaire isolé en raison de l'augmentation de la pension minimale du titulaire indépendant cohabitant.

f. Activité autorisée

Après avoir obtenu l'accord du médecin-conseil de la mutualité, les bénéficiaires en incapacité de travail peuvent partiellement reprendre le travail. Le montant des indemnités qui peut être octroyé en cas d'une reprise autorisée est fixé en fonction du montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables.

Dans certains cas, la combinaison d'un revenu de travail à temps partiel et d'indemnités à temps partiel peut engendrer un revenu supérieur au salaire perçu pour une activité à temps plein.

L'arrêté royal du 28 décembre 2011 modifie la réglementation à partir du 1^{er} janvier 2012 pour mettre fin à cette anomalie ("le piège au salaire"). Le montant du revenu professionnel, évalué en jours ouvrables, n'est en outre pris en considération qu'à concurrence du pourcentage suivant, déterminé par tranche de revenu :

- première tranche de 11,8278 EUR : exonérée
- deuxième tranche de 7,0967 EUR : 20%
- troisième tranche de 7,0967 EUR : 50%
- quatrième tranche supérieure au total des tranches précédentes : 75%.

Ces tranches précitées sont indexées.

Donc, plus le revenu professionnel est élevé, plus l'influence sur le montant des indemnités de maladie est importante.

g. Calcul des indemnités

Le règlement du 16 novembre 2011 a modifié, à partir du 1^{er} janvier 2012, la réglementation fixant la rémunération perdue devant être prise en compte pour le calcul des indemnités quand aucun salaire de référence n'est disponible :

- Pour les jeunes en apprentissage industriel liés par un contrat d'apprentissage au début de l'incapacité de travail, la rémunération perdue est égale aux indemnités d'apprentissage auxquelles ils auraient pu prétendre le premier jour de l'incapacité de travail.
- Une nouvelle réglementation est élaborée pour une nouvelle catégorie de travailleurs, regroupés sous la dénomination "travailleurs intérimaires, saisonniers et temporaires". Auparavant il était uniquement question de "travailleurs intermittents et travailleurs saisonniers".
- Pour les titulaires en état de chômage sans rémunération de référence au début du risque, le délai dans lequel la rémunération est calculée est prorogé de 30 jours après la cessation du contrat de travail (précédemment de 14 jours après la fin du contrat de travail).
- Un mode de calcul des indemnités est prévu dans la situation particulière du bénéficiaire qui, au moment où l'incapacité de travail est apparue, a cessé d'être assujéti au système belge d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités depuis 30 jours. Auparavant, c'était le cas après 14 jours.
- Des modifications se produisent également pour le calcul de prestations quand la période d'incapacité de travail suit immédiatement une période de protection de la maternité et inversement, notamment pour les apprentis industriels et les gardiennes d'enfants.
- Si l'O.A. ne dispose pas d'éléments dans la Feuille de renseignements, nécessaires à la fixation du montant de la rémunération perdue, l'indemnité est calculée sur base de la rémunération minimum fixée pour un employé de catégorie I ayant une expérience professionnelle de niveau 0, par la Commission paritaire nationale auxiliaire pour employés. Pour les titulaires occupés à temps partiel, la moitié de cette rémunération est prise en considération.

2. Indemnités pour les travailleurs indépendants

a. Adaptations en matière de bien-être

L'arrêté royal du 11 juin 2011 adapte les allocations pour travailleurs indépendants pour les années 2011 et 2012 :

- Le montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire et de l'indemnité d'invalidité, sans cessation de l'entreprise du titulaire ayant charge de famille et du titulaire isolé, augmentera respectivement, à partir du 1^{er} septembre 2011, de 2,11% et 2,37% à la suite de l'augmentation similaire des montants de la pension minimum des travailleurs indépendants.
- À partir du 1^{er} septembre 2011, le montant de l'indemnité d'incapacité de travail primaire et de l'indemnité d'invalidité sans cessation de l'entreprise du titulaire cohabitant sera revalorisé de 2%.
- Le montant de l'indemnité d'invalidité avec cessation de l'entreprise augmentera de 2% à partir du 1^{er} septembre 2011, à la suite de l'augmentation similaire de l'indemnité minimum pour un travailleur salarié régulier.
- L'intervention forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne, accordée au plus tôt à partir du 4^e mois de l'incapacité de travail, est augmentée à partir du 1^{er} septembre 2011, de 3 EUR par jour.

b. Reprise des activités en période d'incapacité de travail

Le travailleur indépendant reconnu en incapacité de travail peut, en période d'invalidité, reprendre une partie de ses activités d'indépendant qu'il exerçait avant le début de son incapacité de travail, moyennant l'autorisation préalable du Conseil médical de l'invalidité, sur proposition du médecin-conseil de l'O.A.. Cette reprise partielle des anciennes activités indépendantes n'est pas subordonnée à une condition de reclassement.

À partir du 4 juillet 2011, date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 11 juin 2011, une reprise partielle des anciennes activités indépendantes peut aussi être autorisée pendant la période d'incapacité de travail primaire, sans condition de reclassement. Cette reprise partielle des activités en période d'incapacité de travail primaire requiert l'autorisation préalable du médecin-conseil et ne peut avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance de la période d'incapacité de travail primaire non indemnisable.

c. Prime de rattrapage pour les invalides

À partir du 1^{er} mai 2011, l'assurance soins de santé et indemnités prévoit une prime de rattrapage forfaitaire annuelle de 200 EUR (montant indexé) pour les titulaires invalides qui, au 31 décembre de l'année qui précède l'année de l'octroi, ont été reconnus en incapacité de travail pendant au moins un an (arrêté royal du 18-05-2011).

d. Régularisation de la reprise d'une activité non autorisée

À partir du 31 décembre 2010, l'arrêté royal du 27 juillet 2011 simplifie la procédure de régularisation des cas de reprises, par un travailleur indépendant, d'un travail non préalablement autorisé par le médecin-conseil de l'O.A. ou le Conseil médical de l'invalidité, pendant une période d'incapacité de travail reconnue. La régularisation comprend un volet médical et un volet administratif.

RÉGULARISATION SUR LE PLAN MÉDICAL

La procédure de régularisation médicale pour la période écoulée de travail non autorisé est supprimée. Ainsi, il ne sera plus vérifié si le titulaire indépendant qui a repris, pendant la durée de son incapacité de travail, un travail non autorisé, conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50% sur le plan médical, pour la période de travail non autorisée.

Néanmoins, l'intéressé sera encore soumis à un examen médical en vue de vérifier s'il remplit toujours les conditions de reconnaissance de son incapacité de travail à la date de l'examen médical et ultérieurement. Cet examen médical doit être effectué dans les trente jours ouvrables à compter de la constatation, par l'O.A., de l'activité non autorisée, ou à compter de la communication de celle-ci à l'O.A.

RÉGULARISATION SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

La procédure de régularisation de la période de travail non autorisé se limitera à une procédure purement administrative. La mutualité devra procéder à la récupération des indemnités indûment perçues à la suite de l'exercice d'une activité non autorisée. Cependant, cette récupération doit être limitée aux jours ou à la période durant lesquels l'assuré a effectué le travail non autorisé.

La récupération limitée du montant indu n'est plus subordonnée à l'exigence d'une régularisation sur le plan médical.

Une autre modification apportée par l'arrêté royal du 27 juillet 2011, se situe dans le contexte européen.

À la suite des nouveaux Règlements européens n° 883/2004 et 987/2009, des modifications ont été apportées à la procédure de déclaration de l'incapacité de travail d'un assuré qui séjourne ou réside dans un État membre de l'Union européenne autre que l'État membre compétent pour l'octroi des prestations.

Le médecin-conseil peut mettre fin à la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail d'un titulaire qui, au début de celle-ci, séjourne ou réside dans un État membre de l'Union européenne (autre que la Belgique), à partir de la date de fin de l'incapacité qui est mentionnée sur le certificat d'incapacité de travail établi par le médecin-traitant étranger ou par l'institution étrangère compétente, sans devoir procéder à un examen médical préalable.

e. Renonciation à la récupération des indemnités

Le comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs indépendants du Service des indemnités peut renoncer à la récupération des indemnités de maladie indûment payés auprès d'un assuré qui a repris une activité non autorisée quand il se trouve dans une situation digne d'intérêt.

Lorsque la récupération ressort d'une activité non autorisée, le caractère digne d'intérêt de la situation est apprécié sur la base des critères suivants :

- la situation sociale et financière du ménage du bénéficiaire
- la proportionnalité du montant de la récupération, d'une part et de la gravité de l'infraction et/ou du montant du revenu rapporté par l'activité, d'autre part.

L'arrêté ministériel du 2 septembre 2011 ajoute un critère à partir du 31 décembre 2010 :

- le fait que l'activité non autorisée était ou non assujettie à la sécurité sociale.

Cet arrêté ministériel mentionne également la possibilité pour le travailleur indépendant en incapacité de travail de poursuivre en partie son ancienne activité exercée en tant qu'indépendant. Le travailleur indépendant doit obtenir au préalable, l'autorisation du Conseil médical de l'invalidité, sur proposition du médecin-conseil, par un renvoi repris dans l'article 20bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

3. Congé de naissance pour les coparents

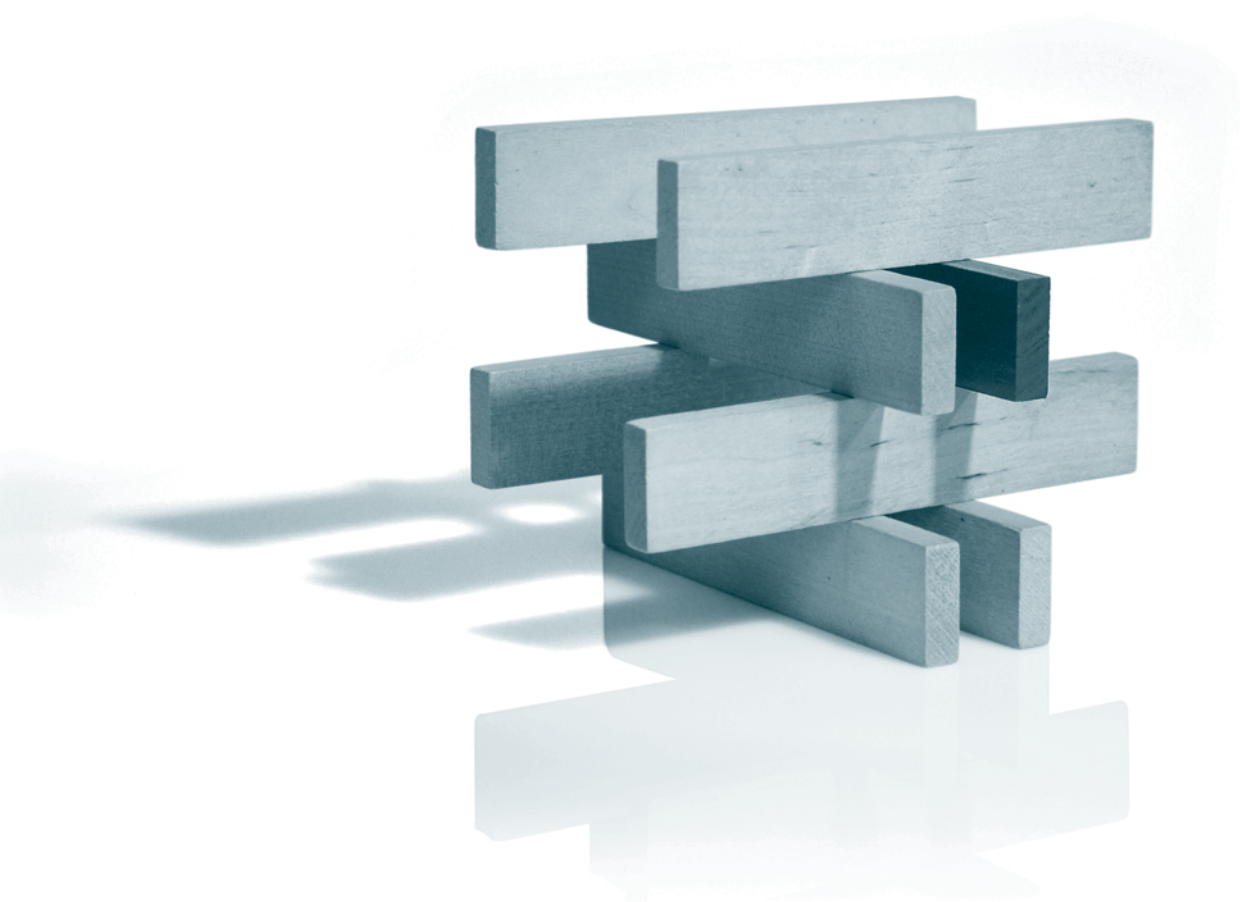
La loi du 13 avril 2011 instaure un congé de naissance pour les coparents.

Jusqu'à présent, seul le travailleur salarié lié par un contrat de travail avait droit à un congé à l'occasion de la naissance d'un enfant dont la filiation était établie. Dans la pratique, il s'agissait donc du père de l'enfant. Il s'agissait d'un congé de 10 jours qui devaient être pris dans les quatre mois suivant l'accouchement.

Dorénavant, le coparent peut également bénéficier d'un congé, sous les conditions suivantes :

- il ne peut y avoir qu'un seul lien de filiation légal vis-à-vis d'une personne, à savoir la mère. Dès qu'un lien de filiation légal est également établi du côté du père, seul le père peut prendre le congé de naissance de 10 jours
- le coparent qui souhaite prétendre au congé de naissance doit produire une preuve de cohabitation avec la mère de l'enfant.

Par ailleurs, la loi du 13 avril 2011 prévoit pour le coparent, en cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, la possibilité de transformer la partie restante du repos postnatal en jours de congé de naissance. Ce droit était auparavant également réservé au père. Les modalités d'exécution font encore l'objet d'une discussion au sein du Conseil national du travail.



4^e Partie

Exposés thématiques



La Commission de remboursement des médicaments (CRM) évalue les demandes de remboursement des spécialités pharmaceutiques et propose des adaptations à la liste des spécialités remboursables. De cette manière, elle contribue à un accès rapide des patients aux nouveaux médicaments mis sur le marché et garantit des décisions transparentes.

Les médicaments remboursables par l'assurance soins de santé et indemnités sont à la source de près de 80% du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique.

La CRM occupe donc une place stratégique pour l'industrie du médicament, pour les différents acteurs des soins de santé et pour l'assurance obligatoire.

Le nombre de demandes traitées par la CRM augmente de façon constante. En particulier, en 2011, les demandes d'inscription pour les médicaments génériques.

Après 10 ans, les membres de la CRM ont organisé une évaluation de son fonctionnement, mis à jour ses objectifs et fait des propositions concrètes pour les années à venir. Le but est de garder un système unique et original, dans un contexte pharmaceutique, technologique, démographique et budgétaire en perpétuelle évolution.

I. Les 10 ans de la Commission de remboursement des médicaments

1. Introduction

Le 1^{er} janvier 2012, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) a fêté ses 10 ans. La CRM évalue les demandes de remboursement et propose des modifications à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables¹.

Sa mission rassemble celle du Conseil technique pour les spécialités pharmaceutiques (CTSP), auquel elle succède, et celle de la Commission de Transparence qui rédigeait des avis scientifiques pour le CTSP. À ce jour, l'expertise scientifique est incorporée dans la procédure de la CRM et est l'une de ses missions.

À sa création, la CRM devait répondre aux exigences réglementaires de l'Europe.

Le double objectif était de :

- définir une structure qui permette un accès rapide aux médicaments mis sur le marché
- garantir une transparence dans les décisions et fixer des délais pour les procédures de fixation de prix et de remboursement.

2. La CRM en quelques chiffres

Depuis sa création au 1^{er} janvier 2002, la Commission de remboursement des médicaments s'est réunie plus de 300 fois en séance plénière. Au cours de ces réunions, elle a évalué plus de 10.000 dossiers individuels. Plus de 6.500 dossiers concernent des demandes d'inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

À ce jour, la liste des spécialités remboursables compte plus de 6.700 spécialités pharmaceutiques. Près de 80% du chiffre d'affaires total de l'industrie pharmaceutique provient de la vente de médicaments pris en charge par l'assurance soins de santé et indemnités².

Il va sans dire que la CRM occupe une place stratégique pour l'industrie du médicament, pour les différents acteurs des soins de santé et pour l'assurance soins de santé.

a. Comparaison officines publiques et pharmacies hospitalières

Le budget global des médicaments remboursables se répartit ainsi :

- environ 2,7 milliards EUR pour les officines ouvertes au public
- environ 1,3 milliard EUR pour les pharmacies hospitalières.

1 A.R. du 21-12-2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

2 Site Internet du SPF Économie : www.economie.fgov.be > Protection des consommateurs > Prix réglementés > Médicaments à usage humain.

Tableau 1 - Dépenses nettes annuelles de l'INAMI pour les médicaments - Évolution 2006-2010 (en millions EUR)

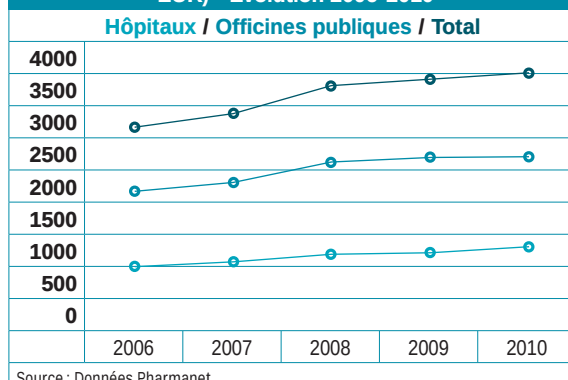
	2006	2007	2008	2009	2010
Officines publiques	2.161,1	2.297,9	2.611,1	2.680,8	2.711,4
Hôpitaux	975,5	1.057,8	1.171,4	1.205,9	1.283,5
Total	3.136,6	3.355,7	3.782,5	3.886,7	3.994,9

Source : Données MORSE et Pharmanet.

Tableau 2 - Dépenses nettes annuelles de l'INAMI pour les médicaments - Évolution 2006-2010 (en%)

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Officines publiques	6,3	13,6	2,6	1,1
Hôpitaux	8,4	10,7	2,9	1,06

Source : Données MORSE et Pharmanet.

Graphique 1 - Dépenses nettes annuelles de l'INAMI pour les médicaments (en millions EUR) - Évolution 2006-2010

Source : Données Pharmanet.

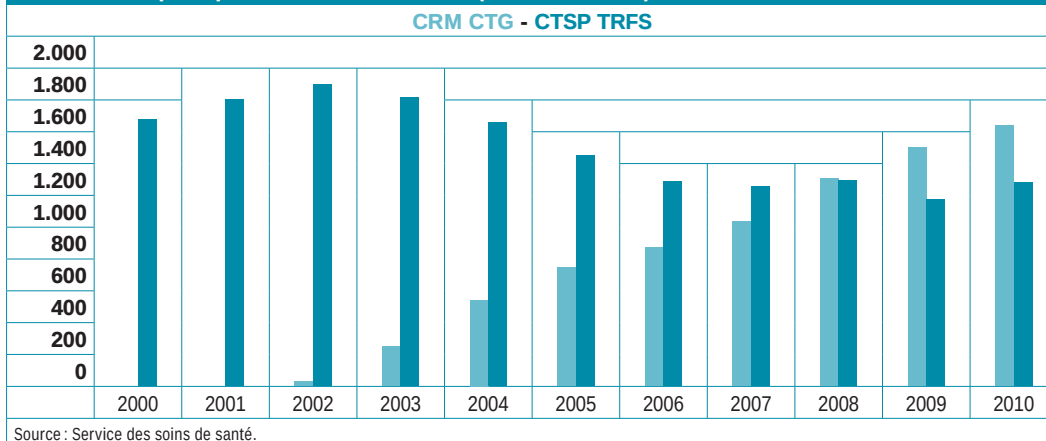
Le pourcentage d'évolution des dépenses nettes (2006-2010) de l'INAMI est comparable entre les officines publiques et les officines hospitalières.

b. Médicaments délivrés en officines publiques

En 2001, avant la création de la CRM, les dépenses nettes pour les spécialités pharmaceutiques délivrées par les officines ouvertes au public représentaient un budget de 1,65 million EUR.

En 2012, les dépenses cumulées des décisions du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques de l'INAMI (CTSP) et de la CRM pour les spécialités délivrées par les officines ouvertes au public représentent un peu plus de 2,8 millions EUR.

Graphique 2 - Dépenses nettes annuelles de l'INAMI pour les médicaments délivrés en officines publiques - CRM versus CTSP¹ (en millions EUR)



Plus de la moitié des dépenses (55%) pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques délivrées en officines publiques concerne les spécialités pour lesquelles la 'décision' a été prise par la CRM.

Ce schéma illustre en même temps la vitesse relativement élevée avec laquelle de 'nouvelles' spécialités pharmaceutiques sont reprises dans l'arsenal thérapeutique belge, et ainsi l'accès relativement accru des patients aux nouveaux médicaments.

c. Types de dossiers traités par la CRM

La CRM traite trois grandes catégories de dossiers.

o Les demandes de remboursement

- o Classe 1 : demande de remboursement pour une spécialité pharmaceutique avec plus-value thérapeutique démontrée par rapport aux alternatives existantes.
- o Classe 2 : demande de remboursement pour une spécialité pharmaceutique sans plus-value thérapeutique démontrée par rapport aux alternatives existantes et qui ne répond pas à la définition de classe 3 (génériques et copies).
- o Classe 3 : demande de remboursement pour un générique, une copie.
- o Orphelin : demande de remboursement pour une spécialité pharmaceutique qui a reçu la désignation de médicament orphelin par le comité pour les médicaments orphelins.

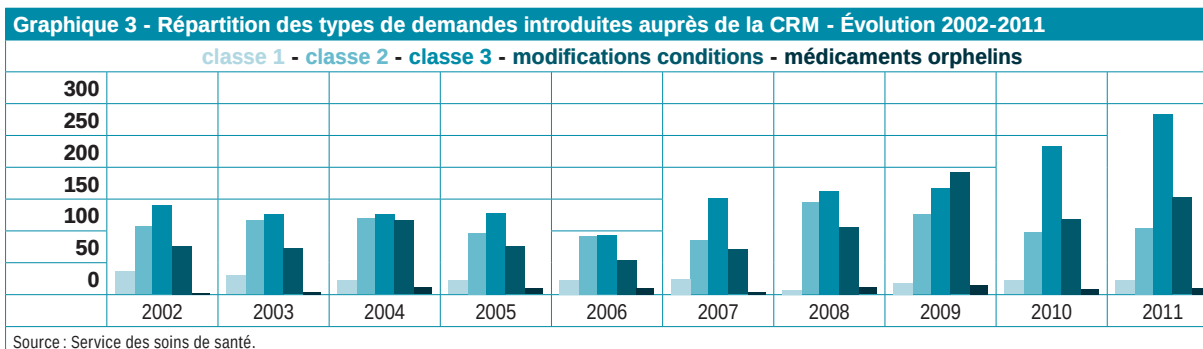
o Les demandes de modification des modalités de remboursement

Ces demandes concernent la plupart du temps de nouvelles indications enregistrées, pour lesquelles les demandeurs souhaitent obtenir le remboursement pour leurs spécialités pharmaceutiques déjà inscrites sur la liste des spécialités remboursables.

o Les révisions

Des révisions dans un délai de 18 à 36 mois sont prévues à l'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour les médicaments de la classe 1 ou les médicaments orphelins.

1 CTSP : Conseil technique des spécialités pharmaceutiques de l'INAMI.



Le nombre de dossiers de demandes traités par la CRM augmente constamment.

Les demandes d'inscription en classe 3 (médicaments génériques) représentent le plus grand nombre de demandes et le type de demandes qui augmentent le plus en 2011.

À titre de comparaison, en 2011, la CRM a reçu environ 20 demandes d'inscription en classe 1 et plus de 270 demandes d'inscription en classe 3.

Les demandes d'inscription en classe 1 diminuent. Par contre, tous les autres types de demandes augmentent au fil des années. C'est, entre autres, le cas pour les médicaments orphelins. Cela s'explique, entre autres, par le nombre croissant de médicaments recevant la désignation de médicament orphelin par le comité pour les médicaments orphelins. En 2002, le comité pour les médicaments orphelins a octroyé la désignation de médicament orphelin à 49 médicaments, pour 128 médicaments en 2010.

3. Évaluation du fonctionnement de la CRM

Une mise à jour des objectifs a permis à la CRM de faire le point sur le travail fourni pendant ces 10 années et de réfléchir à la direction qu'elle souhaite prendre dans un contexte pharmaceutique, technologique, démographique et budgétaire en perpétuelle évolution.

Une évaluation du fonctionnement de la CRM a donc été organisée avec les membres de la CRM pour faire le point sur ces 10 dernières années et formuler ses souhaits et défis pour les 10 années à venir.

Sur base de cette évaluation, la CRM propose les modifications suivantes¹:

- Séparation de l'évaluation et de la décision (des conditions) de remboursement en formalisant le rapport d'évaluation (jour 90) avec adaptation des délais de suspension pour garantir l'exhaustivité et la qualité de l'évaluation dans le respect des délais.
- Possibilité de déconnection du remboursement de l'indication enregistrée.
- Possibilité d'entamer une convention plus tôt dans la procédure : dès le jour 90 en cas de constat explicite d'incertitude(s).
- Création d'une procédure "Article 38bis" pour des demandes de modification des conditions de remboursement à l'initiative de la CRM (base de remboursement inchangée) dans laquelle il n'y a pas de suspensions des délais.
- Intégration du rapport d'évaluation dans la proposition pour les dossiers classe 3.

¹ Projet de modification de l'A.R. du 21-12-2001.

- Modification de la date de fin des suspensions initiées par le demandeur.
Proposition: "Le délai est suspendu à compter de l'expiration du délai de 10/15/20 jours jusqu'au jour de la séance plénière de la Commission au cours de laquelle ce dossier sera discuté, étant entendu que le dossier doit être discuté en séance plénière de la Commission dans un délai de 20 jours à compter de la réception de la réaction".
- Délai de suspension maximum après le jour 90 : le dossier est clôturé si, après 90 jours de suspension, le prix n'a toujours pas été communiqué au secrétariat de la CRM.

Plusieurs projets annexes seront encore mis en place :

- Rédaction de recommandations belges pour le calcul de l'impact budgétaire.
- Revalorisation du Chapitre IV via un groupe de travail.
- Révision de la classification des demandes via un groupe de travail.
- Organisation de l'intégration d'une expertise externe.
- Intégration de techniques de contrôle budgétaire dans les procédures de la CRM (en dehors de la procédure "article 81").
- Création d'une plate-forme de communication de la CRM vers le monde extérieur.

4. Conclusion

La Commission de remboursement des médicaments devra faire peau neuve, pour répondre aux besoins de demain tels que les thérapies innovantes (advanced therapies), les soins de santé personnalisés (personalized healthcare) ou les thérapies hybrides (hybridtherapies), pour répondre aux exigences de l'Europe, et pour rester un système unique et original. Pour y arriver, non seulement elle modifiera l'arrêté royal du 21 décembre 2001, mais elle réfléchira aussi à de nouvelles pistes et à de nouvelles propositions indispensables pour s'adapter aux besoins médicaux en perpétuelle évolution et aux nouvelles contraintes budgétaires.

Dans les années à venir, il est important de doter la CRM de nouveaux outils, pour qu'elle puisse travailler dans les meilleures conditions possibles et disposer des moyens nécessaires pour rester un système efficace en termes de couverture des besoins médicaux et en termes de durabilité budgétaire.

À ce stade de réflexion sur le fonctionnement de la CRM, il est important de donner une place à l'expertise externe, de terrain, dans le processus d'évaluation. Un renfort académique et clinique à différents moments-clés du dossier apparaît indispensable.

En plus des points-clés mis en évidence lors de l'évaluation de la CRM, des idées novatrices ont également été proposées lors du Symposium du 11 octobre 2011.

Certaines propositions se traduisent déjà en projets bien concrets. D'autres projets seront mis en place à court et moyen termes. Ils permettront à la CRM d'augmenter son efficacité, de rencontrer au mieux les demandes du terrain, et de disposer d'une plate-forme de communication qui permettra d'augmenter la transparence et la visibilité de son travail.

5. Références

- Site Internet du SPF Économie: www.economie.fgov.be > Protection des consommateurs > Prix réglementés > Médicaments à usage humain.
- Compte-rendu de la réunion d'évaluation du fonctionnement de la CRM du 5 juillet 2011.
- Compte-rendu de la réunion d'évaluation du fonctionnement de la CRM du 30 août 2011 et 13 septembre 2011.
- Rapport MORSE 2011 (données 2010).
- Données Pharmanet.



Le Code pénal social (CPS) est applicable depuis le 1^{er} juillet 2011. Il s'agit d'une nouvelle loi qui est le résultat d'un processus de réforme du droit pénal social qui a commencé il y a plus de dix ans. Le but était clairement d'harmoniser la législation mais également de créer un instrument dans la lutte contre la fraude sociale.

Le présent article traite de l'impact du CPS sur le travail du corps d'inspection sociale de l'INAMI. Les compétences du corps d'inspection y sont abordées et les infractions et sanctions prévues dans le CPS sont comparées à celles prévues dans la législation SSI.

Au niveau des compétences, le CPS enrichit le travail d'inspection de l'INAMI. La situation est plus complexe pour les sanctions mais l'INAMI a développé des solutions pour y remédier.

II. Le travail d'inspection sociale de l'INAMI dans la perspective du nouveau code pénal social

1. Introduction

Le nouveau Code pénal social (CPS) a été entériné le 6 juin 2010 ; la publication au Moniteur belge a suivi, le 1^{er} juillet 2010. Le CPS est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2011. Certaines dispositions pénales en matière de conventions collectives de travail (CCT) ne sont toutefois entrées en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2012. Le CPS est le résultat d'un processus de réforme du droit pénal social, déjà entamé il y a plus de 10 ans. Ce processus a débuté en 1999 par le biais du plan global de lutte contre le travail illégal de l'ancienne ministre de l'emploi, Mme Laurette Onkelinx. Le plan a permis, en 2001, la création d'une Commission de réforme du droit pénal social et en 2003, la mise en place d'une structure spéciale de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale, à savoir un Conseil fédéral, un Comité fédéral de coordination et des cellules d'arrondissement. Le but de cette structure était d'avoir une meilleure coordination et cohésion entre les différents services d'inspection sociale.

 Avant 2003, les cellules d'arrondissement existaient également au départ d'un protocole mais elles bénéficient désormais d'une base légale. L'auditeur du travail local a été désigné comme président.

Le travail cumulé au cours des années suivantes a conduit, en 2006, à quatre lois et à des réalisations dans trois domaines :

- une adaptation dans l'organisation de l'appareil judiciaire (une chambre correctionnelle au tribunal de première instance et à la Cour d'appel, spécialisée dans le droit pénal social)
- quelques dispositions relatives aux nouvelles compétences des inspecteurs sociaux et aux droits et possibilités d'appel supplémentaires des intéressés
- la création du Service d'information et de recherche sociale (SIRS) dans la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal et de la Commission de partenariat, en remplacement du Conseil fédéral et du Comité fédéral de coordination précités.

Ces réalisations ont été intégrées dans l'avant-projet et dans le CPS, qui a finalement été approuvé.

En instaurant le CPS, le législateur ne voulait pas uniquement regrouper et harmoniser les dispositions légales du droit pénal social, mais également créer un véritable instrument de lutte contre la fraude sociale. Il convient de tenir compte de deux aspects :

- la possibilité d'appliquer des sanctions administratives si une action au pénal n'est pas nécessaire (dépenalisation)
- l'attention portée aux droits de la défense en la matière.

Le présent article traite de l'impact du CPS sur le travail du corps d'inspection sociale de l'INAMI. Les compétences du corps d'inspection y sont tout d'abord abordées. Suit une comparaison entre les infractions et sanctions prévues dans le CPS et celles prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI).

2. Compétences du corps d'inspection

a. Politique de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale

Le CPS se compose de deux "livres". Dans le 1^{er} livre, la loi n'est pas uniquement un instrument juridique; elle prévoit également un cadre politique. La fraude sociale et le travail illégal y sont clairement définis comme *"toute infraction à une législation sociale (fédérale)"*.

Le livre détermine également :

- qui sont les ministres compétents : les ministres compétents pour les affaires sociales, l'emploi, la justice et les travailleurs indépendants
- comment et dans quel délai le plan stratégique et le plan opérationnel doivent être réalisés
- quelles instances collaborent à l'exécution de ces plans.

La politique poursuit un double objectif : elle vise tant la prévention que le contrôle.

Le cadre s'applique bien entendu également à l'INAMI, qui est d'ailleurs représenté au sein de l'Assemblée des partenaires et du Bureau d'orientation du SIRS et également dans les diverses cellules d'arrondissement.

b. Compétences générales

Le CPS définit tout d'abord¹, de manière générale et synoptique, quelques notions fondamentales comme, par exemple, les notions de travailleurs, employeurs, titulaires, données sociales, institutions publiques de sécurité sociale, mais également d'administration compétente et en particulier d'inspecteurs sociaux. Ce sont *"les fonctionnaires qui relèvent de l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions l'emploi et le travail, la sécurité sociale, les affaires sociales et la santé publique, ou qui relèvent des institutions publiques qui en dépendent"* et qui sont chargés du contrôle du respect des dispositions du CPS (y compris de ses arrêtés d'exécution) et des dispositions d'autres lois pour lesquels ils étaient déjà compétents ou pour lesquels ils le seront.

Pour le Service du contrôle administratif (SCA) de l'INAMI, cela signifie concrètement que :

- les contrôleurs sociaux ont les mêmes compétences que les inspecteurs sociaux
- que les inspecteurs sociaux de l'INAMI restent bien entendu compétents en matière de réglementation SSI, mais qu'ils sont également compétents ou peuvent l'être dans d'autres matières de la sécurité sociale.

D'autres corps d'inspection sociale peuvent, à leur tour, intervenir dans la matière relevant de l'INAMI. Le législateur détermine, pour divers domaines, quels corps d'inspection sont compétents pour le contrôle du respect des dispositions du CPS². Plusieurs corps d'inspection sont compétents dans plusieurs domaines. Le corps d'inspection de l'INAMI est explicitement mentionné dans le cadre (bien évidemment) de la loi SSI et dans le cadre de faux en écriture ou de déclarations inexactes ou incomplètes, mais pas dans le cadre de la déclaration DIMONA.



La **déclaration immédiate de l'emploi** (DIMONA - Déclaration Immédiate/Onmiddellijke aangifte) est la communication électronique - à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) - du début et de la fin d'une relation de travail entre un travailleur et un employeur.

¹ CPS, Livre premier, Titre 2, Chapitre 1er. Les dispositions de la loi de 1972 concernant l'inspection du travail y ont été calquées dans une large mesure. Le CPS abroge cette dernière loi.

² A.R. du 01.07.2011, publié au M.B. du 06.07.2011.

Cela ne signifie pas pour autant que le corps d'inspection sociale de l'INAMI n'est plus compétent en la matière. L'article 162 de la loi SSI, qui se prononce e.a. sur cette compétence, n'a en effet pas été abrogé par le CPS. Au début de l'enquête concernant un travailleur incapable de travailler, le corps d'inspection de l'INAMI constatera souvent que l'employeur n'a pas fait de déclaration immédiate. Dans la pratique, la partie de l'enquête consacrée à l'employeur est clôturée par d'autres corps d'inspection alors que le corps de l'INAMI continue à examiner les aspects relatifs à l'incapacité de travail. D'autres corps d'inspection peuvent, à leur tour, demander que le service d'inspection de l'INAMI reprenne une enquête relative à une incapacité de travail.

Le CPS prête d'ailleurs beaucoup d'attention à l'échange de données d'enquête entre différents corps d'inspection, entre administrations et corps d'inspection et entre services internationaux. Chaque échange (envoi et réception) de données est possible sous certaines conditions (p.ex. maintien du secret médical). L'échange de données est parfois même requis, à condition que ce soit dans l'intérêt de l'enquête. L'autorisation expresse de l'autorité judiciaire est néanmoins nécessaire pour pouvoir communiquer des renseignements et supports d'information recueillis à l'occasion de l'exécution de devoirs prescrits par celle-ci¹.

Enfin, en ce qui concerne les compétences générales, il est important que l'arrêté royal du 1^{er} juillet 2011 désigne le Service des amendes administratives (SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (ETCS)) comme administration compétente pour imposer des amendes administratives.

c. Compétences spécifiques

Le CPS prévoit ensuite tout un arsenal de compétences spécifiques pour les corps d'inspection sociale. L'énumération des compétences dans le CPS, quoique déjà très étendue, n'est pas limitative. Les membres du corps peuvent en effet *"sans préjudice des dispositions de ce chapitre (lisez : les compétences spécifiques énumérées), procéder à tout examen, contrôle et audition et recueillir toutes les informations qu'ils estiment nécessaires"*². Ce principe existait déjà dans la législation précédente (Loi concernant l'inspection du travail) mais sans aperçu global des compétences concrètes.

Les inspecteurs sociaux disposent en outre d'un pouvoir d'appréciation pour³ :

- fournir des renseignements et des conseils
- donner des avertissements
- fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle
- prendre les mesures nécessaires (voir tableau ci-dessous)
- dresser des procès-verbaux constatant les infractions.

1 CPS, art. 55.

2 CPS, art. 25.

3 CPS, art. 21.

Voici un aperçu des compétences spécifiques du corps d'inspection sociale¹ :

1. l'accès aux lieux de travail
2. l'accès aux espaces habités
3. la collecte d'informations
4. l'identification de personnes
5. l'audition de personnes
6. les demandes de supports d'information contenant soit des données sociales soit d'autres données
7. le droit d'accès
8. l'information sur l'exploitation du système informatique
9. l'intégrité des données
10. les copies
11. la saisie et la mise sous scellés
12. la traduction
13. le prélèvement d'échantillons
14. les constatations par image
15. le pouvoir d'ordonner des mesures
16. l'établissement et la délivrance de documents
17. l'action en cessation
18. les pouvoirs en matière de santé et de sécurité des travailleurs.

d. Conditions et principes

Des conditions clairement définies sont liées aux diverses compétences et une série de principes généraux s'applique en outre à ces compétences. Ces principes visent entre autres à garantir les droits de la défense et les droits de l'homme.

Le corps d'inspection :

- peut uniquement exercer ses compétences dans le cadre du contrôle du respect des lois pour lesquelles il est compétent (principe de finalité)
- peut uniquement prendre les mesures adéquates et nécessaires (principe de proportionnalité)
- doit s'identifier au moyen d'un titre homologué
- doit se tenir à quelques garanties formelles (constatations écrites)
- doit respecter la confidentialité des données sociales à caractère personnel
- a l'obligation de confidentialité (à l'égard des personnes qui introduisent des déclarations) et l'obligation d'intégrité (pas de conflit d'intérêts)
- doit se tenir à la déontologie (règles déterminées par le Roi, après avis du SIRS).

e. Méthodologie

En guise de conclusion de l'enquête, le CPS propose également une méthodologie claire dans le domaine des procès-verbaux. Il explique dans quelles conditions l'audition doit se dérouler. Il stipule également que la personne entendue a le droit d'obtenir une copie du procès-verbal d'audition. Ces dispositions reflètent la pratique courante qui se basait sur les principes de la Loi Franchimont.

Les exigences minimales au niveau du contenu du procès-verbal de constatation d'infraction y sont également fixées.

¹ Les compétences des inspecteurs sociaux, en leur qualité d'officiers de la police judiciaire, ne sont pas abordées dans le cadre du présent article.

i Un procès-verbal de constatation d'infraction a une force probante particulière (c-à-d. jusqu'à preuve du contraire) pour autant qu'il y ait une notification à l'intéressé(e) dans les 14 jours qui suivent la constatation. Cette force probante reste valable lorsque les renseignements sont transmis à un autre corps d'inspection.

f. Manuel

En ce qui concerne les compétences, le CPS fournit un manuel quasi complet pour le corps d'inspection sociale. Il comprend :

- quelles actions à entreprendre et comment procéder
- selon quels principes il faut agir
- quelles sont les obligations et conditions
- comment doit se dérouler la collaboration avec d'autres corps d'inspection et administrations.

Cela crée une unité et une clarté hors pair et, dans ce domaine, le CPS est certainement une bonne chose.

g. Réglementation SSI

L'objectif des enquêtes menées par les inspecteurs de l'INAMI relève bien évidemment de la réglementation SSI. Cette réglementation prévoit tant le contrôle administratif que l'évaluation et le contrôle médicaux.

CONTRÔLE ADMINISTRATIF

Les objectifs du contrôle administratif sont les suivants¹ :

- détecter et constater le concours illégal du bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail, de congé de maternité, de congé de paternité et d'adoption et l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux
- contrôler la tenue correcte des documents sociaux par les organismes assureurs
- contrôler la déclaration immédiate (DIMONA)
- appliquer la notion uniforme de "rémunération journalière moyenne"
- contrôler les documents sur la base desquels l'accessibilité aux prestations est déterminée.

En ce qui concerne le contrôle administratif, le législateur a explicitement prévu dans la loi SSI que, sans préjudice des dispositions du CPS, les acteurs à qui les inspecteurs de l'INAMI posent des questions d'enquête², sont tenus de fournir les informations demandées³.

ÉVALUATION ET CONTRÔLE MÉDICAUX

Outre le contrôle administratif, la loi SSI prévoit également l'évaluation et le contrôle médicaux⁴. Pour l'exercice des missions d'évaluation et de contrôle, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)⁵ dispose de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs et d'infirmiers-contrôleurs. Ces inspecteurs et contrôleurs doivent, au même titre que le personnel d'inspection du SCA, être considérés comme des "inspecteurs sociaux" au sens de l'art. 16 du CPS.

1 Loi SSI, Chapitre III, qui, à l'art. 159, fait mention de l'existence et de la fonction du Service du contrôle administratif et qui, à l'art.162, définit la mission des inspecteurs (et contrôleurs) sociaux.

2 Les employeurs, les organismes assureurs, les établissements de soins, les dispensateurs de soins individuels, les offices de tarification et les bénéficiaires.

3 Loi SSI, Chapitre III (Contrôle administratif), art. 163.

4 Loi SSI, Titre VII, Contrôle et contentieux, Chapitre II, Contrôle médical.

5 Loi SSI, art. 139 et suiv.

Le domaine de contrôle du corps d'inspection du SECM comprend les aspects suivants :

- Dans le secteur des soins de santé, le corps d'inspection veille au respect de la réglementation par l'ensemble des dispensateurs de soins (et des personnes assimilées).
- Dans le domaine de l'assurance indemnités, les médecins-inspecteurs se prononcent sur l'état d'incapacité de travail.
- Les médecins-inspecteurs contrôlent l'exécution des tâches confiées aux médecins-conseils.

3. Poursuites, infractions et sanctions

L'inspecteur social clôture ses enquêtes en envoyant (ou en faisant envoyer) un procès-verbal de constatation d'infraction au ministère public. Commence ensuite la phase des poursuites. La nature des poursuites – judiciaires ou administratives – dépend de deux facteurs.

a. CPS : sanctions selon la gravité de l'infraction

Un premier facteur est la gravité de l'infraction. Pour cet aspect, le CPS a créé une nouvelle hiérarchie d'infractions. Les infractions énumérées (121 articles ¹) sont réparties en quatre niveaux de sanction. Pour les infractions les plus légères (niveau 1), l'administration compétente (SPF ETCS) peut immédiatement procéder à une amende administrative, une déclaration de culpabilité ou un classement sans suite.

Par contre, pour les infractions passibles d'une sanction de niveau 2 à 4, il faut tenir compte d'un deuxième facteur sine qua non : l'auditeur du travail doit tout d'abord se prononcer sur ces infractions. L'auditeur peut décider de lancer des poursuites pénales devant le tribunal correctionnel ou des poursuites devant le tribunal du travail, ou décider de procéder à un arrangement à l'amiable ou à une médiation. Ce n'est que lorsque le ministère public fait savoir qu'il ne compte pas lancer de poursuites que l'administration compétente peut intervenir, comme décrit ci-dessus au niveau 1². Le fait que le CPS prévoit désormais que toute infraction peut faire l'objet de poursuites administratives – ce qui auparavant n'était possible que dans un nombre limité de cas – est une innovation importante.



Depuis le 1^{er} janvier 2012, les **décimes additionnels** se situent au niveau 50. Cela signifie que chaque amende (A) est majorée d'un montant égal à "50 fois un dixième de cette amende (A)" :

$$\text{Montant à payer} = A + \frac{(A \times 50)}{10}$$

Exemple :

Si l'amende s'élève à 1.000 EUR, le montant à payer s'élève finalement à 6.000 EUR :

$$\text{Montant à payer} = 1.000 + \frac{(1.000 \times 50)}{10} = 6.000 \text{ EUR}$$

Ce montant correspond donc à une amende multipliée par le facteur 6.

1 CPS, Livre II : Les infractions et leur répression en particulier, art. 117 à 237 inclus.

2 Ce principe était déjà ancré dans la loi SSI, plus précisément dans l'art. 168sexies.

Le CPS lie donc les sanctions à la gravité des infractions. Ci-dessous, un résumé :

Tableau 1 - Sanctions prévues par le code pénal social (*)			
Niveaux	Peine de prison	Amende pénale (EUR)	Amende administrative (EUR)
Niveau 1 (infraction légère)	Aucune	Aucune	De 10 à 100 majoré de 50 déc. add. = De 60 à 600
Niveau 2 (infraction moyennement grave)	Aucune	De 50 à 500 majoré de 50 déc. add. = De 300 à 3000	De 25 à 250 majoré de 50 déc. add. = De 150 à 1500
Niveau 3 (infraction grave)	Aucune	De 100 à 1000 majoré de 50 déc. add. = De 600 à 6000	De 50 à 500 majoré de 50 déc. add. = De 300 à 3000
Niveau 4 (infraction très grave)	6 mois à 3 ans	De 600 à 6000 majoré de 50 déc. add. = De 3600 à 36.000	De 300 à 3000 majoré de 50 déc. add. = De 1800 à 18.000
Source : Code pénal social ¹ .			

En instaurant ce système de sanctions, le législateur a clairement voulu faire le grand nettoyage. Plus de 100 articles dans les deux derniers chapitres, consacrés aux dispositions de modification et d'abrogation, mettent fin à une kyrielle de dispositions de sanction que l'on retrouve dans diverses lois sociales.

b. Loi SSI : modifications d'articles

L'une de ces modifications² concerne l'article 169 de la loi SSI. Les infractions aux dispositions de ladite loi doivent en principe être détectées, constatées et pénalisées conformément au CPS. Les articles 166 à 168quinquies inclus de la loi SSI³ ne sont toutefois pas abrogés. Ces articles décrivent des sanctions administratives concrètes qui peuvent être prononcées à l'encontre des organismes assureurs, des médecins et autres dispensateurs de soins individuels, des établissements de soins, des firmes qui vendent des produits pharmaceutiques et des assurés sociaux.

1 Remarque : le code pénal social ne fournit pas les calculs des décimes additionnels.

2 CPS, Chapitre 3, art. 79.

3 Le CPS n'abroge pas non plus l'A.R. du 20 juillet 1971 qui règle le régime SSI des travailleurs indépendants et qui prévoit également un système de sanctions spécifiques.

Le tableau ci-dessous résume le système des infractions commises par les titulaires en incapacité de travail.

Tableau 2 - Sanctions prévues à l'article 168quinquies de la loi SSI			
Infraction		Exclusion du droit aux indemnités	Amende administrative (EUR)
§1 Avoir bénéficié de prestations sur la base d'une fausse déclaration ou d'un faux document		Pas applicable	50 à 500
§2, 1° Avoir bénéficié indûment d'indemnités sur la base d'une fausse declaration ou d'un faux document		Min. 1 indemnité journalière Max. 200 indemnités journ.	Aucune
§2, 2° Ne pas avoir communiqué à l'organisme assureur une modification (ayant une incidence sur les indemnités) de la feuille de renseignements		Min. 1 indemnité journalière Max. 200 indemnités journ.	Aucune
§2, 3° Activité non autorisée	Durée	Nombre d'indemnités journ.	Aucune
	De min. 1 à max. 30 jours	De min. 1 à max. 36 jours	
	De min. 31 à max. 140 jours	De min. 37 à max. 102 jours	
	De min. 141 à max. 185 jours	De min. 103 à max. 144 jours	
	Min. 186 jours	De min. 145 à max. 180 jours	
Source : loi SSI.			

Un système de sanctions administratives existe également dans le cadre de l'évaluation et du contrôle médicaux. En ce qui concerne les infractions commises par des dispensateurs de soins, la loi SSI prévoit spécialement la création "d'organes du contentieux" (fonctionnaire dirigeant du SECM, Chambre de première instance et Chambre de recours). Il s'agit de juridictions administratives qui prennent les décisions finales en matière de contentieux. La remarque formulée ci-dessus concernant l'article 166 et suivants vaut également pour ce système de contentieux. Le législateur n'a nullement eu l'intention d'abroger ce système.

c. Coexistence du CPS et de la loi SSI : solutions adaptées

La coexistence de deux sources de sanctions administratives (le CPS et la loi SSI) crée un certain flou sur le type de système à appliquer. En outre, l'instauration du CPS à partir du 1^{er} juillet 2011 engendre la création de 2 "administrations compétentes" potentielles : d'une part, le SPF ETCS et d'autre part, les services de l'INAMI même. Enfin, la réglementation SSI prévoit également, outre la possibilité d'une amende administrative, encore une autre sanction administrative à l'encontre de l'assuré(e) incapable de travailler ou invalide, à savoir l'exclusion du droit aux indemnités.

Il existe, en d'autres mots, un risque de poursuites doubles, contradictoires ou non cohérentes, ce qui est bien entendu à éviter. Pour sortir de ce dilemme, l'INAMI a élaboré des solutions adaptées.

CONTRÔLE ADMINISTRATIF

En ce qui concerne le contrôle administratif, le SPF ETCS et l'INAMI ont conclu une convention en juillet 2011 qui donne priorité aux sanctions administratives existantes de la législation SSI. Lorsqu'on compare les amendes administratives de l'art. 168quinquies aux amendes administratives du CPS pour des infractions similaires¹, on est enclin à conclure que les amendes prévues dans la loi SSI sont moins sévères. Le système d'exclusion du droit aux indemnités répond nettement mieux au principe de proportionnalité et permet également un traitement rapide et efficace des dossiers. En outre, ni les moyens de défense, ni les possibilités de recours du bénéficiaire ne sont compromis². Ces deux dernières considérations ont été décisives dans la priorisation des compétences définie dans la convention.

ÉVALUATION ET CONTRÔLE MÉDICAUX

En ce qui concerne l'évaluation et le contrôle médicaux, une modification de l'article 169 de la loi SSI (et l'abrogation de l'article 225, 3^o du CPS) a été approuvée par la loi du 15 février 2012, compte tenu des groupes cibles de ce système : les infractions à la loi SSI sont certes détectées et constatées conformément au CPS mais "pénalisées" conformément aux dispositions de la loi SSI, et plus particulièrement aux articles 73bis et 142.

Le système de sanctions prévu dans la législation SSI prévoit entre autres les aspects suivants :

- Si plusieurs infractions sont commises en même temps (concours d'infractions), les sanctions sont cumulées. Lorsqu'un même fait constitue plusieurs infractions, seule la sanction la plus lourde est appliquée³. Le CPS prévoit une disposition similaire mais plus détaillée⁴.
- Le fonctionnaire dirigeant peut constater des faits aggravants. Une récidive (endéans les deux ans) peut entraîner un doublement de la sanction et le travail au noir peut alourdir la sanction d'un quart. Le CPS prévoit aussi un doublement de la sanction en cas de récidive endéans l'année.
- Le fonctionnaire dirigeant peut également tenir compte de circonstances atténuantes comme par exemple la situation psychosociale de l'assuré(e) et il peut décider d'imposer une sanction inférieure à celle prévue dans le tableau 2.
Le CPS prévoit également cette possibilité. Si l'administration estime qu'il existe des circonstances atténuantes, elle peut réduire l'amende administrative en dessous du montant minimum porté par la loi, sans qu'elle puisse être inférieure à 40% du montant minimum⁵. L'amende administrative peut toutefois être réduite en dessous du montant minimum porté par la loi sans qu'elle puisse être inférieure à un euro si la situation financière de l'intéressé(e) le justifie, son avantage social pouvant également être diminué, suspendu ou exclu totalement ou partiellement. C'est précisément ce même article qui permet aux services de l'INAMI, et non pas aux services du SPF ETCS, de lancer des poursuites administratives. Cet article reconnaît en effet la compétence (du fonctionnaire dirigeant) de l'INAMI pour prononcer la sanction d'exclusion et y subordonne l'amende administrative prononcée par le SPF ETCS.

1 CPS, les art. 227 (usage abusif ou falsification de la carte d'identité sociale), 232 (faux et usage de faux), 233 (déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux), 234 (déclarations inexactes ou incomplètes concernant les cotisations) et 235 (escroqueries en droit social) sont tous poursuivis d'une sanction de niveau 4.

2 CPS, art. 77-80 et art. 87.

3 Loi SSI, art. 168quinquies, § 4.

4 CPS, art. 112-113.

5 CPS, art. 115.

4. Conclusion

La création du CPS, dans la période 2010-2011, est certainement une bonne chose sur les plans stratégique et juridique. Les autorités ont au moins fait l'effort méritoire d'élaborer le CPS qui leur permet, en tant que législateur juridique, de mettre de l'ordre dans des dizaines de lois et de parler, en tant que responsable politique, d'une seule voix dans la lutte contre la fraude sociale.

Cette uniformité est extrêmement utile lorsqu'il s'agit de matières d'inspection comparables. Ce n'est dès lors pas un hasard si les inspecteurs sociaux de l'Office national de l'emploi (ONEm), de l'Inspection sociale de la sécurité sociale, du SPF ETCS mais également des services de contrôle de l'INAMI utilisent tous sans problème les instruments du CPS.

La situation devient plus complexe lorsqu'il s'agit de groupes cibles et de situations spécifiques. En ce qui concerne notamment le système de sanctions, le CPS ne nuance peut-être pas suffisamment les caractéristiques particulières de la législation SSI (par rapport à d'autres matières). Nous pouvons toutefois affirmer que l'impact sur les missions de contrôle est limité et que les services de l'INAMI ont par ailleurs apporté les adaptations nécessaires pour éviter d'éventuels effets indésirables de la nouvelle législation.



Des initiatives sont prises en vue d'améliorer la qualité des dossiers électroniques. Il faut pouvoir enregistrer les données de manière structurée mais aussi pouvoir les partager avec d'autres systèmes grâce à la technologie eHealth.

La bonne utilisation des dossiers électroniques mérite soutien et encouragement. Enregistrer et structurer davantage sont les maîtres-mots.

L'élaboration d'une voie express eHealth requiert davantage d'investissements. Cela vaut également pour les plates-formes qui permettent le partage de données, en vue de limiter certains coûts opérationnels de sorte que les entreprises puissent se concentrer sur le développement de services à valeur ajoutée, avec un minimum de coûts et de surcharge de travail supplémentaires.

Les pouvoirs publics devront également créer un cadre suffisamment solide et fiable. Ils devront dans ce contexte prévoir des leviers, permettant d'une part, d'accélérer le développement d'applications de partage de données et de soins, et d'autre part, d'inciter les partenaires industriels à innover dans ces domaines.

Dans ce contexte, la plate-forme eCare se voit confier une importante mission. Les différents professionnels de la santé peuvent s'y concerter et convenir du partage des données pour créer un climat de confiance et de transparence. Cela motivera et sensibilisera les dispensateurs de soins et les incitera à en faire un usage effectif. Les statuts relatifs à la création de cette plate-forme sont actuellement en cours de préparation.

Pour terminer, il est important de souligner que chaque projet de partage de dossier doit être soumis à l'autorisation du Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé pour offrir les garanties nécessaires en matière de protection de la vie privée des personnes dont les données sont partagées, et établir de manière univoque les règles de conduite des acteurs concernés.

III. eCare

Les technologies de l'information et de la communication dans le secteur des soins de santé

1. État d'avancement et défis pour l'avenir

L'espérance de vie croissante, la prévalence croissante des affections chroniques, la pression croissante au niveau des ressources humaines et des moyens disponibles, constituent un défi social et économique pour organiser et financer les soins de santé.

Face à ces défis, il y a lieu entre autres de développer des modèles de soins innovateurs. Les rôles et missions des divers professionnels de la santé ne seront pas les seuls à évoluer. Les attentes vis-à-vis du patient aussi évolueront. En effet, on attendra de lui qu'il contribue activement à l'amélioration de sa santé, de son bien-être et de sa qualité de vie et qu'il participe activement à l'accroissement de l'efficacité des processus de soins. Les patients, pour leur part, espèrent pouvoir consulter eux-mêmes leurs données médicales, les cogérer et en parler avec leurs dispensateurs de soins.

Compte tenu de ces évolutions, l'instauration des technologies de l'information et de la communication (TIC) en vue de soutenir les professionnels de la santé d'une part, et d'améliorer et d'harmoniser les processus de soins d'autre part, mérite une attention particulière.

Le partage électronique de données jouera un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Les données de santé disponibles d'un patient sont actuellement fragmentées et réparties entre plusieurs professionnels de la santé et établissements de soins. Le fait de rendre accessibles les données médicales disponibles d'un patient permettra d'augmenter la qualité et l'efficacité du suivi du patient.

À l'heure actuelle, les dispensateurs de soins utilisent surtout des dossiers "exclusifs" (proprietary) qui documentent et soutiennent l'activité de soin d'un dispensateur de soins individuel ou d'un groupe de dispensateurs de soins (d'un cabinet de groupe jusqu'à un hôpital).

Le degré d'informatisation varie cependant fortement d'un dispensateur de soins à l'autre.

Certaines catégories de dispensateurs de soins travaillent déjà dans une large mesure avec des dossiers électroniques ou passent de plus en plus à cette forme de constitution de dossiers. Entre autres parce que l'INAMI soutient, depuis plusieurs années déjà, diverses initiatives visant à encourager leur utilisation et à améliorer leur qualité.

L'absence de perspectives économiques (groupes cibles restreints requérant d'importants investissements en raison de leur structure et de leurs activités spécifiques) freine toutefois l'introduction massive de solutions commerciales TIC pour de nombreuses catégories de dispensateurs de soins.

La plupart des solutions commerciales sont conçues pour soutenir l'activité de soin d'un dispensateur de soins individuel ou d'un groupe de dispensateurs de soins. Elles ne sont pas conçues – ou dans une bien moindre mesure – pour soutenir au maximum les besoins en soins d'un patient dans le cadre d'un trajet de soins. Elles ne documentent pas assez efficacement et clairement le trajet complet d'un patient.

Les solutions commerciales sont structurées de manière “verticale” et ne sont souvent pas capables de présenter clairement et de manière “horizontale” (ou longitudinale) les interventions des différents professionnels de la santé.

Cette situation entraîne une dispersion des données de santé d'un patient entre les (dossiers des) dispensateurs de soins et entrave la communication entre eux ainsi que leur collaboration. Les dispensateurs de soins tentent de pallier cette situation en s'échangeant des données par divers canaux, mais la création et la tenue d'un historique complet et actualisé de leurs patients requièrent du temps et des moyens. Malgré leurs efforts, ils ne sont jamais tout à fait sûrs de disposer des informations les plus récentes et/ou des informations les plus complètes.

2. Les nouveaux défis ...

Le secteur est donc confronté à de nombreux défis au niveau de l'organisation des soins de santé.

La collaboration entre les dispensateurs de soins augmente progressivement.

Pour preuve:

- les nouveaux accords de coopération : réseaux de soins, trajets de soins, réseaux multidisciplinaires locaux, itinéraires cliniques transmuraux, etc.
- le transfert de certaines tâches du médecin, d'une part vers d'autres dispensateurs de soins et d'autre part, vers le patient, pour libérer ainsi davantage de temps pour les prestations de santé requérant absolument une expertise médicale.

Par ailleurs, les pouvoirs publics encouragent les regroupements de dispensateurs de soins.

Une pareille innovation sur le plan organisationnel requiert aussi une nouvelle vision sur l'utilisation des TIC.

L'échange et le partage électroniques de données de santé entre les dispensateurs de soins s'imposent pour pouvoir :

- soutenir et améliorer la qualité et la continuité des soins
- améliorer la communication et la collaboration entre les dispensateurs de soins.

Une disponibilité permanente des données de santé pertinentes d'un patient permettra :

- d'éviter que le patient doive fournir plusieurs fois les mêmes informations pour un même problème de santé
- de soutenir le dispensateur de soins pour poser son diagnostic
- d'offrir des garanties supplémentaires en matière de sécurité pour le patient
- d'éviter des examens répétés ou inutiles
- au patient d'intervenir dans son processus de soins
- etc.

Les évolutions technologiques dans le secteur des TIC, et en particulier l'essor d'Internet, permettent aux concepteurs de créer des dossiers patients électroniques d'une manière à la fois différente et innovante. Celles-ci doivent entraîner un changement dans :

- l'organisation de la constitution électronique de dossiers
- la manière dont les professionnels de la santé les utilisent
- la manière dont les patients peuvent y être associés.

3. Investir dans eHealth et eCare

Pour faire face à ces défis et pour favoriser le développement des dossiers “partagés”, une piste complémentaire est suivie : investir dans eHealth et eCare.

 **eHealth** encourage l'utilisation des TIC et plus particulièrement la technologie Internet pour soutenir ou améliorer les prestations de santé, sur le plan technologique.

La technologie eHealth vise à lever la barrière qui existe entre les professionnels de la santé au niveau du temps et de l'espace de sorte qu'un dispensateur de soins puisse consulter, en tout lieu et à tout moment, les données de santé d'un patient ou interagir avec d'autres dispensateurs de soins.

En d'autres mots, eHealth est une **donnée technologique** devant permettre aux professionnels de la santé de s'échanger des données ou de collaborer entre eux de manière opérationnelle.

 **eCare** vise à encourager le partage et l'échange de données de santé ainsi que la collaboration et la communication entre les dispensateurs de soins afin de soutenir et d'améliorer de la sorte les prestations de santé.

En d'autres mots, eCare est avant tout une **donnée de fond** (partage de données ou “datasharing”) et une **donnée opérationnelle** (partage des soins ou “caresharing” pour dispenser des soins optimaux dans de nouveaux contextes relationnels où la collaboration et la communication entre les dispensateurs de soins occupent une place centrale). Il ne s'agit donc pas d'une donnée technologique.

 Les **applications eCare** soutiennent de nouvelles formes de dossiers patients électroniques proposant des fonctions contenu et des fonctions opérationnelles. Pour soutenir ces fonctions, ces applications utilisent le plus possible les “services et standards d'eHealth”.

4. La plate-forme eHealth

L'administration publique a institué la plate-forme eHealth comme Institution publique de sécurité sociale (IPSS) pour tracer la “voie express eHealth”. Cette plate-forme a pour principales missions de :

- développer une **vision** et une **stratégie** pour l'application des TIC – et plus particulièrement pour l'application de la technologie Internet – dans le secteur des soins de santé et de transporter cette vision et stratégie en **normes, standards et spécifications techniques** ainsi qu'en une **architecture de base**
- proposer des **services de base** pour soutenir l'échange de données entre les professionnels de la santé
- coordonner le développement de “**sources authentiques validées**”.

Ces missions doivent contribuer au soutien, à la modernisation et/ou à l'amélioration des soins de santé.

La plate-forme eHealth propose des solutions standardisées (notamment sous la forme de services de base) pour des exigences récurrentes telles que l'identification et l'authentification des dispensateurs de soins, les systèmes de communication sécurisée et de cryptage de données, l'enregistrement des transactions et le datage électronique, etc.

 Le cadastre des professions de santé, qui sert à identifier et à authentifier les dispensateurs de soins, constitue un exemple de sources authentiques validées, mises à disposition via la plate-forme eHealth.

La source authentique validée des médicaments en support aux systèmes électroniques de prescription en est un autre exemple.

L'élaboration de standards pour favoriser l'interopérabilité entre les différents systèmes et améliorer la structure et l'interprétation des données doit, à terme, également faciliter le déploiement des solutions TIC.

Ces services sont proposés gratuitement de sorte que les entreprises puissent se concentrer sur le développement de services à valeur ajoutée, avec un minimum de coûts et de surcharge de travail supplémentaires.

Les applications eCare ne sont pas les seules à utiliser ces services. Les applications purement administratives ou médico-administratives (déclaration électronique de naissance, facturation électronique, etc.) les utilisent également.



La liste des services disponibles à valeur ajoutée peut être consultée sur le site Internet de la plate-forme eHealth : www.ehealth.fgov.be.

5. La plate-forme eCare

Les pouvoirs publics devront également créer un cadre suffisamment solide et fiable et prévoir des leviers permettant :

- d'une part, d'accélérer le développement d'applications de partage de données et de soins
- d'autre part, d'inciter et de sensibiliser les dispensateurs de soins à en faire un usage effectif.

Quelques obstacles restent en effet encore à surmonter. Beaucoup de dispensateurs de soins ne sont toujours pas convaincus des nouvelles possibilités et de la plus-value de l'utilisation de l'Internet à des fins médicales et médico-administratives.

Voici les réserves les plus couramment émises :

- crainte de violer la vie privée
- doute quant à la sécurité des données
- inquiétude par rapport à la charge de la preuve dans le cadre de la responsabilité médicale
- gain de temps et accroissement de l'efficacité insuffisamment démontrés.

La transparence du partage de données ébranle la position des professionnels de la santé. Cette transparence permet en effet au patient de changer plus facilement de dispensateur de soins. Certains acteurs intermédiaires de la santé devront redéfinir leur rôle et leur valeur ajoutée.

Il est donc absolument nécessaire d'associer de près toutes les parties intéressées pour déterminer et gérer le contenu des applications eCare et leur développement ultérieur.

Il est bon de réunir les **dispensateurs de soins**, les **citoyens**, les **mutualités** et les **pouvoirs publics** pour concevoir et développer une infrastructure de systèmes conviviaux, fiables et interopérables permettant de réaliser ces deux objectifs.

Dans ce contexte, on utilisera de préférence et autant que possible l'économie d'échelle de la technologie standardisée telle que proposée en Belgique via entre autres les "services de base" de la plate-forme eHealth.

Pour éviter une surenchère d'initiatives et une prolifération de systèmes, d'associations et de points de contact, il est conseillé de créer un **organe faîtier** pour déterminer de quelle **manière** et sous quelles **conditions** les différents acteurs **partageront l'information** et **collaboreront** entre eux.

Cette infrastructure sera développée de préférence au niveau national sans cependant porter préjudice aux initiatives locales ou régionales.

La loi eHealth¹ prévoit la création d'un tel organe faîtiier sous la forme d'une asbl (association sans but lucratif). L'État et l'INAMI y sont représentés au même titre que les organismes assureurs (O.A.) et les associations de dispensateurs de soins et d'institutions de soins.

Bien que la loi eHealth ne date que de 2008, les missions de cette asbl telles qu'elles y sont décrites, ne semblent plus correspondre aux conceptions actuelles du partage de données entre les professionnels de la santé au sens large. Elles ne semblent plus non plus comprendre tous les aspects possibles de fond et opérationnels d'eCare. Comment combler ces lacunes et comment associer le citoyen (patient) à cette matière sont aujourd'hui des points de réflexion.

La plate-forme eHealth est l'architecte et le gestionnaire de la voie express eHealth mais au sein de la plate-forme eCare, les professionnels de la santé concernés devront réfléchir et se mettre d'accord sur la manière dont ils souhaiteront faire usage de cette voie express. Ils devront déterminer en toute transparence les droits et obligations des différentes parties concernées.

6. Quelle valeur ajoutée peuvent apporter les applications eCare ?

Des applications eCare doivent être développées et implémentées prioritairement dans le cadre des soins de santé. Elles doivent dès lors répondre à divers besoins fonctionnels.

Deux fonctions fondamentales d'eCare s'imposaient par évidence :

- partager des données entre divers professionnels de la santé. Les données de santé pertinentes d'un patient doivent être accessibles aux dispensateurs de soins partout et en permanence, dans un souci de continuité et de qualité des soins. Cette fonction est appelée **“partage électronique des données” (e-Datasharing)**
- soutenir de façon proactive et transparente la collaboration entre les dispensateurs de soins, dans un souci d'harmonisation de leurs équipes, en vue d'un suivi efficace et ciblé du patient (par exemple pour la mise en œuvre d'itinéraires de soins transmuraux ou de trajets de soins multidisciplinaires, ou pour le soutien de réseaux de soins). Cette fonction est appelée **“partage électronique des soins” (e-Caresharing)**.

eCare remplit également d'autres fonctions :

- organiser des flux de données médicales entre dispensateurs de soins (procédures transversales telles que les prescriptions ou les demandes). Par exemple, les systèmes de prescription de médicaments, d'analyses de laboratoire, d'imagerie médicale, de soins infirmiers, de régimes diététiques, etc. Cette fonction est appelée **“prescription électronique” (e-Prescription)**
- obtenir et utiliser des données, sous certaines conditions, dans le cadre de flux de données médico-administratives pour simplifier les formalités administratives dans le contexte des soins de santé et de la sécurité sociale, par exemple en ce qui concerne des prestations indemnifiables par l'assurance soins de santé. Cette fonction est appelée “attestation électronique” (e-Attest) ou **“remboursement électronique” (e-Reimbursement)**
- obtenir et utiliser des données après codification ou anonymisation, sous certaines conditions, en vue d'étayer l'examen de l'état de santé du patient et des prestations de santé (**Health Research**). Cette fonction permettra de formuler des recommandations d'amélioration de la santé et d'innovation des soins de santé

¹ Loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth, plus particulièrement le chapitre 11, articles 37 à 40 inclus.

- utiliser des données partagées par des systèmes de soutien décisionnel qui, sur la base de directives ou de protocoles EBM (Evidence Based Medicine), pourront formuler des avis ciblés. Exemples : directives en matière de prescription d'examens, avertissements concernant des effets secondaires ou contre-indications, etc. Cette fonction est appelée **“soutien décisionnel électronique” (e-Decision Support)**
- utiliser des données partagées en vue d'une analyse comparative (benchmarking) individuelle et collective “en ligne”. Il faut développer des outils permettant aux dispensateurs de soins de comparer des données relatives à leurs patients et à leurs propres activités avec l'ensemble ou une partie des données partagées. Cette fonction d'**analyse comparative** est appelée **“e-Benchmarking”**
- accéder à certaines données et fonctions pour le patient. Celui-ci doit pouvoir avoir accès à certaines, sinon à toutes, (les) données en matière de santé. Pour les affections chroniques, il faut prévoir des écrans synoptiques et récapitulatifs (scores, résultats de paramètres, etc.). Le patient doit pouvoir gérer lui-même certaines de ses données (relations thérapeutiques, consentement éclairé “informed consent”, dernières volontés en matière d'euthanasie, de dons d'organes, etc.). Il doit pouvoir insérer lui-même des données concernant sa santé (paramètres vitaux, données générales concernant sa santé, télé-monitoring, etc.). De nouvelles opportunités de communication avec les dispensateurs de soins sont nécessaires. Cette fonction est appelée **“e-Patient”**.

Une mission essentielle de la plate-forme eCare sera d'assurer la gestion des modalités de ces fonctions.

La plate-forme eCare n'a pas pour mission de développer ces applications ; elles seront sous-traitées.

7. Exemples d'applications eCare

Les pays voisins prennent de multiples initiatives pour organiser, de diverses manières, le partage des données entre dispensateurs de soins (scope, technologie et architecture peuvent différer) et à y associer davantage les patients. Cette dynamique n'a pas non plus été négligée en Belgique. Quelques projets de partage de données sont déjà opérationnels ou en cours de préparation.

Au niveau conceptuel, dans ces initiatives de partage de dossiers, il convient de faire une distinction entre deux principes fondamentaux :

- le stockage centralisé ou le stockage décentralisé
- la duplication (copie de données d'un dossier individuel vers un dossier collectif) ou la non-duplication des données (conservation des données dans un seul “dossier source” global).

Toutes les combinaisons entre les deux distinctions sont possibles, comme illustré dans les exemples qui suivent.

En ce qui concerne le contenu et les groupes cibles, plusieurs possibilités d'échange existent :

- soit partager et échanger toutes les données de tous les patients
- soit n'échanger que certaines données entre certains groupes cibles, ou en ce qui concerne certains sujets ou certaines affections.

Ici également, toutes les formes intermédiaires sont possibles.

Dans ces différents projets, tous les aspects liés à la vie privée ou aux droits et devoirs des acteurs concernés ne sont pas toujours respectés conformément aux normes en vigueur en Belgique.

 En 2001, l'Andalousie a choisi de relier tous les dispensateurs de soins à un seul "Dossier électronique du patient centralisé" dénommé DIRAYA. L'Andalousie a décidé de centraliser toutes les données médicales des patients. Il n'existe pas de duplication des données et celles-ci sont disponibles partout et en permanence. L'accès au dossier électronique du patient est uniquement possible au moyen d'une "smart card" (comparable à la carte d'identité électronique (eID) en Belgique) qui permet au patient d'accorder l'accès à son dossier à un dispensateur de soins. Grâce à cette carte, le patient a lui-même accès à une partie de son dossier et il peut même y modifier certaines données de nature démographique. Il peut par ailleurs contrôler l'identité des personnes qui ont consulté son dossier.

Les Pays-Bas ont opté pour l'échange de données à deux niveaux : les données médicales et le résumé du dossier du médecin généraliste (comparable au SUMEHR ou Summarised Electronic Health Record utilisé en Belgique – voir infra). Il n'y a pas de duplication des données. Celles-ci demeurent décentralisées dans les "systèmes informatiques de données à caractère individuel relatives à la santé" (dossiers électroniques des patients). Les dispensateurs de soins ont pour obligation de connecter leur système informatique à un réseau national de communication en matière de soins. Ils doivent communiquer de manière centralisée (centrale nationale) l'identité des patients dont ils possèdent des données. Il s'agit en d'autres termes d'un répertoire des références (comparable au système "hub & metahub" utilisé en Belgique – voir infra). Un dispensateur de soins qui souhaite obtenir des informations concernant un patient consulte directement (après consultation du répertoire des références) les systèmes informatiques des dispensateurs de soins qui peuvent fournir des informations concernant le patient en question. Les systèmes de données à caractère individuel relatives à la santé doivent satisfaire à des normes techniques sévères pour pouvoir se connecter à ce réseau national. En effet, ils doivent être en permanence (24 heures sur 24) capables de fournir les informations demandées de manière sécurisée et fiable. On ignore pour l'instant si le système national du dossier électronique du patient sera maintenu sous sa forme actuelle.

 Le système "hub & metahub" utilisé en Belgique a pour objectif d'interconnecter de manière comparable les serveurs de résultats des hôpitaux.

 Les **serveurs de résultats** sont des systèmes informatiques qui stockent tous les rapports rédigés au sein des hôpitaux tels que les rapports d'hospitalisation, de consultation, d'examens (en radiologie, biologie clinique, etc.) et les rapports d'interventions chirurgicales, etc.

Les hôpitaux transmettent également à un répertoire central des références l'identité des patients dont ils possèdent les résultats, ainsi que la nature de ces résultats. Un dispensateur de soins obtient, par le biais de ce répertoire des références, une liste des résultats disponibles concernant un patient déterminé, quel que soit l'hôpital dont ces résultats proviennent ; il peut consulter ces résultats s'il le juge nécessaire. Bien évidemment, cela n'est possible que si le dispensateur de soins est en relation thérapeutique avec le patient.

Dans la plupart des systèmes de partage de données, il s'agit de duplication de données qui sont ensuite stockées ou non de manière centralisée ou décentralisée.

> Un autre exemple est celui du SUMEHR (Summarized Electronic Health Record). Il s'agit de la "photographie" sanitaire d'un patient, utilisée comme document de liaison entre les dispensateurs de soins. Le médecin généraliste, gestionnaire et dépositaire du dossier médical global d'un patient, est responsable de sa mise à jour et de sa "publication" à l'intention d'autres dispensateurs de soins (services de garde et services d'urgence). Contrairement aux Pays-Bas, la Belgique n'a pas opté pour une présence permanente "en ligne" des systèmes informatiques des médecins généralistes. La Belgique a préféré installer SUMEHR sur un système informatique disponible en permanence, et qui offre également les garanties de sécurité requises. En Wallonie, il s'agira de la plate-forme du "Réseau Santé Wallon". En Flandre, il s'agira du système Vitalink, une plate-forme de partage de données créée par les autorités flamandes. Il s'agit dans les deux cas de duplication de données, si bien qu'il convient de veiller à ce que la dernière situation de l'état de santé des patients soit toujours publiée. À chaque fois que l'état de santé d'un patient évolue, il faut donc publier une nouvelle version. L'existence du SUMEHR d'un patient sera également mentionnée dans un répertoire des références.

Pour terminer, voici encore quelques exemples de systèmes de partage de données articulés autour de certaines affections. Les initiatives les plus fréquentes concernent des systèmes de partage de données relatives à des patients malades chroniques.

> Les systèmes de suivi multidisciplinaire de patients atteints de diabète sucré sont les plus répandus. Ils sont utilisés dans toute une série de pays ou de régions : Pays-Bas, Écosse, certaines régions de France, etc. La Belgique utilise également ce type de systèmes dans le contexte des trajets de soins. Les données pertinentes relatives à la santé, partagées entre une équipe de dispensateurs de soins sont conservées dans un dossier centralisé, disponible en permanence (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) pour tous les professionnels de la santé. Il peut s'agir de données dupliquées au départ de systèmes individuels de dispensateurs de soins ou directement inscrites dans le dossier centralisé.

Ces systèmes offrent à une équipe de dispensateurs de soins qui ne font pas partie de la même organisation, un forum central virtuel. Ils peuvent y interagir, collaborer, se concerter, décider, etc., afin de :

- définir un objectif commun pour le patient (plan thérapeutique, plan d'action, objectifs, résultats, etc.)
- suivre collégialement le patient, l'évaluer régulièrement et entreprendre des actions adéquates pour la réalisation de cet objectif.

Ce forum central est disponible en permanence et en tous lieux grâce à la technologie eHealth.

Ce type de systèmes offre une solution aux dispensateurs de soins qui ne peuvent disposer de dossiers électroniques adaptés à leur discipline. Par ailleurs, il apporte également une solution qui permet d'associer le patient à la gestion de certains aspects de sa maladie.

8. Conclusions

L'objectif final du partage des données est de soutenir correctement les médecins et les professionnels de la santé, tant pour assurer la continuité des soins, accroître la qualité, réduire les risques et diminuer les charges administratives que pour utiliser plus efficacement les moyens disponibles.

Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que l'implémentation des dossiers partagés puisse, vu la complexité, s'opérer progressivement et à ce que la mise en place réussisse. Ils doivent veiller à ce que cette implémentation recueille un plus large consensus parmi les différents professionnels de la santé, par une réduction de la charge de travail et par une augmentation de la satisfaction professionnelle.

Une méthodologie optimale permettant l'implémentation de ces dossiers partagés fait actuellement encore défaut. De nombreuses leçons sont à tirer des expériences positives et des problèmes vécus dans les projets des pays voisins, mais aussi de nos propres initiatives. Le scénario idéal n'existe pas. Des projets-pilotes sont nécessaires pour identifier les “maladies d'enfance” propres à chaque nouveau projet, et pour évaluer l'impact sur les professionnels de la santé. Ils doivent permettre une extension de l'assise et recueillir un large consensus, tant parmi les dispensateurs de soins que parmi les patients.



La réinsertion socioprofessionnelle des titulaires de l'assurance indemnités permet à une partie des assurés sociaux reconnus en incapacité de travail de retrouver, partiellement ou complètement, une capacité de gain leur permettant de réintégrer le marché du travail, dans le cadre d'une démarche encadrée et volontaire.

Ce retour vers l'emploi ne doit pas être vu sous un angle budgétaire. Il faut l'envisager comme une opportunité offerte aux assurés de sortir d'un système d'indemnisation pour retrouver une activité professionnelle, si leur situation de santé le permet.

Il s'agit donc d'identifier les assurés pouvant, à terme et dans le cadre d'un encadrement adéquat, récupérer une force de travail suffisante permettant la reprise d'une activité professionnelle, sans porter atteinte ni à leurs droits sociaux ni à leur état de santé.

Et, loin des clichés ambiants, il existe une réelle volonté de retour sur le marché du travail chez les assurés. Pour preuve, en 2011, 525 assurés étaient impliqués dans un processus de réinsertion professionnelle.

Ce retour vers l'emploi s'exerce surtout par une reprise partielle d'activités : la loi du 14 juillet 1994 permet en effet à l'assuré social de reprendre une activité professionnelle à temps partiel si sa capacité de travail est réduite d'au moins 50%. A l'heure actuelle, C'est le principal outil de réinsertion.

IV. La réinsertion socioprofessionnelle des titulaires de l'assurance indemnités en incapacité de travail

1. Introduction

La réinsertion socioprofessionnelle des titulaires de l'assurance indemnités, qu'ils soient en incapacité primaire ou en invalidité, a connu une série d'évolutions importantes ces dernières années.

En 2009, le transfert de la compétence de décision du Collège de médecins directeurs vers la Commission supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité (CSCMI), en exécution des dispositions de la loi du 13 juillet 2006, apportait des modifications substantielles aux procédures ainsi qu'aux règles d'intervention.

Le passage d'un système basé essentiellement sur des conventions avec des opérateurs de formation vers des prises en charge individuelles implique en effet une approche différente au niveau de tous les acteurs concernés.

En effet, une partie des assurés sociaux reconnus en incapacité de travail¹ est susceptible, dans le cadre d'une démarche encadrée et volontaire, de retrouver, partiellement ou complètement, une capacité de gain leur permettant de réintégrer le marché du travail.

Il s'agit bien évidemment d'une question délicate.

a. Ne porter atteinte ni aux droits sociaux ni à l'état de santé...

La comparaison avec les dispositifs d'accompagnement des demandeurs d'emploi est tentante mais très difficile à opérer. Il s'agit, ici, non pas d'enclencher des processus visant à organiser un retour systématique vers ce marché, mais bien d'un exercice assez complexe qui vise à identifier les assurés sociaux pouvant, à terme et dans le cadre d'un encadrement adéquat, récupérer une force de travail suffisante permettant la reprise d'une activité professionnelle, sans porter atteinte ni à leurs droits sociaux ni à leur état de santé.

Il est donc très difficile de définir les objectifs quantitatifs et les méthodes de travail qui sont mises en œuvre et qui visent avant tout à la qualité de l'approche. Il s'agit, en effet, au terme d'une évaluation individuelle, de voir dans quelle mesure un assuré social est en mesure de suivre une formation ou toute autre activité visant à faciliter sa réinsertion socioprofessionnelle.

Par ailleurs, il est important de ne pas limiter la question de la réinsertion aux actions de formation. En effet, le retour vers la profession de référence ou tout autre emploi, sans nécessairement passer par un processus de réadaptation professionnelle, est un autre axe important.

Ce retour² est rendu possible à temps partiel pour les assurés ayant une capacité de travail réduite d'au moins 50%. C'est, à l'heure actuelle, comme nous le verrons plus bas, le principal outil de réinsertion.

1 Loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI), art. 100, §1...

2 Loi SSI, art. 100, §2

b. Les développements de l'assurance indemnités

Ces différentes interventions s'insèrent dans un cadre plus général : celui des développements de notre assurance indemnités.

Les phénomènes liés à l'incapacité de travail ont, en effet, subi une modification sensible au cours des trois dernières décennies, en raison, notamment :

- de l'évolution des pathologies et de l'émergence des pathologies mentales et des troubles musculo-squelettiques qui constituent les deux principales causes d'indemnisation
- de la transformation de nos systèmes de protection sociale qui ne se résument plus à des systèmes d'indemnisation mais accompagnent les assurés dans une démarche plus globale.

Parallèlement à cela, l'augmentation constante du nombre d'invalides observée depuis quelques années a rendu plus aiguë la question du retour vers le marché de l'emploi des assurés reconnus en incapacité de travail.

Cette question ne doit pas être vue sous un angle budgétaire. Il faut envisager le retour vers l'emploi comme une opportunité offerte aux assurés de sortir d'un système d'indemnisation pour retrouver une activité professionnelle si leur situation de santé le permet.

2. La réinsertion socioprofessionnelle

En 2011, 525 titulaires étaient impliqués dans un processus de réinsertion professionnelle. La répartition par région était la suivante :

Tableau 1 - Titulaires impliqués dans un processus de réinsertion professionnelle en 2011		
Région	Nombre de titulaires	Proportion (%)
Wallonie	337	64
Flandres	147	28
Bruxelles	41	8
Total	525	100
Source : INAMI - Service des indemnités.		

a. Le plan "Back to work"

Le gouvernement fédéral a adopté le plan "Back to work" en mai 2011. Différentes interventions ont ainsi été revalorisées.

Ce plan s'est inscrit dans un contexte où l'INAMI et les organismes assureurs (O.A.) ont décidé d'amplifier leur collaboration avec les organismes régionaux et communautaires en charge de l'insertion et de la formation professionnelles.

Le gain relatif que représente, dans le système actuel, une reprise de l'emploi par rapport au maintien des indemnités d'incapacité de travail, était jugé encore trop faible. Cet élément a été identifié par différentes études comme un frein à l'emploi. Il était donc nécessaire de promouvoir le retour sur le marché du travail au moyen de différentes mesures.

Parmi celles-ci :

- l'augmentation de l'indemnité horaire de formation de 1 à 5 EUR qui vise à inciter les titulaires en incapacité à entreprendre une formation
- la majoration de la prime de réussite de 250 à 500 EUR, qui vise à les inciter à mener cette formation à terme avec succès.

Pour résumer, dans le cadre d'un parcours de réinsertion socioprofessionnelle, l'assurance indemnités prend en charge :

1. les frais liés à l'examen d'orientation professionnelle
2. les frais de la réadaptation professionnelle (inscription au cours, examens, etc.)
3. les frais de séjour (si nécessaire pour la formation : voyage d'études, stage résidentiel, etc.)
4. les frais de déplacement
5. les frais de matériel
6. les coûts liés à l'intégration effective du titulaire, après un programme de réadaptation professionnelle
7. une prime de 5 EUR par heure de formation effectivement suivie, d'encadrement ou d'apprentissage pour le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle
8. une allocation forfaitaire de 500 EUR pour le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réinsertion socioprofessionnelle.

b. Différentes étapes

Une 1^{re} étape a été franchie le 17 novembre 2010 avec la conclusion d'une déclaration d'intention tripartite associant l'INAMI, les unions nationales des mutualités et tous les organismes concernés dans les Régions et Communautés.

Cette déclaration a pour objectif :

- d'amorcer une réflexion autour de la problématique de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés sociaux en incapacité de travail
- d'identifier les pistes potentielles de collaboration.

Elle doit déboucher sur la conclusion de conventions individualisées au niveau de chaque institution. Ces conventions ont, quant à elles, pour objectif de :

- préciser et formaliser l'organisation des processus d'insertion depuis le 1^{er} contact avec le médecin-conseil de l'O.A. jusqu'à la décision finale prise par la CSCMI
- déterminer les modalités de financement des actions.

À ce jour, une convention a été conclue avec le Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding (VDAB). Les autres conventions devraient être conclues dans le courant de l'année 2012. Il est donc prématuré de se livrer à un 1^{er} bilan qualitatif et quantitatif de ces initiatives.

Cela n'empêche cependant pas l'INAMI de réaliser un monitoring des mesures de réinsertion socioprofessionnelle via :

- un suivi statistique relatif au nombre de cas et aux dépenses
- un suivi qualitatif par le traitement individuel de chaque demande par la CSCMI.

Les résultats peuvent encore être améliorés sur le plan quantitatif. Pour ce faire, différentes actions d'information et de sensibilisation sont en cours d'élaboration au sein de l'INAMI (dépliant, journées d'études, concertation entre l'INAMI, les O.A. et les services pour l'emploi, etc.).

Nous constatons que 525 titulaires étaient impliqués dans un parcours de réinsertion en 2011 : détermination de projet professionnel, commencement d'une formation, poursuite d'une formation entamée l'année précédente, etc.

Huit des 525 titulaires ont terminé une formation en 2011 et six d'entre eux l'ont réussie. Parmi ces six réussites, début 2012, l'un d'entre eux était au travail et l'autre avait entamé un stage en entreprise.

L'information concernant les autres titulaires n'est pas encore disponible : la réglementation prévoit en effet que le médecin-conseil revoie le titulaire qui a terminé un parcours de réadaptation six mois après la fin de ce parcours.

Un des principaux obstacles relevés par les différents acteurs du système (médecins-conseils, agents d'insertion, etc.) est le risque que constitue cette évaluation au terme des 6 mois.

En effet, à cette échéance, le médecin-conseil peut proposer la fin de l'incapacité de travail de l'assuré social s'il considère que ce dernier a récupéré une capacité suffisante de gain grâce aux compétences acquises dans le cadre du projet de réadaptation professionnelle.

La reprise ou non d'une activité professionnelle n'entre pas en ligne de compte dans cette évaluation de sorte que le trajet pourrait conduire son bénéficiaire vers le système d'indemnisation du chômage. Pareille conclusion n'est évidemment pas l'objectif des actions de formation entreprises dans le cadre de loi de 2006.

Cette fin d'incapacité de travail est donc intimement liée au choix du bénéficiaire d'acquérir de nouvelles compétences et n'aurait peut-être pas été prononcée si le titulaire ne s'était pas engagé dans un processus de réadaptation professionnelle. Ce "couperet" constitue donc un frein selon de nombreux observateurs qui plaident plutôt pour un allongement du droit aux indemnités durant une période raisonnable après la fin de la formation, permettant au titulaire de retrouver une activité professionnelle dans un contexte sécurisant.

3. Le retour vers l'emploi par une reprise partielle d'activités

Comme nous l'avons mentionné, l'article 100§2 de la loi SSI permet à l'assuré social de reprendre un travail à temps partiel si sa capacité de travail est réduite d'au moins 50%.

Cette disposition est, à l'heure actuelle, la voie la plus utilisée pour le retour vers l'emploi des titulaires en incapacité de travail.

Au 31 décembre 2010, 31.046 reprises de travail autorisées avaient été enregistrées, dont 26.197 pour une activité salariée et 4.849 pour une activité de bénévolat. 13.045 personnes ont, durant la même année, interrompu ce processus dont 5.764 pour reprendre le travail à temps-plein.

Ces chiffres, collectés au travers du flux RTTP (Reprise de travail à temps partiel) entre les O.A. et l'INAMI dans le cadre du contrat d'administration, permettent de constater que, loin des clichés ambiants, il existe une réelle volonté de retour sur le marché du travail chez les assurés sociaux dont la situation médicale le permet.

Tableau 2 - Nombre de titulaires qui exercent une activité autorisée pendant une période d'incapacité de travail

	31-12-2009	31-12-2010
art. 100 §2	22.035	26.197
Volontariat - salariés	2.870	4.849
Total	24.905	31.046

Source : INAMI - Service des indemnités.

Tableau 3 - Durée moyenne des autorisations actives au 31 décembre (en jours)

	31-12-2009	31-12-2010
art. 100 §2	1.096	1.094
Volontariat - salariés	724	664

Source : INAMI - Service des indemnités.

Tableau 4 - Nombre de titulaires ayant exercé une activité autorisée au cours de l'année

	31-12-2009	31-12-2010
art. 100 §2	33.642	38.744
Volontariat - salariés	3.343	5.588
Total	36.985	44.332

Source : INAMI - Service des indemnités.

Tableau 5 - Nombre de titulaires ayant mis fin à une activité autorisée au cours de l'année

Art. 100 §2	2009	%¹	2010	%¹
1. Retour en incapacité complète de travail	3.999	11,89	3.828	9,88
2. Reprise de travail à temps plein	5.120	15,22	5.674	14,64
3. Chômage	68	0,2	94	0,24
4. Décédé	139	0,41	105	0,27
5. (Pré)pension	188	0,56	226	0,58
6. Exclusion pour raison médicale par le médecin-conseil	990	2,94	1.101	2,84
7. Exclusion pour raison médicale après décision du CMI	83	0,25	98	0,25
8. Exclusion pour raison médicale après décision du médecin-inspecteur	0	0	0	0
9. Mutation	0	0	0	0
10. N'a jamais repris le travail à temps partiel	153	0,45	183	0,47
11. Autre	2.244	6,67	1.736	4,48
Total	12.984		13.045	

1 Le pourcentage est obtenu en divisant le nombre de titulaire de la colonne précédente par le nombre total des titulaires "art. 100 §2" indiqué dans le tableau 4.

Tableau 5 - Nombre de titulaires ayant mis fin à une activité autorisée au cours de l'année (suite)				
Volontariat	2009	% ¹	2010	% ¹
1. Retour en incapacité complète de travail	307	9,18	386	6,91
2. Reprise de travail à temps plein	33	0,99	56	1
3. Chômage	24	0,72	14	0,25
4. Décédé	20	0,6	31	0,55
5. (Prép)pension	20	0,6	54	0,97
6. Exclusion pour raison médicale par le médecin-conseil	25	0,75	52	0,93
7. Exclusion pour raison médicale après décision du CMI	13	0,39	27	0,48
8. Exclusion pour raison médicale après décision du médecin-inspecteur	0	0	0	0
9. Mutation	8	0,24	10	0,18
10. N'a jamais repris le travail à temps partiel	35	1,05	101	1,81
11. Autre	0	0	0	0
Total	485		731	
Source : INAMI - Service des indemnités.				

a. Rendre la reprise du travail plus attractive

Afin de rendre la reprise de travail à temps partiel encore plus attractive, le gouvernement a, dans le cadre du plan "Back to work", lancé deux initiatives :

- La suppression du caractère préalable de l'autorisation par le médecin-conseil de reprise partielle d'une activité.

Cette modification de l'article 100 §2 de la loi SSI a été réalisée par la loi-programme du 4 juillet 2011². Sa date d'entrée en vigueur de cette modification doit encore être fixée par le Roi.

- La modification des tranches de revenus prises en compte pour calculer l'indemnité en cas de cumul avec un revenu professionnel³.

Le titulaire, qui bénéficie d'un revenu professionnel qui découle d'une activité autorisée, peut prétendre à un montant égal à la différence entre le montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail allouée en l'absence de cumul et le montant brut du revenu professionnel évalué en jours ouvrables.

À partir du 1^{er} janvier 2012, le cumul entre un revenu professionnel et une indemnité est ainsi rendu plus attractif. Le montant brut du revenu professionnel est diminué à concurrence du montants des cotisations de sécurité sociale à charge du titulaire. Le montant du revenu professionnel, évalué en jours ouvrables, n'est en outre pris en considération qu'à concurrence du pourcentage suivant, déterminé par tranche de revenus (montants en vigueur indexés au 1^{er} février 2012) :

- 1^{re} tranche de 15,3004 EUR: 0%
- 2^e tranche de 9,1803 EUR: 20%.
- 3^e tranche de 9,1803 EUR: 50%

1 Le pourcentage est obtenu en divisant le nombre de titulaires de la colonne précédente par le nombre total des titulaire "volontariat-salariés" indiqué dans le tableau 4.

2 M.B. du 19/07/2011.

3 A.R. du 03/07/1996 en exécution de la loi SSI, art. 230.

- 4^e tranche supérieure au total des tranches précédentes : 75%.

Ces nouvelles règles devraient permettre de rendre encore plus fluide le retour vers une activité professionnelle.

4. Perspectives et conclusions

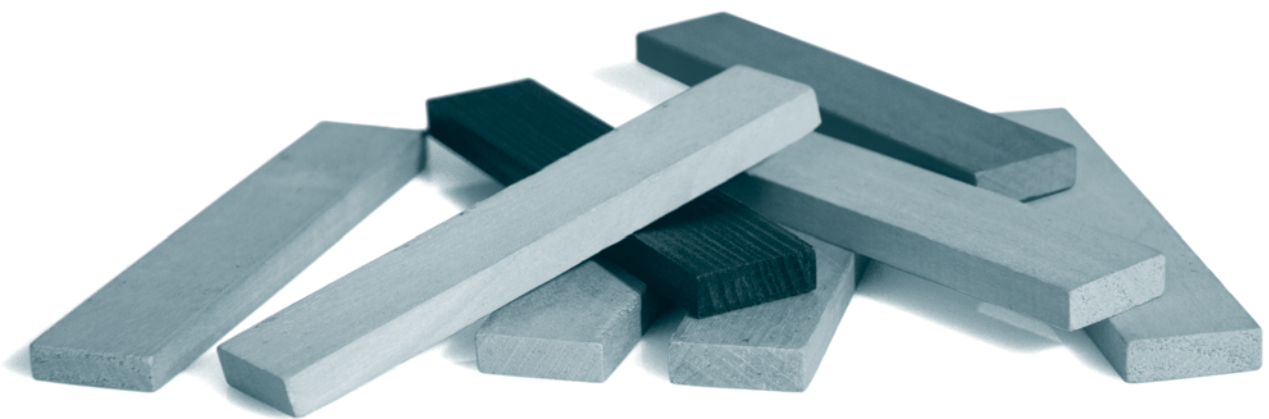
Le chemin parcouru, depuis 2009, est intéressant à plus d'un titre :

- l'augmentation constante du nombre de demandes de formation et de reprises de travail autorisées
- la mise en œuvre de la déclaration tripartite entre O.A., INAMI et organismes régionaux et communautaires compétents en matière de formation et d'insertion professionnelles et la conclusion des conventions bilatérales
- l'amélioration de l'appareil statistique via le flux RTTP.

En outre, les partenaires du Comité de gestion ont impulsé, au travers de la nouvelle task force "Back to work", un important chantier de réflexion visant à optimiser les processus existants et introduire de nouveaux concepts comme l'intervention de "disability case manager" dans les procédures de formation ou de reprise de travail autorisée.

Il reste cependant une série de champs à défricher.

- D'une part, sur un plan pratique, les 1^{re} initiatives en matière de retour vers l'emploi ne peuvent intervenir qu'au terme de la 1^{re} évaluation par le médecin-conseil, soit au minimum quelques semaines après le début de l'incapacité de travail. Un travail de réflexion et de concertation sur le sujet s'impose entre tous les acteurs concernés, en ce compris les médecins traitants, qui ont un rôle prépondérant dans les 1^{res} semaines d'une incapacité de travail et les médecins du travail.
- D'autre part, la question de la prévention de l'incapacité de travail doit également faire l'objet d'une attention accrue même si de nombreuses initiatives sont déjà prises dans ce domaine.



5^e Partie

Le mot des organismes assureurs



Dans notre société, la place du travail est reconnue comme une valeur des plus importantes. Mais qu'advient-il quand l'homme devient "incapable de travailler" ? La Mutualité Chrétienne a mené l'enquête.

L'objectif de l'étude était double : évaluer la brochure "La vie devant nous", le journal des invalides de la Mutualité chrétienne et évaluer les besoins en accompagnement et en information des membres en incapacité de travail depuis près d'un an et passant sous le statut d'invalidité.

Dans ce premier article sur le sujet, il s'agit de faire part de l'expérience de vie des personnes en incapacité de travail rencontrées ; leurs parcours de rupture et d'exclusion sociale, leur volonté de réinsertion.

Cette première partie montre combien le retrait de la vie professionnelle suite à une incapacité de travail prolongée plonge la personne dans un processus de rupture/exclusion - voire de disqualification - sociale. Au-delà de l'acceptation de la maladie et de la gestion de sa situation financière, c'est toute la légitimité de son identité qu'une personne en incapacité de travail prolongée doit redéfinir. Elle se retrouve ainsi en porte-à-faux avec ses propres valeurs, qui sont également celles de la société dans laquelle elle vit, une société du travail qui renie l'assistanat et la maladie. Diverses stratégies - dissimulation, fuite,... - sont mises en place pour tenter de combler le fossé ; mais la tendance reste dans un premier temps au repli sur soi, dans un contexte d'impression d'inutilité et de dépendance.

Dans leur cheminement de réintégration sociale, la dimension relationnelle et collective est primordiale, de même que la prise en compte du facteur "temps" apparaît comme centrale. Là se profilent d'ailleurs deux des nombreux enjeux de l'accompagnement à offrir à ces personnes en incapacité de travail prolongée - voir dans un prochain article dans "MC-informations".

I. Incapacité de travail prolongée

Parcours de vie des personnes en incapacité de travail prolongée¹

Anne Remacle, Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland, Département Recherche et Développement
Maryse Van Audenhaege, Service Infor Santé.

Remerciements à Etienne Laurent (Direction Médicale), Serge Jacquinet (Service Social) et Emilie De Smet (Altéo).

1. Introduction

Selon le sondage “Autres temps, autres mœurs”², le travail est la 3^e valeur (90%) des Belges, après la famille (98%) et les amis (92%). Dans notre société, la place du travail est effectivement reconnue comme des plus importantes. Le travail est une valeur constitutive, pour une part, de notre identité d’Homme, de Sujet, de Citoyen. Quotidiennement, nous nous construisons dans notre rapport au travail : nous avons, nous faisons, nous sommes.

Selon Pierre-Eric Sutter³, l’être humain en situation de travail se positionne dans l’une de ces trois attitudes complémentaires et hiérarchisées : avoir, faire et être. Tout d’abord, l’homme travaille pour “avoir”, dans une logique binaire et individualiste de satisfaction de ses besoins. Ensuite, quand ses besoins sont satisfaits, l’homme travaille pour “mieux faire”.

Il se situe alors dans une logique d’échange et de partage pour co-construire un projet commun avec la structure qui l’emploie. Enfin, l’homme travaille pour “être”, pour se réaliser via les finalités de l’entreprise, dans une logique mutuellement avantageuse avec l’employeur. Selon Sutter, l’homme se construit donc dans cette dynamique circulaire du rapport au travail.

Mais qu’advient-il quand l’ordre des choses vient bousculer cette dynamique ? Quand un accident, un problème de santé surgit et bouleverse cet équilibre ? Que se passe-t-il quand l’homme devient “incapable de travailler”, quand il perd l’un des fils principaux de son identité sociale et personnelle ?

C’est ce que la Mutualité chrétienne (M.C.) a voulu comprendre par le biais d’une recherche. Partir de l’expérience de vie de ses membres en incapacité de travail prolongée et de l’expérience professionnelle de ses collaborateurs de terrain, quotidiennement en contact avec ce public dans le cadre de leur accompagnement et/ou de la gestion de leur dossier. Entendre pour sensibiliser et améliorer l’accompagnement offert à ce public. La démarche n’est pas neuve (voir Franssen et Lemaigre, 1998) mais les enjeux sous-jacents sont de taille.

1 Article publié dans le n° 247 (juin 2012) de MC-informations.

2 Le volet belge de cette enquête européenne sur les valeurs des citoyens est réalisé tous les 9 ans en collaboration avec les universités KUL (Karel Dobbelaere et Koen Abts) et UCL (Liliane Voyé). Il est disponible sous le titre *Autres temps, autres mœurs*. FRB et Racine Campus. 2011.

3 P-E Sutter est diplômé en Psychologie du Travail et est expert dans le conseil en recrutement et l’orientation professionnelle. Il a également conduit un programme de recherches au sein de l’Institut d’Administration des Entreprises (Paris-Sorbonne) sur les Nouvelles Technologies appliquées à la Gestion des Ressources Humaines. Il est l’auteur d’articles et d’ouvrages dans le domaine de l’ingénierie et l’informatisation des Ressources Humaines, la gestion des compétences et la performance sociale. Lien vers son blog : <http://blog.mars-lab.com/Dossier/2011>.

Ainsi, le contexte actuel montre une évolution importante du nombre d'invalides ces 10 dernières années en Belgique. Alors que la population belge a augmenté de 5% entre 1999 et 2008, la population invalide, s'est, elle, accrue de 30% au cours de cette même période (femmes = + 61% ; hommes = + 9%). Selon un rapport de l'INAMI (2010), les principaux facteurs explicatifs de cette augmentation sont : le relèvement de l'âge de la pension, l'évolution du nombre de titulaires indemnisables (participation accrue des femmes au marché du travail) et l'augmentation du taux d'invalidité des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces troubles psychiques deviennent en effet la cause principale du passage en invalidité, avant les troubles du système locomoteur et du tissu conjonctif. L'invalidité toucherait de la même façon les hommes et les femmes. Par ailleurs, le coût de la prise en charge de l'invalidité est important : il représente un peu plus de 3 milliards d'euros en 2009.

A côté du coût des indemnités et des soins de santé inhérents à leur situation, les personnes en incapacité de travail prolongée doivent faire face à la complexité de la législation et des procédures administratives : un réel parcours du combattant dans certains cas. Alors que la vie doit se réorganiser suite à cette incapacité forcée, l'accompagnement et le soutien en pareille situation ne sont pas toujours adéquats. Heureusement, ils peuvent bénéficier de l'expertise et de l'aide de nos collaborateurs. Mais il faut, pour cela, oser pousser la porte de ces services...

C'est un des problèmes auxquels sont confrontés les collaborateurs de terrain. Pour la M.C., d'autres défis se profilent également à l'horizon : l'assimilation de la nouvelle philosophie de travail des médecins-conseils - évaluer non plus les incapacités mais plutôt les capacités restantes -, la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en incapacité de travail ou encore l'intégration de la dimension relationnelle dans la démarche de rationalisation et d'amélioration des processus de travail.

Bref, la problématique de l'accompagnement et de l'information de nos membres en incapacité de travail prolongée n'est pas simple. Nous en brosserons plus précisément les contours et enjeux dans un prochain article. Pour l'heure, il s'agit de vous faire part de l'expérience de vie de ces personnes en incapacité de travail prolongée que nous avons rencontrées, leurs parcours de rupture et d'exclusion sociale, leur volonté de réinsertion, leur "travail d'exister" (Franssen, 1998).

 La première année d'incapacité de travail est appelée **incapacité primaire**. Au cours de cette année, la personne en incapacité est amenée à rencontrer son médecin-conseil à plusieurs reprises. Ensemble, ils éclairent la situation médicale, resituée dans un contexte global de travail. A l'issue de chaque consultation, le médecin-conseil décide de poursuivre (ou non) la reconnaissance de l'incapacité de travail.

Pour être reconnu en incapacité de travail, il faut tout d'abord et avant tout être au travail ou demandeur d'emploi. En d'autres mots, une personne ne peut être reconnue en incapacité de travail si elle n'a pas un statut de "travailleur" ou si elle n'avait pas une certaine capacité de travail. La situation est différente selon que l'on est travailleur salarié ou travailleur indépendant.

L'incapacité de travail qui se prolonge au-delà d'un an prend le nom d'**invalidité**.

(Source : La vie devant nous - Le journal des invalides de la Mutualité chrétienne.)

2. Objectif et méthodologie

L'objectif de l'étude était double :

- d'une part, évaluer la brochure "La vie devant nous", envoyée par la M.C. à tous les membres francophones en incapacité de travail depuis près d'un an afin de les informer sur différentes thématiques liées à leur passage en invalidité
- d'autre part, rencontrer ce public pour comprendre leur vécu et évaluer leurs besoins en accompagnement et en information.

Pour ce faire, deux pistes méthodologiques ont été suivies parallèlement : l'organisation de groupes focalisés et la réalisation d'analyses en groupe. Des groupes focalisés de membres recevant une indemnité d'invalidité depuis près d'un an et ayant récemment reçu le 4^e numéro de la brochure "La vie devant nous" (= le public cible de l'évaluation) ont été mis en place dans, initialement, trois mutualités régionales. Au vu des difficultés de recrutement de la population ciblée, les critères de sélection ont été élargis et trois groupes focalisés ont été organisés (M.C. Hainaut Picardie et M.C. Hainaut Oriental). Les groupes focalisés ont été complétés par quatre interviews individuelles (M.C. Liège et M.C. Namur). Au total, une vingtaine de personnes ont ainsi témoigné. Nuance non négligeable : ces dernières travaillaient toutes lorsqu'elles ont été reconnues en incapacité de travail.

Dans le même temps, des collaborateurs M.C. régionaux (M.C. Luxembourg, M.C. Saint-Michel, M.C. Hainaut-Picardie), issus de différents services en contact avec des membres en incapacité de travail prolongée ou ayant un rôle d'accompagnement et/ou d'information à leur égard, ont analysé la question lors de sessions d'analyse en groupe. Dans l'ensemble, les services rencontrés étaient : médecins-conseils et administration médicale, service social, service Indemnités, réseau (conseillers mutualistes), service communication, Infor Santé et Altéo.

3. Résultats

a. Au commencement, il y a ...

Le statut d'invalidé mêle nombre de profils différents de personnes en incapacité de travail prolongée, que ce soit au vu de leur âge, leur pathologie, leur activité professionnelle ou non, leur personnalité, leur histoire, etc. Cette apparente diversité révèle toutefois un état de fragilité commun dont la majorité sait dater précisément l'origine.

"J'ai signé un CDI en 2004 et malheureusement, l'année passée, le 09.03.2010, j'ai fait une mauvaise chute, ..."

Car c'est là une première caractéristique commune aux personnes rencontrées : **un événement accidentel où la prise de conscience des conséquences de leurs limitations fonctionnelles introduit une cassure, un point de rupture avec leur ancien état**. Comme un pivot central, ce moment bien précis entraîne des changements importants dans la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur position sociale. Ces personnes vivent désormais avec un "avant" et un "après". Un "après" qu'il faut apprendre à accepter dans toutes ses dimensions. "Arriver à lâcher prise."

b. "Une spirale infernale"

Il y a d'abord le problème physique ou psychique, la maladie qui mine le quotidien. La diagnostiquer, l'accepter, la traiter, la justifier, ... sont des étapes importantes qui font de la première année d'incapacité de travail un moment délicat, une période d'acceptation de la maladie et de ses conséquences.

Outre la maladie et son traitement qui peuvent engendrer des problèmes de santé supplémentaires, il faut également apprendre à vivre avec la douleur, parfois chronique, et les effets secondaires.

"Moi, la pêche, j'adore ça. On est bien. Même à deux. Et bien, je prends des médicaments et depuis que je prends des médicaments, je tremble beaucoup et donc pour accrocher, je ne sais plus. Quand je dois accrocher n'importe quoi à mon hameçon, il y en a 10 qui tombent ! Et alors c'est parti : vous attraper une crise de nerfs sur place."

L'impact sur l'humeur de la personne peut être tel que les relations avec ses proches en arrivent à être mises à mal ; ce qui peut provoquer des moments de crise (de couple), de prise de distance (notamment les enfants), d'isolement, etc. qui ébranlent toute la dynamique familiale.

“C'est très difficile. Et on doit aussi avoir une femme avec un caractère d'enfer. Parce que le moindre truc qu'on nous dit, on devient susceptible et le moindre truc qu'elle dit, c'est une attaque. Dès que elle va rentrer du boulot, elle va dire : “ben tiens, tu m'avais dit que t'allais faire ça, pourquoi tu l'as pas fait ?” Et là, tu dis : “parce que j'étais pas bien” ou “j'ai fait autre chose” ou alors, t'as pas envie ! Des fois, j'ai rien foutu parce que j'ai pas envie. Ou alors je me dis : “ouah, je le ferai demain, de toute façon, je n'ai que ça à foutre, je le ferai demain”. Après, Madame, elle rentre du travail et elle dit : “j'ai travaillé toute la journée et regarde, tu devais juste faire ça !” Et là, t'exploses. Et c'est la dispute. La dispute. On doit avoir une femme avec un caractère d'enfer pour nous supporter parce qu'on est un poids. Y a rien à faire. Non mais c'est vrai. Moi, je suis un poids pour ma femme. Je la rends heureuse par d'autres choses mais le caractère, mon caractère, ... Je suis devenu un sale type avec un caractère, ...”

Puis il y a aussi le coût des soins et de l'appel à des professionnels pour exécuter des tâches à présent impossibles à réaliser soi-même. Sans oublier les coûts induits par le seul fait de rester chez soi toute la journée, “à ne rien faire”.

“En hiver, comme vous êtes là, ben vous ne restez pas avec 16 degrés dans la maison comme quand on travaille. Quand on travaille, on met 16 degrés ou 17 mais si on est en arrêt... Donc, consommation de mazout. C'est presque l'effet inverse à la limite : on touche moins d'indemnités, moins de salaire quand on est sur la maladie, enfin sur l'arrêt, et on dépense plus. Si on fume, on fume plus ; si on mange, on mange plus. Toi [s'adressant à un autre participant], tu disais que t'as pris 20 kilos, moi, j'en ai pris 25... Bon, ils ne sont pas arrivés comme cela par hasard, ce n'est pas la poussière qu'on respire mais ce sont des dépenses.”

Tout cela grève le budget familial. “Une spirale infernale”. Pour s'en sortir ou par crainte de perdre leur boulot suite à leur absence prolongée, certains vont même à l'encontre de l'avis médical et reprennent le travail, même s'il est incompatible avec leur état de santé.

“On le voit arriver ce souci financier. Cela a toujours été un gros souci pour elle donc, du coup, de par la crainte de perdre son emploi, de par la crainte de financièrement ne pas s'en sortir parce que ses indemnités sont moindres que quand elle travaille bien sûr, elle veut absolument retravailler. Maintenant, moi, je me rends bien compte que ce n'est pas compatible avec son problème de pied, ...”

Faisant parfois fi des règlements en la matière (en avertir le médecin-conseil), ils passent à côté des possibilités qui s'offrent à eux comme le mi-temps médical et reprennent à temps plein ou changent de contrat de travail. Les résultats ne se font généralement pas attendre : rechutes et problèmes administratifs à la clé dans le calcul du montant des indemnités.

Et que dire quand le retour au travail - espoir jusque là toujours entretenu -, s'avère plus difficile qu'espéré, voire impossible !

“J'ai passé de très mauvais moments parce qu'on n'est pas prêt. Il n'y a personne qui sait l'avenir. On est prêt à prendre sa retraite, on est prêt à gagner au Lotto, éventuellement, ... Mais on n'est pas prêt à ne plus travailler, on est parfois prêt au chômage, en fonction de ... mais pas prêt à la maladie et à l'incapacité de travailler.”

c. Le passage en invalidité

“On souffre deux fois en fait. Quand on apprend qu'on passe “statut invalide” et qu'on ne sait plus travailler, on souffre deux fois : physiquement et moralement. Et pour moi, je pense que moralement, quelques fois, c'est beaucoup plus difficile que la souffrance physique.”

“On est tous sous anti-dépresseurs ... On est tous plongés dans la même galère morale. On broie du noir.”

Dans ce contexte de chamboulements de la vie quotidienne et sociale, le passage en invalidité est donc assez mal vécu car il fige une situation espérée passagère. Pour ceux à qui le travail procurait les ressources financières pour vivre et/ou “être”, les perspectives de vie semblent dès lors se réduire au vu de la perte de revenus.

”

“On est habitué à un train de vie – qui n'est pas excessif – mais on ne calculait pas. Je travaillais dans une très bonne entreprise, j'étais bien payé. Donc problème de faire rentrer du mazout, problème de ne pas partir en vacances, on ne connaissait pas! Quand on se retrouve dans l'invalidité, ben ... on calcule tout!”

“On gagne bien sa vie et puis on se retrouve avec un niveau de vie ... On est assisté. Faut pas se leurrer. Quand on a un certain niveau de vie, on profite de ce que l'on a avec ce que l'on gagne. [...] Mais quand on se retrouve en invalidité, on se retrouve face à des choix vitaux. On ne roule plus avec des grosses voitures, on ne va plus au restaurant, plus de vacances enfin, on a un pécule mais bon, on est dans un train de vie où on reste sur un parking ad vitam aeternam. On est mis sur une voie de garage et adienne que pourra. Trek je plan.”

Outre la perte “d'avoirs” engendrée par le retrait de la vie professionnelle, l'inactivité contrainte, le fait de ne plus pouvoir “faire” est un autre problème très prégnant auprès des personnes interviewées.

Que faire? Comment remplacer le temps de travail lorsqu'on n'a plus nécessairement les moyens - physiques et financiers - pour s'offrir des moments de loisirs? Une situation psychologiquement et socialement difficile.

“ - L'inutilité, ça vous mine.

- Inutile, oui, c'est le mot exact.

- Vous vous sentez inutiles, c'est plutôt une perception, ce n'est pas que vous l'êtes.

- Si. Parfois, on a des remarques: “Tiens, t'as pas encore fait tes mauvaises herbes dans le gravier ...” ou bien “et alors, t'as commencé à démonter ça et ...”

- C'est souvent des sujets de disputes avec nos femmes, ça.

- Oui. Moi, j'en ai pas, donc ça va!”

“La plus grosse douleur à l'heure actuelle, c'est psychologiquement parce que j'ai trois enfants, et cela fait trois ans que mes enfants me voient à la maison, je ne sais pas faire grand-chose parce que ... je ne sais même pas porter mes enfants par exemple, ça, c'est une des plus grosses douleurs. Mais bon, je vais arrêter parce que je suis un petit peu ému.”

Les personnes interviewées avouent alors tomber dans un “cercle vicieux”, celui des “sales habitudes”.

“Je prenais de mauvaises habitudes en étant chez moi. De ne plus rien faire. Enfin, déjà, on est “limité” et puis on prend des sales habitudes. C'est quoi des sales habitudes? Ben, c'est l'alcool, c'est la bouffe, c'est la passivité, c'est ... On reporte au lendemain, ce qu'on peut faire le jour-même quoi. Hein donc heu, plein de mauvais défauts [rires], parce qu'on est un peu - enfin, toujours dans mon cas – renfermé sur soi-même, parce qu'on est triste, parce qu'on est ... on est ... On est perdu en fait!”

Enfin, ce retrait de la vie professionnelle touche également à leur “être”. **Toutes les personnes rencontrées témoignaient en effet de problèmes de confiance en soi**, à différents niveaux: la peur de ne plus jamais pouvoir retrouver le niveau de leurs compétences; un sentiment de perte de dignité, d'estime de soi; un sentiment de perte d'autonomie; un sentiment de honte et de culpabilité.

“Tu dis toujours “ça va bien, ça va bien” [...] parce que parfois il y a une ... je ne vais pas dire une honte mais, ... une pudeur. Une pudeur de dire “je ne suis plus capable de ...”. Donc, on se culpabilise, on broie du noir et parfois, il faut passer au travers de cet aspect là.”

De par la prise de conscience de leurs limitations fonctionnelles, source de leur incapacité à travailler, les personnes interviewées développent une image négative d'elles-mêmes.

d. Paralysie, stigmatisation et dévalorisation

Formalisées dans les formulaires médicaux et figées lors de l'obtention du statut d'invalidé, ces limitations fonctionnelles sont vécues comme paralysantes par les personnes interviewées.

“Quelqu'un d'invalidé ne sait plus rien faire. [...] On sait tout faire, enfin, tout faire, je veux bien tondre la pelouse mais après un quart d'heure, j'arrête parce que les secousses, le dos, ben voilà. Le linge, je peux pas le prendre, les bras ça va pas. J'adore la pêche, j'adore la pêche. J'ai dû changer de mode de pêche parce que je ne sais plus rester assis sur mon panier et tenir ma canne de onze mètres toute une journée donc maintenant, je suis parti sur un mode de pêche beaucoup plus facile: tu lances ton lancer, tu mets tes bip, tu dors et tu attends que ça sonne. Non mais c'est pour rester ... Pour faire encore un truc que j'aime. Je faisais du tennis de table, au niveau national, j'étais arbitre de balle-pelote en première nationale, je jouais au tennis, je jouais au mini-football et du jour au lendemain, plus rien. Depuis 2005, je n'ai plus fait un sport, je ne sais plus. Je ne fais plus rien. Même arbitrer un match de balle-pelote, c'était au niveau national, c'était un petit truc en plus, c'était 65 à 70 EUR en plus par lutte. Je peux plus faire. Faut courir, faut être réactif, faut ... je peux plus le faire.”

A côté des contraintes physiques à accepter et à prendre en compte au quotidien, les personnes en incapacité de travail prolongée craignent en effet de n'être reconnus socialement que par la maladie et/ou le statut d'invalidé; deux termes connotés négativement dans notre société. Toute parole ou acte spontané renvoyant à cette assignation statutaire qui les confrontent à leurs limites les plongent dans un certain mal-être et les isolent d'autant plus.

Comme le témoignage de cet homme qui a très mal vécu le fait de devoir dire qu'il était invalide :

“La semaine passée, j'ai dû changer ma carte d'identité, donc j'ai dû dire “invalidé”, cela m'a fait ... Et alors j'ai dit: “Mais je ne suis pas invalide de guerre”. Parce qu'on dit “invalidé”... Il me dit: “qu'est-ce que vous faites comme métier?” Alors je dis: “je suis en invalidité”. “Alors invalide”, il dit. Donc, j'ai dû signer “invalidé” mais je ne suis pas invalide de guerre, je ne suis pas... Ca m'a foutu en l'air pour toute la journée!”

Par ailleurs, ce statut les piège, les “assigne à résidence” (Franssen, 1998):

“On m'a dit plusieurs fois: “Monsieur, restez chez vous!”. On veut faire quelque chose pour dire de ne pas rester à ne rien faire. Et puis, non seulement la maladie est difficile à supporter mais alors, en plus de cela, on vous écarte socialement. C'est inadmissible. Voilà. C'est ça.”

“Quand je suis tombé en invalidité, je ne savais rien. J'ai été voir sur internet, j'ai tapé plusieurs fois sur les moteurs de recherche: “travail pour invalide”, “travail pour handicapé”, ... Moi, j'avais envie de recommencer mais ce qui m'embête le plus c'est qu'il faut avoir l'approbation du médecin-conseil [qui dans ce cas, travaille pour une autre mutuelle]. J'ai voulu faire partie d'Altéo pour aller conduire les patients dans les hôpitaux etc. Il me fallait avoir un planning à la minute. Comment voulez-vous que je sache que le lundi je dois aller conduire quelqu'un et aller la chercher à 10 heures? On m'a mis des bâtons dans les roues ...”

Impossible d'en réchapper, le contrôle social étant bien présent. Sans parler de la peur de perdre leurs indemnités. Tout cela les oblige à “s'installer dans l'incapacité” (Franssen, 1998).

Par ailleurs, ces limitations fonctionnelles sont également très stigmatisantes de par ce qu'elles impliquent, que ce soit en termes d'inactivité contrainte ou de statut administratif. Dans l'esprit de nombre de personnes, s'impose l'image du “glandeur”, de l'assisté profiteur du système. Ceci est très dur à vivre, d'autant plus quand on a travaillé de nombreuses années, voire toute sa vie, sans relâche et/ou que l'on souffre d'une maladie qui ne présente aucune trace visible, comme la dépression par exemple.

“J'ai déprimé aussi parce que c'est une saloperie de maladie qu'on a difficile à reconnaître et qui vous laisse tout l'aspect “normal” et on a l'air un peu de vous dire que vous n'êtes pas malade mais que vous êtes fainéant. C'est un peu ce qu'on me laissait supposer sur les derniers temps.”

Les limitations fonctionnelles sont donc généralement vécues comme dévalorisantes. La sémantique utilisée le laisse elle-même entendre : on “tombe” en invalidité ou “sur la mutuelle”. C’est aussi la raison pour laquelle le terme “invalidé” pose un certain problème aux personnes en incapacité de travail prolongée.

“Pour moi, “invalidé”, cela veut dire handicapé. Moi je ne suis pas handicapé.”

“Un invalide, je le vois dans une chaise roulante. Mais dans ma situation personnelle, je trouve que le terme “invalidité” est mal choisi.”

Ayant pleinement intégré le modèle culturel de notre société, les personnes rencontrées semblent d’autant plus prisonnières des valeurs et des représentations de cette dernière. Ils se retrouvent ainsi en porte-à-faux avec leurs propres valeurs, qui sont également celles de la société dans laquelle ils vivent, une société du travail qui renie l’assistanat et la maladie. Diverses stratégies - dissimulation, fuite, ... - sont mises en place pour tenter de combler le fossé ; mais la tendance reste dans un premier temps au repli sur soi, dans un contexte d’impression d’inutilité et de dépendance.

“J’étais prostrée devant ma télé. C’était ma meilleure amie”

Difficile donc de sortir de chez soi, de faire face au monde et de pousser la porte de services d’aide, quels qu’ils soient, de par les représentations qu’ils traînent.

“ - Le service social de la mutuelle ne t’accompagne pas dans tes démarches ?

- Si ... enfin bon, disons, personnellement, depuis que je suis à la mutuelle [qu’il reçoit les indemnités], je vis comme un ermite. Je suis dans mon cocon quoi ; alors, j’ai besoin de personne. [émotion]”

”

“Et puis le mot “social”, “CPAS”, “assistant social”... Pour la fierté, moi, j’y vais pas, j’y vais pas. Parce que j’ai ... Ce n’est pas un déshonneur, je suis sûr, au fond, je sais que ce n’est pas un déshonneur mais je ne veux pas. J’ai pas besoin d’aller voir une instance sociale, j’ai pas besoin d’aller au CPAS. Non, non, moi, j’ai jamais mis un pied au CPAS et je le dis : “je vendrai ma baraque si il faut mais je n’irai jamais au CPAS!”

“Moi, je me fais soigner à la maison médicale parce que c’est gratuit. Vous imaginez ? Je vais chez des médecins qui soignent les drogués et tout le bazar, du Marronnier, parce que je n’ai pas les moyens d’aller payer 18 ou 25 EUR à une visite du médecin pour au moins avoir les médicaments.”

Heureusement, même replié sur lui-même, l’Homme reste un être intrinsèquement social. C’est pourquoi ses relations aux autres sont un facteur essentiel dans le parcours de réinsertion. Cela est toutefois loin d’être toujours facile.

e. “L’enfer, c’est les autres” ?

La plupart des personnes rencontrées ont pu et peuvent en effet toujours compter sur la patience et l’aide de l’un ou l’autre de leurs proches. Ces derniers leur apportent un soutien moral, un support financier ou encore une oreille attentive. S’ils reconnaissent l’importance de la famille et des amis, les personnes rencontrées évoquent leurs difficultés à communiquer à leurs proches les clés de leur vécu, leur ressenti. Conscients des retombées de leur situation sur leur entourage, ils ne veulent d’autant pas être une charge et tentent de le préserver, de le ménager.

“On est dépendant financièrement, on ne travaille plus, donc, comment dire, on vit au crochet de ... J’en reviens toujours à cette culpabilité.”

“Moi, personnellement, je n’en parle pas avec ma femme. Je dis que tout va bien. Je dis à ma mère que tout va bien. Je dis à mes enfants que tout va bien. Mais en fait, cela ne va pas, mais je ne veux pas les faire souffrir.”

“Avec ma conjointe, j’en parle plus. Je lui dis “ça va” mais elle sait très bien que cela ne va pas et elle m’aide, elle m’aide, elle le sait très bien. Vous voyez, on discute. Mais ma mère, ... c’est tout ce qu’il me reste. Et ma grand-mère ... Eux, je les épargne. Je suis obligé de ... Voilà.”

Ils témoignent aussi de l'épuisement progressif du réseau social au fur et à mesure du temps, lorsque la demande de support se prolonge.

Et puis, à côté de la sphère familiale et amicale, il y a les autres, les connaissances, les collègues, les employés administratifs du service population de la ville, etc. qui, assez souvent et, la plupart du temps, sans mauvaise intention aucune, renvoient les personnes en incapacité de travail à leur incapacité de remplir leurs rôles sociaux, à leur réalité d'invalides et à ses douloureuses représentations.

“A part mon gamin qui a 10 ans, lui, il m'a vu aussi beaucoup travailler. Il m'a vu partir à Toulouse pendant 4 mois et demi, sans revenir le voir, parce que j'avais un chantier là-bas à Toulouse. Mais mes deux filles, c'est blindé de questions: “Pourquoi c'est toi qui fais la vaisselle?”, “Pourquoi c'est toi qui es à la maison?”, “Pourquoi c'est toi qui plies le linge?”, “Pourquoi tu travailles pas?”, “C'est quand que tu pars travailler?”... Et puis après, mon fils me dit: “Madame, elle m'a demandé ce que tu faisais comme travail, j'ai dit “Rien!” Rien ... Mes enfants, plus tard, si ils foutent rien à l'école, si ils foutent rien au travail, ils vont me dire quoi?: “Eh. T'as rien foutu non plus toi! J'ai grandi, j'ai toujours grandi et t'as jamais travaillé. T'es pas un exemple pour moi! Je vais prendre l'exemple de maman. Elle, elle travaille ...” Non mais, on s'imaginer ça. Ils ne me l'ont jamais dit mais plus tard, peut-être que ... Et là, ça va encore être un choc auquel je m'attends plus tard.”

“Moi, j'ai quelques fois peur d'aller au Bastillon, dans la galerie, et de rencontrer des ex-collègues. Toujours répéter la même chose et ils te disent: “Tiens, tu te promènes?” “Nous, on travaille et toi, tu te promènes?” Tu culpabilises.”

”

“Encore il n'y a pas très longtemps, j'ai rencontré un ami que je n'avais plus vu depuis douze ans et qui me dit: “Qu'est-ce que tu fais maintenant?” Je fais: “Je suis en incapacité de travail; cela va faire trois ans.” “Ah ouais, t'es invalide alors.” Ça, c'est le truc! J'étais heureux de revoir mon pote. Cela faisait 12 ans. Mais quand il m'a dit: “ah t'es un invalide alors” ... J'ai dit: “oui”; j'ai coupé court à la discussion. Il m'a demandé si j'avais une adresse email, j'ai dit “non”; si j'avais un numéro de téléphone, j'ai dit “non. “Putain, t'es coupé du monde”, j'ai dit “ouais!” Parce que ce mot ...”

Des réflexions en apparence anodines qui annihilent tout effort ou tentative de sortie et cloîtent un peu plus les personnes en incapacité de travail prolongée dans l'isolement et le mal-être en société.

f. Le présent, temps zéro

Enfin, un dernier thème qui émerge dans le discours des personnes en incapacité de travail prolongée a trait à leur projection dans l'avenir. Nous avons dit la déstabilisation, la rupture temporelle causée par l'accident, la maladie et ses conséquences. Cette cassure dans la continuité de la vie vient contrecarrer du même coup l'ancienne vision du futur, tous les projets.

“Je n'ai plus que un tiers de mon salaire, pratiquement. Tout doucement, ce qui va se passer, c'est que, voilà, on a acheté une maison il y a 8 ans et on va devoir la vendre. On va devoir la vendre. On ne sait plus. [...] Et alors, on fait quoi. Et ça pour moi, c'est un drame. Enfin, chez nous, c'est un drame social parce que on est en train de chuter. Tout notre avenir qu'on avait fondé, une maison, les projets, ... C'est fini.”

“On se fait des idées ... Enfin, moi, je m'étais fait des idées bien précises, en ayant travaillé comme ça, je m'étais dit: “à ma pension, je vais un peu profiter”... Finalement, je ne vais profiter de rien du tout! Je n'arriverai même pas à ma pension, ...”

Le présent devient le temps zéro et l'avenir apparaît comme difficilement planifiable, qui plus est quand les acquis économiques, sociaux et professionnels s'effritent, s'effondrent ou que la douleur est chronique. Dans ce contexte, certains s'interrogent : quel sens donner à la vie ?

"Il faut se rendre à l'évidence, se dire : "Voilà, c'est comme ça !". Mais moi qui ai 49 ans, j'attends quoi ? La mort ? Il faut dire cela comme ça. Pourtant, je ne suis pas, ... J'ai un bon caractère mais bon, qu'est-ce qu'on attend ? Si on n'est plus qu'un numéro, si on n'est plus rien ? Qu'est-ce qu'on attend ? Je ne veux pas être un poids pour les services sociaux etc. Je n'ai pas envie. Voilà."

Ou encore le témoignage de ce père qui songe au suicide pour assurer un avenir à ses enfants ; témoignage qui atteste des tensions inhibitrices (Franssen, 1998) souvent présentes, à l'un ou l'autre moment, dans le chef des personnes en incapacité de travail prolongée.

”

"Je suis jeune, je pense à plein de trucs. Des sales trucs. Je me suis dit : c'est quoi la solution ? Si je me fous en l'air, ma femme et mes gosses, il vont tout avoir, il n'y aura plus rien à payer. [...] Tu penses à des choses comme cela parce que tu es assuré contre la mort. T'es assuré contre la mort et la perte de travail mais pas contre l'incapacité de travail".

Nageant en plines contradictions entre leurs attentes personnelles, les limites fonctionnelles auxquelles ils sont soumis, les attentes sociales quant à la réalisation de leur rôle - de parents, de travailleurs, d'assistés, ... - et les exigences de la société dans laquelle ils vivent, ces personnes en incapacité de travail prolongée vivent une identité impraticable. Il s'agit alors de pouvoir mobiliser toutes les ressources disponibles - personnelles, interpersonnelles ou extérieures - afin de transformer ces tensions inhibitrices en tensions mobilisatrices qui les aident à redonner une certaine légitimité à leur existence. Tout un travail !

g. Le travail d'exister

Pour continuer à exister, individuellement et socialement, les personnes en incapacité de travail prolongée auraient à gérer ces tensions identitaires par un travail sur eux-mêmes et un travail relationnel. Dans une précédente étude réalisée à l'initiative du service social de la M.C., Franssen et Lemaigre analysent les processus de reconstruction des assujettis sociaux pour devenir à nouveau sujets de leur identité. Il s'agit d'abord de prendre conscience de leur(s) incapacité(s), de leurs limites pour reconstruire une nouvelle identité conforme à ces limitations. Diverses stratégies sont ainsi développées : stratégie d'accommodation (mettre en avant les caractéristiques positives de leur identité, assumer leur situation, renoncer à certaines attentes, réaménager leur existence), stratégie de distanciation (prendre distance par rapport à leur expérience) et stratégie de projection (dire qui ils sont, pas totalement intégrés mais pas totalement extérieurs aux attentes sociales, redéfinir les principes de légitimité de leur existence).

D'autre part, il semblerait nécessaire de se poser également comme acteur social via des stratégies d'identification sociale et de différenciation sociale. Nous retrouvons également ces deux dynamiques au cours des entretiens réalisés :

"Est-ce qu'il n'y a que moi pour qui, psychologiquement, cela ne va pas ? Est-ce qu'il n'y a que moi qui ait du mal à m'exprimer. Et en venant ici, sur l'invitation, je me rends compte que lui aussi, il a du mal à admettre cette situation, il a du mal à la vivre ; Monsieur aussi a certainement aussi les mêmes problèmes mais on n'en parle pas. Entendre des autres idées pour voir si au moins, on est tous plus ou moins dans le même cas ou que vraiment on est un cas désespéré que ... Il y a des fois on est vraiment mal ... Non, mais, on a besoin de cela, franchement ! Moi, personnellement, j'en ai besoin de savoir si il y a comme moi quelqu'un qui, quelque fois, le soir ou la journée, quand je suis tout seul, je me dis : mais ça va pas dans la tête, comment cela se fait ??? Et je vois que je suis pas le seul !"

Lors des groupes focalisés, les participants ont découvert partager un même ressenti et un vécu similaire. L'évaluation du groupe focalisé mené à la M.C. Hainaut-Picardie a montré que les participants étaient heureux d'avoir pu rencontrer des pairs, nouer des liens et se rendre compte qu'ils n'étaient pas seuls. De la même manière, les quelques participants bénévoles Altéo pour le transport des malades témoignaient de l'importance de cette activité dans leur propre cheminement, de par les rencontres humaines faites, aidant pour certains à relativiser.

“Je suis content que la mutuelle m'ait proposé de faire ce volontariat, qui épanouit parce qu'on rencontre un tas de gens, qu'on parle, pas nécessairement de maladies, mais qu'on est tous dans le même bain, à des degrés différents, des causes différentes mais qu'il y a un combat là derrière et quand on voit que ces gens, qui sont gravement malades, gardent le sourire, malgré la douleur ... Ca m'aide à relativiser mon invalidité - parce que c'est comme cela que cela s'appelle - et il a fallu un moment avant de l'accepter et maintenant, c'est comme cela, c'est comme cela.”

La dimension sociale et relationnelle est donc des plus importantes dans ce processus de reconstruction. Outre le soutien apporté, les gestes de solidarité et d'échange sont des ressources précieuses, comme en témoignent l'ensemble des participants du groupe d'invalides d'Anderlues. Toutefois, selon les cas, la route de la réinsertion peut cependant être bien longue et difficile avant de pouvoir sortir de chez soi.

4. Discussion

Partant de l'expérience de la personne en incapacité de travail prolongée, les démarches décrites ici semblent être du seul ressort de la personne elle-même. Cette logique est inhérente à notre modèle culturel : nous évoluons dans une société qui invite tout un chacun à se prendre en charge, à devenir autonome, à être acteur, entrepreneur de sa propre vie en mobilisant ses ressources propres - suivant la conception selon laquelle tout le monde possède un certain nombre de capitaux économiques, sociaux et culturels. Un modèle qui responsabilise ainsi chacun aux comportements et démarches à adopter, à assumer pour se reconstruire, se réorienter dès lors que survient le risque, le traumatisme, l'accident. Preuve en est le succès des notions et concepts d'empowerment¹, de résilience², ... C'est ce que Genard et Vrancken (2007), entre autres auteurs, nomment “la société du travail sur soi”.

Dans ce contexte, institutions et politiques sociales ont pour but d'accompagner et d'orienter l'individu dans cette recherche et/ou reconstruction de ses potentialités. La mutualité intègre également ce rôle, au-delà de ses missions d'assistance, de protection ou de pure indemnisation. En témoigne par exemple la sémantique utilisée pour définir le rôle du médecin-conseil en matière d'évaluation, non plus des incapacités, mais des capacités résiduelles ; ou encore le travail d'accompagnement du service social dans la réalisation d'un “projet” de vie - terme qui renvoie également aux notions d'autonomie et de responsabilité.

Or, dans le cas des personnes en incapacité de travail prolongée - ou tout autre public devant faire face à un événement déstructurant, qui met à mal cette autonomie si chère à notre société -, le simple fait de devoir entamer des démarches, quelles qu'elles soient (aide, administration,...) est juste inconcevable, de par les représentations sociales présentes en arrière-fond ou tout simplement, parce qu'elles en sont physiquement et/ou mentalement incapables, du moins pendant une période plus ou moins longue selon les cas.

1 Littéralement “empouvoirement” ou “capacitation”, l'empowerment renvoie à l'action de développer ou de rendre à un homme ou à un groupe (minoritaire) sa capacité de dire et d'agir.

2 La résilience est un concept renvoyant à la faculté de pouvoir rebondir suite à un traumatisme.

“Depuis toujours dans le ménage, c'est moi qui m'occupais - et je m'occupe toujours d'ailleurs - de l'administratif et des finances. Et bien j'étais devenu incapable de faire ce genre de choses. C'était rédiger une lettre tous les mois pour avoir un certificat médical de mon médecin pour l'envoyer à mon employeur, etc. Tout ce qui est venu de la mutuelle et que j'ai certainement reçu, est passé dans le fond du bac à courrier et y est resté x années.”

Dès lors, face au constat qu'il est bien difficile dans les premiers temps de faire sortir une personne sous le choc d'une incapacité de travail prolongée hors de chez elle ; face à notre modèle mutualiste de “réponse à la demande” qui attend du membre qu'il se manifeste d'une manière ou d'une autre avant de pouvoir entamer avec lui démarches et accompagnement, ne devrions-nous pas revoir notre approche “proactive” et réinterroger le processus de notre offre actuelle d'accompagnement ?

De même, suite au constat que le retrait de la vie professionnelle induit, dans les premiers temps, une souffrance conduisant certains au repli sur soi et à l'isolement sociale, ne devrions-nous pas axer nos actions à l'égard de ces personnes sur la sauvegarde d'un lien social et de solidarité ? Intégrer et/ou renforcer la dimension collective dans l'accompagnement que nous offrons à ce public. Penser collectif pour leur permettre de renouer un lien social, et en même temps décroisser la problématique. S'éloigner des responsabilités individuelles pour s'attaquer aux causes plus générales.

Car en matière de réinsertion socioprofessionnelle, la solution n'est pas uniquement aux mains des individus, qu'ils soient en incapacité de travail prolongée ou encore au chômage. D'autres facteurs critiques existent et sont bien souvent et trop facilement oubliés : d'un côté, le monde du travail, les employeurs et les principes financiers qui les guident ; de l'autre, les pouvoirs publics et certains de leurs dispositifs “d'activation” qui introduisent distorsions et concurrence entre les allocataires sociaux (accidentés du travail, invalides, chômeurs, ...) et qui renforcent au final l'exclusion des personnes en incapacité de travail prolongée.

“Et alors ce qu'on voit sur le marché du travail, c'est que les employeurs privilégient les reprises avec poste adapté, principalement des victimes d'accidents du travail. Pourquoi ? Parce que quand ils remettent un blessé du travail à l'emploi, ils peuvent négocier une diminution de primes d'assurance en accident de travail. Donc les invalides sont en concurrence avec les accidentés du travail. Il n'y a pas d'incitants fiscaux suffisants pour engager une personne invalide à reprendre le travail.”

”

“Le statut d'invalidité répond-il aux besoins des situations ? Ce statut renvoie à une logique d'exclusion face au besoin de (ré)intégration ; d'autant plus lorsque l'origine, la cause, est moins médicale que sociale (au vu des sociopathies de plus en plus nombreuses).”

A ce niveau, une première piste serait de dépasser l'assignation “invalidité”, stigmatisante et par là-même paralysante ; une autre, d'élargir le concept même de travail (Palsterman, 2009) afin de pouvoir répondre à une volonté - oserions-nous parler de besoin ? - de réinsertion professionnelle adaptée et d'en faire autre chose qu'un concept “bateau” et “venteux”. “La réadaptation professionnelle ? Où ? Quand ? Illusions !”.

“J'ai fait une rechute. Voilà ce que mon patron m'a dit : “Je ne te licencie pas. Reste 5, 10, 15, 20 ans [en incapacité de travail/invalidité] ; moi, je m'en fous, tu ne me coûtes plus rien mais le jour où tu reviens mon gars, tolérance zéro.” Je n'ai plus de chance. Les employeurs, cela les ennuie de devoir prévoir des tâches de travail adapté.”

Enfin, afin de ne pas sombrer dans la “suresponsabilisation personnelle” (Genard, 2007) de la personne en incapacité de travail, il s’agirait également de mobiliser et de créer un réel partenariat interdisciplinaire entre les différents acteurs en présence (dont les employeurs) afin de dépasser la logique actuelle et de mettre en place des solutions aménagées de manière concertée, coordonnée et respectueuse de chacun. De réactiver ou généraliser certaines initiatives intéressantes et concluantes menées en ce sens (cf. journée d’étude M.C. sur “Le travail, générateur de bonheur ou d’anxiété”).

A l’instar de la réflexion menée sur la réinsertion des chômeurs, *“il s’agira de définir les formes de participation considérées comme légitimes dans une logique d’insertion socioprofessionnelle si l’on veut tant soit peu équilibrer les devoirs des individus à entreprendre des démarches pour retrouver un emploi et les devoirs d’une société à fournir aux personnes des possibilités concrètes d’insertion, mais aussi un emploi convenable”* (Reman, 2009). Il est temps de mettre à l’agenda un réel débat de fond et transversal aux différentes branches de notre système de sécurité sociale.

5. En guise de conclusion : “On peut faire des études tant qu’on veut ...”

Cette première partie montre combien le retrait de la vie professionnelle suite à une incapacité de travail prolongée plonge la personne dans un processus de rupture/exclusion - voire de disqualification - sociale. Au-delà de l’acceptation de la maladie et de la gestion de sa situation financière, c’est toute la légitimité de son identité qu’une personne en incapacité de travail prolongée doit redéfinir. Une “double souffrance” qui isole. Une “double souffrance” qu’il s’agit d’accepter et de surmonter avant de pouvoir entamer un travail de réintégration sociale et pourquoi pas, par la suite, “professionnelle”. Dans ce processus de réintégration, la dimension relationnelle et collective est primordiale, de même que la prise en compte du facteur “temps” apparaît comme centrale. Là se profilent d’ailleurs deux des nombreux enjeux de l’accompagnement à offrir à ces personnes en incapacité de travail prolongée - nous y reviendrons d’ailleurs dans un prochain article.

L’on pourrait reprocher à cette étude la constitution même du panel des personnes rencontrées dans les groupes focalisés et des situations discutées lors des analyses en groupe. Effet du hasard ou biais induit par le choix d’une méthodologie proposant un travail en groupe, notre matériau d’analyse renvoie uniquement à des témoignages de personnes alors actives, avec un emploi, qui ont dû arrêter de travailler suite à leur incapacité de travail ; aucun témoignage de chômeurs ou de femmes au foyer, de personnes isolées, ... ; et évidemment, aucun exemple relaté de personnes profitant du système.

A l’inverse, les personnes interrogées exprimaient la volonté de s’en sortir et de pouvoir retourner travailler.

Ce biais dans le recrutement est forcément à ne pas perdre de vue dans l’interprétation des données et la généralisation des conclusions. Toutefois, comme le disaient Franssen et Lemaigre (1998) au sujet des assujettis sociaux, *“il n’y a pas d’un côté les “bons assistés” qui se battent pour s’en sortir, et de l’autre, les “mauvais” qui se laissent aller et abusent de l’aide sociale, de médicaments, d’alcool, de vignettes mutuelles. Il y a des personnes qui, vivant des situations différentes de disqualification sociale et de souffrance intime, tentent de survivre et de vivre. Différents modes de gestion identitaire ne classent pas les personnes ; elles désignent différentes logiques subjectives et d’action.”* En effet, au-delà de la rencontre d’expériences individuelles et par là-même subjectives, des traits communs se dessinent et nous permettent de mieux comprendre certains processus et logiques en cours dans la démarche de reconstruction identitaire. A entendre leurs dires et évoquer leurs souffrances, on peut imaginer sans peine les difficultés supplémentaires vécues par des gens n’ayant pas d’emploi au moment de leur incapacité, de personnes atteintes de troubles psychologiques sévères ou encore des personnes seules.

A la proposition de compléter cette étude par une analyse plus spécifique de ces publics, nous objectons ce seul constat : les parcours et principales conclusions restent les mêmes que ceux relayés il y a bientôt 15 ans dans le travail réalisé sur le public plus général des assujettis sociaux (Franssen, 1998) en collaboration avec la M.C. Ainsi, ce paragraphe encore d'actualité aujourd'hui et pourtant écrit en 1998 : *"Aujourd'hui, malgré les contraintes budgétaires, le système reste "globalement" efficace matériellement, mais ne l'est plus symboliquement : il ne permet pas aux personnes - on pourrait ici spécifier "en incapacité de travail prolongée" - d'exister socialement. Il assure l'intégration fonctionnelle - les personnes sont "affiliées" au système, sont "membres" d'une mutuelle - sans assurer sa fonction sociale - les personnes se sentent désaffiliées et exclues socialement"* (Franssen, 1998). D'autant plus interpellant que l'efficacité matérielle de notre système social pose aujourd'hui question, ...

Bibliographie

Baril R. *Du constat à l'action : 15 ans de recherche en réinsertion professionnelle des travailleurs au Québec*. Pistes. Novembre 4 (2). 2002.

Delvaux J. *L'invalidité n'est pas toujours une fatalité*. En Marche. 4/10/2010.

Franssen A., Lemaigre T. *La tête hors de l'eau : les détreesses sociales en Belgique*. EVO. Bruxelles. 1998. 120p.

Genard J-L. *Une mutation anthropologique ?* La revue nouvelle. 2007. Octobre (10) : pp.30-39.

Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides - travailleurs salariés - Etude de l'INAMI. 2011. <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/studies>.

Infor Santé ANMC. *La vie devant nous ; le journal des invalides de la Mutualité Chrétienne*. 4 numéros. Janvier 2011. Actualisation en cours.

Reman, Palsterman, Herman, Liénard et al. *Les politiques d'insertion professionnelle*. Dossier. La revue nouvelle. 2009. Janvier (1) : pp.28-65.

Sutter P-E. *Dossier du mois : le travail, remède à l'angoisse existentielle ? : Mieux vaut-il avoir, faire ou être pour s'épanouir au travail ?* M@ars-lab. 2011. <http://blog.mars-lab.com/Dossier/2011>

Vrancken D. *La société du travail sur soi*. La revue nouvelle. 2007. Octobre (10) : pp 40-45.

Présentations faites dans le cadre de la journée d'étude sur *Le travail, générateur de bonheur ou d'anxiété*, organisée par le service GRH Formation M.C. le 8 février 2012.

Remerciements

Ce travail n'aurait pu être possible sans le concours de nombre de personnes que nous tenons à remercier ici :

Eric Colle (Service social M.C. 135), Guy Delobel, (Infor Santé M.C. 129), Françoise Delens (Infor Santé M.C. 130), Emilie De Smet (Altéo, ANM.C.), Sabine Kawecki (Altéo M.C. 128), Aude Picavet (Infor Santé M.C. 135), Jean-Benoît Ruth (Infor Santé, M.C. 134), Sylvie Reuter (Infor Santé M.C. 132), Dominique Serbruyns (Infor Santé M.C. 128) pour le recrutement, l'organisation et l'accueil des groupes focalisés, interviews et analyses en groupe ;

Sylvie Reuter (Infor Santé), Michel Godichal (Service social), Marianne Noel (Altéo), André Wackers (médecin-conseil), Sandrine Clausse (médecin-conseil) de la M.C. 132 ; Eric Colle (Service social), Chantal Williot (Communication), Christine Labrique (Indemnités), Michel Cormond (Altéo), Caroline Maertens (Réseau), Philippe Debaene (médecin-conseil) de la M.C. 135 ; Jan Vermeiren (médecin-conseil), Camille Lemaire (Altéo), Nicolas Thielen (Communication), Isabelle Millet (Indemnités), Guy Delobel (Infor Santé) pour leur expertise ;

Jean-Pierre, Johan, Jean-Marc, Vincent, Antoinette, Marie, Danielle, Liliane, Myriam, Arlette, Roger, Gérard, Gabriel, Geneviève, Robert, Guy, Danièle, Jacqueline, Jean-Claude, Michel pour leur témoignage et leur touchante sincérité.



Le nombre de personnes reconnues invalides a augmenté entre 2005 et 2009. L'âge constitue un des facteurs de risque principaux, en particulier à partir de 40 ans. Ce lien entre âge et invalidité pose la question d'un mode de retrait précoce du marché du travail.

Évaluer l'incapacité de travail et maintenir l'insertion sociale des assurés sociaux devient une priorité importante.

Dans cet exposé thématique, Freddy Falez incite à moderniser le système d'évaluation de l'incapacité. Ceci suppose de modifier le regard porté sur l'incapacité de travail et le traitement apporté à l'assuré en incapacité. Le rôle du médecin-conseil s'oriente alors vers la stimulation de la reprise du travail, la réhabilitation des capacités de travail et la réorientation professionnelle.

Il dégage quelques pistes : revoir le dispositif du contrôle de l'incapacité, dégager du temps pour le médecin-conseil en réformant la réglementation, limiter les convocations aux assurés sociaux qui en ont le plus besoin. Mais aussi agir sur l'environnement au travail pour préserver la santé des travailleurs et ouvrir davantage le marché du travail aux personnes présentant un problème de santé.

II. Un défi : réformer l'évaluation de l'incapacité de travail de longue durée

Freddy Falez, Medical Doctor, Philosophical Doctor
Union Nationale des Mutualités Socialistes
Vice-Président du Collège d'Enseignement de l'évaluation des atteintes à la santé, ULB

1. Introduction

a. Évolution de l'incapacité de travail indemnisée dans le régime général : données chiffrées 2005-2009

INCAPACITÉ PRIMAIRE

Entre 2005 et 2009, le nombre de titulaires indemnisables primaires dans le régime général augmente de 5,3% et le nombre de jours indemnisés en incapacité primaire augmente de 28,4%. Dans la même période, le nombre moyen de jours indemnisés par titulaire augmente de 21,9%. Cette augmentation découle d'une part, d'une augmentation du nombre de cas d'incapacité (+9,8%) et, d'autre part, d'une augmentation de la durée moyenne de l'incapacité (+16,3%).

INVALIDITÉ

Entre 2005 et 2009, la population indemnisée dans le régime de l'invalidité (régime général) augmente de 17,6%.

L'augmentation se remarque surtout pour les invalides qui présentent :

- des problèmes ostéo-articulaires (+23%)
- des troubles psychiques (+ 21,9%).

La proportion cumulée entre le nombre de personnes en incapacité pour troubles ostéo-articulaires et troubles mentaux passe de 58,1% à 60,5% pour la même période 2005-2009.

COÛTS

Au total, les dépenses du régime général de l'assurance indemnités augmentent, entre 2005 et 2009, de 35,6% et s'élèvent en 2009, à un peu plus de 4.056 millions EUR. Dans la même période, les dépenses en invalidité augmentent de 31,4%. La part relative des dépenses pour les personnes en invalidité, par rapport aux dépenses totales en indemnités, passe cependant de 72,4% à 70,2%. Ceci traduit une augmentation de la part relative des dépenses en incapacité primaire, qui augmentent quant à elles de 46,6%.

L'indemnité journalière moyenne en incapacité primaire se situe, en 2009, pour une personne isolée, sans charge de famille, entre 34,10 EUR pour un ouvrier et 52,05 EUR pour un employé. En invalidité, elle se situe entre 34,31 EUR pour un ouvrier et 44,31 EUR pour un employé. Ne disposant pas de la courbe de distribution des indemnités journalières, il est difficile de savoir où se situe la médiane qui permet d'évaluer ce que reçoivent 50% des assurés les moins indemnisés. À noter néanmoins : l'indemnisation mensuelle moyenne d'un ouvrier, en 2010, est de l'ordre de 880 EUR, soit au niveau du seuil de pauvreté qui est de 860 EUR en 2012.

b. Conséquences sociétales et sociales de l'incapacité de travail

La conséquence de l'incapacité de travail peut se résumer par un mot : appauvrissement.

Appauvrissement sociétal, car l'incapacité de travail entraîne des dépenses de protection sociale et une perte de production de richesses.

Appauvrissement de l'assuré non seulement sur le plan financier, par la perte de revenus du travail, mais aussi sur le plan de la qualité de vie, par l'isolement social, la perte de l'estime de soi, l'inactivité professionnelle accompagnée de la perte de contact avec les collègues et le monde du travail en général.

c. Problèmes d'évaluation de l'incapacité de longue durée

L'augmentation constante du nombre de jours indemnisés en incapacité primaire et du nombre d'invalides entraîne une augmentation des dépenses de l'assurance indemnités. Cette augmentation est même plus importante que l'augmentation des dépenses en soins de santé pour la période de 2005 à 2009. Sans l'effet de l'index, les dépenses augmentent en parallèle au nombre de jours indemnisés.

En ce qui concerne l'invalidité, le rapport INAMI signale qu'un *“facteur permettant d'expliquer l'augmentation du nombre d'invalides est le taux d'invalidité. Entre 1999 et 2008, celui-ci a augmenté de 0,69% (=5,91% en 2008 - 5,22% en 1999). Dans la catégorie d'âges de moins de 60 ans, le taux d'invalidité a augmenté de 0,56% (= 5,09% en 2008 - 4,53% en 1999). Si on calcule le taux d'invalidité par tranche d'âges de 5 ans, on constate cependant que ce taux d'invalidité, dans de nombreux cas, diminue sur la période des 10 dernières années. Le taux d'invalidité a augmenté au cours des dernières années non pas parce que le risque d'invalidité par catégorie d'âges s'est accru mais parce qu'en raison du vieillissement de la population, de plus en plus de personnes se situent dans les catégories d'âges plus avancés où le risque d'invalidité est plus important”*.

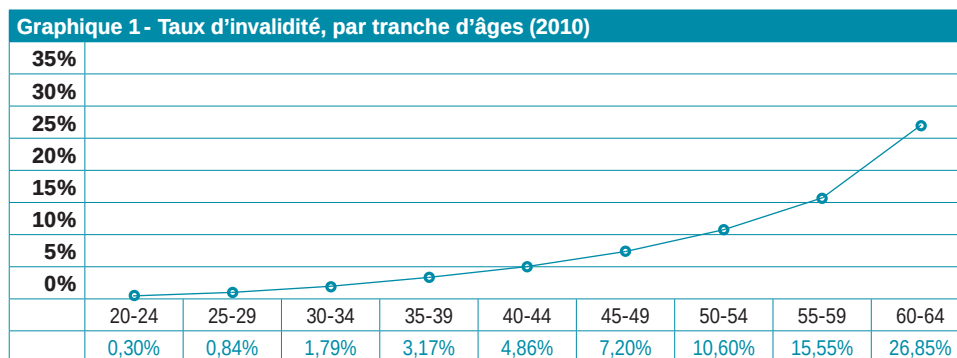
 Le rapport “Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés (données 1999-2009)” est disponible sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Études et recherches > Année 2009.

Ce constat est essentiel car il montre que le facteur explicatif le plus important de l'augmentation du nombre des invalides est lié au vieillissement démographique de la population active, c'est-à-dire de la population indemnisable.

Cependant, une lecture plus détaillée du rapport montre l'augmentation rapide du taux d'invalidité à partir de 40 ans. La courbe de croissance est quasi exponentielle en liaison avec l'âge. En effet, une étude rétrospective menée en 2005 dans un organisme assureur sur des personnes entrées en invalidité en 1994 montre que le fait d'entrer en invalidité à partir de 40 ans est un facteur de risque important.

Cette liaison de l'invalidité à l'âge pose la question d'une modalité de retrait précoce du marché du travail. D'une part, la santé globale de la population vieillissante s'améliore et, d'autre part, les postes de travail entraînant une pénibilité physique tendent à diminuer. Vieillir n'est pas en soi un problème pur de santé. L'organisation sociale du travail et du marché de l'emploi explique probablement partiellement ce recours à l'incapacité comme mode de sortie précoce du marché du travail, lorsqu'on est confronté à des problèmes de santé¹.

¹ Questions d'économie et santé : l'enquête Share sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale. IRDES, n°137, décembre 2008.



Sur le plan médical, le risque de devenir invalide est lié à deux grands groupes de pathologies : les troubles musculo-squelettiques d'une part, et les troubles psychiques d'autre part, de sorte que le rapport précité suggère qu'*"une politique de prévention spécifique pourrait éventuellement être élaborée, accordant une attention particulière à la prévention des nouvelles pathologies apparues. À la lumière des évolutions constatées, le contrôle médical de l'incapacité de travail devrait davantage se focaliser sur les nouvelles pathologies."*

Le rapport de l'INAMI laisse penser que c'est l'association de deux facteurs qui explique largement l'évolution du nombre des invalides en Belgique :

- l'âge
- les troubles musculosquelettiques et les troubles psychiques, dont on sait par ailleurs qu'ils s'intriquent fréquemment avec les premiers cités.

Nous avons déjà posé ce constat : *"Les observations concernant les étiologies principales des incapacités de longue durée suggèrent d'orienter les recherches prioritairement vers l'évaluation des troubles psychiques et musculo-squelettiques. On peut en effet s'étonner de l'écart qui existe entre l'évaluation de ces pathologies en droit commun et en accident de travail et l'évaluation dans le cadre de l'assurance-maladie, du caractère invalidant de ces pathologies".*

L'ensemble de ces constats permet de penser que la prévention de l'incapacité de longue durée se joue très tôt dans l'incapacité primaire, dont la durée est relativement courte. Or, on ne possède que des données parcellaires concernant cette période d'incapacité. L'absence d'enregistrement des diagnostics d'entrée en incapacité de travail ne permet pas de dresser les causes de l'incapacité primaire.

2. Évaluer l'incapacité de longue durée

a. Un défi à différentes facettes

À l'instar des sociologues québécois qui expliquent le problème de la personne handicapée par un "processus de production du handicap", le défi de l'incapacité de travail est celui du "processus de production de l'incapacité de travail."

1 Falez F., De la qualité de l'expert à l'expertise de qualité, 2009.

En effet, l'incapacité de travail résulte de la confrontation entre les répercussions fonctionnelles d'un problème de santé confrontées aux exigences du poste de travail ou, plus largement, aux exigences du marché de l'emploi. Comme le suggèrent les enseignements tirés de la Classification Internationale du Fonctionnement, pour permettre à une personne de sortir d'une situation de handicap, il faut agir non seulement sur la personne pour l'aider à retrouver ou maintenir son autonomie, mais aussi sur son environnement pour lever les obstacles à son autonomie. De même, en ce qui concerne l'incapacité de travail, il faut agir sur la personne, mais aussi sur l'environnement au travail.

Évaluer l'incapacité de travail doit permettre d'aider la personne à retrouver autant que possible tout ou partie de sa capacité de travail. C'est tout le sens de la mission des médecins-conseils inscrite dans l'article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (loi SSI) de veiller *“également à la réinsertion socio-professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Ils prennent à cet effet toutes les mesures utiles et contactent, avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de celui-ci. Le médecin-conseil participe au processus de réadaptation professionnelle, visé à l'article 109bis, dans les conditions définies par le Roi.”*

b. Réformer les méthodes d'évaluation

L'évolution de l'incapacité de travail en Belgique nécessite également une réforme à plusieurs facettes.

Les médecins-conseils des mutualités sont confrontés au changement de modèle de l'évaluation : d'une évaluation de l'incapacité vers une évaluation des capacités restantes de la personne. Ceci rend leurs tâches plus complexes. Il est donc impérieux de revoir le dispositif du contrôle de l'incapacité. Celui-ci est soumis aux directives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI. Les dernières directives datent de 2005. Elles recommandent au médecin-conseil de fixer la date de la première consultation d'évaluation en fonction du profil de l'assuré (recours plus ou moins fréquent à l'incapacité de travail), du diagnostic figurant sur le certificat d'incapacité de travail, etc.

Ces nouvelles directives n'exigent plus de convoquer tout assuré avant la troisième semaine d'indemnisation. Mais la cartographie des médecins-conseils établie par le SECM suggère que les médecins-conseils continuent à convoquer les patients de manière relativement précoce. Ceci aboutit à des consultations chargées et diminue le temps disponible qu'a un médecin-conseil par assuré. L'évolution de la population en invalidité ne montre pas qu'un contrôle précoce de tous les assurés sociaux ait une efficacité préventive vis-à-vis de l'incapacité de longue durée. Le taux d'entrée en invalidité pour 100 certificats d'incapacité primaire reste d'ailleurs relativement stable, aux environs de 10%. Le contrôle précoce se base sur une croyance qu'il existe un risque élevé de recours injustifié à l'incapacité de travail. Le taux élevé de reprises, le plus souvent spontanées, dans les trois premiers mois de l'incapacité ne confirme pas ce point de vue. De plus, la cartographie des médecins-conseils ne montre pas de relation entre la durée moyenne de l'incapacité de travail et la précocité de la convocation.

Par ailleurs, pour faire face à une augmentation des contrôles en incapacité primaire, le nombre des médecins-conseils en activité est limité, le vieillissement du corps des médecins-conseils entraîne des départs à la retraite et une perte de l'expérience et de l'expertise accumulées. Le faible niveau d'attractivité de la profession lié à une pénurie de médecins rend le recrutement difficile. Il est donc impérieux de dégager du temps pour le médecin-conseil en réformant la réglementation, pour limiter les convocations aux assurés sociaux qui en ont le plus besoin.

Enfin, des réexamens en invalidité fréquents amputent encore ce temps disponible du médecin-conseil par assuré. Les rapports entre les médecins-conseils et le Conseil médical de l'invalidité (CMI) doivent aussi faire l'objet d'une réforme, pour limiter la rédaction de rapports à ce qui est indispensable au fonctionnement de l'assurance indemnités.

3. Propositions de réformes

Le besoin de réformes se révèle ainsi impérieux. Nous proposons d'étudier les pistes suivantes.

a. Prévention de l'incapacité

RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT : PRÉVENTION PRIMAIRE

La grande majorité des certificats d'incapacité de travail (80% selon les estimations) est rédigée par les médecins traitants. La connaissance qu'ont les médecins traitants de ce qu'est une incapacité de travail est probablement insuffisante, surtout en ce qui concerne le risque de désinsertion professionnelle lorsque l'incapacité se prolonge au-delà de trois mois.

Conformément à leurs missions légales, les médecins-conseils pourraient utilement collaborer à l'information des médecins traitants sur les bonnes pratiques en matière de prescription de l'incapacité de travail. Les sociétés scientifiques francophones de médecine d'assurance (ASMA), de médecine générale (SSMG) et de santé au travail (SSST) travaillent d'ailleurs à un tel projet.

Il apparaît essentiel d'améliorer la communication entre le médecin traitant et le médecin-conseil concernant les informations fournies au médecin-conseil pour envisager la nécessité d'une évaluation de l'incapacité de travail de l'assuré social. Le système actuel du contrôle de l'incapacité de travail oblige le médecin-conseil à convoquer tous les assurés qui entrent un certificat, y compris pour des épisodes de santé bénins qui permettent une reprise rapide et spontanée du travail.

Structurer l'information grâce à un certificat d'incapacité sous forme de questionnaire complété par le médecin traitant doit permettre au médecin-conseil de sélectionner les patients pour lesquels une évaluation s'avère indispensable et de juger de la précocité nécessaire ou non de cette évaluation.

Le codage diagnostique de l'information médicale doit être réalisé. Ce codage permet une plus grande précision dans la formulation du diagnostic et un langage commun plus adapté entre médecins traitants et médecins-conseils. Il permettra aussi de créer une banque de données permettant l'analyse étiologique de l'entrée en incapacité de travail.

RELATION ENTRE MÉDECIN-CONSEIL ET MÉDECIN TRAITANT : PRÉVENTION SECONDAIRE

La relation entre médecin-conseil et médecin traitant doit être formalisée. Le médecin-conseil est un spécialiste en médecine d'assurance et d'expertise. À ce titre, il informe le médecin traitant de ses constatations et de son opinion d'expert quant à la réalité de l'incapacité de travail, de sa durée et aux actions qu'il convient d'entreprendre pour assurer le maintien de l'intégration sociale de l'assuré en incapacité de travail. Le médecin traitant et le médecin-conseil deviennent ainsi des partenaires pour le maintien de l'intégration sociale de l'assuré, avec son accord et pour son plus grand bénéfice. On évite ainsi que ces deux praticiens ne développent des discours contradictoires et néfastes à destination du patient. Le médecin traitant est en outre bien placé pour attirer l'attention sur les barrières sociales, familiales ou liées au milieu du travail qui s'opposent à la reprise du travail.

b. Gestion de l'incapacité de travail

Comme déjà signalé, 10% des certificats médicaux risquent de déboucher sur l'entrée en invalidité. La gestion de l'incapacité de travail doit donc être orientée vers ces cas à risque. Le nouveau modèle d'évaluation des capacités de l'assuré et l'accent mis sur le maintien de son intégration sociale modifient considérablement la mission du médecin-conseil et exige de lui plus de temps à consacrer à chaque assuré en incapacité. Il est donc impérieux de dégager du temps disponible pour le médecin-conseil grâce à une réforme de la réglementation qui limitera les convocations aux assurés sociaux qui en ont le plus besoin.

Exemples de critères de sélection de ces assurés :

- le risque de désinsertion sociale
- la nécessité d'entreprendre une démarche d'adaptation pour le maintien de l'assuré : adaptation du poste de travail et/ou reprise à temps partiel en collaboration avec la médecine du travail ; processus de "réhabilitation" de compétences professionnelles pour des professions de référence qui n'ont plus été exercées depuis longtemps
- la nécessité d'envisager un processus de réorientation professionnelle, processus lourd et coûteux en temps de travail.

RÉFORME DE LA POLITIQUE DE CONVOCATION

Une telle réforme a pour objectif de limiter la convocation aux cas à risques. Pour cela une méthode de détection des cas à risques est indispensable.

En première analyse, les facteurs de risque principaux sont :

- l'âge de l'assuré (à partir de 40 ans)
- son sexe (les femmes sont plus touchées que les hommes)
- l'existence de troubles musculosquelettiques ou du fonctionnement psychique.

La prévention de la désinsertion sociale concerne donc une fraction minoritaire des personnes qui se trouvent en incapacité de travail, celle dont l'incapacité primaire dépasse les trois mois. Des interventions précoces peuvent être souhaitables dans ces cas, encore faut-il pouvoir les détecter. Ceci devrait permettre aux médecins-conseils de dégager du temps pour pouvoir se consacrer en priorité à ces patients, comme le suggère le rapport de l'INAMI "Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides-travailleurs salariés" (voir point 1.c), du 31 mars 2010.

MÉTHODE DE DÉTECTION

En plus de la réforme de la certification par le médecin traitant, deux méthodes pourraient utilement être étudiées.

○ **Contact avec l'assuré avant la convocation**

Ce contact préalable aura pour but de ne pas convoquer des personnes qui reprendront le travail spontanément dans des délais cohérents avec le diagnostic initial justifiant l'entrée en incapacité de travail. Il permettra de vérifier l'existence d'un projet de reprise de travail ou de détecter un risque à ce sujet. Ce contact sera pris par des collaborateurs sociaux du médecin-conseil.

○ **Autoévaluation de l'assuré**

Les méthodes d'autoévaluation de l'incapacité de travail doivent être étudiées. Une étude au moins tend à montrer que l'autoévaluation est susceptible d'indiquer un risque de désinsertion sociale.

L'utilisation de questionnaires connus et validés et/ou le développement et la validation de questionnaires dans ce but doivent faire l'objet de recherches.

MISSION DE MAINTIEN DE L'INTÉGRATION SOCIALE

○ Relation avec le médecin traitant et le médecin du travail

La meilleure prévention de la désinsertion est le maintien du contrat de travail avec ou sans adaptation du poste de travail. Les propositions élaborées par la Société Scientifique de Santé au Travail et la Société Scientifique de médecine d'Assurance doivent être prises en considération.

La reprise progressive des activités doit être facilitée : aucun obstacle administratif ne doit surgir. Il est nécessaire de réétudier la réglementation en vigueur, d'y détecter les obstacles à la reprise rapide et partielle des activités sans nuire à la détection de la fraude sociale. La récente adaptation de l'article 100, §2 de la loi SSI est un pas dans la bonne direction.

Une autre piste à explorer est de permettre à l'assuré en incapacité de se "tester" en temps réel à son poste de travail pendant son incapacité.

La relation avec le médecin traitant a été évoquée plus haut.

L'objectif est de rendre les praticiens de ses trois spécialités "complices" en quelque sorte, dans l'intérêt du patient et avec son accord, de manière à harmoniser leurs actions respectives pour le maintien du lien social avec l'employeur.

○ "Réhabilitation" professionnelle

Il s'agit d'une action de réadaptation professionnelle qui consiste, chez un assuré, définitivement inapte à son dernier poste de travail, à restaurer des compétences perdues dans les professions de référence. Ces assurés doivent normalement, soit recevoir un nouveau poste de travail de la part de leur employeur, soit rechercher un emploi dans une de leurs professions de référence et recourir à l'assurance chômage.

Ces assurés cumulent un double handicap : handicap de santé d'une part et perte de leur expérience professionnelle dans leurs professions de référence d'autre part. Le concept de "réhabilitation" est proposé car l'action consiste à rendre, chez ces assurés, des habiletés professionnelles perdues.

Ce processus de "réhabilitation" n'est pas clairement défini dans le cadre de la réadaptation professionnelle et mériterait de l'être. Le Conseil Technique Médical se penche sur ce problème. Il s'agit d'éviter le basculement brutal de l'assuré en incapacité vers l'assurance chômage et d'établir, entre les deux systèmes d'assurance sociale, des passerelles qui transcendent le cloisonnement actuel. L'enjeu est de "réarmer" l'assuré face aux exigences du marché de l'emploi et de favoriser ses contacts avec les employeurs potentiels.

○ Réorientation professionnelle

Elle est de la compétence de la Commission supérieure du CMI (CSCMI) depuis 2009. La procédure est complexe et a un coût administratif à évaluer en termes d'efficacité et d'efficacé. Elle consomme du temps qui retarde l'entrée en formation des assurés candidats à une formation.

La réorientation professionnelle est cependant une chance pour un nombre relativement restreint d'assurés. Les coûts afférents sont à considérer comme un investissement, même à risques, un pari sur l'avenir de réinsertion de la personne.

c. Réforme des rapports entre les médecins-conseils et le Conseil médical de l'invalidité

Le fonctionnement actuel de l'évaluation de l'invalidité conduit à la production de près de 200.000 rapports par an, rédigés par les médecins-conseils et évalués par la commission supérieure du CMI. Cette masse de rapports ne montre pas d'efficience a priori. Le nombre des invalides continue à augmenter.

L'entrée en invalidité modifie le comportement d'accompagnement de l'assuré social en incapacité de travail. Dans la plupart des cas, le suivi s'espace. Or l'incapacité de travail de longue durée qu'est l'invalidité, hormis les cas où elle est définitive, doit être considérée comme le prolongement de l'incapacité primaire. Il s'agit d'un continuum qui n'est modifié que par le mode d'indemnisation. Dès qu'il a franchi le cap de la première année d'incapacité, l'assuré risque de n'être plus accompagné de manière régulière par le médecin-conseil.

La supervision exercée par la commission supérieure du CMI et les évaluations effectuées en commission régionales n'aboutissent qu'à un taux de remise au travail inférieur à 5% des personnes en invalidité. Les personnes reconnues invalides depuis plusieurs années vivent ces remises au travail comme brutales et peu compréhensibles. Il est donc légitime de s'interroger sur le bien-fondé de poursuivre une méthode vieille de près de 50 ans.

La rédaction régulière de rapports est chronophage pour le médecin-conseil. Une réforme doit limiter le nombre de rapports à ce qui est strictement nécessaire. À nouveau, la détection des cas à risque est primordiale, si on sait que le taux de reprise du travail après cinq ans d'incapacité est de moins de 1%.

La réforme doit donc limiter à quatre ans au maximum, la période pendant laquelle le médecin-conseil rapporte ses constatations concernant l'incapacité de travail d'un assuré à la commission supérieure du CMI.

4. Reproductibilité des décisions des médecins-conseils

a. Problème

L'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de la législation de l'assurance soins de santé et indemnités est non barémisable. Elle est toujours individuelle. Elle est ainsi soumise à une grande variabilité : variabilité liée au patient, variabilité liée au médecin-conseil. L'exigence d'une grande justice sociale et d'une saine gestion de l'assurance impose de limiter cette variabilité autant que possible.

b. Méthodes à développer

FORMATION DES MÉDECINS-CONSEILS

La reconnaissance de la spécialité en médecine d'assurance et expertise médicale va de pair avec le développement d'un enseignement de qualité de cette spécialité. À terme, tous les médecins-conseils devront avoir suivi cet enseignement.

LIGNES DIRECTRICES

Le Conseil Technique Médical doit bénéficier de plus de moyens financiers pour obtenir un soutien administratif et permettre de financer des recherches universitaires. À ce prix seulement, des lignes directrices pourront être élaborées pour la standardisation des méthodes d'évaluation et comme aide de prise de décision. Les premières lignes directrices doivent concerner l'évaluation des troubles psychiatriques et musculosquelettiques. Leurs fondements scientifiques doivent être rigoureux. En complément aux lignes directrices, le CTM proposera et l'élaboration de méthodes de travail en vue d'une meilleure standardisation des examens.

CONSEIL MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ ET REVUE DES PAIRS

La réforme du CMI concerne aussi bien la commission supérieure que les commissions régionales. Ces commissions doivent être réorganisées pour devenir une véritable revue des pairs pour permettre aux médecins-conseils de s'autoévaluer et de partager leurs expertises en matière d'évaluation suivant les différents groupes de pathologies.

UTILISATION DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Utiliser les classifications internationales a l'avantage de créer un langage commun entre praticiens.

La Classification Internationale des Maladies, malgré ses imperfections, permet d'obtenir une meilleure précision diagnostique par une définition précise de chacune d'entre elles. Son utilisation permettra aussi de mieux connaître l'épidémiologie médicale de l'incapacité de travail de longue durée. Ceci est particulièrement indispensable dans le cadre des troubles psychiques fonctionnels qui constituent la première cause d'invalidité, mais aussi pour les troubles musculosquelettiques, regroupés dans la famille vague et protéiforme des "maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif" de la classification utilisée par l'INAMI.

Le diagnostic est nécessaire à la reconnaissance de l'incapacité de travail. Il ne l'explique pas. Ce sont les répercussions de l'état de santé sur les capacités fonctionnelles de l'assuré en incapacité, confrontées aux exigences professionnelles qui l'expliquent.

Le fonctionnement de la personne est décrit dans la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Bien que sa place dans l'évaluation de l'incapacité ne soit pas encore claire, il est probable que la CIF soit un instrument utile de description des troubles fonctionnels et des obstacles environnementaux à la reprise du travail.

Classier les professions, comme le fait le Répertoire Opérationnel des Métiers et Emplois du "pôle emploi" en France ou le Répertoire des Emplois et Métiers (REM) en Belgique, permet de confronter les capacités de la personne aux exigences de ses professions de référence.

ENREGISTREMENT DES ACTIVITÉS DES MÉDECINS-CONSEILS

Revoir les flux d'information entre le médecin-conseil et l'assurance indemnités en incapacité primaire permettrait d'enregistrer les actions prises par le médecin-conseil en vue de maintenir l'insertion sociale de l'assuré.

Les données enregistrées doivent être analysées au regard de standards de procédure, et non en fonction de moyennes d'activité qui seraient interprétées comme des normes. C'est la différence entre la "standardisation" qui définit des méthodes pour atteindre des objectifs, avec pour règle l'obligation de moyens et non de résultats, et la "normalisation" qui tend à niveler vers la moyenne, elle-même piètre reflet de l'activité enregistrée.

5. Conclusions

Évaluer l'incapacité de travail et maintenir l'insertion sociale des assurés sociaux devient une priorité importante. Le système actuel d'évaluation a près de 50 ans et n'est probablement plus adapté aux défis sociaux de notre époque. Sa modernisation est impérieuse.

Moderniser l'évaluation de l'incapacité de travail implique de renverser le modèle d'une évaluation de l'incapacité vers une évaluation des capacités. Ceci suppose une modification radicale du regard porté sur l'incapacité de travail et du traitement apporté à l'assuré en incapacité. Le rôle du médecin-conseil s'oriente vers la stimulation de la reprise du travail, la réhabilitation des capacités de travail et la réorientation professionnelle.

Moderniser l'évaluation de l'incapacité implique également des actions sur l'environnement au travail pour préserver la santé des personnes au travail d'une part, et ouvrir davantage le marché du travail aux personnes présentant un problème de santé d'autre part. Ces actions ne sont pas de la compétence directe des médecins-conseils. Une partie d'entre elles concernent cependant la relation entre les médecins-conseils et les médecins du travail.

Ces changements fondamentaux dans la gestion de l'évaluation de l'incapacité de travail sont nécessaires : de nouveaux métiers doivent être développés pour soutenir le médecin-conseil dans :

- la détection des patients à risque
- les contacts avec l'employeur pour préparer la reprise du travail
- l'accompagnement, si nécessaire pendant leur période d'incapacité, des patients à la recherche d'un nouvel emploi dans leurs professions de référence ou encore sur le chemin de la réorientation professionnelle.

Il est impérieux de développer des méthodes de standardisation dans la relation entre médecin traitant, médecin-conseil et médecin du travail.

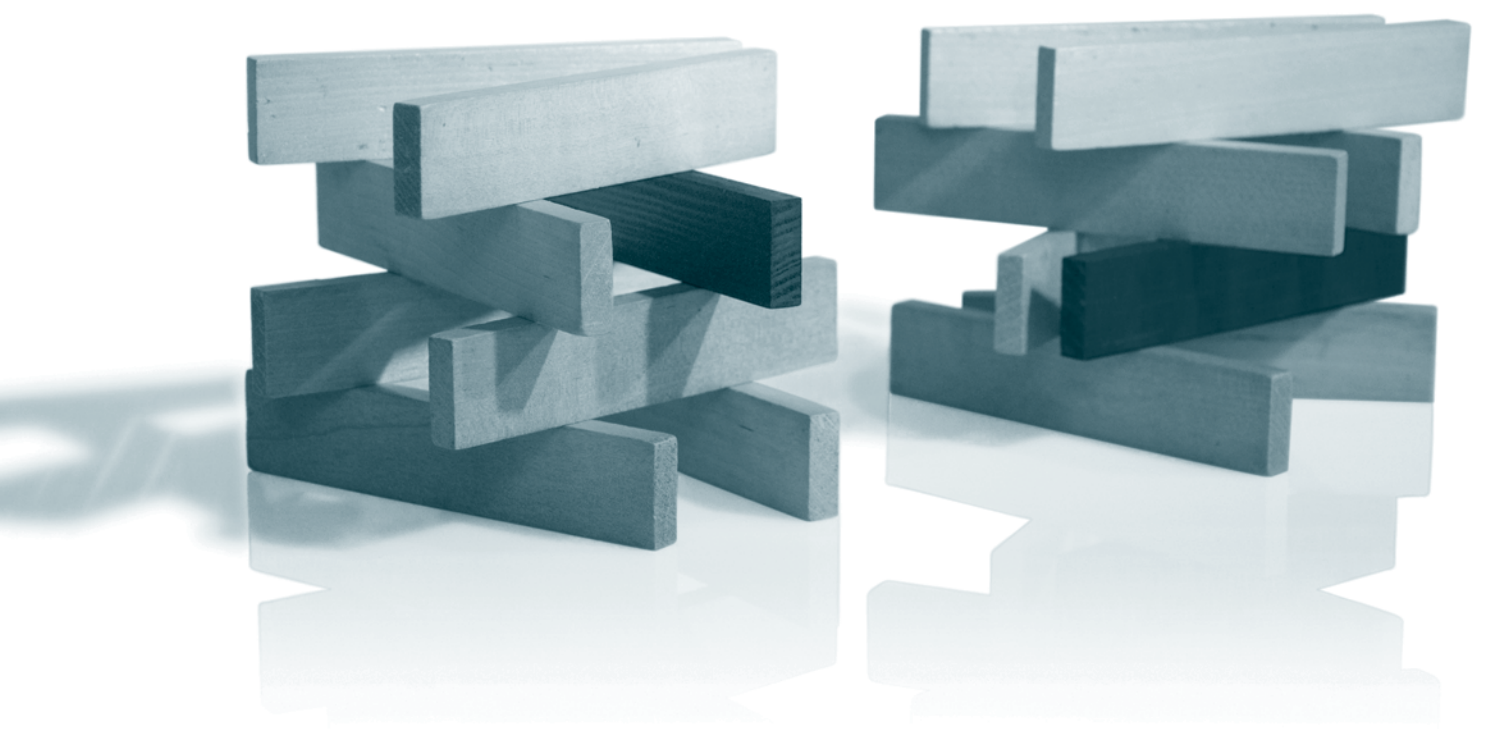
La collecte de données épidémiologiques doit être standardisée grâce aux classifications des maladies.

La méthode d'évaluation de l'incapacité doit se baser sur l'analyse des répercussions fonctionnelles subies par l'assuré en incapacité au regard des exigences professionnelles et des obstacles à la réinsertion. Elle doit envisager la possibilité d'utiliser la CIF pour la récolte des données concernant le fonctionnement des personnes en situation de handicap au travail et les obstacles ou les facteurs favorisant la réinsertion professionnelle. Le processus de réadaptation professionnelle doit être mieux défini dans ses différentes phases : reprise progressive de la dernière profession, réhabilitation dans les professions de référence, réorientation professionnelle.

Le rôle du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et du Service des indemnités de l'INAMI dans la supervision de l'activité des médecins-conseils doit être revu pour permettre une collaboration confiante entre INAMI et organismes assureurs. Il s'agit de tendre vers une supervision proactive, plutôt que vers un contrôle hiérarchique.

Enfin, il est indispensable d'établir une culture d'évaluation de l'efficacité des actions entreprises, qui tienne compte des facteurs environnementaux : il tombe sous le sens qu'un médecin-conseil ne pourra pas réinsérer un assuré dans une entreprise si le regard de l'employeur s'oppose au travail d'une personne avec un problème de santé, et que là où sévit un problème d'emploi, sévissent aussi des problèmes de santé plus fréquents et plus graves.

Ces réformes sont inscrites à l'agenda du gouvernement issu des élections de 2010.



6^e Partie

Données statistiques



Vous trouverez davantage de tableaux statistiques sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique "Voulez-vous en savoir plus ?" > Statistiques de l'INAMI.

I. Statistiques des soins de santé

1. Nombre de dispensateurs de soins individuels

a. Révision fondamentale

La façon de comptabiliser les dispensateurs de soins individuels a évolué considérablement en 2009. Une révision méthodologique s'est avérée nécessaire pour garantir la cohérence avec les données fournies aux instances internationales (OCDE, OMS, Eurostat).

Les tableaux des dispensateurs de soins individuels publié dans ce rapport annuel (R.A.) de l'INAMI ont la même structure qu'en 2010. Ces chiffres sont les chiffres officiels utilisés à des fins statistiques internationales concernant les praticiens de soins actifs en Belgique. Ces statistiques, initialement prévues pour gérer l'assurance soins de santé, sont susceptibles d'être utilisées à des fins très variées (planification, comparaisons internationales).

L'INAMI utilise, depuis 2009, les dénominations suivantes :

- les dispensateurs de soins : les professionnels en droit de prêter dans le cadre de l'assurance soins de santé et les établissements/institutions dans le cadre de l'assurance
- les professionnels en droit de prêter dans le cadre de l'assurance soins de santé (anciennement dénommés dispensateurs de soins en situation d'activité) (voir point c.)
- les praticiens de soins sur base de certains critères d'activité (anciennement dénommés dispensateurs de soins en activité ou avec profil) (voir point c.)

Néanmoins, les tableaux n'incluent pas les professionnels de santé qui prodiguent des soins en dehors du cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, ni ceux qui exercent des fonctions non curatives dans le système de santé (par exemple, les médecins du travail). Ils n'incluent pas non plus (encore) les professionnels salariés (qui n'attestent pas) en hôpital, en centre de révalidation, en habitation protégée ou en maison psychiatrique.

Certaines catégories de professionnels ont été ajoutées ou supprimées en 2010.

Les nouvelles catégories sont ceux pour lesquelles une activité pouvait être attestée en 2010. Il s'agit en particulier des hématologues et des ergothérapeutes.

La catégorie des aides-soignants n'apparaît plus dans les tableaux : en effet, depuis juin 2010, l'enregistrement des aides-soignants est effectué par le Service public fédéral (SPF) Santé publique. L'INAMI ne dispose plus d'une vue globale pour ce personnel.

b. Le regroupement des compétences

Les spécialités et professions mentionnées dans les tableaux 1 et 2 sont regroupées selon leur code de compétence.



Pour que les soins prodigués par les professionnels en droit de prêter soient remboursés, ceux-ci doivent être inscrits à l'INAMI. Un **code compétence** en 3 chiffres leur est attribué en fonction de leur spécialité. Ce code de compétence fait partie du numéro INAMI.

LE REGROUPEMENT DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES

Les instances internationales distinguent 6 catégories de spécialités : les médecins généralistes, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens, les psychiatres, les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales.

 Pour rappel, les **diplômés en médecine** sont agréés par le SPF Santé publique pour une spécialité déterminée. Pour prodiguer des soins, ils doivent être préalablement inscrits à l'Ordre des médecins.

Chaque spécialité a été regroupée dans une des catégories, à l'exception des médecins non agréés (voir plus loin). Ainsi, conformément aux instructions internationales :

- les médecins de médecine d'urgence et de médecine aiguë ont été regroupés et versés, comme les anesthésistes, dans le groupe chirurgical
- les médecins spécialistes avec une double spécialité (médecine aiguë et autre, p.ex : pédiatre avec brevet de médecine aiguë) sont cependant classés selon leur spécialité initiale
- les stomatologues sont regroupés avec les dentistes et ne sont donc pas inclus parmi les médecins.

Contrairement aux instructions internationales, les rares pédiatres avec une double spécialité non pédiatrique ont été affectés au groupe pédiatrique.

Certaines spécialités agréées par le SPF Santé publique n'ont pas de numéro INAMI et ne sont pas reprises dans le tableau (par exemple : médecine du travail, gestion de données, etc.)

Les tableaux 1 et 2 reprennent uniquement les praticiens de soins avec une activité en 2010, y compris dorénavant les hématologues nouvellement reconnus.

Les **médecins non agréés** comme spécialistes par/à l'INAMI, mais enregistrés auprès du SPF Santé publique sans titre professionnel particulier mais inscrits à l'Ordre des médecins, sont classés dans une nouvelle catégorie "non spécialisé" : leur numéro INAMI ne correspond pas à un agrément comme médecin généraliste ou comme médecin spécialiste. Ils ne peuvent effectuer qu'un nombre limité de prestations remboursables. Les médecins généralistes avec droits acquis qui n'ont pas l'agrément spécifique de médecin généraliste se trouvent également dans cette catégorie.

Enfin les **médecins en formation** sont comptabilisés séparément. On ne tient pas compte de leur volume de prestations qui est aléatoire (certaines ou toutes les prestations sont enregistrées au nom du maître de stage). Ils ne sont pas inclus dans le total des professionnels en droit de prester ni dans le total des praticiens de soins.

 Les **médecins en formation** sont des personnes dont le plan de stage comme médecin spécialiste ou généraliste a été agréé par le SPF Santé publique et qui sont inscrites à l'Ordre des médecins.

LE REGROUPEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ NON MÉDICALES

Certains praticiens font l'objet d'un double enregistrement pour certaines spécialités (bandagistes et fournisseurs d'implants, bandagistes et orthopédistes, sages-femmes et infirmiers, etc.). Pour éliminer les doublons, certaines professions ont été regroupées.

Pharmaciens : diplômés en pharmacie qui ont obtenu un numéro d'inscription comme pharmacien auprès du SPF Santé publique. Parmi eux, les **pharmaciens biologistes**, pharmaciens agréés par le SPF Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique, sont les seuls pharmaciens dont l'activité est répertoriée individuellement dans le cadre de l'INAMI.

Praticiens de l'art dentaire (“dentistes” dans les tableaux) : diplômés en science dentaire habilités à exercer leur profession par les commissions médicales provinciales compétentes pour les praticiens de l'art dentaire (SPF Santé publique). Selon les instructions internationales, les médecins spécialistes en stomatologie porteurs d'un agrément de dentiste stomatologue sont également classés dans cette catégorie depuis le R.A. de 2009, comme c'était le cas jusqu'à R.A. de 2006. Dans les R.A. 2007 et 2008, ils sont repris comme médecins.

Sages-femmes : diplômées habilitées à exercer leur profession par les commissions médicales provinciales compétentes pour sages-femmes (SPF Santé publique) et à propos desquelles l'INAMI a, en outre, connaissance qu'elles exercent encore leur profession. Les sages-femmes qui disposent également d'une qualification d'infirmier ont été regroupées avec les “infirmiers et sages-femmes”.

Infirmiers : diplômés habilités à exercer leur profession par les commissions médicales provinciales compétentes pour infirmiers (SPF Santé publique) et qui sont inscrits par le Service des soins de santé de l'INAMI dans la liste des praticiens de l'art infirmier. Tous les infirmiers reconnus également comme sages-femmes ont été regroupée sous l'appellation “infirmiers et sages-femmes”.

Kinésithérapeutes : personnes qui disposent d'un diplôme de kinésithérapie et qui sont agréées par le SPF Santé publique pour exercer leur profession.

Paramédicaux : personnes agréées par les conseils compétents qui peuvent disposer de plusieurs codes de compétence INAMI. Elles ont été principalement regroupées en deux catégories afin d'éliminer les doublons :

- une catégorie qui peut délivrer du matériel : les bandagistes, orthopédistes, fournisseurs d'implants (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens), les audiciens, opticiens ou orthoptistes (uniquement ceux qui ne sont pas pharmaciens).
- une catégorie qui ne fournit pas de matériel : elle regroupe les logopèdes et dorénavant les ergothérapeutes.

Dans les tableaux, les libellés de ces deux catégories étaient erronées les années précédentes, mais les chiffres correspondaient aux catégories définies ci-dessus.

Les diététiciens et podologues ont chacun conservé leur catégorie parce qu'il n'y a pas de doublons.

Aides-soignants : cette catégorie qui est supprimée en 2010 comprend les personnes spécifiquement formées pour assister l'infirmier, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée.

c. Définition des professionnels en droit de prester et des praticiens de soins

L'INAMI distingue, dans les statistiques, les professionnels administrativement en droit de prester dans le cadre de l'assurance soins de santé et les praticiens de soins. Ces derniers sont identifiés selon des critères d'activité bien définis.

PROFESSIONNELS EN DROIT DE PRESTER DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

-  Un **professionnel en droit de prester** dans le cadre de l'assurance soins de santé :
- effectue des prestations attestées qui donnent droit au remboursement par l'assurance
 - reçoit les courriers administratifs de l'INAMI
 - peut commander des carnets d'attestations de soins et des carnets de prescriptions.

 Des statistiques sur les effectifs des sous-groupes (p.ex. bandagistes, logopèdes, opticiens) restent disponibles à l'INAMI.

Les tableaux 1 et 2 présentent le nombre de professionnels en “droit de prêter” inscrits auprès de l'INAMI au 31 décembre 2010 et au 31 décembre 2011.

Un professionnel est en droit de prêter s'il est inscrit auprès de l'INAMI et si aucune des situations d'inactivité suivantes ne lui est attribuée : dossier de reconnaissance en cours, décès, expatriation, suspension, radiation, interruption temporaire de carrière ou fin de carrière. Les professionnels en formation en font donc théoriquement partie, mais ils sont comptabilisés séparément.

Les professionnels en droit de prêter pensionnés, mais qui n'ont pas signifié à l'INAMI leur fin de carrière, sont comptabilisés comme en droit de prêter.

Les professionnels en droit de prêter au 31 décembre se distinguent selon l'âge :

- “65 et +” : indique les professionnels qui ont atteint 65 ans
- “- 65” : indique les professionnels de moins de 65 ans.

CRITÈRES D'ACTIVITÉ DES PRATICIENS DE SOINS

Parmi les professionnels en droit de prêter, on peut identifier différents types d'activités fondés sur :

- soit, la quantification de pratiques : le comptage et la pondération de contacts (consultations, visites, avis, etc.) et d'actes (prescriptions de médicaments, soins, examens techniques) ou de dépenses correspondantes
- soit, des contextes particuliers de pratiques (maître de stage, stagiaire, maison médicale, hôpital, services intégrés, officine pharmaceutique, etc.)

Un type d'activité peut être comparé à un seuil d'activité ou assimilé au résultat d'une telle comparaison. Des statuts (agrément, accréditation, conventionnement) peuvent être associés à un ou plusieurs types d'activité.

Les critères d'activité retenus dans les différents tableaux sont les suivants :

- Le professionnel figure dans les “profils” : ceci concerne les professionnels ayant effectué plus d'une prestation durant l'année concernée. Du fait de ces prestations, ils disposent d'un profil.
- L'INAMI peut également répertorier certains professionnels qui n'ont pas de “profil” : c'est le cas des professionnels salariés (moins de 65 ans) travaillant dans une maison médicale (MM) opérant au forfait, en maison de repos et de soins (MRS), en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou des pharmaciens dans une officine pharmaceutique.

Si un des deux critères est rencontré, le professionnel est comptabilisé comme “praticien de soins” dans la colonne “Pratique” des tableaux 1 et 2.

En outre, le professionnel doit encore être en droit de prêter à la fin de l'année étudiée (ni radié, ni parti à l'étranger, ni décédé).

 Des patients peuvent s'inscrire dans des “maisons médicales” ayant conclu un accord avec les mutualités. Cet accord peut concerner les consultations et visites de médecine générale, et/ou la kinésithérapie, et/ou les soins infirmiers à domicile. La maison médicale reçoit un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit. Dans la plupart des cas, le patient ne se verra pas réclamer de ticket modérateur.

d. Recensement des professionnels en droit de prêter et des praticiens de soins

Le recensement des praticiens de soins durant une année (par exemple, en 2010) ne tient compte que des professionnels en droit de prêter au 31 décembre de cette année (par exemple 2010).

Le recensement se base sur le numéro de registre national afin d'éviter les doublons résiduels. En d'autres mots, les personnes qui rencontrent plusieurs critères d'activité ne sont comptabilisées qu'une seule fois.

Tableau 1 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2010 et 31-12-2011) et de praticiens de soins (année 2010)									
Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2010			Pratique 2010	En formation 2010		Densité 2010	En droit de prêter 31-12-2011	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Évolution 2010-2011
Médecins	7.352	33.447	40.799	31.815	4.130	13%	29,1	41.266	1%
Médecins généralistes	2.360	12.187	14.547	12.228	622	5%	11,2	14.660	1%
Pédiatres	402	1.299	1.701	1.332	312	23%	1,2	1.740	2%
Gynécologues	344	1.196	1.540	1.346	230	17%	1,2	1.553	1%
Psychiatres	514	1.735	2.249	1.932	297	15%	1,8	2.180	-3%
Groupe médical	1.986	8.377	10.363	8.627	1.459	17%	7,9	10.664	3%
Groupe chirurgical	1.288	5.929	7.217	5.916	1.210	20%	5,4	7.392	2%
Médecins non spécialisés	458	2.724	3.182	434	-	0%	0,4	3.077	-3%
Professions non médicales	8.167	136.849	145.016	91.592	213	0%	83,6	150.394	4%
Pharmaciens	1.917	12.748	14.665	12.629	-	0%	11,5	15.120	3%
Dentistes	1.069	7.713	8.782	7.675	213	3%	7,0	8.879	1%
Infirmiers et sages-femmes	2.507	78.292	80.799	43.365	-	0%	39,6	83.902	4%
Kinésithérapeutes	1.336	25.824	27.160	18.839	-	0%	17,2	27.785	2%
Professions paramédicales	1.338	12.272	13.610	9.084	-	0%	8,3	14.708	8%
Total général	15.519	170.296	185.815	123.407	4.343	4%	112,7	191.660	3%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

- **Droit de prêter** : voir point c.
- **Pratique** : le nombre des praticiens de soins (actifs) dans la colonne "Pratique" correspond aux praticiens qui répondent à un des critères d'activité décrits plus haut. Il s'agit donc du total des praticiens qui ont plus d'une prestation dans l'année (pratique attestée), complété par les praticiens salariés pour autant que leurs prestations soient connues individuellement de l'INAMI.
- **En formation** : les praticiens en formation au 31 décembre 2010 complètent séparément le tableau, en regard de leur future spécialité. Cette variable recense les médecins ou les dentistes en formation (indépendamment d'une activité éventuelle). Le pourcentage est le rapport entre les praticiens en formation et les praticiens de soins.
- **Densité** : la densité correspond au nombre de praticiens de soins (hors ceux en formation) par 10.000 habitants. Il s'agit du rapport entre le nombre de praticiens (base = pratique (total)) et la population totale divisée par 10.000.

Le tableau 2 détaille les professions regroupées par codes de compétence similaires. Pour les médecins, les compétences mixtes ont été maintenues, pour autant que des praticiens les exercent de manière spécifique (profil particulier, non assimilable à une autre spécialité).

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2010 et 31-12-2011) et praticiens de soins (année 2010)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2010			Pratique 2010	En formation 2010		Densité 2010	En droit de prêter 31-12-2011	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Évolution 2010-2011
Médecins	7.352	33.447	40.799	31.815	4.130	13%	29,1	41.266	1%
Médecins généralistes	2.360	12.187	14.547	12.228	622	5%	11,2	14.660	1%
Pédiatres	402	1.299	1.701	1.332	312	23%	1,2	1.740	2%
Pédiatres	397	1.246	1.643	1.282	312	24%	1,2	1.679	2%
Neuropédiatres	5	53	58	50	-	0%	0,0	61	5%
Gynécologues	344	1.196	1.540	1.346	230	17%	1,2	1.553	1%
Psychiatres	514	1.735	2.249	1.932	297	15%	1,8	2.180	-3%
Psychiatres	308	1.511	1.819	1.656	297	18%	1,5	1.855	2%
Neuropsychiatres	206	224	430	276	-	0%	0,3	325	-24%
Groupe médical	1.986	8.377	10.363	8.627	1.459	17%	7,9	10.664	3%
Médecine interne générale	371	951	1.322	959	514	54%	0,9	1.314	-1%
Médecine interne et nucléaire	39	31	70	52	-	0%	0,0	70	0%
Gériatre	68	240	308	262	37	14%	0,2	327	6%
Gériatre endocrinologue	1	15	16	16	-	0%	0,0	16	0%
Endocrinologue	33	196	229	219	-	0%	0,2	245	7%
Oncologue médical	9	186	195	193	26	13%	0,2	202	4%
Hématologue	9	108	117	112	-	0%	0,1	121	3%
Rhumatologue	55	190	245	205	12	6%	0,2	247	1%
Rhumatologie et médecine physique	23	-	23	10	-	0%	0,0	23	0%
Pneumologue	53	427	480	431	42	10%	0,4	505	5%
Gastroentérologue	85	582	667	605	54	9%	0,6	679	2%
Cardiologue	188	922	1.110	959	99	10%	0,9	1.136	2%
Neurologue	6	347	353	330	100	30%	0,3	475	35%
Médecine physique	85	434	519	443	61	14%	0,4	520	0%
Dermatologue	157	605	762	682	69	10%	0,6	773	1%
Oto-rhino-laryngologie	145	545	690	602	78	13%	0,5	708	3%
Radiothérapeute	12	202	214	166	41	25%	0,2	220	3%
Radiothérapeute nucléaire	45	35	80	54	-	0%	0,0	78	-3%
Médecine nucléaire	11	184	195	169	29	17%	0,2	197	1%
Biologie	159	298	457	268	53	20%	0,2	470	3%
Biologie et médecine nucléaire	49	193	242	188	-	0%	0,2	242	0%
Biologie et anatomo-pathologie	32	12	44	22	-	0%	0,0	43	-2%
Anatomo-pathologie	54	288	342	276	42	15%	0,3	346	1%
Radiologie	297	1.386	1.683	1.404	202	14%	1,3	1.707	1%
Groupe chirurgical	1.288	5.929	7.217	5.916	1.210	20%	5,4	7.392	2%
Anesthésiologie	265	1.914	2.179	1.710	405	24%	1,6	2.249	3%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	4	320	324	306	131	43%	0,3	337	4%
Chirurgie générale	414	1.238	1.652	1.261	264	21%	1,2	1.676	1%
Orthopédie	201	875	1.076	930	164	18%	0,8	1.095	2%
Urologie	73	330	403	355	64	18%	0,3	418	4%
Neurochirurgie	29	167	196	169	40	24%	0,2	204	4%
Chirurgie plastique	35	216	251	213	41	19%	0,2	268	7%
Chirurgie ophtalmologique	267	869	1.136	972	101	10%	0,9	1.145	1%
Médecins non spécialisés	458	2.724	3.182	434	-	0%	0,4	3.077	-3%
Autres méd. généralistes non spécialisés	421	1.230	1.651	269	-	0%	0,2	1.620	-2%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	37	1.494	1.531	165	-	0%	0,2	1.457	-5%

Tableau 2 - Professionnels en droit de prêter (31-12-2010 et 31-12-2011) et praticiens de soins (année 2010) (suite)

Spécialités/professions	En droit de prêter 31-12-2010			Pratique 2010	En formation 2010		Densité 2010	En droit de prêter 31-12-2011	
	65 et +	- 65	Total	Nombre	Nombre	%	/10.000 hab.	Nombre	Évolution 2010-2011
Professions non médicales	8.167	136.849	145.016	91.592	213	0%	83,6	150.394	4%
Pharmaciens	1.917	12.748	14.665	12.629	-	0%	11,5	15.120	3%
Pharmaciens titulaires	754	5.149	5.903	5.149	-	0%	4,7	5.920	0%
Pharmaciens non titulaires	1.019	7.091	8.110	7.091	-	0%	6,5	8.538	5%
Pharmaciens biologistes	144	508	652	389	-	0%	0,4	662	2%
Dentistes	1.069	7.713	8.782	7.675	213	3%	7,0	8.879	1%
Dentistes généralistes	955	6.923	7.878	6.862	126	2%	6,3	7.964	1%
Parodontologues	-	139	139	134	20	15%	0,1	145	4%
Orthodontistes	22	398	420	394	39	10%	0,4	426	1%
Stomatologues	92	253	345	285	28	10%	0,3	344	0%
Infirmiers et sages-femmes	2.507	78.292	80.799	43.365	-	0%	39,6	83.902	4%
Sages-femmes	437	3.398	3.835	1.880	-	0%	1,7	4.079	6%
Infirmiers	1.408	67.216	68.624	37.342	-	0%	34,1	71.460	4%
Infirmiers sages-femmes	96	1.705	1.801	992	-	0%	0,9	1.867	4%
Assistants hospitaliers	566	5.973	6.539	3.151	-	0%	2,9	6.496	-1%
Kinésithérapeutes	1.336	25.824	27.160	18.839	-	0%	17,2	27.785	2%
Professions paramédicales	1.338	12.272	13.610	9.084	-	0%	8,3	14.708	8%
Diététiciens	12	1.802	1.814	724	-	0%	0,7	2.051	13%
Podologues	1	294	295	203	-	0%	0,2	314	6%
Logopèdes, ergothérapeutes	42	5.802	5.844	4.777	-	0%	4,4	6.552	12%
Bandagistes, orthopédistes, audiciens, opticiens, orthoptistes, fournisseurs d'implants	1.283	4.374	5.657	3.380	-	0%	3,1	5.791	2%
Total général	15.519	170.296	185.815	123.407	4.343	4%	112,7	191.660	3%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

e. Recensement des praticiens de soins par année (2002-2010)

Le recensement (tableau 3) reprend, de 2002 à 2010, par année, l'ensemble des praticiens de soins qui ont une pratique attestée parmi les professionnels en droit de prêter (sauf exclusions, voir ci-dessous). Le taux d'accroissement annuel est calculé sur la période 2002-2010 selon la formule consacrée.

Depuis le R.A. 2010, la catégorie des pharmaciens, reprend les pharmaciens biologistes ainsi que les pharmaciens salariés d'officine de moins de 65 ans.

“Praticiens” : il s'agit des praticiens dont on retrouve plus d'une attestation chaque année (pratique attestée). Il n'est pas tenu compte :

- des praticiens salariés
- des praticiens ayant attesté certaines années seulement
- des professionnels en formation
- des praticiens prodiguant des soins en dehors du système d'assurance obligatoire soins de santé (certains homéopathes exclusifs, des ostéopathes, etc.)

Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2002-2010

Spécialités/professions	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Évolution annuelle moyenne
Médecins	29.537	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	31.794	0,92%
Médecins généralistes	12.346	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	-0,13%
Pédiatres	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	2,14%
Pédiatres	1.124	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1,65%
Neuropédiatres	-	-	-	-	-	-	49	50	50	
Gynécologues	1.185	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1,61%
Psychiatres	1.748	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1,26%
Psychiatres	522	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	15,52%
Neuropsychiatres	1.226	1.203	441	334	324	308	298	288	276	-17,00%
Groupe médical	7.455	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	1,84%
Médecine interne générale	1.708	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	-6,96%
Médecine interne et nucléariste	74	71	69	66	64	59	57	57	52	-4,31%
Gériatre	1	-	-	-	210	219	225	237	262	100,58%
Gériatre endocrinologue	1	1	1	1	1	15	15	16	16	41,42%
Endocrinologue	-	-	-	-	-	187	195	201	219	
Oncologue médical	-	-	-	-	-	-	-	3	193	
Hématologue	-	-	-	-	-	-	-	-	112	
Rhumatologue	204	206	206	209	208	208	203	204	205	0,06%
Rhumatologie et médecine physique	21	16	13	11	12	10	10	10	10	-8,86%
Pneumologue	282	299	322	348	370	381	395	411	431	5,45%
Gastroentérologue	377	386	407	443	461	488	523	588	605	6,09%
Cardiologue	757	761	779	802	826	898	922	942	959	3,00%
Neurologue	167	184	203	231	253	276	297	314	330	8,89%
Médecine physique	388	397	407	409	418	421	432	439	443	1,67%
Dermatologue	591	605	615	632	641	652	670	675	682	1,81%
Oto-rhino-laryngologie	530	544	546	550	561	576	590	604	602	1,60%
Radiothérapeute	128	130	136	138	144	149	152	158	166	3,30%
Radiothérapeute nucléariste	71	69	67	65	64	59	60	56	54	-3,36%
Médecine nucléaire	134	143	144	147	147	157	160	166	169	2,94%
Biologie	272	271	272	270	275	264	265	265	268	-0,19%
Biologie et médecine nucléaire	204	207	203	201	199	198	194	195	188	-1,02%
Biologie et anatomo pathologie	38	37	32	31	28	26	26	21	22	-6,60%
Anatomo-pathologie	230	237	245	251	259	262	264	266	276	2,31%
Radiologie	1.277	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1,19%
Groupe chirurgical	4.894	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	2,40%
Anesthésiologie	1.376	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	2,75%
Médecine aiguë et médecine d'urgence	-	-	-	-	-	150	244	257	306	
Chirurgie générale	1.174	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	0,90%
Orthopédie	831	823	828	857	869	893	902	917	930	1,42%
Urologie	308	311	315	322	328	339	342	352	355	1,79%
Neurochirurgie	123	129	138	141	149	155	161	163	169	4,05%
Chirurgie plastique	169	177	180	191	193	201	209	211	213	2,93%
Chirurgie ophtalmologique	913	911	921	930	934	954	965	967	972	0,79%
Médecins non spécialisés	785	684	626	504	497	473	442	437	425	-7,38%
Autres méd. généralistes non spécialisés	785	684	626	356	346	316	292	282	268	-12,57%
Autres non spécialisés ou spécialité inconnue	-	-	-	148	151	157	150	155	157	

Tableau 3 - Nombre de praticiens de soins avec une pratique attestée par profession et par spécialité - Evolution 2002-2010 (suite)

Spécialités/professions	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Évolution annuelle moyenne
Professions non médicales	51.404	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	60.901	2,14%
Pharmaciens biologistes	372	374	364	367	364	363	388	383	389	0,56%
Dentistes	7.685	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	-0,02%
Dentistes généralistes	7.422	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	-0,98%
Parodontologues	-	-	-	-	-	108	118	124	134	
Orthodontistes	-	-	-	-	-	375	395	392	394	
Stomatologues	263	259	261	254	264	260	269	280	285	1,01%
Infirmiers et sages-femmes	19.733	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	3,43%
Sages-femmes	1.180	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	5,75%
Infirmiers	16.407	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	3,80%
Infirmiers sages-femmes	692	715	743	768	768	767	819	821	876	2,99%
Assistants hospitaliers	1.454	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	-4,46%
Kinésithérapeutes	17.615	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	0,27%
Professions paramédicales	5.999	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	5,18%
Détecteurs	-	-	-	-	-	591	625	657	722	
Podologues	-	-	-	-	-	177	176	194	203	
Logopèdes, ergothérapeutes	2.040	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	10,95%
Bandagistes, orthopédistes, audiciens, opticiens, orthoptistes, fournisseurs d'implants	3.959	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	-1,97%

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

2. Dépenses de santé



Les éléments de 2011 sont provisoires. Pour 2012, les montants repris correspondent aux différents objectifs budgétaires partiels fixés par le Conseil général et le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'INAMI.

Le tableau 4 et le graphique 1 présentent une évolution de 2008 à 2012 des dépenses annuelles dans le cadre du remboursement des soins de santé. Ces éléments sont ventilés par groupe de prestations et reprennent l'ensemble des organismes assureurs (O.A.).

En comparaison avec le rapport annuel 2010, les données pour 2010, reprises dans le tableau 4, sont modifiées suite aux nouvelles données des unions nationales et aux modifications des dépenses propres de l'INAMI.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants ont droit au remboursement des petits risques dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Avant cette date, seule une partie restreinte des travailleurs indépendants avait droit au remboursement des petits risques, à savoir les personnes handicapées, les starters et les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). Il convient, dès lors, d'en tenir compte lors de l'analyse de l'évolution des dépenses de l'assurance soins de santé pour les années antérieures à 2008, pour 2008 et pour les années suivantes.

Le poste des dépenses, englobant les petits risques (consultations, visites et avis de médecins, kinésithérapeutes, praticiens de l'art dentaire, praticiens de l'art infirmier, fournitures pharmaceutiques, etc.) affiche dès lors une hausse importante par rapport aux données de l'année 2007. Cette hausse se signale aussi bien au niveau des dépenses elles-mêmes, qu'au niveau des tickets modérateurs, du nombre de cas et du nombre de jours.

Ce sont donc principalement les prestations relatives aux petits risques qui sont à l'origine des hausses des tickets modérateurs.

Tableau 4 - Dépenses annuelles pour tous les O.A. de 2008 à 2011 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2012 suivant différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs (en milliers d'euros)

	2008	2009	2010	2011	Objectif 2012
Médecins	6.135.935	6.637.649	6.665.919	6.956.580	7.303.139
Infirmières	930.676	1.001.744	1.063.302	1.122.136	1.220.853
Dentistes	671.823	733.995	756.408	775.564	822.036
Kinésithérapeutes	503.183	549.049	580.007	606.694	624.882
Pharmacie	3.955.511	4.120.388	4.249.222	4.395.249	4.326.385
Paramédicaux	723.249	781.548	834.888	889.167	1.042.662
Hospitalisation	4.388.049	4.711.393	4.836.026	5.207.108	5.551.876
Autres séjours	2.476.066	2.665.194	2.847.247	3.042.726	3.308.061
MAF	277.153	304.212	326.335	329.653	390.694
Reste	615.545	916.628	666.523	753.000	1.036.791
Total	20.677.190	22.421.800	22.826.419	24.077.877	25.627.379

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Graphique 1 - Répartition des objectifs budgétaires partiels de 2012 suivant différentes catégories de prestations et/ou de dispensateurs (en %)

Médecins	28,5%	
Infirmiers	4,8%	
Dentistes	3,2%	
Kinésithérapeutes	2,4%	
Pharmacie	16,9%	
Paramédicaux	4,1%	
Hospitalisation	21,7%	
Autres séjours	12,9%	
MAF	1,5%	
Reste	4,0%	

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Les dépenses sont regroupées en 10 rubriques principales et une rubrique "reste".

La rubrique "collaborateurs paramédicaux" comprend :

- les soins effectués par des bandagistes, orthopédistes, opticiens et audiciens
- les implants et défibrillateurs cardiaques implantables
- les accouchements par sages-femmes.

La rubrique "autres séjours" comprend :

- les maisons de repos et de soins (MRS)
- les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)
- les centres de soins de jour
- les soins de santé mentale
- les rééducation fonctionnelle et professionnelle
- les centres médico-pédiatriques
- les soins palliatifs et internés.

Le maximum à facturer (MAF) a pour objectif d'augmenter l'accessibilité financière aux soins de santé : dès que les tickets modérateurs de certains soins de santé d'un ménage bénéficiant du MAF excèdent un plafond déterminé durant une année civile, les membres de ce ménage se voient rembourser leur quote-part personnelle pour les soins de santé dont ils bénéficient durant le reste de cette année civile. Il y a deux types de MAF avec des règles et des plafonds différents. Ces règles et plafonds déterminent le calcul du MAF.

La rubrique "reste" comprend les prestations suivantes : dialyse, fin de carrière, fonds spécial de solidarité, logopédie, autres frais de séjour et frais de déplacements, régularisations et refacturation, patients chroniques, soins palliatifs (patient), matériel corporel humain, soutiens aux soins multidisciplinaires de 1^{re} ligne (SISD, COMA, projets de soins thérapeutiques, équipes multidisciplinaires voitures, sevrage tabac, circuit de soins psychiatriques, fonds toxicomanie, patients chroniques extra, maisons médicales, divers (télématique pharmaciens, récipés magistraux (prescription sur nom de matière), expertise loi santé, financement syndicats médicaux, plan cancer, projet e-learning, transfert indemnités, prime d'informatique unique infirmières, soins à domicile (accord sociale), prime informatique bandagistes, MRS/MRPA/centres de jour (prime informatique unique), MRS/MRPA/centres de jour (infirmier gériatrique), MSP (accord social), maisons médicales (accord social)), MS/ALS/Huntington, maladies rares, accord social, fonds d'indemnisation, compensation dépenses hors objectif budgétaire et gel montants réservés.

@ Le détail des dépenses pour les prestations de la rubrique "reste" est disponible sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des soins de santé.

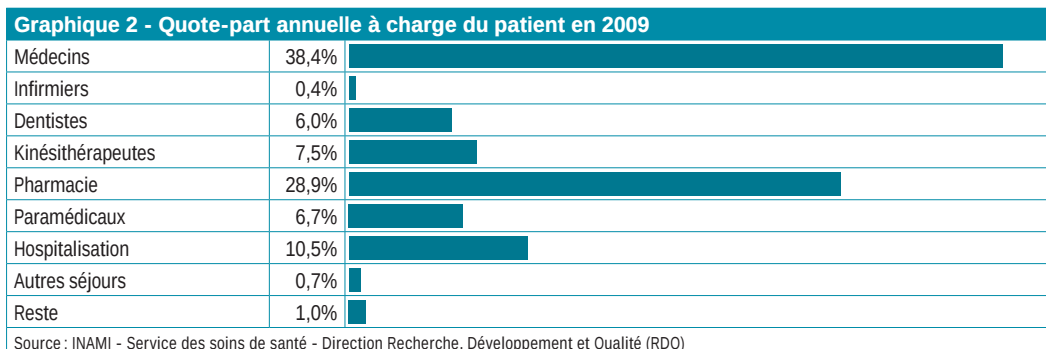
3. Ticket modérateur

Le tableau 5 et le graphique 2 reprennent, pour les années 2008 à 2010, les montants à charge des patients (ticket modérateur ou intervention personnelle) calculés sur base des tarifs officiels des honoraires. Ce tableau ne reprend pas les montants que le patient paie en honoraires dépassant les tarifs officiels (par exemple, chez des dispensateurs de soins non conventionnés) et les montants pour les médicaments non remboursables.

Le regroupement des rubriques est identique à celui du tableau 4. Toutefois, pour certaines prestations, il n'y a pas de ticket modérateur (par exemple, pour les séjours en MRS/MRPA, MAF). Dans le tableau 5, la rubrique "autres séjours" se limite à "rééducation fonctionnelle et professionnelle".

Tableau 5 - Quote-part annuelle à charge du patient (en milliers d'euros)			
	2008	2009	2010
Médecins	708.539	749.168	742.894
Infirmières	6.910	7.672	7.821
Dentistes	106.286	113.110	116.087
Kinésithérapeutes	139.422	141.519	144.536
Pharmacie	604.490	602.601	559.938
Paramédicaux	59.818	116.935	129.711
Hospitalisation	198.751	204.642	203.572
Autres séjours	9.674	10.235	12.622
Reste	16.711	18.305	19.622
Total	1.850.601	1.964.187	1.936.803

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)



4. Ventilation suivant l'état du bénéficiaire : ambulant ou hospitalisé

Une statistique intéressante dont dispose l'INAMI est la ventilation des dépenses suivant le caractère ambulant ou hospitalisé du bénéficiaire.

Le tableau 6 et le graphique 3 reprennent, pour les années 2005 et 2010, les dépenses effectuées pour les patients ambulants, les patients hospitalisés ainsi que le total.

Ce critère ne permet pas de ventiler certaines dépenses. C'est surtout le cas pour des dépenses de santé faites par l'INAMI en dehors de tout lien précis avec un bénéficiaire (dépenses reprises au tableau 6bis). Leurs ventilations ne figurent dès lors pas au tableau 6.

En 2010, 63,4% des dépenses totales bénéficient aux patients ambulants, 36,6% aux patients hospitalisés. De 2005 à 2010, la part des dépenses pour les patients ambulants est passée de 60,5% à 63,4%, soit une hausse de 2,9 points de pourcent.

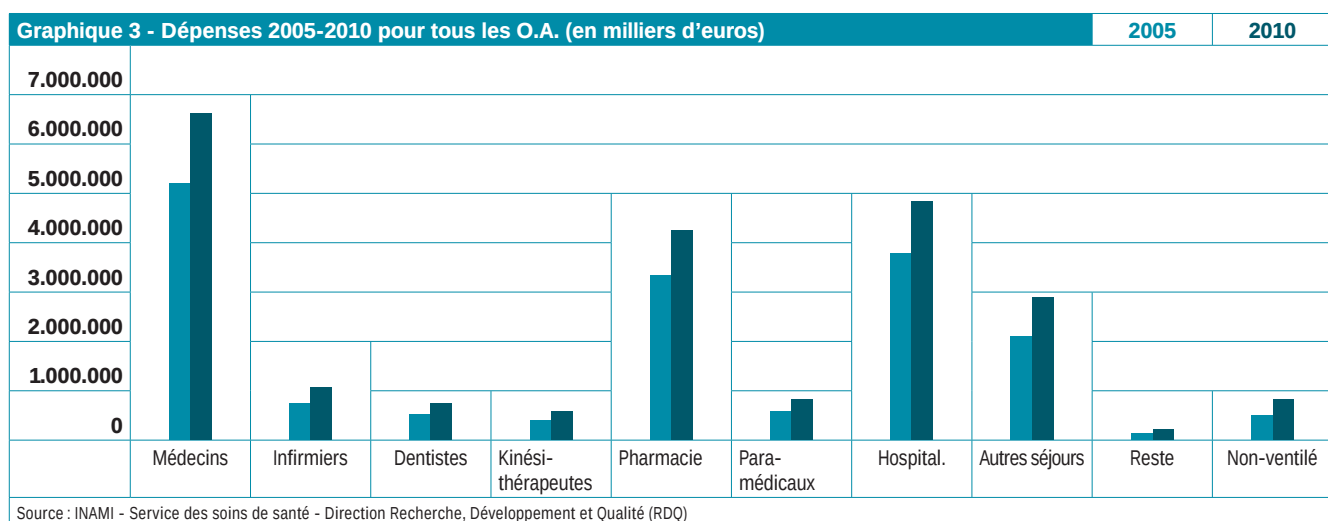


La ventilation "ambulant-hospitalisé" est fonction de l'état du patient. Elle n'est pas fonction du lieu où la prestation est effectuée (dans un hôpital ou en dehors).

Le tableau 6 présente ses rubriques de la même façon que les tableaux 4 et 5.

Tableau 6 - Dépenses 2005-2010 pour tous les O.A. (en milliers d'euros)										2005	2010
	Ambulant		%		Hospitalisé		%			Total	
Médecins	3.271.597	4.355.767	63,0	66,0	1.922.835	2.240.233	37,0	34,0		5.194.432	6.596.000
Infirmières	731.100	1.063.302	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0		731.100	1.063.302
Dentistes	512.529	742.593	99,7	99,7	1.647	2.082	0,3	0,3		514.176	744.675
Kinésithérapeutes	359.063	525.178	89,9	91,6	40.188	48.211	10,1	8,4		399.251	573.389
Pharmacie	2.742.900	3.663.083	82,3	86,5	588.083	573.160	17,7	13,5		3.330.983	4.236.243
Paramédicaux	220.552	360.851	37,3	43,2	370.676	474.037	62,7	56,8		591.228	834.888
Hospitalisation	181.021	271.940	4,8	5,6	3.581.571	4.564.086	95,2	94,4		3.762.592	4.836.026
Autres séjours	1.987.055	2.756.446	95,2	95,6	101.229	128.081	4,8	4,4		2.088.284	2.884.527
Reste	137.414	211.298	94,7	96,7	7.650	7.204	5,3	3,3		145.064	218.502
Total	10.143.231	13.950.458	60,5	63,4	6.613.879	8.037.094	39,5	36,6		16.757.110	21.987.552
Non-ventilé										493.051	838.867
Total général										17.250.161	22.826.419

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)



Le tableau 6bis donne le détail et l'évolution de la rubrique "non-ventilé" de 2005 à 2010.

Tableau 6 bis - Répartition de la rubrique "non-ventilé" du tableau 6 (en milliers d'euros)

	2005	2010
Honoraires médicaux		
Accréditation	14.187	14.072
Dossier médical global	32	0
Forfait télématique (1)	4.964	6.372
Contrôle de qualité biologie clinique (2)	1.792	0
Forfait services de garde organisés	9.837	29.899
Fonds d'impulsion	0	0
Dentistes - Accréditation	8.810	11.733
Kinésithérapeutes - Forfait télématique (1)	3.922	6.618
Harmonisation salariale	149.966	281.847
Prime syndicale	2.777	2.295
Fin de carrière	66.277	91.956
Régularisations + refacturation	-55.332	-125.452
MAF	252.847	326.335
Soutien aux soins multidisciplinaires	127	1.403
Equipes multidisciplinaires voitures	4	518
Internés	0	36.379
Montant prévisionnel accord social	0	0
Herceptine (art. 56)	0	0
Vaccin pneumocoque (art 56)	0	12.979
Sevrage tabac	338	611
SIDA	0	0
Revalidation oncologique	0	0
Centres palliatifs de jour	0	542
Fonds assuétude	0	3.000
Be-Health	0	2.452
Compromis laboratoire biologie clinique	0	0
Financement syndicats médicaux	0	1.070
Circuit de soins psychiatriques	0	1.954
Renouvellements de soins	81	13.012
Soutien de la pratique médecine générale	0	11.919
Montants de rattrapage hôpitaux	0	0
Algologie (art. 56)	0	0
Projet Vinca infirmières	0	765
Prime d'informatique unique infirmières (1)	0	13.462
Projet aides-soignantes	0	99
Maisons médicales (3)	32.422	73.335
Maladies chroniques - MS/ALS/Huntington	0	5.117
Fonds d'avenir	0	0
Plan cancer	0	843
Prime d'informatique bandagistes (1)	0	0
Transfert indemnités	0	4.744
Impulso I + II + III	0	7.657
Expertise loi santé	0	684
MRS/MRPA/Centres de jour : prime informatique unique (1)		135
Télématique pharmaciens (1)	0	512
Total	493.051	838.867

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

(1) Aide de l'INAMI au dispensateur pour s'informatiser

(2) Contrôle des laboratoires de biologie clinique

(3) Avant, ces dépenses étaient reprises dans les rubriques "médecins", "infirmiers" et "kinésithérapeutes".

5. Dépenses, effectifs, coûts moyens par régime, par âge et par sexe

Les statistiques reprises dans le tableau 7 indiquent, par tranche d'âges ainsi que par régime et par sexe, les données suivantes :

- les dépenses de l'assurance soins de santé en 2010
- les affiliés des mutualités (effectifs) en 2010
- les coûts moyens calculés par bénéficiaire en 2010
- une comparaison des coûts moyens, d'une part, entre 2009 et 2010, et, d'autre part, entre 2008 et 2010.

Les données reprises dans cette section concernent :

- les dépenses comptabilisées pendant l'année 2010
- tous les bénéficiaires y compris ceux qui ne sont pas domiciliés en Belgique.

Pour le régime général, la distinction est faite entre les bénéficiaires ayant droit ou non à l'intervention majorée de l'assurance soins de santé ("BIM ou non-BIM").

 L'**intervention majorée** permet à certaines catégories de bénéficiaires de payer un ticket modérateur (quote-part personnelle) moins important lors d'un séjour à l'hôpital, lors d'une consultation chez le médecin ou pour des médicaments.

Cette ventilation n'est pas reprise pour les travailleurs indépendants. Le nombre de bénéficiaires indépendants étant moindre, ce nombre réparti par tranche d'âges entre hommes et femmes risquerait de devenir insignifiant du point de vue statistique.



Depuis l'année comptable 2005, l'INAMI reçoit de nouveaux documents comptables et statistiques des O.A. Grâce à ces documents, la ventilation des données devient possible par âge et sexe des assurés. Auparavant, seule une ventilation sur base du régime était possible.

Tableau 7 - Dépenses, effectif des bénéficiaires, coût moyen et évolution du coût moyen - Répartition par régime, par âge et par sexe

Dépenses en 2010 (en milliers d'euros)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	292.262	376.974	96.344	132.060	897.640	30.318	40.944	71.261	968.902		
10 à 19 ans	285.281	271.494	115.316	139.677	811.769	36.010	36.464	72.474	884.243		
20 à 29 ans	557.218	305.952	158.830	142.314	1.164.314	37.003	26.716	63.719	1.228.033		
30 à 39 ans	750.607	412.458	198.365	189.739	1.551.169	65.606	58.743	124.349	1.675.518		
40 à 49 ans	790.573	613.771	308.200	276.033	1.988.577	86.449	118.640	205.089	2.193.666		
50 à 59 ans	968.616	899.645	440.608	380.370	2.689.240	110.054	166.789	276.843	2.966.083		
60 à 69 ans	982.205	1.104.912	529.241	442.132	3.058.490	110.421	145.899	256.321	3.314.811		
70 à 79 ans	1.156.090	1.181.563	854.163	537.961	3.729.777	163.973	153.004	316.977	4.046.754		
80 à 89 ans	1.146.707	747.968	1.294.593	471.005	3.660.274	209.580	129.436	339.016	3.999.289		
90 ans et +	264.138	96.390	432.966	85.089	878.583	73.105	22.297	95.402	973.985		
Total	7.193.696	6.011.127	4.428.627	2.796.381	20.429.832	922.519	898.932	1.821.451	22.251.283		
Effectif des bénéficiaires en 2010										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	443.809	463.299	67.441	71.628	1.046.177	47.151	49.948	97.099	1.143.276		
10 à 19 ans	458.861	476.728	82.860	88.478	1.106.927	57.154	59.917	117.071	1.223.998		
20 à 29 ans	537.745	540.239	69.883	61.025	1.208.892	43.284	53.317	96.601	1.305.493		
30 à 39 ans	569.504	554.718	64.045	50.664	1.238.931	56.282	94.088	150.370	1.389.301		
40 à 49 ans	610.467	592.439	80.791	61.480	1.345.177	78.312	131.684	209.996	1.555.173		
50 à 59 ans	556.846	539.773	101.074	73.191	1.270.884	67.718	108.359	176.077	1.446.961		
60 à 69 ans	420.328	414.148	111.564	78.292	1.024.332	43.603	54.468	98.071	1.122.403		
70 à 79 ans	304.845	276.897	134.561	75.856	792.159	38.232	31.665	69.897	862.056		
80 à 89 ans	167.764	115.469	129.348	50.172	462.753	26.397	18.057	44.454	507.207		
90 ans et +	22.840	9.977	29.285	6.601	68.703	5.418	2.039	7.457	76.160		
Total	4.093.009	3.983.687	870.852	617.387	9.564.935	463.551	603.542	1.067.093	10.632.028		
Coût moyen par bénéficiaire en 2010 (en euros)										FEMMES - HOMMES	
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général		
	non-BIM		BIM		Total			Total			
0 à 9 ans	658,53	813,67	1.428,57	1.843,69	858,02	642,99	819,73	733,90	847,48		
10 à 19 ans	621,72	569,50	1.391,70	1.578,67	733,35	630,06	608,57	619,06	722,42		
20 à 29 ans	1.036,21	566,33	2.272,81	2.332,06	963,12	854,90	501,08	659,61	940,67		
30 à 39 ans	1.318,00	743,54	3.097,28	3.745,05	1.252,02	1.165,66	624,34	826,95	1.206,02		
40 à 49 ans	1.295,03	1.036,01	3.814,78	4.489,80	1.478,30	1.103,90	900,94	976,63	1.410,56		
50 à 59 ans	1.739,47	1.666,71	4.359,26	5.196,96	2.116,04	1.625,19	1.539,22	1.572,28	2.049,87		
60 à 69 ans	2.336,76	2.667,92	4.743,84	5.647,22	2.985,84	2.532,43	2.678,63	2.613,62	2.953,32		
70 à 79 ans	3.792,39	4.267,16	6.347,78	7.091,87	4.708,37	4.288,90	4.831,96	4.534,92	4.694,31		
80 à 89 ans	6.835,24	6.477,65	10.008,60	9.387,81	7.909,78	7.939,52	7.168,19	7.626,21	7.884,92		
90 ans et +	11.564,71	9.661,19	14.784,58	12.890,28	12.788,13	13.492,97	10.935,25	12.793,60	12.788,66		
Total	1.757,56	1.508,94	5.085,40	4.529,38	2.135,91	1.990,11	1.489,43	1.706,93	2.092,85		

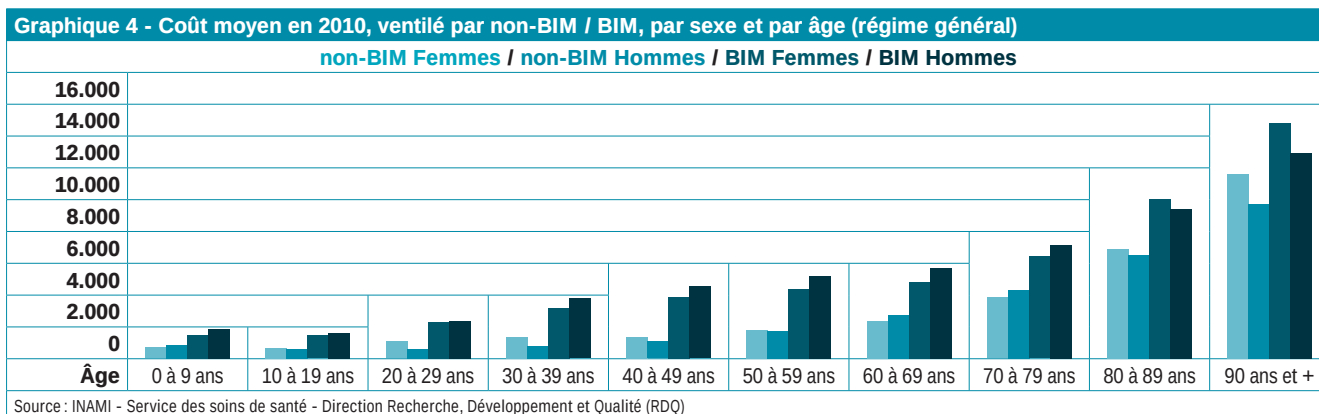
Tableau 7 - Dépenses, effectif des bénéficiaires, coût moyen et évolution du coût moyen - Répartition par régime, par âge et par sexe (suite)

Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2009 à 2010 (2009 = 100)									
FEMMES - HOMMES									
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général
	non-BIM		BIM		Total			Total	
0 à 9 ans	100,76	99,95	98,41	94,76	100,94	100,25	98,76	99,45	100,76
10 à 19 ans	99,09	100,40	96,84	100,71	100,78	100,85	103,15	102,00	100,84
20 à 29 ans	99,54	99,26	98,64	95,04	100,46	96,90	102,77	99,35	100,34
30 à 39 ans	101,92	102,75	97,53	96,40	102,77	101,80	99,42	100,51	102,66
40 à 49 ans	100,74	101,56	99,65	96,10	101,71	101,75	103,15	102,52	101,78
50 à 59 ans	101,02	100,98	103,51	100,87	101,66	102,10	101,72	101,84	101,68
60 à 69 ans	100,17	101,07	104,24	103,45	101,48	103,26	98,88	100,77	101,44
70 à 79 ans	101,05	101,28	102,68	104,10	101,63	101,28	102,20	101,71	101,64
80 à 89 ans	100,82	101,10	102,75	102,48	101,52	100,90	101,43	101,08	101,48
90 ans et +	100,06	101,05	102,06	101,04	100,61	98,21	94,08	97,08	100,24
Total	101,88	102,38	100,51	99,09	102,27	101,03	100,97	100,96	102,16
Evolution du coût moyen par bénéficiaire de 2008 à 2010 (2008 = 100)									
FEMMES - HOMMES									
Âge	Régime général					Régime indépendant			Total général
	non-BIM		BIM		Total			Total	
0 à 9 ans	105,71	105,97	96,48	92,52	107,03	131,93	123,86	127,31	107,88
10 à 19 ans	101,31	111,32	99,30	104,68	108,32	111,89	120,87	116,23	108,77
20 à 29 ans	105,45	105,73	100,00	91,20	106,69	107,06	116,26	110,90	106,76
30 à 39 ans	107,45	107,67	97,98	96,81	108,96	113,35	115,51	114,28	109,43
40 à 49 ans	106,56	107,70	103,41	94,59	108,48	113,52	117,57	115,73	109,08
50 à 59 ans	106,07	107,53	110,63	107,35	107,77	111,64	110,61	110,97	108,05
60 à 69 ans	104,89	106,84	111,49	111,58	107,24	108,84	103,35	105,80	107,16
70 à 79 ans	105,18	107,14	109,91	112,64	107,25	108,69	107,10	107,86	107,30
80 à 89 ans	106,18	106,32	108,88	109,23	107,00	107,91	109,97	108,59	107,13
90 ans et +	103,47	104,73	106,52	103,82	103,93	105,93	101,73	104,75	104,02
Total	108,24	110,17	103,51	101,41	108,99	108,89	110,06	109,39	108,98

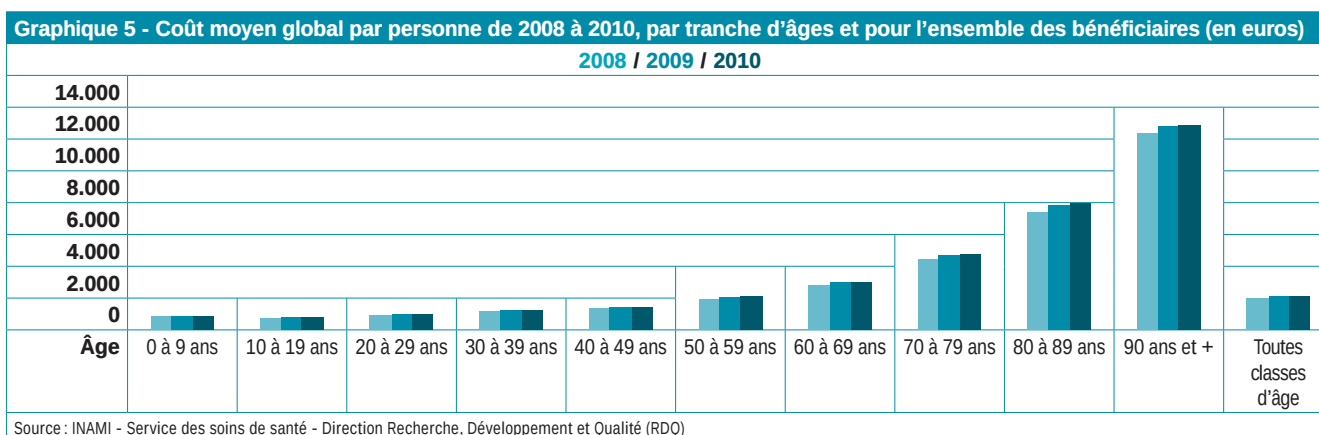
Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

La ventilation par âge et sexe des bénéficiaires provient des nouvelles statistiques des effectifs, sur base de la carte SIS. Les nouvelles statistiques remplacent définitivement les anciennes depuis le 1^{er} janvier 2007.

Le graphique 4 reprend les données du coût moyen en 2010 pour le régime général, ventilé par sexe, par droit ou non à l'intervention majorée (BIM ou non-BIM) et par tranche d'âges.



Le graphique 5 reprend le coût moyen global par personne de 2008 à 2010, par tranches d'âges et pour l'ensemble des bénéficiaires.



6. Montants remboursés et nombre d'actes en matière de prescriptions et de prestations des médecins et praticiens de l'art dentaire

Les tableaux 8 et 9 donnent un aperçu des montants et du nombre d'actes remboursés pour :

- les actes techniques prescrits
- les prestations effectuées.

Ces actes et ces prestations concernent les médecins généralistes, les médecins spécialistes en formation, les médecins spécialistes et les praticiens de l'art dentaire durant l'année comptable 2010.

Les tableaux donnent les montants et les actes pour les patients ambulants, pour les patients hospitalisés, ainsi que les totaux (ambulants + hospitalisés).

Le tableau 8 comprend le montant remboursé généré par un certain groupe de médecins ou par les praticiens de l'art dentaire, et le nombre de médecins ou praticiens de l'art dentaire concernés. Cette dernière mention est reprise parce que le nombre de ces dispensateurs de soins à l'origine des prescriptions ou des prestations varie.

Le tableau 8 contient aussi les montants des spécialités pharmaceutiques prescrites et le nombre de médecins ou praticiens de l'art dentaire concernés. Ceci permet une comparaison avec la prescription d'actes techniques.

Pour les actes techniques prescrits, les prescriptions de biologie clinique, imagerie médicale, matériel de synthèse (en milieu hospitalier), kinésithérapie et soins infirmiers sont les catégories les plus importantes.

La dénomination de praticiens de l'art dentaire regroupe les dispensateurs de soins qui ont la qualification de médecins spécialistes en stomatologie et de dentistes stomatologues. Les montants et les actes des praticiens de l'art dentaire comprennent aussi les montants et les actes pour les prestations en stomatologie.

Tableau 8 - Montants remboursés pour les actes techniques prescrits, les spécialités pharmaceutiques prescrites et pour les prestations (en euros) - Année comptable 2010					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Actes techniques prescrits	Montants - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	1.170.332.525,61 17.594	53.959.109,88 3.140	1.263.182.820,66 22.178	2.487.474.456,15 42.912	10.731.190,43 4.369
Patients hospitalisés	15.269.652,67 7.384	36.824.483,48 2.911	758.360.940,42 16.701	810.455.076,57 26.996	2.172.822,93 443
Total - Actes techniques prescrits	1.185.602.178,28 17.846	90.783.593,36 3.234	2.021.543.761,08 22.661	3.297.929.532,72 43.741	12.904.013,36 4.413
Spécialités pharmaceutiques prescrites	Montants - Nombre de prescripteurs				
	1.847.258.912 19.060	41.099.187 2.830	807.355.197 24.669	2.695.713.296,99 46.559	807.355.197,40 8.094
Prestations	Montants - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	1.109.475.128,95 13.387	3.098.988,27 1.210	2.896.909.864,86 19.342	4.009.483.982,08 33.939	796.915.610,47 7.914
Patients hospitalisés	9.733.365,06 3.017	9.550.530,30 1.239	1.729.291.101,02 16.517	1.748.574.996,38 20.773	9.444.037,43 968
Total - Prestations	1.119.208.494,01 13.441	12.649.518,57 1.468	4.626.200.965,88 19.571	5.758.058.978,46 34.480	806.359.647,90 7.914

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

Le tableau 9 reprend le nombre d'actes prescrits et prestés par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, à l'exception des spécialités pharmaceutiques.

Tableau 9 - Ventilation du nombre d'actes techniques prescrits et du nombre de prestations - Année comptable 2010					
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes en formation	Médecins spécialistes	Total médecins	Dentistes
Actes techniques prescrits	Nombre d'actes - Nombre de prescripteurs				
Patients ambulants	215.249.420 17.594	7.170.018 3.140	137.349.837 22.178	222.422.578 42.912	523.374 4.369
Patients hospitalisés	5.568.233 7.384	13.107.899 2.911	98.111.670 16.701	116.787.802 26.996	127.612 443
Total - Actes techniques prescrits	220.817.653 17.846	20.277.917 3.234	235.461.507 22.661	339.210.380 43.741	650.986 4.413
Prestations	Nombre d'actes - Nombre de dispensateurs				
Patients ambulants	56.396.857 13.387	144.366 1.210	199.484.941 19.342	256.026.164 33.939	28.746.821 7.914
Patients hospitalisés	627.686 3.017	219.341 1.239	109.013.809 16.517	109.860.836 20.773	145.272 968
Total - Prestations	57.024.543 13.441	363.707 1.468	308.498.750 19.571	365.887.000 34.480	28.892.093 7.914

Source : INAMI - Service des soins de santé - Direction Recherche, Développement et Qualité (RDQ)

 Des tableaux avec une information plus détaillée sur les dépenses et les actes par catégorie de prescriptions ou de prestations sont disponibles sur le site de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Statistiques de l'INAMI > Statistiques des soins de santé.

7. Prescription de spécialités pharmaceutiques

Le tableau 10 présente les montants remboursés par l'assurance soins de santé pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques en 2010.

Les montants sont ventilés par grande classe ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) et par type de prescripteur : médecins généralistes, médecins spécialistes en formation, médecins spécialistes et dentistes.

 Les données collectées ne se rapportent qu'aux spécialités pharmaceutiques remboursées prescrites et délivrées dans une officine publique.

Ne sont donc pas repris dans les données :

- les préparations magistrales
- les médicaments en vente libre
- les médicaments soumis à la prescription mais qui ne sont pas remboursés
- les médicaments qui sont remboursables en principe mais qui, en réalité, sont délivrés sans remboursement
- les médicaments délivrés dans les hôpitaux.

Tableau 10 - Montants remboursés pour les prescriptions de spécialités pharmaceutiques (en euros) - Répartition selon les grandes classes ATC (année de délivrance 2009) (1)

ATC		Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins spécialistes en formation	Praticiens de l'art dentaire	Total
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ex. : médicaments contre les troubles gastriques, diabète)	205.740.099	61.695.413	3.226.341	205.061	270.866.915
B	Sang et système hématopoïétique (ex. : antithrombotiques)	103.456.472	47.149.083	4.397.309	80.399	155.083.262
C	Système cardio-vasculaire (ex. : hypertension, cholestérol)	586.374.836	58.469.278	4.440.217	460.866	649.745.196
D	Préparations dermatologiques (ex. : antimycosiques, antiacné)	17.128.330	12.763.915	418.172	38.188	30.348.605
G	Système uro-génital et hormones sexuelles (ex. : contraceptifs)	19.535.622	11.088.341	435.434	32.166	31.091.563
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	42.633.388	38.172.955	1.783.498	67.392	82.657.233
J	Anti-infectieux à usage systémique (ex. : antibiotiques, SIDA, vaccins)	154.405.152	94.082.511	6.761.220	6.709.678	261.958.562
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs (ex. : médicaments contre le cancer, contre les rejets)	82.067.431	274.550.157	7.930.205	101.952	364.649.744
M	Système squelettique et musculaire (ex. : anti-inflammatoires)	84.079.381	14.012.175	1.023.434	1.696.026	100.811.015
N	Système nerveux central (ex. : antidépresseurs)	337.229.577	122.100.130	7.638.234	283.234	467.251.176
P	Antiparasitaires	319.411	316.124	25.472	2.491	663.497
R	Système respiratoire (ex. : asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)	184.320.505	39.414.917	1.888.897	169.614	225.793.933
S	Organes sensoriels (ex. : médicaments pour les yeux)	9.577.996	28.427.990	818.042	30.333	38.854.361
V	Divers (ex. : oxygène)	20.390.711	5.112.209	312.714	0	25.815.634
	Total	1.847.258.912	807.355.197	41.099.187	9.877.399	2.705.590.696

Source : INAMI - Service des soins de santé – Section Pharmanet

(1) Uniquement les montants remboursés par l'assurance soins de santé



Le coût total des spécialités pharmaceutiques est la somme de la part remboursée par l'assurance soins de santé et des tickets modérateurs payés par les patients.

ÉVOLUTION 2006-2010

Le tableau 11 présente l'évolution sur la période 2006-2010 des montants remboursables, des tickets modérateurs, des DDD (Defined Daily Doses ou doses journalières moyennes) et du coût moyen.



Les DDD (Defined Daily Doses ou doses journalières moyennes) donnent une indication de l'évolution du volume. Le nombre de DDD est une estimation du nombre de journées de traitement, calculé d'après une posologie journalière moyenne définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le coût moyen est le rapport montants remboursés/DDD. Il reflète le coût par jour de traitement pour l'assurance.

Les totaux pour 2010 du tableau 11 sont légèrement supérieurs à ceux du tableau 10. En effet, pour une partie des données, la qualification du prescripteur n'a pas pu être déterminée. Ces données ne sont donc pas reprises au tableau 10.

Tableau 11 - Prescription de spécialités pharmaceutiques - Répartition selon les grandes classes ATC

	Montants remboursés par l'assurance (en EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	231.754.957	240.660.177	279.706.839	278.413.200	271.728.860
B	Sang et système hématopoïétique	131.738.202	136.985.100	154.575.208	167.084.499	155.755.992
C	Système cardio-vasculaire	531.550.170	563.250.909	625.342.539	646.685.244	651.697.262
D	Préparations dermatologiques	26.453.733	25.195.061	28.084.193	27.150.939	30.516.778
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	45.318.929	32.833.282	33.290.705	30.901.580	31.241.537
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	61.408.695	66.409.787	73.988.338	75.732.197	82.942.103
J	Anti-infectieux à usage systémique	188.653.155	213.089.151	267.369.477	262.945.751	263.165.867
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	235.909.456	261.527.607	316.012.241	343.132.827	365.865.159
M	Système squelettique et musculaire	96.671.884	100.485.596	107.389.090	99.573.872	101.190.308
N	Système nerveux central	369.801.440	397.787.884	443.254.198	455.238.064	469.466.456
P	Antiparasitaires	451.192	471.477	538.314	560.239	666.573
R	Système respiratoire	188.639.274	200.186.567	218.352.658	228.902.319	226.456.089
S	Organes sensoriels	27.417.308	27.782.111	30.982.682	32.305.737	39.043.464
V	Divers	25.310.014	26.415.663	26.953.332	26.866.690	26.137.115
	Total	2.161.078.410	2.293.080.371	2.605.839.812	2.675.493.159	2.715.873.565
	Tickets modérateurs (en EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	54.667.955	53.613.062	59.492.183	55.682.524	50.003.449
B	Sang et système hématopoïétique	22.998.618	23.579.131	25.835.751	26.955.124	20.755.428
C	Système cardio-vasculaire	156.810.405	159.151.006	167.543.864	163.026.398	150.863.323
D	Préparations dermatologiques	7.242.345	6.882.634	7.310.567	6.867.153	6.867.028
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	30.842.604	34.087.717	34.334.345	30.818.036	24.540.293
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	5.187.548	5.245.883	5.714.028	5.520.270	5.394.238
J	Anti-infectieux à usage systémique	53.985.222	56.597.557	62.433.845	61.677.310	55.005.431
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	1.920.389	1.923.037	2.203.717	2.342.521	2.518.884
M	Système squelettique et musculaire	32.500.614	32.016.159	33.980.960	32.994.993	27.851.749
N	Système nerveux central	91.611.939	96.452.558	104.047.910	100.379.689	95.946.303
P	Antiparasitaires	137.697	142.569	162.978	169.300	174.376
R	Système respiratoire	68.897.685	72.988.942	80.138.440	84.182.440	78.756.350
S	Organes sensoriels	7.097.230	7.093.761	7.802.773	7.944.005	8.204.601
V	Divers	257.941	237.583	239.357	220.811	226.189
	Total	534.158.191	550.011.600	591.240.719	578.780.575	527.107.641
	DDD	2006	2007	2008	2009	2010
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	377.478.745	414.469.142	488.354.982	534.165.951	575.233.459
B	Sang et système hématopoïétique	77.763.080	83.791.578	139.747.759	321.230.339	357.254.682
C	Système cardio-vasculaire	1.498.342.407	1.590.975.099	1.776.302.145	1.868.227.892	1.925.717.678
D	Préparations dermatologiques	24.145.855	23.068.851	25.595.158	25.452.078	25.481.210
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	266.297.442	295.020.149	304.666.452	294.536.687	281.475.351
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	128.208.386	135.033.687	150.610.294	156.389.521	161.339.839
J	Anti-infectieux à usage systémique	104.493.699	111.104.667	122.565.123	126.953.191	126.295.464
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	35.816.497	38.262.094	43.372.069	45.593.856	47.366.665
M	Système squelettique et musculaire	210.959.189	219.350.936	240.657.908	243.439.953	242.887.314
N	Système nerveux central	381.014.198	403.641.772	446.249.584	465.019.939	486.935.371
P	Antiparasitaires	1.050.403	1.138.222	1.318.666	1.420.558	1.517.633
R	Système respiratoire	327.535.161	344.694.880	374.375.374	393.060.642	404.613.163
S	Organes sensoriels	69.940.482	70.436.644	74.614.277	72.898.171	74.482.805
V	Divers	1.422.125	1.492.062	1.549.422	1.558.900	1.615.572
	Total	3.504.467.670	3.732.479.783	4.189.979.213	4.549.947.677	4.712.216.206

Tableau 11 - Prescription de spécialités pharmaceutiques - Répartition selon les grandes classes ATC (suite)

	Coût moyen (montants remboursés/DDD) (en EUR)	2006	2007	2008	2009	2010
A	Tractus gastro-intestinal et métabolisme	0,61	0,58	0,57	0,52	0,47
B	Sang et système hématopoïétique	1,69	1,63	1,11	0,52	0,44
C	Système cardio-vasculaire	0,35	0,35	0,35	0,35	0,34
D	Préparations dermatologiques	1,10	1,09	1,10	1,07	1,20
G	Système uro-génital et hormones sexuelles	0,17	0,11	0,11	0,10	0,11
H	Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	0,48	0,49	0,49	0,48	0,51
J	Anti-infectieux à usage systémique	1,81	1,92	2,18	2,07	2,08
L	Cytostatiques, agents immunomodulateurs	6,59	6,84	7,29	7,53	7,72
M	Système squelettique et musculaire	0,46	0,46	0,45	0,41	0,42
N	Système nerveux central	0,97	0,99	0,99	0,98	0,96
P	Antiparasitaires	0,43	0,41	0,41	0,39	0,44
R	Système respiratoire	0,58	0,58	0,58	0,58	0,56
S	Organes sensoriels	0,39	0,39	0,42	0,44	0,52
V	Divers	17,80	17,70	17,40	17,23	16,18

Source : INAMI - Service des soins de santé - Section Pharmanet

En 2007 et 2008, le taux de croissance des montants remboursés (dépenses de l'assurance soins de santé) s'est situé à nouveau à des niveaux comparables à ce qu'on observait les années antérieures à 2005 (+6,3% et +7,8%). Et cela après des années de baisse des dépenses (2005 et 2006), suite aux mesures budgétaires prises dans ce secteur.

En 2008 le pourcentage de croissance apparent s'élève à 13,6% mais une partie de cette augmentation est en réalité due à l'intégration des indépendants dans l'assurance obligatoire des "petits risques". Le taux de croissance réel est de 7,8%. La croissance des dépenses en 2009 et 2010 est positive mais bien en deçà (+2,7% et +1,5%).

Deux facteurs sont à l'origine de l'évolution globale des dépenses :

- l'évolution du coût moyen
- l'évolution du volume (DDD).

ÉVOLUTION DU COÛT MOYEN

Le coût moyen augmente fortement dans certaines classes ATC. Ce sont notamment des classes dans lesquelles apparaissent de nouvelles spécialités (qui permettent de soigner de nouveaux patients ou qui remplacent d'anciennes thérapies généralement moins chères). Les nouveautés représentent les pourcentages de dépenses les plus importants dans la classe L (cytostatiques, agents immunomodulateurs).

Le coût moyen diminue dans d'autres classes, telles que :

- la classe A (tractus gastro-intestinal et métabolisme) : une conséquence des mesures budgétaires (remboursement de référence, baisse du prix des vieux médicaments) et de la concurrence croissante exercée par les médicaments génériques dans ces classes
- la classe B (sang et système hématopoïétique) : une conséquence du remboursement depuis 2008 de l'aspirine en prévention cardiovasculaire (ayant un coût par DDD très bas).

ÉVOLUTION DU VOLUME

On constate généralement une augmentation du volume.

La croissance du volume est parmi les plus fortes dans :

- la classe A (principalement les inhibiteurs d'acides gastriques et les antidiabétiques oraux)
- la classe B (l'aspirine en prévention cardiovasculaire)
- la classe C (les antagonistes calciums, les inhibiteurs ACE et les médicaments contre le cholestérol)
- la classe N (les antidépresseurs).

Malgré la réduction du coût moyen, les dépenses des classes A, B et C sont plus élevées en 2010 qu'en 2006 et cela à cause de la croissance des volumes.

La forte croissance des dépenses de la classe J (anti-infectieux à usage systémique) en 2007 et 2008 est en grande partie imputable au remboursement de deux nouveaux vaccins : le vaccin contre le rotavirus en 2007 et le vaccin contre le papillomavirus humain en 2008.

II. Statistiques des indemnités

1. Régime général

a. Régime général - Incapacité primaire

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) – Evolution 2006-2010					
Jours indemnisés - Dépenses					
	2006	2007	2008	2009	2010
Ouvriers	17.075.244 614.736.217	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273
Employés	7.250.513 278.257.855	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602
Rectifications relatives à des exercices antérieurs	786	-108.488	-6.248	1.158	-1.796
Total général	24.325.757 892.994.858	26.875.092 998.675.055	28.580.101 1.107.650.196	29.433.296 1.210.223.367	30.904.395 1.285.381.079
Évolution par rapport à l'année précédente	6,12% 8,20%	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

 La première année d'incapacité de travail est appelée “**période d'incapacité primaire**”. Lorsque la maladie atteint une année, le titulaire toujours reconnu en incapacité de travail entre dans une période d'invalidité (voir chiffres partie c).

Le tableau 1 donne, pour des périodes d'incapacité primaire, les jours et les montants indemnisés entre 2006 et 2010 par état social. Le nombre de jours et les montants indemnisés sont plus élevés chez les ouvriers que chez les employés. Deux facteurs peuvent expliquer cette tendance :

- la durée de la période de salaire garanti

 La **période de salaire garanti** est la période durant laquelle le travailleur reste à charge de l'employeur. Les ouvriers bénéficient d'une période de salaire garanti plus courte que les employés. Cette période est de deux semaines calendrier pour les ouvriers et de 30 jours pour les employés. Les ouvriers sont donc plus rapidement à charge de l'assurance indemnités.

- la nature du travail effectué par chacun de ces deux groupes. Les ouvriers exécutent généralement des tâches plus lourdes et plus dangereuses que les employés. Ils connaissent des risques accrus de blessures ou d'accidents entraînant une période d'incapacité de travail.

Le tableau 1 donne également l'évolution exprimée en pourcentage par rapport à l'année précédente.

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés, répartis selon la durée de l'incapacité de travail - Evolution 2006-2010						
Durée	2006	2007	2008	2009	2010	% 2010
1 - 14 jours	40.384	44.037	43.340	45.165	41.534	10,41%
15 - 98 jours	217.785	224.995	229.588	217.828	223.181	55,92%
99 - 337 jours	75.194	81.810	85.014	87.108	90.536	22,69%
338 - 365 jours	30.475	34.072	38.266	41.547	43.824	10,98%
Total	363.838	384.914	396.208	391.648	399.075	100,00%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 2 montre la durée des périodes d'incapacité primaire. Ce tableau répartit les cas indemnisés en incapacité primaire selon la durée totale de l'incapacité de travail reconnue exprimée en jours. Seuls les cas dont l'incapacité de travail s'est terminée au cours de chacune des années examinées (2006 à 2010) peuvent être répertoriés dans une catégorie de durée déterminée. Les cas d'incapacité de travail dont la durée d'incapacité n'est pas supérieure à la période de salaire garanti et qui ne sont donc pas indemnisés par l'assurance maladie ne sont pas repris dans ces chiffres. Si l'incapacité se prolonge au delà de la période de salaire garanti, le cas est alors codifié pour la durée totale de l'incapacité.

Les cas ayant une durée inférieure à 15 jours concernent principalement des chômeurs. Les chômeurs ne bénéficient d'aucune période de salaire garanti et sont par conséquent à charge de l'assurance indemnité dès le premier jour de l'incapacité. Ce groupe de titulaires représente 10,41% des cas.

La majorité des titulaires en incapacité primaire (55,92%) ont une durée d'incapacité comprise entre 15 et 98 jours. La plupart des titulaires reprennent leur activité professionnelle dans les trois mois qui suivent le début de l'incapacité. Le nombre de titulaires diminue ensuite progressivement : 90.536 cas, soit 22,69%, ont une durée d'incapacité comprise entre 99 et 337 jours.

La dernière période d'incapacité primaire regroupe 10,98% des cas. Ces titulaires, qui sont en incapacité de travail depuis près d'un an, ont généralement de sérieux problèmes de santé. Une grande majorité des titulaires repris dans ce dernier groupe entrera vraisemblablement en invalidité.

Tableau 3 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladies par 1.000 titulaires - Évolution 2006-2010

Durée d'indemnisation moyenne par cas - Nombre moyen de cas										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Ouvriers	62,23	137,72	64,04	137,85	66,61	144,61	71,20	147,47	72,14	144,46
Employés	68,73	56,83	70,50	57,64	72,10	60,32	73,85	61,81	76,11	65,37
Total	64,03	99,17	65,84	99,57	68,15	104,11	71,98	106,12	73,33	106,20

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 3 donne :

- la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire
- le nombre moyen de cas de maladie pour 1.000 titulaires.

La durée de la période de salaire garanti (deux semaines pour les ouvriers et un mois pour les employés) et la nature du travail expliquent les différences entre les chiffres des ouvriers et des employés.

b. Régime général - Maternité

Tableau 4 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2006-2010

Nombre de jours - Dépenses										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Période de repos de maternité										
Ouvrières	2.582.286	107.253.622	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526
Employées	4.270.366	241.743.027	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263
Total	6.852.652	348.996.649	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885	7.249.973	413.385.789
Période d'écartement du travail										
Ouvrières	577.270	16.430.084	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934
Employées	1.288.481	40.496.480	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440
Total	1.865.751	56.926.564	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293	2.335.545	102.857.374
Total à charge de l'assurance indemnités (1)	1.371.804		1.411.320		1.462.487		1.466.591		2.335.545	
Congé de paternité	373.764	31.115.154	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043
Congé d'adoption	8.905	630.344	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692	12.281	1.001.957
Rectifications relatives à des exercices antérieurs		-105		30		1.695		114		1.104
Total général	9.101.072	437.668.606	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494	10.000.447	553.957.267
Évolution par rapport à l'année précédente	1,68%	4,21%	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%	4,90%	9,07%
Invalidité	72.432	3.088.540	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995

(1) Nombre de jours indemnisés par l'assurance indemnités après déduction des jours qui ont finalement été pris en charge par le Fond des maladies Professionnelles (FMP).

(2) A partir du 1^{er} janvier 2010, les cas d'écarterments du travail pour cause de grossesse qui relevaient jusqu'alors de la compétence du FMP seront pris en charge par l'INAMI. D'une manière générale, les travailleuses enceintes écartées du travail à partir de cette date percevront une indemnité journalière égale à 78,237% de la rémunération perdue (limitée au plafond de l'assurance indemnités). Il est à noter que cette mesure concerne uniquement les écartements du travail pour cause de grossesse et que les titulaires écartées du travail pour cause d'allaitement sont toujours indemnisées à 60% du salaire perdu (limitée au plafond de l'assurance indemnités).

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

(1) Nombre de jours indemnisés par l'assurance indemnités après déduction des jours qui ont finalement été pris en charge par le Fond des maladies Professionnelles (FMP).

(2) A partir du 1^{er} janvier 2010, les cas d'écartements du travail pour cause de grossesse qui relevaient jusqu'alors de la compétence du FMP seront pris en charge par l'INAMI. D'une manière générale, les travailleuses enceintes écartées du travail à partir de cette date percevront une indemnité journalière égale à 78,237% de la rémunération perdue (limitée au plafond de l'assurance indemnités). Il est à noter que cette mesure concerne uniquement les écartements du travail pour cause de grossesse et que les titulaires écartées du travail pour cause d'allaitement sont toujours indemnisées à 60% du salaire perdu (limitée au plafond de l'assurance indemnités).

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 4 comprend :

○ Dépenses relatives à l'assurance maternité

 Le rôle de l'assurance maternité est de fournir un revenu de remplacement durant la période de maternité. La période de repos prénatal prend cours, à la demande de l'intéressée, au plus tôt au début de la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement.

Le repos postnatal se compose d'une période de 9 semaines qui débute le jour de l'accouchement.

Lorsque le repos de maternité se situe dans une période durant laquelle l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnisés et les dépenses correspondantes sont donnés de manière distincte. En 2010, les dépenses relatives à ce groupe restreint s'élevaient à 5.071.995EUR pour 104.821 jours indemnisés. Les montants indemnisés en maternité s'élèvent à 415.385.789 EUR pour 7.249.973 jours.

○ Dépenses concernant l'écartement du milieu de travail

La loi sur le travail du 16 mars 1971 impose à l'employeur de prendre certaines dispositions lorsqu'une travailleuse est enceinte. Si un risque est constaté dans l'exercice de la fonction de la travailleuse enceinte, l'exposition à ce risque doit être évitée. La travailleuse peut ainsi être écartée de son milieu de travail et bénéficier d'une indemnité. Les jours et les montants indemnisés se chiffrent à 2.335.545 jours et 102.857.374EUR. La forte hausse des jours et montants indemnisés entre 2009 et 2010 est principalement liée au transfert de compétence intervenu entre le FMP et l'INAMI au 1^{er} janvier 2010 ainsi qu'à l'adaptation du taux d'indemnisation de l'écartement prénatal.

○ Dépenses relatives au congé de paternité

Le congé de paternité est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002. Les pères ont droit à un congé de 10 jours dont les trois premiers sont à charge de l'employeur. Les 7 jours restants donnent droit à une indemnité versée par les mutualités. Depuis l'introduction de ce congé, le nombre de jours et les montants indemnisés connaissent une tendance globale à la hausse. Cette mesure est donc un succès.

○ Dépenses concernant le congé d'adoption

Depuis le 25 juillet 2004, le travailleur qui adopte un enfant a droit à un congé d'adoption d'une durée ininterrompue de maximum 6 semaines si l'enfant a moins de trois ans au début de ce congé. Ce congé est de maximum 4 semaines si l'âge de l'enfant est compris entre 3 et moins de 8 ans. Le congé d'adoption prend fin une fois que l'enfant a atteint l'âge de 8 ans. Tout comme le congé de paternité, le congé d'adoption connaît un succès croissant.

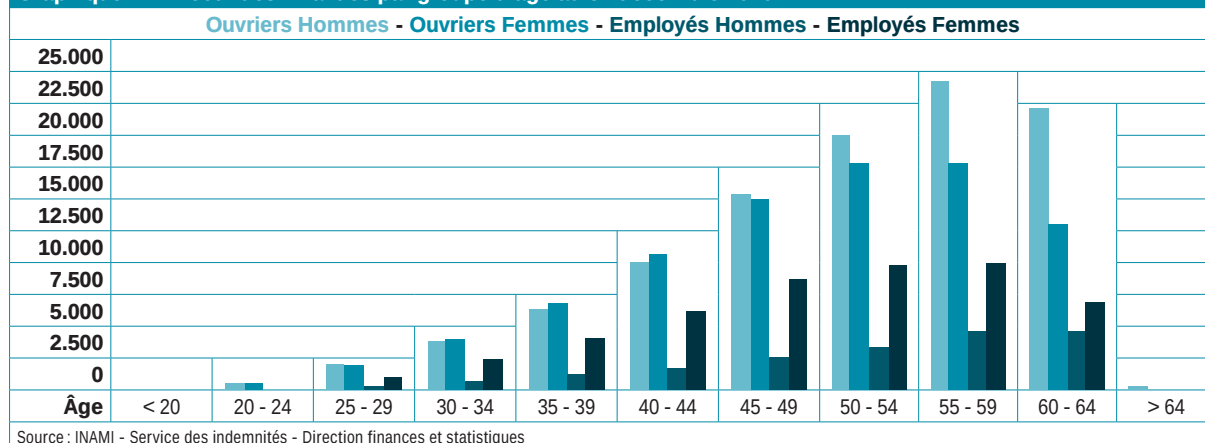
c. Régime général - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge, au 31 décembre 2010

Groupe d'âge	Ouvriers Hommes	Ouvriers Femmes	Employés Hommes	Employés Femmes	Total
< 20	6	0	1	1	8
20 - 24	516	481	60	192	1.249
25 - 29	1.948	1.868	289	970	5.075
30 - 34	3.802	3.947	662	2.362	10.773
35 - 39	6.281	6.720	1.182	4.021	18.204
40 - 44	9.952	10.506	1.643	6.144	28.245
45 - 49	15.228	14.811	2.531	8.573	41.143
50 - 54	19.979	17.532	3.343	9.706	50.560
55 - 59	24.018	17.589	4.559	9.876	56.042
60 - 64	21.873	12.836	4.519	6.836	46.064
> 64	273	150	57	92	572
Total	103.876	86.440	18.846	48.773	257.935

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge au 31 décembre 2010



Comme nous le montrent le tableau 5 et le graphique 1, le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique compte tenu du fait que la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladies, au 31 décembre - Évolution 2006-2010

Groupe de maladies	2006	2007	2008	2009	2010
1. Maladies infectieuses et parasitaires	1.969	2.024	2.108	2.131	2.217
2. Tumeurs	12.918	13.592	14.266	15.103	16.083
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	5.214	5.308	5.430	5.598	5.733
4. Maladies du sang et des organes des hématopoides	373	390	392	413	433
5. Troubles mentaux	70.833	74.054	78.112	83.247	88.535
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	13.450	13.821	14.347	14.883	15.512
7. Maladies de l'appareil circulatoire	19.415	19.372	19.216	19.427	19.571
8. Maladies de l'appareil respiratoire	5.749	5.664	5.562	5.669	5.689
9. Maladies de l'appareil digestif	5.971	6.052	6.143	6.247	6.404
10. Maladies des organes génito-urinaires	1.990	2.002	2.009	2.042	2.110
11. Complications de la grossesse et accouchement	389	436	510	523	481
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1.145	1.203	1.241	1.320	1.375
13. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	55.441	58.032	60.595	65.146	69.583
14. Anomalies congénitales	1.449	1.510	1.536	1.577	1.602
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	27	27	26	19	19
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	4.734	4.895	4.884	5.260	5.427
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	14.755	15.302	15.776	16.538	17.080
Non défini	0	0	0	66	81
Total	215.822	223.684	232.153	245.209	257.935

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des 5 dernières années ventilé selon le groupe de maladie dans lequel les invalides ont été reconnus.

Les principaux groupes de maladie sont les groupes 5, 13 et 7. Au 31 décembre 2010, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 34,32%, 26,98% et 7,59%. Le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2006 et 2010. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois une cause importante d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) a diminué, mais augmente de nouveau à partir de 2009. Le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2006-2010

Nombre de jours - Dépenses										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Ouvriers - Hommes	28.495.318	1.087.268.796	28.923.219	1.123.689.505	29.419.743	1.206.384.896	30.038.025	1.273.293.957	31.044.786	1.360.194.604
Ouvriers - Femmes	19.212.986	581.266.548	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571	24.783.478	882.872.162
Ouvriers - Total	47.708.304	1.668.535.344	49.146.332	1.750.593.609	50.861.835	1.914.536.806	53.121.692	2.065.215.528	55.828.264	2.243.066.766
Employés - Hommes	5.528.477	222.289.859	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664	6.095.739	280.751.592
Employés - Femmes	11.559.704	373.744.883	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015	15.433.034	588.344.540
Employés - Total	17.088.181	596.034.742	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679	21.528.773	869.096.131
Subtotal	64.796.485	2.264.570.085	67.111.419	2.389.409.488	69.717.946	2.621.657.979	73.233.170	2.845.968.207	77.357.037	3.112.162.897
Divers	1.258	2.759	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038	-467	-6.771
Total général	64.797.743	2.264.572.844	67.110.277	2.389.419.193	69.719.153	2.621.793.199	73.232.962	2.845.963.169	77.356.570	3.112.156.126
Evolution par rapport à l'année précédente	2,58%	4,59%	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés en invalidité de 2006 à 2010.

Il ressort clairement de ces chiffres que le nombre de jours indemnisés en invalidité est en constante augmentation depuis ces dernières années. Cette tendance est liée à l'augmentation constante du nombre d'invalides et peut être expliquée par les raisons suivantes :

○ Le relèvement de l'âge de la pension des femmes

L'âge de la pension des femmes a été progressivement aligné sur celui des hommes et l'égalité a été atteinte en 2009. Cette mesure implique notamment que les femmes peuvent rester plus longtemps en invalidité ou entrer à un âge plus avancé en invalidité.

○ Le taux croissant de participation des femmes sur le marché du travail

Au cours de ces dernières années, on a pu constater que le taux de participation des femmes sur le marché du travail a fortement augmenté y compris dans les tranches d'âges plus élevées. La société évolue de plus en plus vers un modèle de ménages à double revenus où aussi bien l'homme que la femme prend part à la vie active. Le nombre de titulaires assujettis à l'assurance indemnité, et donc susceptibles d'entrer en incapacité de travail, augmente.

○ Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population belge est un fait. En analysant l'évolution de la population belge par tranches d'âge, on peut constater que le nombre de personnes repris dans la tranche 50-59 ans est en croissance. Dans les tranches d'âge plus jeunes, on enregistre une tendance à la baisse. Vu que l'incapacité de travail est un phénomène qui croît avec l'âge, l'augmentation du nombre de personnes âgées engendre un nombre plus important de cas d'incapacité primaire et d'invalidité.

○ Prévention

Enfin, force est de constater que des glissements importants s'opèrent dans les pathologies entraînant une invalidité. Grâce entre autres au progrès de la science médicale, certaines maladies peuvent être correctement traitées. D'un autre côté, le nombre d'invalides souffrant de troubles psychiques et de maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif augmente considérablement. Sur la base de cette constatation, une politique de prévention spécifique pourrait éventuellement être élaborée, accordant une attention particulière à la prévention des nouvelles pathologies apparues. À la lumière des évolutions constatées, le contrôle médical de l'incapacité de travail devrait davantage se focaliser sur les nouvelles pathologies.

2. Régime des indépendants

a. Régime des indépendants - Incapacité primaire



La **période d'incapacité primaire** est la première année d'incapacité de travail. Lorsque la maladie atteint une année, le titulaire reconnu en incapacité de travail entre en période d'invalidité.

Tableau 1 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2006-2010					
Nombre de jours - Dépenses					
	2006	2007	2008	2009	2010
Indépendants	1.571.126 40.568.670	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478
Conjoints aidants	131.396 3.223.749	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663
Total général	1.702.522 43.792.419	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196	1.940.866 67.469.141
Évolution par rapport à l'année précédente	2,11% 3,32%	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 1 donne les jours et les montants indemnisés de 2006 à 2010 pour des périodes d'incapacité primaire selon le type d'indépendants.

En 2010, le nombre total de jours augmente de 44.474 (+2,35%) par rapport à 2009. Le nombre de jours indemnisés augmente de 45.383 (+2,55%) dans la catégorie des indépendants alors que ce nombre est en diminution chez les conjoints-aidants (-909 soit -0,77%). En 2010, l'augmentation de 5,91% des dépenses par rapport à 2009 est notamment due à l'augmentation du nombre de jours indemnisés ainsi qu'aux revalorisations des forfaits d'incapacité primaire intervenues en 2010.

Tableau 2 - Nombre de cas de maladie terminés répartis selon la durée de l'incapacité de travail reconnue - Évolution 2006-2010						
Durée	2006	2007	2008	2009	2010	% 2010
29 - 98 jours	3.683	3.550	3.528	3.637	3.563	29,77%
99 - 337 jours	4.105	4.078	4.170	4.407	4.577	38,24%
338 - 365 jours	3.590	3.640	3.428	3.662	3.830	32,00%
Total	11.378	11.268	11.126	11.706	11.970	100,00%
Évolution par rapport à l'année précédente	0,34%	-0,97%	-1,26%	5,21%	2,26%	

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 2 montre la durée des périodes d'incapacité primaire. Ce tableau a pour but de répartir les cas indemnisés en incapacité primaire selon la durée totale de l'incapacité de travail reconnue exprimée en jours. Seuls les cas dont l'incapacité de travail s'est terminée au cours de l'année examinée peuvent être répertoriés dans une catégorie de durée déterminée. Les cas d'incapacité de travail dont la durée d'incapacité n'est pas supérieure à la période de carence de un mois ne sont pas repris dans ces chiffres. Si l'incapacité se prolonge au delà de la période d'un mois, le cas est codifié pour la durée totale de l'incapacité.



La **période de carence** est une période d'incapacité primaire non indemnisable.

Ce tableau montre que 29,77% des cas ont une durée comprise entre 29 et 98 jours, 38,24% entre 99 et 337 jours et 32,00% entre 338 et 365 jours. Cette dernière période allant de 338 à 365 jours contient notamment les cas de maladie qui atteignent un an d'incapacité et qui entreront probablement en invalidité.

Tableau 3 - Nombre moyen de jours indemnisés par cas et nombre moyen de cas de maladie par 1.000 titulaires - Évolution 2006-2010

Durée d'indemnisation moyenne - Nombre moyen de cas										
	2006		2007		2008		2009		2010	
Hommes	140,80	20,60	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55	145,86	19,73
Femmes	142,45	20,48	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01	142,60	22,13
Total	141,34	20,56	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02	144,75	20,48

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 3 donne la durée moyenne d'indemnisation par cas de maladie en période d'incapacité primaire. Il faut analyser les chiffres en tenant compte de la période de carence qui est de un mois. Ce tableau donne également le nombre moyen de cas de maladie pour 1 000 titulaires. Ainsi, en 2010, sur 1 000 titulaires indépendants on enregistre 20,48 cas de maladie. Chez les hommes, on dénombre 19,73 cas de maladie pour 1000 titulaires alors que ce nombre s'élève à 22,13 pour les femmes.

b. Régime des indépendants - Maternité

Tableau 4 - Nombre de cas indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2006-2010					
Nombre de cas - Dépenses					
	2006	2007	2008	2009	2010
En incapacité primaire					
Indépendantes	5.056 10.354.587	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729
Conjointes aidantes	320 644.280	240 538.069	250 676.360	199 557.540	220 627.283
Total	5.376 10.998.868	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935	5.473 15.759.012
Maternité de titulaires invalides					
Indépendantes	12 24.386	11 18.369	14 32.156	7 19.272	16 45.853
Conjointes aidantes	0 0	0 -1.924 (1)	0 0	0 0	0 0
Total	12 24.386	11 16.445	14 32.156	7 19.272	16 45.853
Évolution par rapport à l'année précédente	4,85% 6,65%	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%	0,75% 3,71%
Congé d'adoption					
Indépendantes + conjointes aidantes	- -	25 47.554	47 90.051	33 63.442	53 97.824
(1) Régularisation					
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques					

Le tableau 4 donne les cas et les dépenses relatives à la maternité.



Le rôle de l'**assurance maternité** est de fournir un revenu de remplacement forfaitaire aux titulaires indépendantes durant la période de maternité.

Jusqu'au 30 juin 2007, la période de repos de maternité était de 6 semaines (+1 semaine en cas de naissance multiple). A partir du 1^{er} juillet 2007 et jusqu'au 31 décembre 2008, la période de maternité constituait une période de repos de 8 semaines mais pouvait, au choix de la titulaire, être limitée à 6 ou 7 semaines (+1 semaine en cas de naissance multiple).

Une nouvelle règle est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 : le repos de maternité est une période de minimum 3 semaines (une avant et deux après l'accouchement). Cette période peut être prolongée par blocs d'une ou plusieurs semaines avec un maximum de 8 semaines. Cette période est prolongée d'une semaine en cas de naissance multiple.

Les dépenses relatives au repos de maternité en incapacité primaire ont augmenté de 729.113 EUR entre 2006 et 2007. Cette augmentation s'explique principalement par l'introduction de la nouvelle mesure entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2007. L'augmentation des dépenses de maternité en incapacité primaire est beaucoup plus marquée entre 2007 et 2008 (+ 3.158.397 EUR). Cette augmentation trouve son origine dans les trois adaptations des prestations à l'indice santé intervenues en 2008 et dans le fait que la mesure introduite le 1^{er} juillet 2007 joue sur l'ensemble de l'exercice 2008 (contre 6 mois en 2007). En 2010, les dépenses relatives au repos de maternité en période d'incapacité primaire s'élèvent à 15.759.012 EUR (+3,54% par rapport à 2009) pour 5.473 cas.

Pour les cas où le repos de maternité se situe dans une période durant laquelle l'intéressée est reconnue invalide, les jours indemnités et les dépenses correspondantes sont donnés de manière distincte. Les dépenses de 2010 pour le repos de maternité en période d'invalidité sont de 45.853 EUR pour 16 cas.

Un congé d'adoption a été introduit au 1^{er} février 2007. 25 cas de congé d'adoption ont été dénombrés en 2007, 47 en 2008, 33 en 2009 et 53 en 2010.

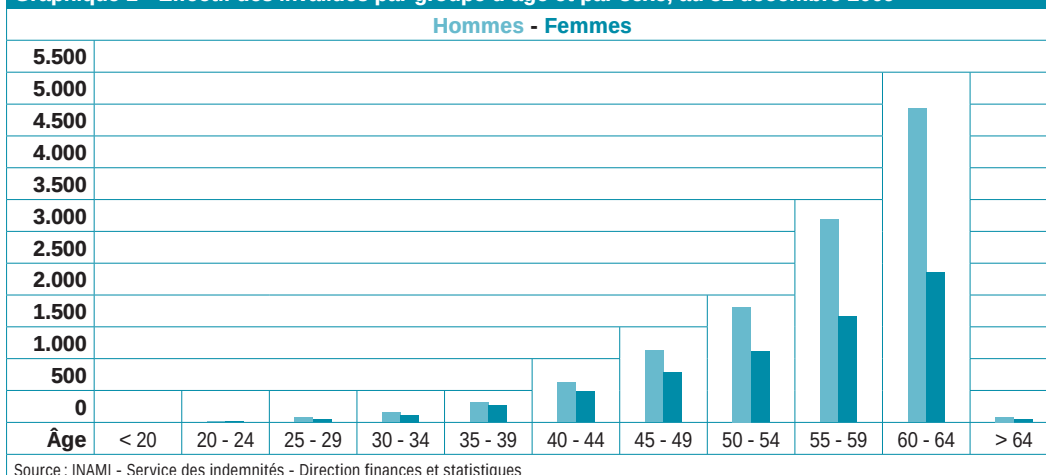
c. Régime des indépendants - Invalidité

Tableau 5 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2010

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 20	0	0	0
20 - 24	14	7	21
25 - 29	74	43	117
30 - 34	161	117	278
35 - 39	327	270	597
40 - 44	653	509	1.162
45 - 49	1.184	820	2.004
50 - 54	1.903	1.167	3.070
55 - 59	3.353	1.746	5.099
60 - 64	5.188	2.477	7.665
> 64	83	40	123
Total	12.940	7.196	20.136

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Graphique 1 - Effectif des invalides par groupe d'âge et par sexe, au 31 décembre 2009



Comme on le constate à la lecture du tableau 5 et du graphique 1, le nombre d'invalides croît à mesure que l'âge augmente. Cette constatation est logique, car la probabilité de tomber malade augmente également avec l'âge.

Tableau 6 - Effectif des invalides par groupe de maladie au 31 décembre - Évolution 2006-2010

Groupe de maladies	2006	2007	2008	2009	2010
1. Maladies infectieuses et parasitaires	172	181	181	186	193
2. Tumeurs	1.625	1.770	1.837	1.978	2.029
3. Maladies endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	499	478	450	467	471
4. Maladies du sang et des organes des hématopoides	26	32	31	31	31
5. Troubles mentaux	3.282	3.397	3.439	3.678	3.890
6. Maladies du système nerveux et des organes des sens	1.023	1.053	1.106	1.168	1.208
7. Maladies de l'appareil circulatoire	2.684	2.668	2.591	2.551	2.533
8. Maladies de l'appareil respiratoire	489	478	464	435	429
9. Maladies de l'appareil digestif	456	449	446	463	471
10. Maladies des organes génito-urinaires	149	148	160	180	189
11. Complications de la grossesse et accouchement	6	8	5	6	5
12. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	99	107	105	112	122
13. Maladies du syst. ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif	4.897	5.052	5.157	5.526	5.805
14. Anomalies congénitales	71	68	78	77	72
15. Affections trouvant origine dans la période périnatale	2	2	5	2	1
16. Symptômes, signes et états morbides mal définis	511	484	436	446	434
17. Lésions traumatiques et empoisonnements	1.942	2.027	2.061	2.143	2.241
Inconnu	0	0	0	10	12
Total	17.933	18.402	18.552	19.459	20.136

Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques

Le tableau 6 donne le nombre d'invalides répertoriés au 31 décembre des 5 dernières années ventilé selon le groupe de maladie dans lequel les invalides ont été reconnus. Les principaux groupes de maladie sont les groupes 13, 5 et 7. Au 31 décembre 2010, les pourcentages des invalides appartenant à ces différents groupes sont respectivement de 28,83%, 19,32% et 12,58%. Tout comme dans le régime général, le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2006 et 2010. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et tissu conjonctif (affections du plan dorsal, rhumatismes articulaires, etc.) restent toutefois la cause principale d'invalidité. L'importance des maladies de l'appareil circulatoire (infarctus, arythmie, hypertension, thromboses, etc.) - le 3^e plus important groupe de maladies - a plutôt tendance à diminuer alors que le nombre de tumeurs (tumeur du sein, leucémie, etc.) croît chaque année.

Tableau 7 - Nombre de jours indemnisés et dépenses correspondantes (en EUR) - Évolution 2006-2010					
Nombre de jours - Dépenses					
	2006	2007	2008	2009	2009
Indépendants					
Hommes	3.702.282 117.851.791	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880
Femmes	1.504.664 42.790.636	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719
Total	5.206.946 160.642.427	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784	5.742.250 220.471.599
Conjoints aidants					
Hommes	12.626 349.866	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060	23.774 795.858
Femmes	203.737 5.194.266	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904
Total	216.363 5.544.133	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459	386.024 12.786.761
Inconnu	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Total général	5.423.309 166.186.560	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243	6.128.274 233.285.360
Évolution par rapport à l'année précédente	3,02% 11,54%	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%
Source : INAMI - Service des indemnités - Direction finances et statistiques					

Le tableau 7 donne les jours et les montants indemnisés relatifs à l'invalidité. En 2007, les dépenses augmentent de 11,62% par rapport à 2006 suite à la liaison des indemnités au minimum pension (régime des indépendants) pour les titulaires avec charge de famille et isolés. L'augmentation de 8,87% des dépenses constatée entre 2007 et 2008 est quant à elle due aux trois adaptations des prestations à l'indice santé et aux deux revalorisations des forfaits d'invalidité intervenues en 2008. La croissance de 7,26% constatée 2009 et de 7,68% en 2010 est pour sa part liée aux différentes revalorisations des forfaits intervenues en 2009 et 2010 ainsi qu'à l'augmentation de l'effectif des invalides.

III. Statistiques d'évaluation et de contrôle médicaux

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) est chargé des missions d'information, d'évaluation et de contrôle des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités. Pour une série de statistiques sur la mission de contrôle, voir point 3 ci-dessous.

Dans le domaine de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité, le SECM participe, ainsi que les médecins-conseils des organismes assureurs, au contrôle de l'incapacité de travail au sein des Commissions Régionales du Conseil Médical d'Invalidité (CRCMI).



Vous pouvez consulter des statistiques sur les indemnités : voir 6^e partie, II.

1. Mission d'information du SECM

Le SECM informe les dispensateurs de soins au moyen de brochures didactiques intitulées "Infobox".

Liste des brochures d'information "infobox" disponibles :

- Infobox médecin spécialiste
- Infobox médecin généraliste - version revue
- Infobox soins infirmiers à domicile
- Infobox kinésithérapeute
- Infobox pharmacien.

Les inspecteurs et contrôleurs exercent aussi une mission d'information et de prévention des infractions lors des contacts avec les dispensateurs en les informant sur la portée de telle ou telle disposition légale ou réglementaire.

2. Mission d'évaluation du SECM

Le SECM évalue aussi les prestations de l'assurance soins de santé et met en évidence les phénomènes de surconsommation ou de surprescription de prestations. Des recommandations de bonne pratique médicale et des indicateurs de déviation manifeste doivent l'y aider.

Liste des sujets d'évaluation terminés en 2011 :

- clichés panoramiques en dentisterie
- plavix® : la procédure de remboursement
- attestation des examens diagnostiques en médecine nucléaire
- services des urgences : budget des consultations

3. Mission de contrôle du SECM

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux constate les infractions commises par les dispensateurs, tant dans le domaine de la réalité-conformité à la réglementation que dans celui de la surconsommation/surprescription.

Pour cela, le service réalise des enquêtes thématiques via la CENEC (Cellules d'enquête nationales - Nationale enquêtecél) et des enquêtes individuelles.

a. Enquêtes thématiques clôturées en 2011

- CT-scans : attestations biquotidiennes pour crâne ou colonne
- Dolantine® - Fortal® : prescriptions de quantités anormales
- Psychiatrie : examens d'entrée et de sortie
- Kinésithérapie : nombre de prestations quotidiennes
- Prestations en réanimation : mesure d'impact

b. Enquêtes individuelles

NOMBRES D'ENQUÊTES CLÔTURÉES

Tableau 1 - Enquêtes clôturées en 2011		
Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	121	12,1%
Médecins spécialistes	200	20,0%
Pharmaciens	32	3,2%
Dentistes	85	8,5%
Infirmiers	176	17,6%
Kinésithérapeutes	64	6,4%
Logopèdes	4	0,4%
Orthopédistes	8	0,8%
Bandagistes	17	1,7%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	16	1,6%
Opticiens	1	0,1%
Prothésistes acousticiens	5	0,5%
Pharmaciens biologistes	2	0,2%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	135	13,5%
MRPA	7	0,7%
Assurés	54	5,4%
Autres	73	7,3%
Total	1.000	100%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

NOMBRE D'ENQUÊTES DÉBUTÉES

Tableau 2 - Enquêtes débutées en 2011		
Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de dossiers	% des dossiers
Médecins généralistes	109	12,2%
Médecins spécialistes	239	26,6%
Pharmaciens	26	2,9%
Dentistes	70	7,8%
Infirmiers	183	20,4%
Kinésithérapeutes	19	2,1%
Logopèdes	4	0,4%
Orthopédistes	8	0,9%
Bandagistes	14	1,6%
Dispensateurs d'implants, prothèses et appareillages divers	5	0,6%
Prothésistes acousticiens	2	0,2%
Pharmaciens biologistes	2	0,2%
Hôpitaux, établissements, services ou centres de soins	91	10,1%
MRPA	8	0,9%
MRS	3	0,3%
Laboratoires agréés	2	0,2%
Assurés	45	5,0%
Autres	67	7,5%
Total	897	100%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

RÉSULTATS DES ENQUÊTES

Tableau 3 - Résultat des enquêtes clôturées en 2011		
Type des dossiers 2011	Nombre de dossiers	% des dossiers
Informatif	26	2,6%
Négatif	212	21,2%
Sans suivi SECM mais avec action pour tiers	91	9,1%
Avertissement	162	16,2%
Avertissement avec remboursement volontaire	334	33,4%
À poursuivre	176	17,6%
Total	1.000	100%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La catégorie **“informatif”** concerne les dossiers qui, après audition du plaignant et/ou du dispensateur, se sont terminés sans constat d'infraction.
- La catégorie **“négatif”** représente les cas où, après vérification des données, les suspicions d'erreurs ou de fraude s'avèrent non-fondées.
- La catégorie **“sans suivi SECM mais avec action pour tiers”** contient tous les constats établis pour tiers et transmis à d'autres institutions (ex. : Procureur du Roi, Ordre des médecins).

- Les catégories **“avertissement”** et **“avertissement avec remboursement volontaire”** reprennent les cas où, de bonne foi, le dispensateur a attesté erronément des prestations. Dans ce cas, le constat d'infraction n'entraîne pas l'ouverture d'une procédure devant les juridictions administratives mais l'envoi d'un avertissement avec, le cas échéant, le remboursement volontaire des prestations indues. Les sommes concernées par cette situation font l'objet du tableau 4.

Tableau 4 - Remboursements volontaires - Enquêtes clôturées en 2011		
Type/qualification du concerné par l'enquête	Remboursements volontaires (en EUR)	%
Médecins généralistes	87.187,90	3,24%
Médecins spécialistes	511.214,16	18,97%
Pharmaciens	88.526,93	3,29%
Dentistes	25.474,17	0,95%
Infirmiers	284.133,68	10,55%
Kinésithérapeutes	288.292,67	10,70%
Logopèdes	154,69	0,01%
Orthopédistes	7.782,78	0,29%
Bandagistes	6.962,73	0,26%
Prothésistes	297.429,45	11,04%
Prothésistes acousticiens	21.000,00	0,78%
Pharmaciens biologistes	488.481,02	18,13%
Hôpitaux ou centres de soins	393.958,49	14,62%
Autres	193.653,69	7,19%
Totaux	2.694.252,36	100%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- La catégorie **“à poursuivre”** : cette catégorie comprend les dossiers introduits auprès d'un des organes de juridiction administrative et pénale en fonction du type d'infraction constaté.

PROCÉDURES

Lorsqu'un dispensateur de soins ne se conforme pas aux dispositions légales ou réglementaires des procédures administratives sont entamées. Ces procédures peuvent amener à ce que les mesures applicables, à savoir le remboursement de l'indu et/ou une amende administrative soient infligées. Ces procédures administratives se déroulent devant les organes du contentieux.

Le Comité SECM

Les dossiers relatifs à la surconsommation ou à la surprescription lui sont soumis afin de décider si ces affaires doivent être classées sans suite, clôturées par un avertissement ou être introduites en Chambre de première instance (CPI - voir plus loin). En 2011, deux dossiers ont été soumis au Comité. Les deux dossiers ont été introduits en CPI.

Le Fonctionnaire dirigeant du SECM

Les lois de décembre 2006 ont confié au Fonctionnaire-dirigeant (F.D.) du SECM, le pouvoir de connaître des constats faits à charge de dispensateurs attestant des prestations non effectuées ou non-conformes.

Sur base de ces constats, il peut :

- ordonner le remboursement des prestations indûment attestées
- et/ou imposer le paiement d'amendes administratives, éventuellement assorties d'un sursis.

Trois conditions cumulatives limitent ses compétences :

- il ne traite que les affaires dans lesquelles la valeur des prestations litigieuses ne dépasse pas 25.000 EUR
- il ne peut y avoir d'indices de manœuvres frauduleuses
- il ne peut y avoir de mesure prise dans les cinq années qui précèdent le constat de l'infraction.

Tableau 5 - Décisions F.D. en 2011

Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	4	12.121,09	6.348,64	3.487,75
Médecins spécialistes	9	60.492,48	22.058,89	6.915,98
Pharmaciens	5	37.875,96	49.158,65	4.272,28
Dentistes	9	42.696,84	11.275,53	6.200,51
Infirmiers	69	343.659,38	85.958,51	88.692,28
Kinésithérapeutes	3	31.598,75	17.014,99	4.775,35
Orthopédistes	1	809,73	0.00	0.00
Prothésistes acousticiens	1	15.940,25	7.970,12	0.00
MRS	1	11.448,45	7.224,22	0.00
Autres	2	14.061,60	6.676,19	1.787,21
Totaux	104	570.704,53	213.685,73	116.131,36

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre d'appel contre ces décisions en Chambre de première instance (CPI) :

Tableau 6 - Appels en CPI contre la décision du F.D. en 2011

Nombre de décisions FD	Nombre de recours en CPI	%
104	46 (dont 36 infirmiers)	44

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

○ La Chambre de première instance

 La **Chambre de première instance (CPI)** est une juridiction administrative présidée par un magistrat de l'Ordre judiciaire, assisté de quatre membres, deux nommés par le Roi sur proposition des organismes assureurs, et deux de la profession du dispensateur comparant, nommés par le Roi sur proposition des différentes catégories de dispensateurs de soins..

Cette juridiction statue :

- sur les appels introduits contre les décisions prises par le F.D.

Décisions prises en degré d'appel (F.D.)

 La décision de la CPI sur un dossier n'est pas liée à l'année calendrier durant laquelle l'appel est introduit. Le nombre total de décisions dans le courant d'une année déterminée peut donc être plus élevée ou plus bas que le nombre total de dossiers pour lesquels un appel a été introduit durant cette même année.

Tableau 7 - Décisions en 2011 de la CPI agissant en degré d'appel contre la décision du F.D.

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	2	19.842,71	23.125,09	6.638,97
Médecins spécialistes	4	48.084,37	4.161,97	26.486,64
Pharmaciens	4	47.503,46	36.843,20	41.070,90
Dentistes	5	55.229,88	25.969,50	0,00
Infirmiers	6	31.290,38	7.519,83	7.184,10
Kinésithérapeutes	1	0,00	0,00	0,00
Autres	1	4.608,94	0,00	0,00
Totaux	23	206.559,74	97.619,58	81.380,60

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

- en premier ressort, elle décide aussi, dans toutes les affaires qui échappent à la compétence du F.D.

Comme le F.D., la CPI est compétente pour se prononcer sur :

- le remboursement de l'indu à l'assurance soins de santé
- et/ou le paiement d'amendes administratives, effectives ou avec sursis.

Tableau 8 - Décisions de la CPI agissant en premier ressort en 2011

Type/qualification du concerné par l'enquête	Nombre de décisions	Remboursements ordonnés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	3	122.208,49	39.933,88	39.933,88
Médecins spécialistes	16	667.001,25	24.847,47	77.909,73
Pharmaciens	12	395.026,06	509.547,76	58.399,16
Dentistes	4	149.578,25	13.716,17	13.715,86
Infirmiers	23	1.610.882,37	725.751,17	31.508,13
Kinésithérapeutes	1	14.481,17	21.034,20	0,00
Bandagistes	3	203.593,76	16.721,55	0,00
Hôpitaux ou centres de soins	4	1.094.347,55	0,00	0,00
Totaux	66	4.257.118,90	1.351.552,19	221.466,75

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Nombre d'appel contre ces décisions en Chambre de recours (C.R.):

Tableau 9 - Recours contre les décisions du CPI en 2011

Nombre de décisions CPI	Nombre de recours en CR			
	par le prestataire		par le SECM	
89	24 (dont 10 infirmiers)	27%	2	2%

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

o La Chambre de recours



La **Chambre de recours (CR)** est également une juridiction administrative, composée comme la Chambre de première instance, la différence étant que seul le magistrat président a voix délibérative, les quatre autres membres ayant voix consultative. Elle se prononce en degré d'appel sur les contestations relatives aux décisions de la Chambre de première instance.



La décision de la C.R. sur un dossier n'est pas liée à l'année calendrier durant laquelle l'appel est introduit. Le nombre total de décisions dans le courant d'une année déterminée peut donc être plus élevée ou plus bas que le nombre total de dossiers pour lesquels un appel a été introduit durant cette même année.

Tableau 10 - Décisions de la Chambre de recours en 2011

Qualification du dispensateur	Nombre de décisions	Remboursements imposés (EUR)	Amendes effectives (EUR)	Amendes avec sursis (EUR)
Médecins généralistes	3	18.724,31	30.719,99	0
Médecins spécialistes	5	56.210,91	0	0
Pharmaciens	3	45.952,74	69.186,78	0
Dentistes	1	410,46	0.00	0.00
Infirmiers	13	136.892,61	12.443,44	2.425,78
Bandagistes	1	19.556,28	9.778,14	9.778,16
Totaux	26	277.747,31	122.128,35	12.203,94

Source : Service d'évaluation et de contrôle médicaux

LA JURISPRUDENCE

L'INAMI publie les décisions définitives (anonymisées) du F.D, de la CPI et de la CR.



Plus d'informations sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Informations générales > Jurisprudence des instances administratives et juridictionnelles instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

IV. Statistiques du contrôle administratif

Le Service du contrôle administratif (SCA) doit veiller à ce que les sept organismes assureurs ¹(O.A.), et plus particulièrement les mutualités qu'ils chapeautent, respectent les dispositions légales et réglementaires.

Vous trouverez une liste des mutualités sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be > rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités

Les missions du SCA sont les suivantes :

- informer, conseiller et contrôler les mutualités sur l'application correcte de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance SSI), et veiller à un traitement équitable des assurés sociaux
- tenter de prévenir l'infraction aux règles par les mutualités, certains dispensateurs de soins ou assurés (par exemple, la fraude sociale), et sanctionner, si nécessaire
- gérer, surveiller et contrôler la bonne exécution du maximum à facturer, de l'intervention majorée et du statut Omnio, en collaboration avec les mutualités, le Service public fédéral Finances et la Banque Carrefour de la sécurité sociale afin de garantir le droit à ces trois interventions pour les assurés sociaux
- dans certains cas, délivrer des bons de cotisations de sorte que les assurés sociaux puissent faire régulariser leur situation d'assurabilité par leur mutualité
- établir certaines attestations (attestation d'assuré social ou attestation de couverture provisoire auprès de la mutualité, attestation de veuf/veuve, attestation de pensionné, etc.) afin que les assurés sociaux puissent fournir, à leur mutualité, la preuve de leur statut.

Cette partie du rapport annuel présente des statistiques sur le contenu concret des missions de contrôle du SCA pour les années 2009, 2010 et 2011, statistiques qui donnent un aperçu du fonctionnement du Service.

Le SCA établit aussi des statistiques sur les assurés sociaux : voir 6^e partie, V.

Plus d'informations sur les organes et la structure administrative du SCA sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI.

1 Les sept organismes assureurs sont :
 - ANMC : Alliance nationale des mutualités chrétiennes
 - UNMN : Union nationale des mutualités neutres
 - UNMS : Union nationale des mutualités socialistes
 - UNML : Union nationale des mutualités libérales
 - MLOZ : Mutualités libres – Onafhankelijke ziekenfondsen
 - CAAMI : Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
 - SNCB Holding : Caisse de la Société nationale des chemins de fer



Le Contrat d'administration conclu entre l'État et l'INAMI impose au moins deux contrôles thématiques par an pour que l'INAMI puisse remplir, en permanence, son rôle de prévention par le biais de feed-back et de recommandations aux mutualités.

1. Contrôles thématiques

L'inspection de l'INAMI a évolué d'une philosophie de contrôle basée sur des dossiers individuels vers une philosophie de contrôle basée davantage sur des thèmes.

abc Les **contrôles thématiques** sont des contrôles centralisés portant sur un segment spécifique de l'assurance SSI. Le but est d'analyser les procédures de contrôle internes des mutualités. Les contrôles thématiques visent avant tout un traitement uniforme des assurés sociaux par les mutualités.

La proportion des contrôles thématiques effectués dans le cadre du programme de contrôles s'élève actuellement à quelque 40%.

Le ciblage des contrôles diffère d'un contrôle thématique à l'autre. L'importance du nombre d'affiliés par mutualité n'est donc pas le seul critère pour organiser des contrôles.

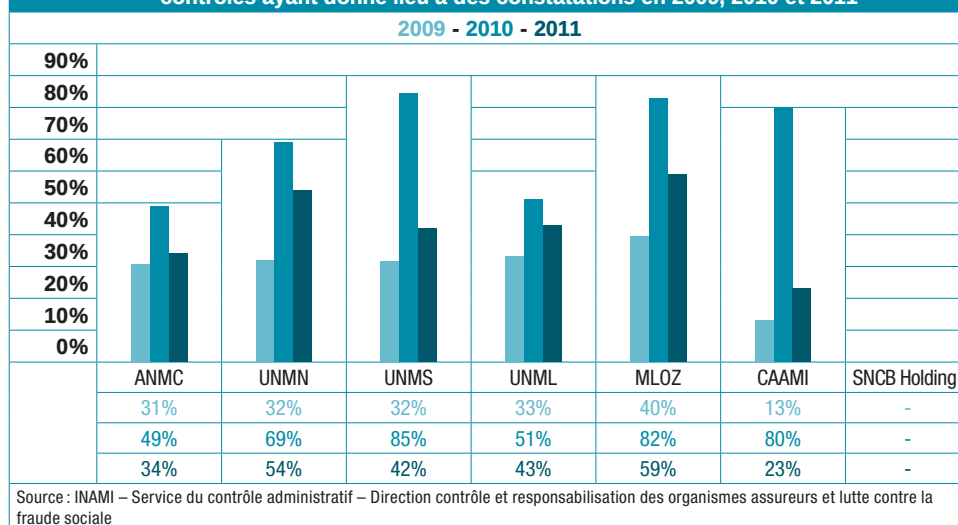
L'approche de chaque contrôle thématique est entièrement documentée : il y a un syllabus par contrôle thématique expliquant le thème, décrivant l'approche et la méthodologie, comprenant un questionnaire standardisé, des rapports types, etc. Une telle approche garantit un traitement équitable de tous les dossiers.

Les contrôles effectués peuvent donner lieu à des constatations. En l'absence de constatations, le dossier contrôlé est considéré comme étant correct.

abc Les **constatations** concernent des récupérations, paiements supplémentaires, sanctions ou remarques résultant d'un contrôle.

A l'issue de chaque contrôle thématique, un rapport d'analyse est réalisé et diffusé aux organes de gestion de l'INAMI et aux différents acteurs de l'assurance (O.A., ministre de tutelle, partenaires sociaux, etc.). Chaque rapport présente la méthodologie, les résultats des contrôles et contient des recommandations pour l'amélioration des pratiques de travail des O.A.

Graphique 1 – Contrôles thématiques “indemnités” effectués par le SCA – Pourcentage des contrôles ayant donné lieu à des constatations en 2009, 2010 et 2011



! La CAAMI est une institution de plus petite taille où, toutes proportions gardées, seul un nombre limité de contrôles a été effectué. Le pourcentage élevé de constatations au sein de la CAAMI est dû justement à sa petite taille, et n'est donc pas représentatif.

Un contrôle thématique très spécifique est le contrôle thématique annuel "Article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juin 1994 (loi SSI)".

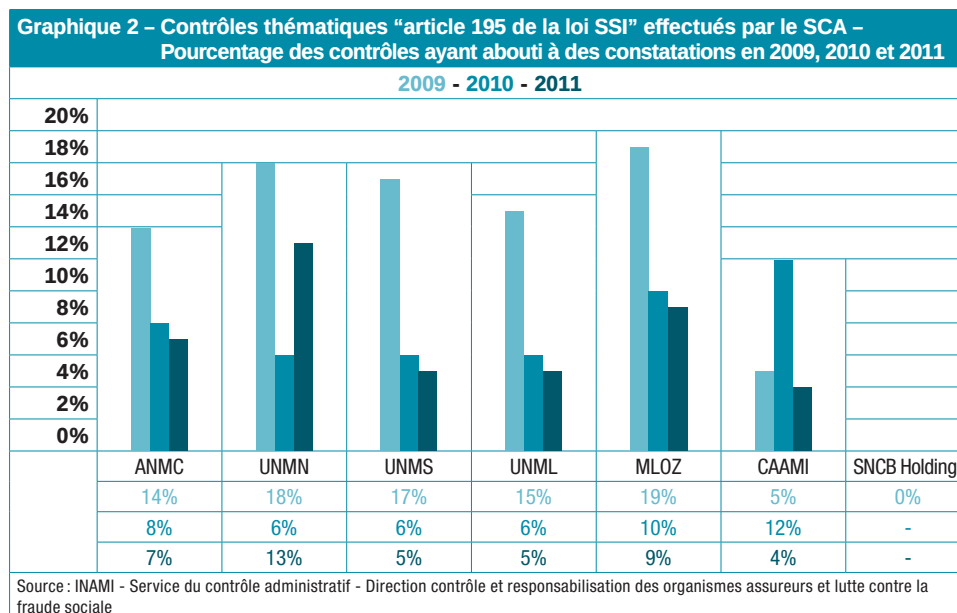
Les personnes ou organisations qui ont indûment perçu des indemnités de l'assurance SSI sont tenues d'en rembourser la valeur à l'O.A. qui les a versées (article 164 de la loi SSI). Les O.A. doivent, à leur tour, récupérer ces indemnités et inscrire leurs montants sur les listes prévues à cet effet. Ces listes ont une incidence majeure sur les frais d'administration que les O.A. reçoivent chaque année. Les frais d'administration augmentent en effet d'un pourcentage des montants récupérés (l'article 195 de la loi SSI décrit ce mécanisme).

Ces augmentations sont cependant liées à certaines conditions :

- Il ne peut pas s'agir de remboursements spontanés.
- Le montant payé indûment ne peut résulter d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné.
- La récupération ne peut résulter d'un constat du SCA ou de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités.

@ Plus d'informations sur l'OCM sur le site Internet : www.ocm-cdz.be

Lors du contrôle thématique en question, le SCA compare les listes avec les montants récupérés par l'O.A. pour s'assurer que les montants y figurent à juste titre.



L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM) est compétent pour l'exécution et le contrôle de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités (statuts, comptabilité, règles en matière d'assurance complémentaire, etc.).

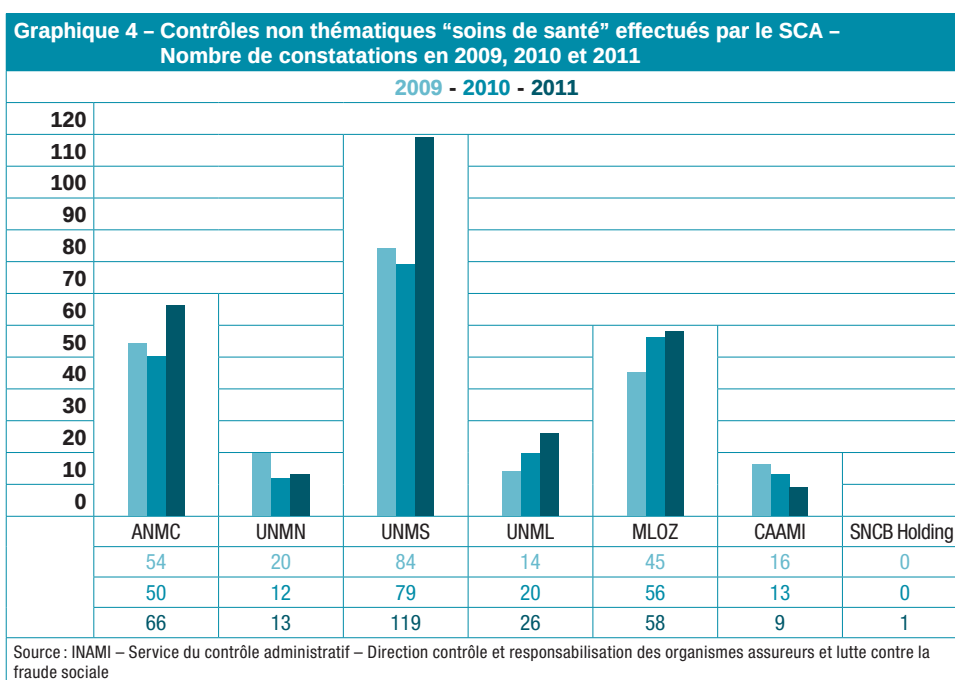
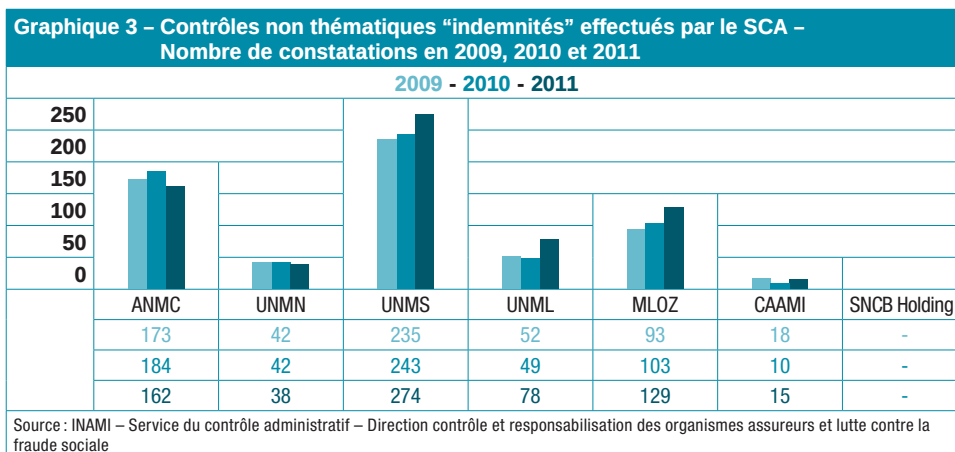
! Ce contrôle thématique porte essentiellement sur les indemnités d'incapacité de travail octroyées aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Les agents de la SNCB sont des fonctionnaires statutaires qui ne tombent pas sous ces régimes. La Caisse des soins de santé de la SNCB holding n'introduit donc pas de listes à contrôler dans le cadre de ce contrôle thématique.

2. Contrôles non thématiques

Outre les contrôles thématiques systématiques, le SCA effectue également de nombreux autres contrôles (les contrôles dits “non thématiques”) :

- les contrôles relatifs à l'assurance indemnités
- les contrôles relatifs à l'assurance soins de santé

L'origine de ces contrôles est diverse : ils peuvent être effectués à la demande de tiers, en réponse à des plaintes ou questions d'auditeurs du travail, à la demande d'autres services de l'INAMI, de cabinets ou d'autres institutions sociales, etc. Lors de ces contrôles, l'accent est souvent mis sur la transmission d'informations aux demandeurs.



3. Lutte contre la fraude sociale

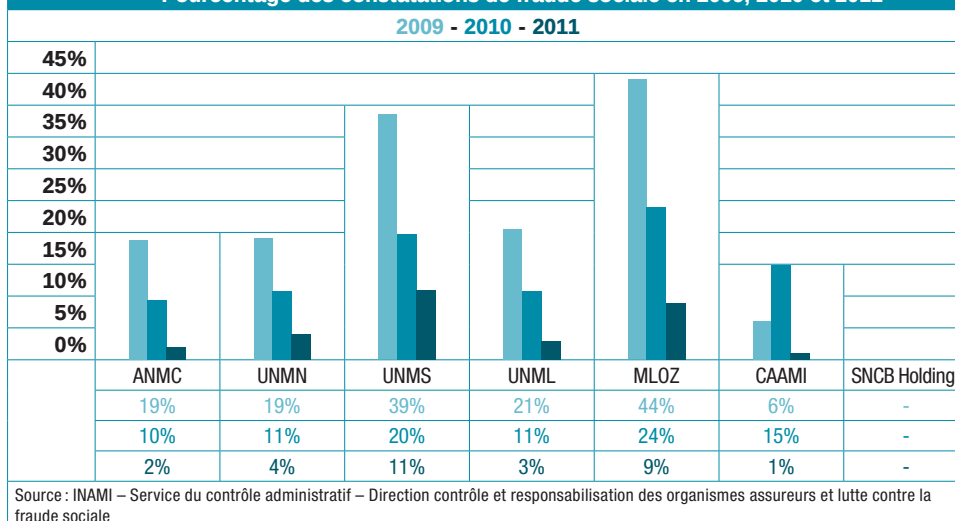
La lutte contre la fraude sociale est essentielle pour le SCA. Le Service détecte entre autres :

- les cumuls non autorisés d'indemnités SSI et du revenu déclaré à l'ONSS (détection via un croisement de données (datamatching) ou un croisement de banques de données)
- les assujettissements fictifs à la sécurité sociale
- les activités non autorisées (travail au noir)
- les fraudes portant sur le domicile
- les fraudes relatives à la carte SIS
- etc.



Afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale, le SCA s'est engagé, dans le contrat d'administration 2010-2012, à détecter le cumul d'indemnités SSI et de prestations déclarées à l'ONSS. Ceci se fait via un croisement de données (datamatching), à participer à la détection et à la lutte contre les assujettissements fictifs et à rédiger un rapport annuel sur la lutte contre la fraude.

Graphique 5 – Constatations lors de contrôles effectués par le SCA – Pourcentage des constatations de fraude sociale en 2009, 2010 et 2011



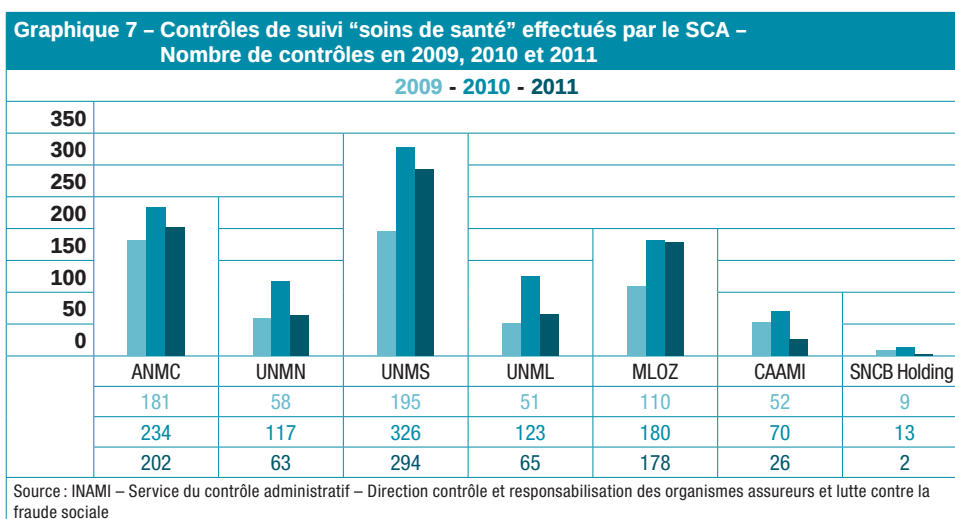
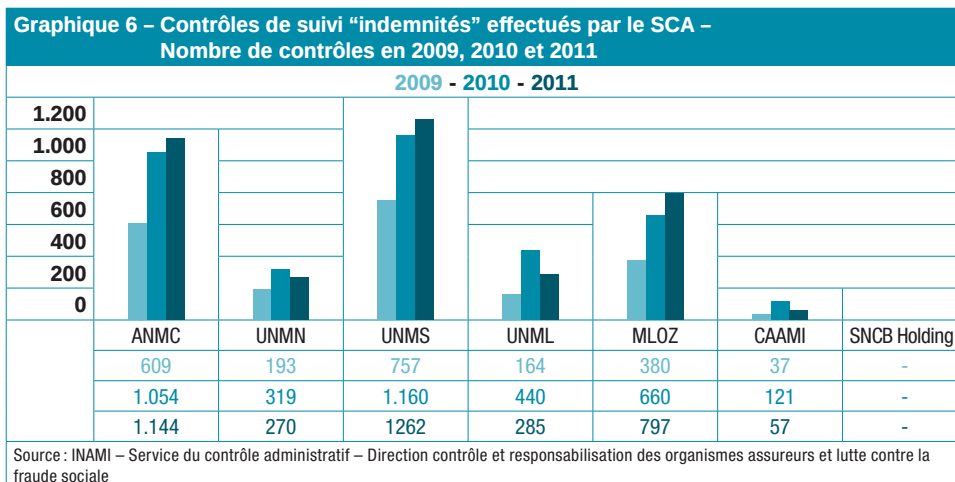
! Ce contrôle thématique porte essentiellement sur les indemnités d'incapacité de travail octroyées aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants. Les agents de la SNCB sont des fonctionnaires statutaires ne relevant pas de ces régimes. La Caisse des soins de santé de la SNCB holding ne fait donc pas l'objet de ce contrôle.

4. Contrôles de suivi

Le SCA effectue des contrôles de suivi pour tous les dossiers où des constatations ont été faites.

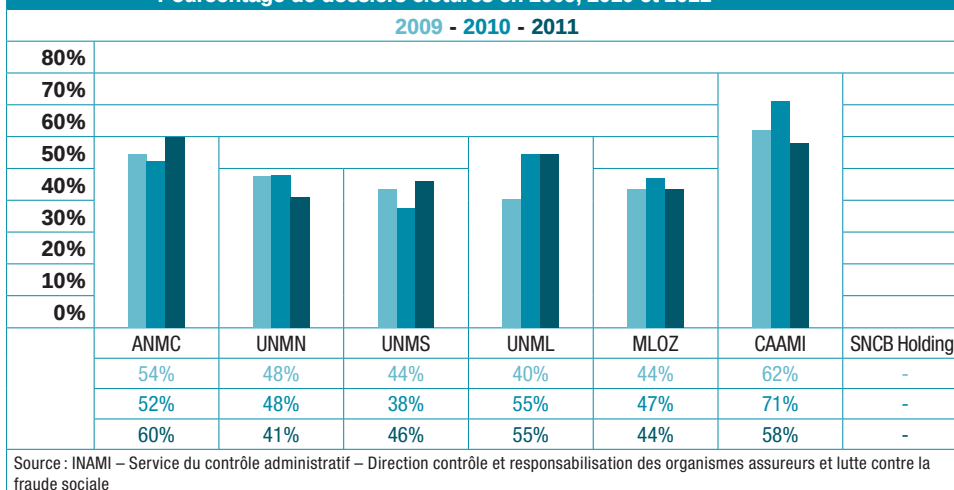
Il y a donc des contrôles de suivi pour :

- l'assurance indemnités et l'assurance soins de santé
- les contrôles thématiques et les contrôles non thématiques.

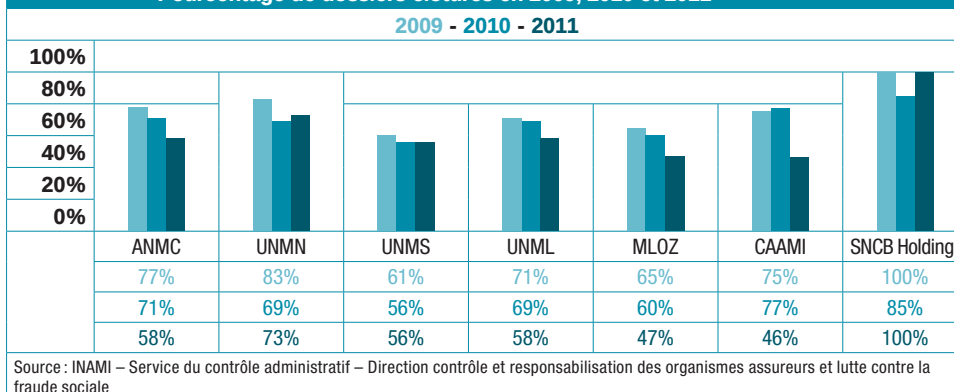


Les contrôles de suivi peuvent également donner lieu à des constatations. Si ce n'est pas le cas, la situation contrôlée est entre-temps en ordre, et le dossier en question sera clôturé.

Graphique 8 – Premiers contrôles de suivi “indemnités” effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2009, 2010 et 2011



Graphique 9 – Premiers contrôles de suivi “soins de santé” effectués par le SCA – Pourcentage de dossiers clôturés en 2009, 2010 et 2011



5. Récupération

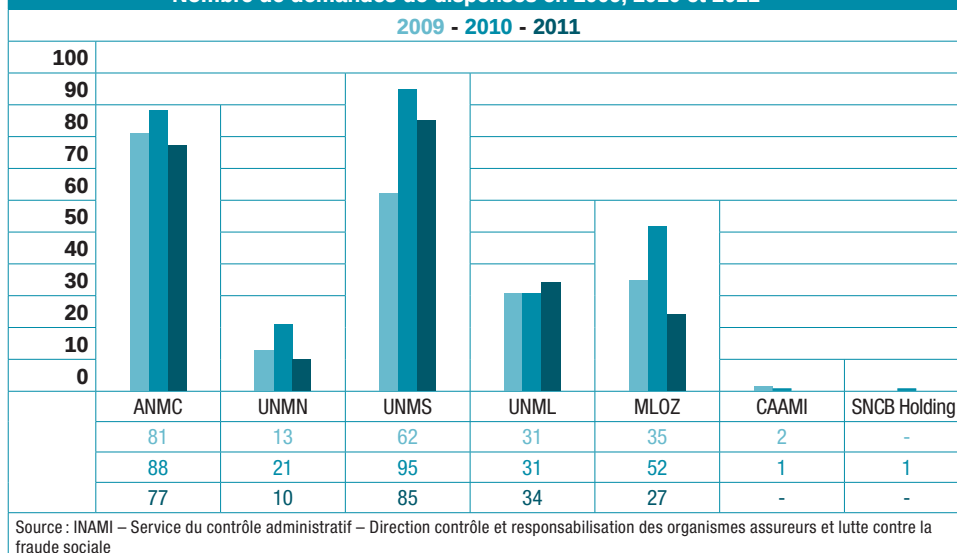
S'ils ne parviennent pas à récupérer les prestations indues des assurés sociaux (voir aussi III.1 : contrôle thématique article 195) dans le délai légalement prévu, les O.A. doivent inscrire le solde restant à charge de leurs propres frais d'administration.

Les O.A. peuvent toutefois demander au fonctionnaire dirigeant du SCA d'en être dispensés.

Une dispense ne peut cependant pas être accordée dans les situations suivantes (article 327 de la loi SSI) :

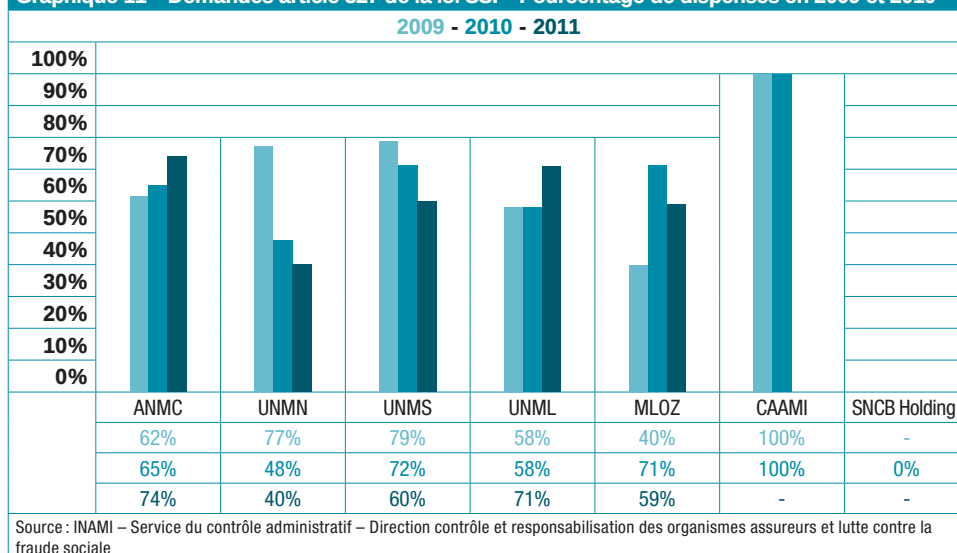
- si la récupération résulte d'une faute, d'une erreur ou d'une négligence de la part de l'O.A. concerné
- si l'O.A. concerné n'a pas employé tous les moyens légaux en vue de la récupération
- si la récupération concerne un montant de moins de 300 EUR
- si la demande est introduite hors délai.

**Graphique 10 - Article 327 de la loi SSI -
Nombre de demandes de dispenses en 2009, 2010 et 2011**



! Pour 2009, la Caisse des soins de santé de la SNCB holding n'a pas introduit de demandes pour l'application de l'article 327 de la loi SSI.

Graphique 11 - Demandes article 327 de la loi SSI – Pourcentage de dispenses en 2009 et 2010



V. Statistiques des assurés sociaux

Cette partie présente l'évolution, par régime et par organisme assureur (O.A.), des personnes (assurés sociaux) ayant droit à des prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

Les données de cette partie sont basées sur les fichiers des membres des mutualités (aussi appelés "effectifs"). Les O.A. transmettent deux fois par an des données sur les effectifs au Service du contrôle administratif de l'INAMI. Ces données se rapportent à la situation au 30 juin et au 31 décembre de l'année concernée.

Les assurés sociaux ont droit aux prestations de l'assurance soins de santé et/ou de l'assurance indemnités. **L'assurance soins de santé** intervient dans les frais relatifs aux soins prestés par des dispensateurs de soins individuels ou par des institutions de soins de santé. **L'assurance indemnités** offre une indemnité de remplacement de revenus aux assurés sociaux qui n'exercent plus d'activité de travail en raison d'une période d'incapacité de travail, de maternité, de paternité, ou d'adoption.

L'assurance soins de santé englobe deux catégories de bénéficiaires, les titulaires et les personnes à charge :

- Les **titulaires** sont des personnes auxquelles l'assurance s'adresse en premier lieu, et qui doivent remplir les conditions de base pour ouvrir le droit aux interventions en matière de soins de santé.
- Les **personnes à charge** sont des personnes qui bénéficient du droit du titulaire, parce qu'elles cohabitent ou sont apparentées à ce titulaire. Il s'agit plus précisément des conjoints et conjointes, cohabitants, ascendants et descendants.

À partir de 1993, deux catégories de bénéficiaires sont à distinguer : les bénéficiaires et les bénéficiaires non assurés.

 Les **bénéficiaires non assurés** sont des personnes qui ne remplissent plus les conditions pour avoir droit aux prestations, ces personnes ayant par exemple refusé de payer la cotisation personnelle due lorsque des données de cotisation d'une valeur insuffisante ont été transmises à la mutualité. Ces personnes sont donc bel et bien encore affiliées à une mutualité mais ont perdu leur droit aux prestations, c'est-à-dire leur qualité de bénéficiaire.

1. Evolution selon le régime

Jusqu'à fin 2007, les bénéficiaires étaient repris dans deux régimes, avec un niveau différent d'interventions et d'indemnités :

- le **régime général**, issu d'une assurance qui, à l'origine, était organisée pour des personnes qui se trouvaient sur le marché du travail en tant que travailleurs ou qui n'y restaient pas à cause du chômage, d'une incapacité de travail ou de la pension et qui par la suite a été étendu à d'autres couches de la population
- le **régime des indépendants** et des membres des communautés religieuses.

Pour ce qui concerne l'assurance soins de santé, cette distinction entre les régimes a disparu à partir du 1^{er} janvier 2008. A partir de cette date, les travailleurs indépendants (et les membres des communautés religieuses) ont les mêmes droits en matière de soins de santé que les autres groupes de la population et font partie aujourd'hui d'un seul et même système d'assurance soins de santé.

! Le principe suivant est toutefois encore valable.
Les dépenses en soins de santé des personnes possédant la qualité de travailleur indépendant ou qui ont une relation manifeste avec cette qualité sont en principe financées à partir de la gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs indépendants et non à partir de celle des travailleurs salariés. Ceci permet de mentionner encore les effectifs séparément. La notion de "régime" donc être comprise dans ce sens.

Concernant l'assurance indemnités, il existe encore toujours une différence tant sur la forme que sur le contenu entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants.

a. Régime général

Le tableau 1 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires dans le régime général et l'évolution du nombre de bénéficiaires non assurés.

Tableau 1 - Nombre de bénéficiaires du régime général - Situation au 30 juin							
Catégorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Titulaires (1)							
TIP + Services publics & assimilés	4.099.222	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436
Invalides	202.740	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017
Handicapés	67.423	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872
Veuves, veufs et orphelins	365.524	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064
Pensionnés	1.230.194	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639
Personnes inscrites au Registre national (*)	175.299	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317
Total (1)	6.140.402	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345
Personnes à charge (2)							
Conjoints	758.930	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636
Ascendants	13.369	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882
Descendants	2.456.723	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285
Total (2)	3.229.022	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803
Bénéficiaires (1+2)	9.369.424	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148
Titulaires non assurés (**)	62.470	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620
(*) avant 1998 : personnes non protégées							
(**) avant 1993 : repris dans les bénéficiaires							
Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données							

Les différentes catégories de titulaires du régime général sont les suivantes :

- les **titulaires indemnisables primaires (TIP)** : les travailleurs actifs, les travailleurs en incapacité primaire de travail, les travailleurs en congé de maternité, les chômeurs contrôlés, les étudiants de l'enseignement supérieur et les travailleurs en assurance continuée
- les **invalides** : les assurés qui sont reconnus en incapacité de travail suite à une maladie d'au moins une année

- les **handicapés**: les assurés qui, sans nécessairement bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail, ont été reconnus incapables. Il s'agit d'une reconnaissance soit, dans le cadre de la réglementation concernant les allocations pour les personnes avec un handicap, soit dans le cadre de la réglementation concernant les allocations familiales
- les **veufs, veuves et orphelins** des titulaires
- les **pensionnés**: toutes les personnes ayant droit à une pension de retraite, à une pension anticipée ou à un avantage en vigueur comme équivalent
- les **personnes inscrites au Registre national des personnes physiques**: les personnes qui ont leur résidence principale légale en Belgique et qui ne sont pas assujetties à une assurance soins de santé étrangère ou à une assurance maladie spécifique belge telle que la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins par exemple. En ce qui concerne les effectifs, une personne n'est intégrée dans cette catégorie que si elle ne peut l'être dans une autre.

b. Indépendants et communautés religieuses

Le tableau 2 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité (c'est-à-dire les travailleurs indépendants proprement dits) et les communautés religieuses. Les travailleurs indépendants à carrière mixte relèvent du régime général.

Tableau 2 - Nombre de bénéficiaires du régime des travailleurs indépendants exerçant une seule activité et des communautés religieuses - Situation au 30 juin							
Catégorie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Titulaires (1)							
TIP	496.039	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671
Invalides	16.069	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667
Pensionnés	83.811	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937
Veuves, veufs et orphelins	32.529	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965
Starters			36.349				
GRAPA (Garanties de revenus aux personnes âgées)			9.400				
Handicapés				6.632	3.945	5.421	5.363
Total (1)	628.448	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603
Personnes à charge (2)							
Conjoints	146.656	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614
Ascendants	1.039	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865
Descendants	203.378	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133
Total (2)	351.073	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612
Bénéficiaires (1+2)	979.521	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215
Communautés religieuses	4.084	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Les différentes catégories de titulaires sont les suivantes :

- les **indépendants titulaires indemnisables primaires (TIP) et leurs aidants** : les indépendants/aidants actifs et les indépendants/aidants en incapacité de travail primaire ou en congé de maternité
- les **invalides** : les assurés qui restent incapables de travailler après une période d'incapacité primaire et remplissent les conditions en matière d'invalidité définies par l'arrêté royal du 20 juillet 1971

- les **pensionnés** : tous les travailleurs indépendants qui ont droit à une pension de retraite en tant que travailleurs indépendants
- les **veufs, veuves et orphelins** de travailleurs indépendants dont le conjoint ou la conjointe a exercé une activité professionnelle en tant que travailleur indépendant pendant au moins une année
- les **“starters” et les bénéficiaires de la “Garantie de revenus aux personnes âgées” (GRAPA)** :
Entre le 1^{er} juillet 2006 et le 31 décembre 2007, les “travailleurs indépendants débutants” et les “travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA” avaient déjà droit à une intervention et ce, tant pour les gros risques que pour les petits risques. Durant cette période, il était possible de les distinguer dans les fichiers des effectifs comme catégories distinctes. Comme depuis le 1^{er} janvier 2008, tous les travailleurs indépendants assurés ont droit à une intervention tant pour les gros risques que pour les petits risques, les travailleurs indépendants débutants et les travailleurs indépendants bénéficiant de la GRAPA font, à partir de cette date, respectivement partie des titulaires indemnissables primaires et des pensionnés (sans mention distincte)
- le groupe **handicapés indépendants** : tous les bénéficiaires handicapés, pour lesquels un lien peut encore être identifié avec une qualité d'indépendant
- les membres des **communautés religieuses**.

2. Evolution par organisme assureur

Les graphiques et les tableaux suivants illustrent la répartition des assurés sociaux entre les différents organismes assureurs (O.A.).

Le graphique 1 présente le volume des membres de l'O.A. au 30 juin 2011 dans le cadre du régime général et le graphique 2 présente la répartition pour les indépendants.

Graphique 1 - Régime général - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2011

ANMC	41,66%	
UNMN	4,28%	
UNMS	29,56%	
UNML	5,22%	
UML	17,36%	
CAAMI	0,75%	
SNCB Holding	1,16%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Graphique 2 - Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Répartition des bénéficiaires par O.A. au 30 juin 2011

ANMC	44,03%	
UNMN	5,19%	
UNMS	15,07%	
UNML	6,82%	
UML	28,58%	
CAAMI	0,31%	

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Le tableau 3 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires par O.A. au 30 juin pour les années 2000 à 2011 incluse, dans le régime général (à l'exclusion des bénéficiaires non assurés).

Le tableau 4 présente la même évolution dans le régime des travailleurs indépendants.

Tableau 3 - Régime général - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en%)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	SNCB Holding
1999	44,21	3,81	28,89	5,74	14,86	0,79	1,69
2000	44,05	3,84	28,96	5,73	14,98	0,81	1,64
2001	43,80	3,91	29,09	5,71	15,09	0,81	1,59
2002	43,53	3,95	29,24	5,68	15,26	0,79	1,55
2003	43,29	3,97	29,36	5,63	15,49	0,79	1,49
2004	43,01	3,98	29,58	5,57	15,65	0,79	1,42
2005	42,77	3,98	29,79	5,51	15,81	0,79	1,36
2006	42,37	3,98	30,00	5,43	16,14	0,78	1,31
2007	42,39	4,04	29,41	5,41	16,69	0,77	1,29
2008	42,21	4,11	29,46	5,34	16,86	0,75	1,26
2009	42,04	4,18	29,51	5,29	17,01	0,74	1,23
2010	41,81	4,23	29,54	5,27	17,21	0,75	1,20
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Tableau 4 - Régime des travailleurs indépendants à activité unique - Évolution des bénéficiaires par O.A. au 30 juin (en%)

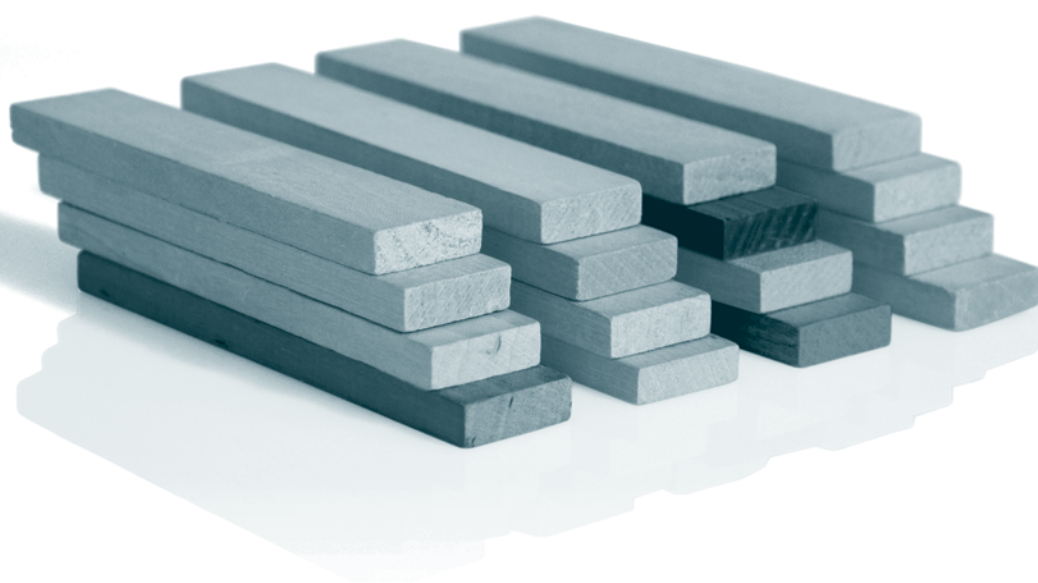
Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI
1999	48,84	5,44	13,82	8,22	23,35	0,34
2000	48,76	5,35	13,97	8,13	23,47	0,33
2001	48,50	5,32	14,19	8,03	23,64	0,32
2002	48,26	5,31	14,21	7,96	23,95	0,32
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29	0,31
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62	0,30
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46	0,30
2006	45,88	5,22	14,35	7,48	26,76	0,30
2007	44,96	5,14	14,28	7,22	28,08	0,32
2008	45,10	5,17	14,56	7,10	27,79	0,27
2009	44,55	5,20	14,84	6,96	28,11	0,34
2010	44,43	5,15	14,99	6,85	28,23	0,34
2011	44,03	5,19	15,07	6,82	28,58	0,31

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données

Tableau 5 - Bénéficiaires non assurés - Évolution par O.A. au 30 juin (%)

Année	ANMC	UNMN	UNMS	UNML	UML	CAAMI	SNCB Holding
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16

Source : INAMI – Service du contrôle administratif - Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données



7^e Partie

L'INAMI en pratique

I. Adresses des bureaux de l'INAMI

1. Le siège social

Le siège social de l'INAMI se situe Avenue de Tervueren 211, à 1150 Bruxelles.

Tél. : 02 739 71 11

Fax : 02 739 72 91



E-mail : bib@inami.fgov.be ou communication@inami.fgov.be

Site Internet : www.inami.be

2. Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Les bureaux provinciaux du Service des indemnités et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux sont accessibles au public aux adresses suivantes :

Anvers

Eiermarktbuilding
9^e en 10^e verdieping
Sint-Katelijnevest 54,
bussen 2 en 3
2000 Antwerpen
Tél. : 03 201 45 50
Fax : 03 232 81 55
E-mail : antwerpen.dgc@riziv.fgov.be

Brabant flamand

Martelarenlaan 38 bus 2
6010 Kessel-Lo
Tél. : 016 39 26 00
Fax : 016 39 26 39
E-mail : vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be

Bruxelles-Capitale

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél. : 02 739 79 88
Fax : 02 739 79 67
E-mail : brxlcapital.scm@inami.fgov.be

Brabant wallon

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tél. : 02 739 79 92
Fax : 02 739 79 67
E-mail : brabantwallon.scm@inami.fgov.be

Flandre occidentale

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tél. : 050 39 04 10
Fax : 050 39 22 91
E-mail : brugge.secr@riziv.fgov.be

Flandre orientale

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tél. : 09 321 80 10
Fax : 09 225 30 88
E-mail : gent.dgc@riziv.fgov.be

Hainaut

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tél. : 065 35 42 37
Fax : 065 35 50 21

Avenue Marius Meurée 94
6001 Marcinelle
Tél. : 071 60 06 60
Fax : 071 60 06 70
E-mail : charleroi.scm@inami.fgov.be

Rue des Choraux 29
7500 Tournai
Tél. : 069 22 61 00
069 45 29 70
Fax : 069 84 17 28

Liège

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tél. : 04 229 20 40
Fax : 04 229 20 99
E-mail : liege.scm@inami.fgov.be

Place Verte 23

1^{er} étage
4800 Verviers
Tél. : 087 35 48 22
Fax : 087 35 48 92
E-mail : verviers.scm@inami.fgov.be

Limbours

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tél. : 011 45 77 00
Fax : 011 23 32 87
E-mail : hasselt.dgc@riziv.fgov.be

Luxembourg

Rue des Déportés 50
1^{er} étage
6700 Arlon
Tél. : 063 22 05 98
Fax : 063 22 05 99
E-mail : arlon.scm@inami.fgov.be

Namur

Avenue Jean Materne 115-117
5100 Jambes
Tél. : 081 58 53 20
Fax : 081 74 30 57
E-mail : namur.scm@inami.fgov.be

II. Publications de l'INAMI et tarifs pour 2012 (en EUR)

1. Bulletin d'information

Revue: paraît 4 fois par an..... 30,00



Le Bulletin d'information est aussi disponible sur le site internet de l'INAMI: www.inami.be,
rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-ROM:..... 3,00

A chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible: 3,00

a. Loi du 14 juillet 1994

Brochure..... 31,00

Mises à jour 2012..... 15,00

Texte de base¹ + mises à jour 2012:..... Feuilles interchangeables..... 46,00

b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Brochure..... 9,00

Mises à jour 2012..... 6,00

Texte de base¹ + mises à jour 2012:..... Feuilles interchangeables..... 19,00

c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Brochure..... 4,00

Mises à jour 2012..... 6,00

Texte de base¹ + mises à jour 2012:..... Feuilles interchangeables..... 10,00

d. Prestations de santé (règlement)

Brochure..... 8,00

Mises à jour 2012..... 7,00

Texte de base¹ + mises à jour 2012:..... Feuilles interchangeables..... 15,00

e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Brochure..... 34,00

Mises à jour 2012..... 15,00

Texte de base¹ + mises à jour 2012:..... Feuilles interchangeables..... 49,00

¹ Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Brochure	5,00
Mises à jour 2012	6,00
Texte de base ¹ + mises à jour 2012 :	Feuilles interchangeables..... 11,00

g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2012 :	Feuilles interchangeables..... 145,00
Mises à jour 2012	35,00

h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Texte de base ¹ + mises à jour 2012 :	Feuilles interchangeables..... 72,00
Mises à jour 2012	26,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003
- règlement des indemnités du 16 avril 1997.

3. Nomenclature des prestations de santé**a. Texte de la nomenclature**

Texte de base ¹ + mises à jour 2012 :	Feuilles interchangeables..... 60,00
Mises à jour 2012	40,00

b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base ¹ + mises à jour 2012 :	Feuilles interchangeables..... 45,00
Mises à jour 2012	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique Nomenclature des prestations de santé.

1 Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

4. Information technique

a. Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.	
La feuille	0,12
Abonnement ¹	provision de 50,00
Index 1964-2010:	Brochure 20,00
	CD-ROM 5,00

b. Répertoire de jurisprudence

Répertoire de jurisprudence de l'assurance obligatoire SSI	
Texte de base ² + mises à jour 2012:	Feuilles interchangeables 48,00
Mises à jour 2012:	gratuit

5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI

Disponible uniquement via le site Internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure	gratuit
----------------	---------

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui?

Dépliant	gratuit
----------------	---------

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant	gratuit
----------------	---------

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Edition d'avril 2012:	gratuit
-----------------------------	---------

f. Liste des offices de tarification agréés

gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.)	12,50
------------------------------------	-------



Les publications reprises au point 5 (a à d) sont disponibles sur le site internet de l'INAMI : www.inami.be, rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

Les coordonnées des mutualités reprises dans le Répertoire sont également disponibles sur le site Internet, rubrique Citoyens > Mutualités > Contactez les Mutualités.

¹ Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2012.

² Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

Publication	Contact
1, 2, 3, 4 et 5.e	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : abonnee@inami.fgov.be
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : communication@inami.fgov.be
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : daniel.vandenbergh@inami.fgov.be
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : bib@inami.fgov.be

Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au IBAN : BE84 6790 2621 5359 – BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la dénomination de la publication souhaitée.

III. Études et recherches

1. Actions et coordination pour lutter contre la fraude sociale

La fraude touche les systèmes de sécurité sociale depuis leur création. Mais son caractère massif et dommageable a poussé les institutions de sécurité sociale à ouvrir le débat, à changer les attitudes à l'égard de la fraude sociale, et à contrer ce phénomène.

L'INAMI s'est ainsi engagé dans un programme ambitieux de répression de la fraude :

- recourir à des techniques nouvelles telles que le data matching
- améliorer la coordination des actions de lutte
- associer les mutualités aux actions de détection et de répression dans le cadre des audits
- développer la collaboration avec d'autres institutions de sécurité sociale, belges et étrangères.

Une étude se consacre à ce thème. Cette étude fait l'inventaire des mesures prises ces dernières années, décrit les organes et les outils créés. Elle décortique les infractions à l'assurance soins de santé et indemnités, et expose les grands traits de la répression, notamment la récupération des indus et les sanctions aux bénéficiaires.

Dans un premier temps, les institutions de sécurité sociale ont mis en place des mécanismes de détection de la fraude et de rectification. Cette étude met donc surtout l'accent sur ces aspects. Mais ses auteurs soulignent la nécessité d'une prévention plus en amont, en améliorant l'information et en responsabilisant l'allocataire social.

2. L'étranger en qualité de titulaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

L'article 32, alinéa 1er, 15° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) fait référence aux étrangers présents sur le territoire belge, dans le cadre de l'accessibilité de l'assurance soins de santé. L'arrêté royal du 25 avril 1997 a introduit cet article 32 : il a rapidement soulevé des difficultés.

D'une part, quelques mois à peine après sa publication au Moniteur belge, l'Office des étrangers mentionne que la disposition légale présente des carences.

D'autre part, la législation sur les étrangers a subi de profondes modifications depuis l'introduction de l'article 32.

Au vu de ces nombreuses modifications, l'étude examine, dans l'état actuel de la législation en matière d'assurance soins de santé, quels étrangers sont des titulaires résidents dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

L'étude conclut qu'il devient impératif de modifier le texte de l'article 32 relatif aux étrangers présents sur le territoire belge.

3. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides - travailleurs salariés

Au cours de ces dernières années, les dépenses en matière d'invalidité ont fortement augmenté, essentiellement parce que le nombre d'invalides a lui aussi augmenté. La note "Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides - travailleurs salariés" est consacrée à cette thématique et répond aux questions suivantes :

- Quelle est la proportion du nombre d'invalides, pour la période 1989-2009, par rapport à quelques populations macro-économiques, telles que la population totale et le groupe des titulaires indemnissables ?
- Dans quelle mesure ces populations évoluent-elles les unes par rapport aux autres (question examinée à l'aide du "taux de participation" et du "taux d'invalidité") ?
- Quelle est l'influence des glissements dans la proportion des différentes catégories d'âge ?

Par ailleurs, quelques aspects spécifiques de l'invalidité sont examinés, par exemple : les entrées, les sorties, la durée de l'invalidité et les évolutions au niveau des groupes de maladies.

Enfin, cette note tente, sur la base des données antérieures, de faire une projection sur l'évolution future du nombre d'invalides.

4. Séminaire "Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate" (25 novembre 2011)

Les états membres de l'Union européenne (U.E.) doivent équilibrer leur participation financière pour assurer la protection universelle en matière de soins de santé dans le contexte de l'accroissement des dépenses dû au vieillissement de la population, à l'évolution des technologies et aux attentes grandissantes des patients. En plus, la crise financière et économique a imposé d'importantes contraintes budgétaires au niveau des dépenses publiques. Suite à cette situation, il est urgent d'améliorer la performance des systèmes de soins de santé, en augmentant par ailleurs la rentabilité des prestations de santé.

Le Conseil de l'U.E. demande un renforcement du contrôle et de l'évaluation de la performance des systèmes de soins de santé et appelle à l'innovation intelligente et responsable en vue d'assurer l'accès universel à des soins de santé équitables dans un contexte budgétaire moins favorable. Le séminaire "Improving Health Systems Performance in a Fragile Economic Climate" a alimenté le débat en analysant l'expérience des différents états membres en matière de modernisation de leurs systèmes de soins de santé et d'amélioration de leur performance dans un contexte de restrictions budgétaires accrues. L'objectif poursuivi par ce séminaire était d'explorer les points communs et les divergences entre les différentes réformes des systèmes de soins de santé et d'identifier les bonnes pratiques appliquées pour améliorer la performance en matière de consommation et de prestation de soins de santé.

5. L'obligation de cotisations dans le cadre de l'assurance soins de santé

La personne doit remplir deux conditions pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé, au cours d'une année déterminée :

- avoir la qualité de titulaire
- respecter des conditions de cotisations pour l'année de référence (la 2^{ème} année civile qui précède l'année déterminée).

Cet exposé détaille cette obligation de cotisations de l'assurance soins de santé. Suite aux évolutions de l'assurance, qui ont donné lieu à quelques ajouts et modifications importants au cours de ces dernières décennies, la question de la cohérence se pose.

Tout en relevant quelques points délicats, cette analyse contient également les germes du changement :

- Si le souhait est de renoncer au lien entre le travail et le financement de l'assurance soins de santé, une cotisation sur la totalité des revenus, et ce, pour tous les titulaires de l'assurance, pourrait être envisagée. Certaines dispenses pourraient affiner davantage ce principe afin d'éviter un dépassement de la capacité financière de chaque assuré.
- Si le choix d'un financement fortement lié à la situation professionnelle de certains assurés demeure, le régime du complément de cotisations pourrait être abandonné, pour autant que cela soit faisable sur le plan financier et politique.
- Dans des conditions similaires et conformément à la Constitution et à quelques traités internationaux, chaque assuré pourrait disposer d'un droit propre aux soins de santé.
- L'harmonisation des différents régimes (travailleurs salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires) relatifs aux cotisations sociales dépasse le cadre de l'assurance soins de santé et est compliquée par la spécificité de ces différents régimes.

L'assurance soins de santé peut cependant tenter d'y remédier autant que possible. Par exemple, les cotisations dont un travailleur indépendant se serait déjà acquitté au cours d'une année pourraient être portées en compte pour déterminer l'obligation de cotisations à laquelle il devrait encore satisfaire.

