Communiqués

ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE 2008

Ci-après, nous communiquons le texte de l'accord national entre les médecins et les organismes assureurs, conclu le 20 décembre 2007 (M.B. 14.1.2008).

Ce nouvel accord national entre en vigueur le 1er janvier 2008.

*

* *

...

1. OBJECTIF BUDGETAIRE PARTIEL 2008

La Commission nationale médico-mutualiste prend acte du montant de l'objectif budgétaire partiel 2008, fixé par le Conseil général à 6 094 825 milliers d'EUR, dans lequel une masse d'indice a été contenue de 95,85 millions d'EUR de même qu'une marge financière disponible de 82,66 millions d'EUR pour de nouvelles initiatives. Cette marge pour les nouvelles initiatives est encore complétée par 7,78 millions d'EUR qui sont libérés au sein de l'objectif budgétaire partiel de 6 094 825 milliers d'EUR, un montant de 0,14 millions d'EUR consécutif à un transfert venant du budget des implants et un montant de 0,12 millions d'EUR consécutif à un transfert des honoraires de dialyse rénale. Le montant à répartir pour les nouvelles initiatives est donc fixé à 90,70 millions d'EUR.

Le montant attribué à l'origine par le Conseil général est réservé pour 1/3 aux médecins généralistes et pour 2/3 aux médecins spécialistes. Les montants ajoutés sont attribués aux sous-secteurs desquels ils découlent.

2. HONORAIRES 2008 : INDEXATION ET REVALORISATION

Bien que cet accord, compte tenu des circonstances, a seulement une durée d'un an, la Commission nationale médico-mutualiste confirme la nécessité, dans une perspective pluriannuelle, de continuer à oeuvrer au soutien et au développement de la médecine générale d'une part et d'autre part à une meilleure appréciation pour certaines disciplines au sein de la médecine spécialisée connaissant une part limitée de prestations techniques sans préjudice d'adapter la nomenclature à l'évolution médicale.

La CNMM fait appel à l'autorité pour que, en concertation avec la Commission, il soit accordé la priorité au point 18 de l'Accord.

La Commission nationale médico-mutualiste a décidé d'une première phase de réétalonnage de la nomenclature des médecins spécialistes, en limitant les dépenses dans certains secteurs pour dégager des moyens financiers supplémentaires au profit de la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la gériatrie, la rhumatologie, la pédiatrie, la médecine interne générale, l'oncologie, l'endocrinologie et l'hématologie. Cet effort se monte à 29,5 millions d'EUR. Les parties s'engagent à ce que, pour les quatre prochaines années, au moins un montant identique au sein de l'objectif budgétaire partiel soit libéré pour de nouvelles initiatives dans ces secteurs.

Projets	2008 Budget (milliers d'EUR)
1. Indexations	
1.1. H08/01 Médecins généralistes Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62 % au 1er janvier 2008.	17 135,4
1.2. H08/02 Médecins spécialistes Les honoraires tels qu'ils étaient fixés au 31 décembre 2007, sont indexés de façon linéaire de 1,62 % au 1er janvier 2008, hormis la stomatologie, la radio-radiumthérapie, la médecine nucléaire, l'anatomie pathologique, la physiothérapie, la biologie clinique, l'imagerie médicale et les honoraires de la dialyse rénale chronique qui sont indexés de 1,52 % et hormis les prestations percutanées, les examens génétiques, les examens électrocardiographiques et les prestations avec codes de nomenclature spécifiques pour les médecins spécialistes non accrédités qui ne sont pas indexés.	72 153,6
Total indexations	**89 289**
2.1. Honoraires des médecins généralistes Les mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2008	
2.1.1. H08/03 Revalorisation de 2 % du 101076, 102410, 102432 ainsi que les visites et les visites majorées	17 564,5
2.1.2. H08/04 Revalorisation de l'honoraire du DMG jusqu'à 25,67 EUR	1 134
2.1.3. H08/05 Accompagnement du médecin généraliste en ambulance	45
Total honoraires des médecins généralistes	**18 743,5**
2.2. Honoraires des médecins spécialistes Les mesures entrent en vigueur le 1er janvier 2008	
2.2.1. H08/06 Revalorisation de la consultation de base du spécialiste (102535) de 2 %	4 816,9
2.2.2. H08/07 Psychiatrie – Pédopsy – Revalorisation surveillance en K (codes 598861, -883, -905, -920, -942) avec 30 %	1 050,6
2.2.3. H08/08 Pédiatrie – Revalorisation surveillance NIC (+50 %) (codes 596223, -245, -260, -326, -341,- 363)	1 540,4
2.2.4. H08/09 Gynécologie – Doublement honoraire accouchement	3 000
2.2.5. H08/10 Pédiatrie – Examen clinique en service N* (codes 596024, -046, -061, -120, -142, -164)	1 967
2.2.6. H08/11 Psychiatrie – Revalorisation surveillance A (codes 598161, -426, -441, -463, -485) avec 15 %	4 634,3
Total honoraires des médecins spécialistes	**17 009,2**
TOTAL HONORAIRES 2008	**35 752,7**

3. NOMENCLATURE 2008 (annexe à l'A.R. du 14.9.1984)

Projets **Accord 2006-2007**	**2008** **Budget additionnel (milliers d'EUR)**
N0607/00 Restructuration et revalorisation de la médecine d'urgence	PM
N0607/10 Chirurgie oncologique – tête et cou Partim « Oncologie tête et cou » : Besoin de budget supplémentaire	630
N0607/13 Microbiologie – Nomenclaturisation « Actualisation de l'article 24 »	3 750
TOTAL	**4 380**

Projets **Accord 2008**	**2008** **Budget (milliers d'EUR)**
1. Projets pour les médecins généralistes	
N08/MG/00 Visite à un patient hospitalisé	105
N08/MG/01 Suppression du ticket modérateur pour la visite à un patient palliatif en MR et MRS	PM
N08/MG/02 Suture de plaies	438,7
Total nomenclature pour les médecins généralistes	**543,7**
2. Projets pour les médecins spécialistes	
N08/MS/00 Spécialistes – Revalorisation oncologues médicaux, hématologues, endocrinologues	5 000
N08/MS/01 Rhumatologie – Consultation soins des arthrites	2 750
N08/MS/02 Médecine interne – Nouvelle prestation première consultation «trouble shooting »	3 000
N08/MS/03 Psychiatrie – Pédopsy – Augmentation du nombre de séances évaluation psy (code 109410)	1 090
N08/MS/04 Psychiatrie – Pédopsy – Concertation pluridisciplinaire	1 874
N08/MS/05 Psychiatrie – Multidisciplinaire + psychogériatrie + accueil en période de crise + SGA La Commission nationale médico-mutualiste charge le Conseil technique médical, pour au plus tard le 30.9.2008, de développer un ensemble de mesures concernant la psychiatrie, plus particulièrement en ce qui concerne l'accueil en période de crise, la concertation pluridisciplinaire, l'honoraire de surveillance dans le service Sp-psychogériatrique des hôpitaux généraux et catégoriels, ainsi que la rémunération pour l'encadrement médical accru dans des unités de soins intensifs pour patients au comportement fortement perturbé et/ou agressif	PM

N08/MS/06 Psychiatrie – Revalorisation surveillance Sp-psychogériatrie en HG vers niveau autres Sp en HG	55
N08/MS/07 Pédiatrie – Majoration honoraires neuro-pédiatre vers celui neurologue	234
N08/MS/08 Pédiatrie – Surveillance transfert NIC (prestation 599303 *6)	107,8
N08/MS/09 Pédiatrie – Honoraires de stabilisation lors du transfert du néo-natal sous nCPAP	141
N08/MS/10 Pédiatrie – nCPAP au sein NIC et N *	- 621,7
N08/MS/11 Pédiatrie – Cathéter veineux profond	135
N08/MS/12 Gériatrie – Levée limitation 102233	186
N08/MS/13 Gériatrie – Consultation team via liaison auprès de patients en dehors d'une section G	989
N08/MS/14 Stomatologie – Levée de l'immunisation du premier au 5e jour pour prestations ≥ K 225	420,4
N08/MS/15 Prestations spéciales générales – Thérapie de l'oxygène hyperbare Demande au KCE d'un HTA	PM
N08/MS/16 Prestations spéciales générales – Ponction lombaire	470
N08/MS/17 Prestations spéciales générales – Suture de plaies	467,8
N08/MS/18 Chirurgie – Chirurgie plastique (chirurgie reconstructive des seins)	115
N08/MS/19 Chirurgie – Sénologie (technique ganglion sentinelle)	486
N08/MS/20 Chirurgie – Chirurgie du robot	200
N08/MS/21 Chirurgie – Injection intravitréenne en cas de Age-Related Macular Degeneration (ARMD)	1 862,5
N08/MS/22 Imagerie médicale – Echo panoramique abdominale pour internistes (connex)	983
N08/MS/23 Imagerie médicale – Colono CT	502
N08/MS/24 Imagerie médicale – Coronaro CT	1 260
N08/MS/25 Imagerie médicale – Ostéodensitométrie	2 518,6
N08/MS/26 Médecine interne – Contrôle Doppler du shunt-hémodialyse	PM
N08/MS/27 Médecine interne – Echographie bronchique EBUS	293
N08/MS/28 Médecine interne – Remboursement tests par les allergologues pneumologie	1 474

N08/MS/29 Médecine interne – Mesure Ph- et impédancemétrie oesophage	190
N08/MS/30 Médecine interne – Plasmaphérèse	1 500
N08/MS/31 Biologie – Hématologie-transfusion-sérologie-immunologie	3 175
N08/MS/32 Biologie – Insémination intrautérine : exécution capacitation du sperme	1 639,2
N08/MS/33 Gynécologie – Insémination intrautérine IUI après exécution capacitation du sperme	724
N08/MS/34 Anatomopathologie – HPV cervix	1 061,7
Total nomenclature pour les médecins spécialistes	**34 282,3**
TOTAL NOMENCLATURE	**39 206**

4. AUTRES PROJETS

Projets	**2008 Budget (milliers d'EUR)**
1. Trajets de soins	PM
2. Soutien de la pratique (voir point 9)	7 113,4
3. Honoraire de disponibilité (voir point 11.1.1.)	674,9
4. Expérience disponibilité (voir point 11.1.2.)	4 000
5. Indemnité DMG pour patient palliatif	413
6. Médecine interne – Dialyse du foie via convention	100
7. Disponibilité médecins spécialistes – Extension à 10 spécialités de base (voir point 11.2.)	9 816,5
8. Avis médical pour patients palliatifs	180
TOTAL AUTRES PROJETS	**22 297,8**

5. BIOLOGIE CLINIQUE

5.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de la biologie clinique pour 2008 à 1 035 880 milliers d'EUR. Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 24*bis* et 33*bis* de la nomenclature des prestations de santé.

5.2. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 59 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

6. IMAGERIE MEDICALE

6.1. La Commission nationale médico-mutualiste propose de fixer le montant du budget global des moyens financiers de l'imagerie médicale pour 2008 à 802 397 milliers d'EUR. Ne sont pas compris dans ce budget global, les articles 17*ter* et 17*quater* de la nomenclature des prestations de santé.

6.2. Le budget de l'imagerie médicale qui est octroyé par admission est réparti en 2008 conformément à la décision de la CNMM du 26 novembre 2007.

6.3. La Commission nationale médico-mutualiste charge un groupe de travail pour, qu'en parallèle avec l'entrée en vigueur de la nomenclature coronaro et colono CT au plus tard le 30 septembre 2008 les mesures suivantes soient élaborées :

6.3.1. trouver des stimulants pour la responsabilisation des prescripteurs d'imagerie médicale, notamment par des initiatives concrètes en matière d'information et de communication des guidelines via un soutien informatique;

6.3.2. évaluer les honoraires forfaitaires au sein du secteur ambulatoire;

6.3.3. prévoir une méthode de financement permettant une exécution plus uniforme des prescriptions, reposant sur des paramètres objectifs et contrôlables dans le domaine de l'imagerie médicale tant pour le secteur hospitalier qu'ambulatoire.

6.4. La Commission nationale médico-mutualiste recommande au Ministre des Affaires sociales de modifier la procédure prévue à l'article 69 de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, afin que le Conseil général puisse procéder à la fixation des enveloppes.

7. ACCREDITATION

7.1. La Commission nationale médico-mutualiste enjoint le CTM de se prononcer lors de l'introduction de nouvelles prestations sur la réservation ou non de ces prestations aux médecins accrédités.

7.2. Des programmes de formation médicale continue à distance peuvent contribuer via des techniques de formation spécifiques et innovantes à garantir un service de haute qualité.

La CNMM demande au Groupe de direction Accréditation de créer un cadre clair pour assurer un développement correct de ces programmes avec une attention continue pour le maintien de contenus formatifs indépendants.

7.3. La CNMM donne mission au Groupe de travail Accréditation pour prévoir au sein des conditions d'accréditation que durant le cycle de 3 ans au moins une des réunions GLEM soit consacrée, pour les disciplines concernées, à la prescription efficace de la biologie clinique, de l'imagerie médicale, de l'anatomopathologie et des médicaments.

A cet effet, l'INAMI mettra à disposition les données de profils nécessaires ainsi que des moyens pour la formation d'animateurs.

7.4. L'honoraire forfaitaire d'accréditation est indexé au 1er janvier 2008 (556 EUR).

8. DOSSIER MEDICAL GLOBAL

L'honoraire pour le dossier médical global (102771 et 102793) est augmenté jusqu'à 25,67 EUR à partir du 1er janvier 2008 (projet H08/04).

9. SOUTIEN DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

Dès 2008, une intervention annuelle visant à soutenir la pratique de la médecine générale sera accordée aux médecins généralistes agréés qui sont inscrits au service de garde organisé par le cercle agréé de médecins généralistes, et qui ont une activité d'au moins 1 250 consultations et/ou visites à domicile par an.

Il est en l'occurrence tenu compte, d'une part des données d'activité de la deuxième année précédant l'année de l'octroi – sauf pour les médecins généralistes agréés pendant les deux premières années de leur implantation –; et d'autre part, avec la constatation que durant l'année qui précède l'année de l'octroi, des honoraires de disponibilité ont été accordés au moins une fois ou de la notification à l'Institut de l'inscription au service.

Cette intervention vient remplacer la rémunération de base, comme intervention dans les dépenses administratives liées à la gestion d'un dossier médical global.

Pour l'année 2008, l'intervention annuelle est fixée à 1 000 EUR.

10. TRAJETS DE SOINS

10.1. La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à ce que les trajets de soins soient rendus opérationnels pour au plus tard le 1er janvier 2009 pour ce qui concerne les patients avec un diabète de type 2 et pour les patients avec une insuffisance rénale chronique. Lors de la mise en place opérationnelle, il sera tenu compte des principes suivants :

10.1.1. les objectifs de traitement sont fixés sur la base de recommandations scientifiques fondées;

10.1.2. les engagements du patient, du médecin généraliste et du médecin spécialiste sont fixés dans un contrat - trajets de soins conclu par les trois parties pour une période de trois ans et qui est communiqué à l'organisme assureur du patient;

10.1.3. le rôle du médecin généraliste et du médecin spécialiste au sein des trajets de soins est favorisé par un honoraire forfaitaire annuel spécifique qui sert en priorité au soutien du travail en équipe, à la concertation et à la communication entre les prestataires de soins;

10.1.4. le patient est encouragé par l'octroi d'un avantage lié au ticket modérateur : suppression de la quote-part personnelle auprès du médecin généraliste et réduction de celui-ci chez le médecin spécialiste; l'acceptation du trajet de soins par l'organisme assureur peut avoir comme conséquence le droit à une intervention de l'assurance maladie pour d'autres prestations.

10.2. La Commission nationale médico-mutualiste demande que des mesures d'accompagnement et de soutien soient élaborées pour une application optimale du système des trajets de soins :

10.2.1. l'amélioration et l'extension de l'usage des applications ICT par les prestataires de soins, en particulier dans leurs communications réciproques, dans leurs relations avec les organismes assureurs et pour l'évaluation des trajets de soins, en ce compris la mise à disposition ou le développement d'une infrastructure technique sécurisée pour la communication des données et d'une structure de gestion organisationnelle de communication des données;

10.2.2. la stimulation des initiatives loco-régionales favorisant la collaboration entre les prestataires de soins avec en première phase un accord de financement pour une durée déterminée;

10.2.3. l'élaboration et l'intégration d'un plan de communication global relatif aux trajets de soins;

10.2.4. la simplification de l'accès à des soins spécifiques (p. ex. l'éducation au diabète, matériel).

10.3. La Commission nationale médico-mutualiste procèdera à une évaluation du système des trajets de soins pour les patients avec un diabète de type 2 et ceux avec une insuffisance rénale chronique.

10.4. La Commission nationale développera plus avant sa politique autour des trajets de soins et dans ce cadre examinera si le système peut être étendu à des patients atteints des pathologies suivantes : BPCO et asthme, défaillances cardiaques chroniques, ostéoporose, affections psychiatriques. Il sera également examiné si les trajets de soins peuvent être mis en place pour des personnes âgées vulnérables et pour les patients cancéreux. En cas de nécessité, des expériences préparatoires seront mises en place.

11. PERMANENCE ET DISPONIBILITE

11.1. Permanence, service de garde et disponibilité des médecins généralistes :

La CNMM est consciente de la nécessité de trouver un bon équilibre entre la demande sociale d'une plus grande disponibilité des médecins généralistes d'une part et les attentes des prestataires en question concernant l'exercice de leur profession d'autre part.

La CNMM estime que le développement futur de services de garde performants est à cet égard un élément essentiel. Sans préjudice de la nécessité de ce développement, il convient de prendre des mesures adéquates afin de maintenir la disponibilité médicale pour les patients et de valoriser de manière appropriée le dévouement des dispensateurs de soins.

La CNMM estime également que cette disponibilité médicale des médecins généralistes est d'autant plus indiquée si le médecin généraliste peut jouer un rôle central notamment de coordination de première ligne dans le cadre de la prise en charge des patients, ce qui est particulièrement le cas pour les patients ayant leur DMG auprès de ce généraliste.

Concrètement, les mesures suivantes sont prises à titre d'expérimentation :

11.1.1. élargissement des honoraires de disponibilité de 20 heures à 19 heures;

Pour les consultations faites dans ce cadre à partir de 19 h. jusqu'à 21 h. un supplément de garde de 2 EUR pourra être porté en compte et sera pris en charge par l'AMI;

11.1.2. parallèlement :

11.1.2.1. sans préjudice de la nécessité que le dossier médical puisse être accessible et partagé dans le cadre des gardes et que celles-ci puissent être mises en place d'une part éventuellement à partir de 18 h. et d'autre part de manière équilibrée et générale sur l'ensemble du territoire;

11.1.2.2. en vue de garantir la possibilité d'une permanence médicale du médecin généraliste au profit des patients et particulièrement pour ceux qui possèdent un DMG auprès de celui-ci, vu le rôle spécifique de coordination joué par le médecin généraliste dans ce cadre;

11.1.2.3. le médecin généraliste, inscrit auprès d'un service de garde, pourra porter en compte un supplément de permanence d'un montant maximum de 2 EUR, pour les consultations effectuées entre 18 h. et 21 h.;

11.1.2.4. pour le patient DMG qui consulte le médecin généraliste qui a accès aux données de son DMG, le supplément de permanence peut être porté en compte mais celui-ci sera à charge de l'AMI à 100 %;

11.1.3. des codifications provisoires dans le cadre de cette expérimentation seront élaborées par la CNMM afin d'identifier ces prestations de permanence DMG ou non ou réalisées dans le cadre du service de garde;

11.1.4. les mesures 1 et 2 sont mises en place d'une manière expérimentale pendant la période du 1er juillet 2008 au 30 juin 2009;

11.1.5. dans le courant 2009, la CNMM évaluera l'effet de ces mesures à la lumière des données disponibles. Cette évaluation passera en revue différents éléments : spécificités de la pratique, répartition géographique, caractéristiques des patients, quote-part relative des prestations en soirée pendant les gardes et en dehors de celles-ci, quote-part relative des prestations de jour, de soirée et de nuit,...

Sur la base de cette évaluation, la CNMM décidera d'orientations futures;

11.1.6. afin de permettre une bonne communication entre le service de garde organisé par les cercles de médecins généralistes et les permanences visées par le point 11.1.2.2., le médecin généraliste s'engage à communiquer à son cercle de médecins généralistes ses permanences entre 18 h. et 21 h. Les cercles sont chargés d'en assurer la communication adéquate auprès de la population et aux organismes assureurs;

11.1.7. les heures de permanence visées au point 11.1.2.3. ne peuvent pas entrer en ligne de compte dans le cadre du conventionnement partiel;

11.1.8. les organismes assureurs s'engagent à informer leurs affiliés sur les objectifs et les modalités de l'expérimentation.

11.2. Permanence et disponibilité des médecins spécialistes :

Les mesures en matière d'honoraires de disponibilité des médecins spécialistes, telles qu'approuvées par le Comité de l'assurance du 19 mars 2007, seront étendues à tous les médecins spécialistes visés à l'article 10 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée.

12. QUALITE, INFORMATION, PROFILS

Les partenaires marquent leur accord pour que les commissions de profils compétentes pour les médecins généralistes ainsi que pour les médecins spécialistes, via une communication et une information de haute qualité :

12.1. développent les feedbacks en collaboration avec les structures et avec des groupes de professionnels concernés comme par exemple avec les Glems, les comités paritaires, les organisations scientifiques, les collèges, de manière à ce que l'information délivrée concorde avec les attentes des médecins.

Le Service proposera aux commissions de profils ou rédigera à leur demande un plan de travail conjointement avec une méthode d'analyse reposant sur le rapprochement de bases de données et sur la participation des médecins de la discipline étudiée;

12.2. établissent avec les structures existantes (conseil technique, groupe de direction de l'accréditation, CNPQ-NRKP, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments…) des relations spécifiques visant à coordonner l'information et les actions vers les professionnels au sein d'un programme cohérent.

13. SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La Commission nationale médico-mutualiste s'engage à prendre pour le 30 juin 2008 au plus tard, au moins les mesures concrètes relatives à la simplification administrative suivantes :

13.1. concrétiser les conclusions de la plate-forme de concertation CNMM-Commission de remboursement des Médicaments, en particulier :

13.1.1. élargir la disposition « extension de validité » des autorisations « d » et « b » à toutes les spécialités inscrites dans un même § du chapitre IV, même si elles ont des principes actifs différents et regrouper dans des mêmes paragraphes les différentes spécialités qui sont remboursables pour des mêmes indications (maladie de Parkinson, épilepsie, …);

13.1.2. introduire une procédure de prolongation automatique des autorisations de modèle « d », puisque une autorisation de modèle « d » concerne par nature le traitement d'une affection chronique et que le seul critère nécessaire pour autoriser son renouvellement est la volonté manifestée par le médecin-traitant de prolonger son utilisation;

13.1.3. développer un projet qui permettrait l'introduction en ligne par les médecins des formulaires standardisés officiels avec, comme projet pilote 2008, l'introduction en ligne par les rhumatologues des demandes de remboursement des anti-TNF;

13.1.4. les pratiques de groupe, visées à l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux pratiques de groupe des médecins généralistes, peuvent s'enregistrer à l'INAMI, pour que, sans mention supplémentaire sur l'attestation de soins donnés (marque « G »), l'avantage du ticket modérateur pour le patient puisse être octroyé;

13.1.5. simplification nomenclature médecins généralistes – article 2 – basée sur les propositions du Conseil technique médical;

13.1.6. médication chronique : dans le cadre de la plate-forme CRM/CNMM, il sera analysé une extension du principe du multiplicateur en vue d'une simplification de la prescription de la médication pour maladies chroniques.

14. INFORMATISATION

La CNMM souhaite être activement impliquée dans BeHealth et dans les projets relatifs à la prescription électronique de médicaments ainsi que dans l'enregistrement des données médicales. Elle invite le Conseil technique médical à adapter la nomenclature pour rendre possible la prescription ou l'attestation de prestations médicales par voie électronique.

14.1. Visant entre autres la promotion de la simplification administrative et l'amélioration de l'accès aux soins, les parties s'engagent à développer par étapes un système de :

14.1.1. communication électronique sécurisée de données ou de documents réglementaires socio-administratifs et médicaux exigés entre les médecins et les (médecins-conseils des) organismes assureurs;

14.1.2. facturation électronique des prestations ambulatoires en application du régime du tiers payant. De plus, la possibilité sera examinée pour permettre l'application du régime du tiers payant via la facturation électronique pour les prestations qui en sont actuellement exclues.

14.2. La CNMM enjoint le Conseil technique médical d'étudier la possibilité d'une participation par voie électronique du médecin généraliste dans la Consultation Oncologique Multidisciplinaire avec comme objectif une application à partir de 2009.

15. STATUT SOCIAL

15.1. En vue de stimuler le caractère attractif de l'adhésion à l'accord, la Commission nationale médico-mutualiste formule l'avis selon lequel :

15.1.1. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 3 595,10 EUR pour les médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré au présent accord pour leur activité professionnelle complète;

15.1.2. le montant du statut social pour l'année 2008 est fixé à 1 935,13 EUR pour les médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de cet accord au Moniteur belge, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

15.1.2.1. pour les médecins généralistes :

15.1.2.1.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;

15.1.2.1.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;

15.1.2.2. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

15.1.2.2.1. ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;

15.1.2.2.2. ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;

15.1.2.3. pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

15.1.2.3.1. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine;

15.1.2.3.2. ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

15.2. La CNMM propose que l'octroi d'une intervention de l'INAMI soit lié à une activité minimum déterminée.

La CNMM se prononcera, sur base d'une analyse des prestations et des données de prescription du médecin, nonobstant son statut.

15.3. La CNMM propose à l'autorité de tutelle de compléter l'article 54 de la loi SSI par une disposition autorisant le Roi à récupérer une intervention INAMI auprès des médecins qui ne respectent pas les termes de l'accord.

16. TIERS-PAYANT

L'accès au système du tiers payant facultatif est ouvert à leur demande aux médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord dans la mesure où ils notifient au Collège intermutualiste national qu'ils respecteront les tarifs de l'accord pour les prestations couvertes par le système du tiers payant dans les mêmes conditions que les médecins engagés.

17. MESURES DE CORRECTION

Le présent accord est censé contenir les clauses prévues à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et contient les mécanismes de correction suivants :

17.1. transfert proportionnel et sélectif d'honoraires payés à l'acte dans des honoraires forfaitaires;

17.2. renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription;

17.3. adaptation des mécanismes de remboursements dans le cas de prestations bien déterminées dont il serait prouvé, de façon précise et sur base d'analyses objectives, qu'elles font l'objet d'un usage abusif et injustifié;

17.4. promotion d'une demande et d'un usage responsable des prestations de santé par l'information, le ″pilotage″ et la couverture équilibrée par l'assurance des prestations exécutées chez les patients ambulants et hospitalisés;

17.5. et/ou diminution proportionnelle et sélective des honoraires de certaines prestations diagnostiques qui seront précisées par la Commission nationale médico-mutualiste au moment où il est nécessaire de prendre des mesures de correction.

Pour ce qui concerne les mesures d'économies prévues aux articles 18 et 40, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, et conformément à l'esprit de la loi, les dispositions de l'article 51, § 2, de ladite loi ne peuvent être appliquées que si un dialogue et une concertation ont eu lieu au préalable entre le Ministre et la Commission nationale médico-mutualiste.

18. RECOMMANDATIONS A L'AUTORITE

18.1. Les parties sont d'accord d'insister auprès des autorités pour organiser avec la CNMM une concertation au sujet de toute modification envisagée pour les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux afin d'accroître la sécurité juridique et la transparence tant pour les patients que pour les prestataires. En plus, la CNMM est partisante que cette matière soit réglée via la loi AMI.

Par ailleurs, une analyse des factures hospitalières fera également l'objet d'une nouvelle concertation entre les partenaires de la CNMM.

Elles prennent connaissance de l'intention du Ministre des Affaires sociales de prendre des initiatives visant à confirmer légalement l'arrêté royal du 19 mars 2007.

18.2. Les parties souhaitent, outre la simplification administrative nécessaire concernant entre autre l'asthme/la BPCO, qu'une proposition concernant l'adaptation de la réglementation sur les médicaments chapitre II soit également exécutée, sur base des principes suivants :

18.2.1. indication classes : il est suggéré de recueillir l'avis de la CNMM lorsque le Ministre prend l'initiative d'insérer des médicaments dans le chapitre II;

18.2.2. recommandations : les recommandations seraient élaborées sur proposition d'un groupe de travail tripartite de la CRM (dispensateurs, scientifiques – académiciens et représentants des associations scientifiques – et organismes assureurs). Sauf en cas d'avis négatif unanime et motivé des représentants d'une des trois parties concernées, les propositions élaborées par ce groupe de travail seront transmises à la CRM. La CRM pourra soit marquer son accord conformément à la proposition élaborée soit décider de son rejet pur et simple;

18.2.3. contrôle : ne sera opéré qu'à l'égard des prescripteurs dépassant les indicateurs et les seuils (*outliers*) déterminés conformément à l'article 73, § 2, alinéa 2, de la loi SSI coordonnée, soit actuellement par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. Le contrôle des éléments dont le dispensateur de soins doit disposer afin de permettre de vérifier si les spécialités pharmaceutiques délivrées ont été prescrites conformément aux recommandations est axé sur les éléments conservés obligatoirement pendant la période de mise sous monitoring visé à l'article 146*bis* de la loi SSI coordonnée.

18.3. Postes de garde de médecine générale :

Deux mécanismes de financement via l'assurance obligatoire soins de santé sont actuellement prévus pour les postes de garde de médecine générale.

La CNMM participera à l'évaluation des expériences et proposera dans le cadre d'un prochain accord les initiatives adéquates.

18.4. Visant entre autres la promotion de la communication entre médecins, généralistes et spécialistes, la CNMM demande à l'Autorité de tutelle de créer un cadre au sein duquel des réseaux de communications peuvent être développés et une solution technique réalisée pour les généralistes et les spécialistes pour communiquer entre eux de manière sécurisée.

18.5. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de placer les moyens financiers pour les interventions forfaitaires de dialyse dans les honoraires des médecins.

18.6. La CNMM souhaite collaborer aux initiatives qui procureront une meilleure accessibilité aux défavorisés via l'adaptation du régime du tiers payant.

18.7. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle d'abroger l'article 37*bis*, § 1*bis*, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 concernant l'équivalence du montant de la quote-part personnelle de l'assuré dans les prestations effectuées par des médecins accrédités et des médecins non accrédités.

18.8. La CNMM recommande à l'Autorité de tutelle de prévoir une indexation pour l'indemnité informatique.

19. CONCERTATION

19.1. Si l'on veut parvenir à une approche plus qualitative, en matière de consommation de médicaments, de soins palliatifs, de démence et de dépression, de rééducation, de planification et de coordination de soins (en collaboration avec les autres dispensateurs de soins dans le réseau), d'hygiène et de prévention, dans les soins dispensés aux patients séjournant en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en centres de court séjour, en centres de soins de jour, le médecin coordinateur et conseiller doit remplir un rôle essentiel. En concertation avec les commissions de conventions concernées, le SPF Santé publique et les Communautés/Régions, la CNMM prend l'engagement de développer ce rôle, de le définir avec une attention particulière pour plus de concertation avec les médecins généralistes qui traitent les résidents.

19.2. La Commission nationale médico-mutualiste entend participer au lancement d'une concertation médicopharmaceutique, qui permettrait de stimuler une prescription et une utilisation plus efficiente des médicaments et une meilleure compliance thérapeutique ainsi que la mise sur pied d'une meilleure gestion de risques de façon à obtenir un résultat thérapeutique plus optimal. Pour y arriver, une représentation équitable de toutes les parties est primordiale.

19.3. Les partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste, en vue de formuler des propositions au Comité de l'assurance dans le cadre du budget 2009, se concerteront sur base régulière.

19.4. La Commission nationale médico-mutualiste évaluera l'impact et les critères d'octroi d'Impulseo I.

20. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ACCORD

20.1. Le médecin qui adhère aux termes du présent accord fournira aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire les documents nécessaires au remboursement de ses prestations par cette assurance.

20.2. Médecins de médecine générale.

20.2.1. Pour les médecins de médecine générale, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et les indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués à toutes les visites au domicile du malade, aux consultations en cabinet organisées en sorte de représenter soit au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins, soit un nombre d'heures correspondant aux trois-quarts de l'activité en cabinet, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé, ainsi qu'aux prestations techniques effectuées au cours de ces visites ou consultations.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières :

20.2.2. les consultations réalisées à la demande expresse du patient en dehors des heures normales d'activité telles que visées au sein de cet accord, en dehors des heures durant lesquelles le médecin organise des consultations libres ou sur rendez-vous en dehors du cadre du service organisé;

20.2.3. les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;

20.2.4. les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;

20.2.5. les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, a droit à l'application, pour chaque consultation, du régime d'honoraires de la première consultation.

20.3. Médecins spécialistes.

Pour les médecins spécialistes, sauf en cas d'exigences particulières du bénéficiaire, les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement, fixés conformément aux termes du présent accord, sont appliqués aux consultations et aux prestations techniques effectuées dans les conditions suivantes :

20.3.1. lorsque le médecin spécialiste exerce en tout ou en partie en milieu hospitalier, si son activité aux conditions de l'accord représente soit une durée de vingt-cinq heures par semaine au moins comportant son activité hospitalière et/ou ses consultations ouvertes soit les trois-quarts de son activité globale;

20.3.2. lorsque le médecin spécialiste exerce exclusivement en dehors du milieu hospitalier, si son activité en cabinet aux conditions de l'accord est organisée en sorte de représenter soit vingt heures de consultation par semaine au moins, réparties sur quatre jours au moins, soit les trois-quarts de son activité globale, à des heures qui conviennent normalement aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé.

Pour l'application du présent accord, on entend par exigences particulières :

20.3.2.1. la demande d'hospitalisation en chambre particulière pour des raisons de convenances personnelles;

20.3.2.2. les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;

20.3.2.3. les prestations demandées sur rendez-vous, en dehors des consultations prévues à l'alinéa précédent.

Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité par le médecin à se représenter au cabinet, a droit à l'application pour chaque prestation du régime d'honoraires de la première prestation.

20.4. Les taux d'honoraires et d'indemnités de déplacement prévus par le présent accord sont appliqués à tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, y compris les bénéficiaires qui ont droit au régime préférentiel tels que visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'exception des bénéficiaires membres d'un ménage dont les revenus annuels imposables dépassent :

Soit 59 835,08 EUR par ménage, augmentés de 1 993,78 EUR par personne à charge, lorsqu'il n'y a qu'un seul titulaire;

Soit 39 889,62 EUR par titulaire, augmentés de 1 993,78 EUR par personne à charge, lorsqu'il y a plusieurs titulaires.

20.5. En vue de donner aux médecins et aux patients, entre autres, une meilleure idée de leurs droits et obligations réciproques et de garantir leur sécurité juridique, les parties sont d'accord sur les points suivants :

20.5.1. l'harmonisation des termes de l'accord avec les dispositions légales de l'article 50, § 3 de la loi SSI, en ce sens que les médecins sont censés appliquer les tarifs conclus, à l'exception des périodes et des endroits pour lesquels ils ont signalé qu'ils n'appliqueraient pas les termes de l'accord ;

20.5.2. la précision selon laquelle des exigences particulières doivent bien entendu émaner du patient et ne pas faire suite à la manière dont le médecin organise sa pratique ;

20.5.3. l'adhésion partielle concerne tant des consultations que des prestations techniques.

Les contestations concernant le point 20 feront l'objet d'un arbitrage par un collège paritaire composé par la Commission nationale médico-mutualiste et présidé par un fonctionnaire de l'INAMI.

21. CONCILIATION DE CONTESTATIONS

La Commission nationale médico-mutualiste est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords. Elle peut concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature après avoir pris l'avis du Conseil technique médical.

22. DUREE DE L'ACCORD

22.1. Le présent accord est conclu pour une période d'un an (soit du 1.1.2008 au 31.12.2008).

22.2. L'accord peut être dénoncé, par lettre motivée recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission nationale médico-mutualiste :

22.2.1**.** par une des parties :

22.2.1.1. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

22.2.1.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.1.3 A partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.

22.2.1.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au Moniteur belge des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.

22.2.1.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

22.2.1.6. Une partie est valablement représentée lorsqu'elle réunit au moins 7 des membres qui la représentent à la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.1.7. Toutefois, cette dénonciation ne peut sortir ses effets que si la partie qui dénonce confirme cette dénonciation devant la Commission nationale médico-mutualiste réunie d'urgence, selon les règles de quorum visées à l'article 50, § 2, alinéa 4.

22.2.2**.** par un médecin :

22.2.2.1. dans les 30 jours suivant la publication au Moniteur belge, de mesures de corrections visées au § 8 de l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou dans les 30 jours après que le Ministre ou le Conseil général ait pris unilatéralement, sur base de l'article 18 de ladite loi coordonnée, des mesures qui modifient les honoraires ou la nomenclature des prestations de santé.

Cette dénonciation peut être générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations et/ou à certains dispensateurs concernés par les mesures de correction lorsque les mesures correctrices non prévues dans ledit accord n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical selon les règles prévues à l'article 50, §§ 2, 3 et 8 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. En cas de dénonciation partielle, la lettre recommandée contiendra aussi les références précises des prestations ou groupes de prestations et/ou des dispensateurs qui sont visés. Cette dénonciation produit ses effets à la date d'entrée en vigueur des dites mesures de corrections.

22.2.2.2. Les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les prestations qui sont reprises à la nomenclature des prestations de santé le 31 décembre 2007. Si la nomenclature ainsi décrite ou les honoraires sont modifiés unilatéralement par l'Autorité en 2008, l'accord n'est plus d'application pour les dispositions modifiées de la nomenclature ou des honoraires à partir de la date d'entrée en vigueur de cette modification, sauf si cette modification a obtenu l'approbation de la Commission nationale médico-mutualiste.

22.2.2.3 A partir du 22 septembre 2008, en cas de non-ratification des dispositions visées au point 18.1.

22.2.2.4. Dans les trente jours qui suivent la publication au Moniteur belge des mesures légales ou réglementaires modifiant unilatéralement les dispositions en vigueur relatives aux suppléments d'honoraires.

22.2.2.5. A partir du 30 septembre 2008, en cas de non-publication des dispositions visées au point 18.2.

...

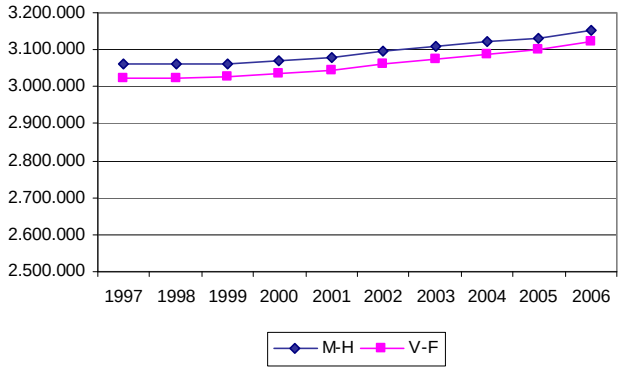
FACTEURS EXPLICATIFS RELATIFS A L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'INVALIDES TRAVAILLEURS SALARIES

Les dépenses en matière d'invalidité ont fortement augmenté au cours des dernières années. Le nombre croissant d'invalides constitue un facteur important à l'origine de cette augmentation. La présente note donne un bref aperçu de l'évolution des principaux indicateurs qui expliquent le nombre croissant d'invalides.

La présente note examine la relation entre d'une part, le nombre croissant d'invalides et d'autre part, l'évolution de la population et des titulaires indemnisables. Elle examine dans quelle mesure ces populations évoluent l'une par rapport à l'autre à l'aide du degré de participation et du degré d'invalidité. En conclusion, la note établit une estimation de l'évolution future du nombre d'invalides.

1. POPULATION (POP)

Le **tableau 1** suivant présente l'évolution de la population belge entre 1997 et 2006, ventilée par sexe et par tranche d'âges de 5 ans (pour la population à partir de 20 ans jusqu'à 64 ans inclus). Ce tableau fait également des pronostics concernant l'évolution future de la population.



La population dans les catégories d'âges 20-64 est passée entre 1997 et 2006 de 6 082 534 à 6 273 659. Ceci correspond à une augmentation de 191 125 personnes, soit + 3,14 %. La hausse observée chez les femmes (+ 100 759, soit 3,33 %) est un peu plus significative que celle observée chez les hommes (+ 90 366, soit 2,95 %).

Une évolution par catégorie d'âges nous donne les résultats suivants :

Évo 1997-2006	M - H	V - F
20-24	-2,26 %	-0,54 %
25-29	-10,07 %	-7,87 %
30-34	-13,47 %	-12,02 %
35-39	-3,85 %	-3,80 %
40-44	9,84 %	10,04 %
45-49	10,86 %	12,06 %
50-54	20,33 %	20,84 %
55-59	30,60 %	27,02 %
60-64	-3,50 %	-6,69 %

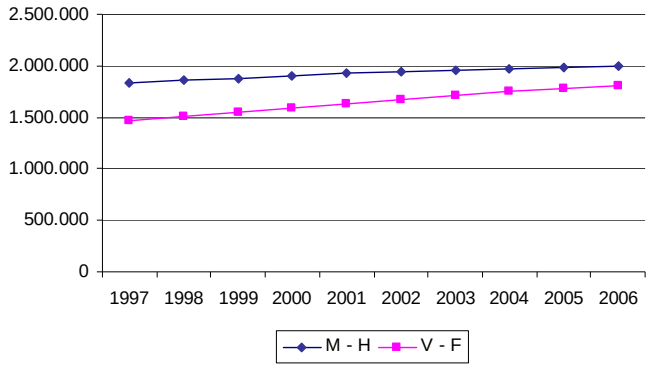
Ces chiffres illustrent clairement l'effet du vieillissement de la population. La population a ainsi fortement augmenté au cours des 10 dernières années dans les catégories d'âges 50-54 et 55-59, tant chez les hommes que chez les femmes (pourcentages dépassant les 20 %). Dans les catégories d'âges moins avancés (≤ 39) et le groupe d'âges 60-64, la population décroît toutefois. Ces évolutions démographiques peuvent s'expliquer en analysant les évolutions sociales du passé. Les personnes qui se situent actuellement dans les catégories d'âges 50-54 et 55-59 sont nées pendant le baby-boom qui a suivi la deuxième Guerre mondiale. Il y a dix ans, ce sont les personnes nées tout juste avant la deuxième Guerre mondiale qui se situaient dans cette catégorie d'âges. Le nombre de naissances était alors nettement moins élevé.

La régression de la population dans les catégories plus jeunes s'explique du fait que le nombre de naissances était en baisse à la fin des années 60, début des années 70.

2. TITULAIRES INDEMNISABLES MOINS PREPENSIONNES (TI-PRÉP)

Le **tableau 2** suivant présente l'évolution du nombre de TI-PRÉP entre 1997 et 2006, ventilé par sexe et tranche d'âges de cinq ans. Le **tableau 3** présente l'évolution du nombre de prépensionnés entre 1997 et 2006, ventilée par sexe et tranche d'âges de cinq ans.

Conformément à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les titulaires indemnisables ont droit aux indemnités. Cela signifie qu'il est tenu compte de la population active, des chômeurs et des invalides. Il n'est donc pas tenu compte des fonctionnaires et travailleurs indépendants. Le nombre de prépensionnés est déduit du nombre de titulaires indemnisables. Théoriquement, ce groupe de personnes a également droit aux indemnités mais elles n'exerceront jamais ce droit étant donné qu'elles n'ont aucun avantage financier à en retirer.

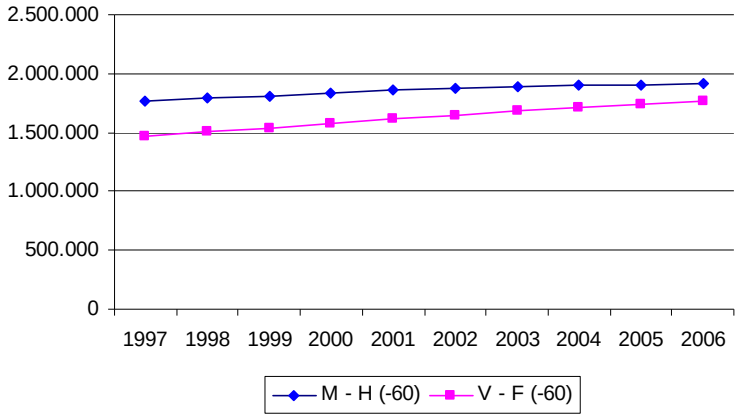


Le nombre de TI-PRÉP est passé entre 1997 et 2006 de 3 304 134 à 3 813 803. Ceci correspond à une augmentation de 509 669, soit 15,43 %. Dans la période considérée, l'augmentation observée chez les femmes est nettement plus prononcée que chez les hommes: + 339 694 (+ 23,06 %) femmes contre + 169 975 (+ 9,28 %) hommes.

Au cours de la période 1997-2006, le nombre de prépensionnés est passé de 127 058 à 112 565. Cela signifie une diminution de 14 493 (- 11,41 %). Chez les femmes, le nombre de prépensionnés a augmenté de 8 876 (+ 68,98 %). Le nombre d'hommes prépensionnés a par contre diminué de 23.369 (- 20,46 %).

La forte augmentation du nombre de femmes prépensionnées peut s'expliquer du fait du relèvement de l'âge de la pension des femmes. L'âge de la pension pour les femmes était auparavant fixé à 60 ans seulement. À partir de 1997, celui-ci a été relevé d'un an tous les 3 ans. De ce fait, le nombre de femmes ayant la possibilité de bénéficier d'une prépension a fortement augmenté.

Le relèvement de l'âge de la pension chez les femmes peut également être à l'origine de la forte augmentation du nombre de TI-PRÉP : alors que les femmes titulaires indemnisables sortaient auparavant du système à l'âge de 60 ans, elles ne sortent actuellement qu'à 64 ans. Afin d'éliminer l'effet du relèvement de l'âge de la pension, il est possible d'examiner l'évolution des TI-PRÉP âgés de moins de 60 ans.



Le nombre total de TI-PRÉP âgés de moins de 60 ans est passé entre 1997 et 2006 de 3 231 839 à 3 681 323. Même en faisant abstraction de la catégorie des plus de 60 ans, il s'avère que le nombre de titulaires du sexe féminin a fortement augmenté au cours des dernières années (+ 295 783, soit 20,19 %). Hormis le relèvement de l'âge de la pension, il existe donc encore d'autres facteurs qui doivent être à l'origine du nombre accru de TI-PRÉP.

Une première explication possible est que le nombre de titulaires indemnisables suit l'évolution à la hausse de la population. Le tableau ci-dessous compare l'évolution en pourcentages entre 1997 et 2006 pour la population et les TI-PRÉP pour la catégorie d'âges 20-59 afin d'éliminer l'effet du relèvement de l'âge de la pension.

	M-H	**V-F**
POP	3,55 %	4,35 %
TI-PREP	8,80 %	20,35 %

Ces chiffres démontrent qu'au cours des 10 dernières années le nombre de titulaires indemnisables a augmenté de manière plus significative que la population. Ce phénomène est plus prononcé chez les femmes que chez les hommes.

Outre l'augmentation de la population et le relèvement de l'âge de la pension, il faut donc chercher un facteur supplémentaire qui expliquerait l'augmentation du nombre de titulaires indemnisables : c'est le taux de participation.

3. TAUX DE PARTICIPATION

Le **tableau 4** présente l'évolution du taux de participation entre 1997 et 2006, ventilé par sexe et tranche d'âges de cinq ans.

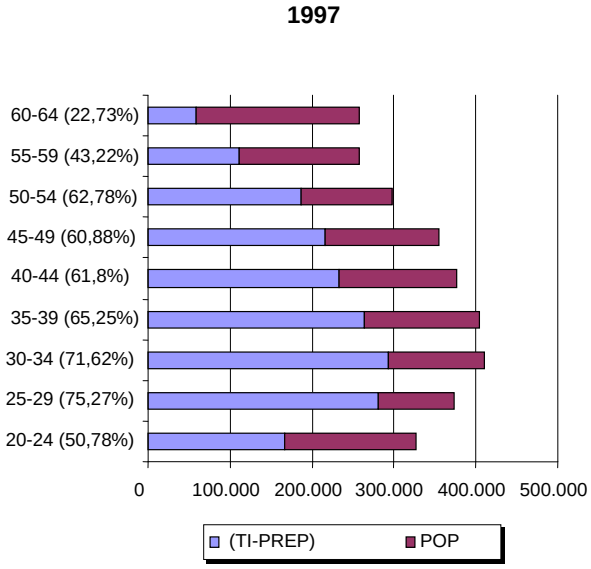
Formule : Le taux de participation est calculé en divisant, par catégorie d'âges de 5 ans, le nombre de TI-PRÉP par la population.

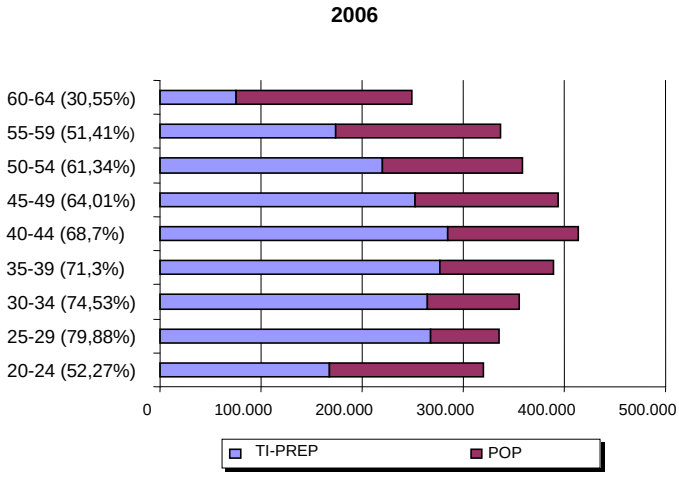
$$Taux\,de\,participation = \frac{TI - PRÉP}{POP}$$

Définition : Ce paramètre donne une indication de la manière dont le nombre de titulaires salariés évolue par rapport à l'ensemble de la population belge. L'évolution du taux de participation peut donc être considérée comme l'évolution du pourcentage de personnes participant au système en qualité de salariés.

3.1 Hommes

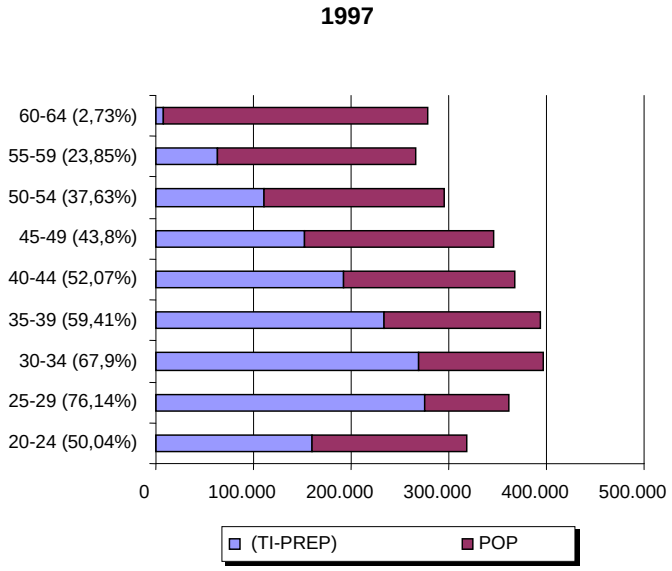
Les graphiques suivants présentent le taux de participation des différentes catégories d'âges pour les années 1997 et 2006. Ces graphiques illustrent une fois de plus clairement le phénomène du vieillissement de la population. Alors qu'en 1997, les populations les plus importantes se situaient dans les catégories d'âges entre 25 et 44, celles-ci sont passées pour 2006 dans les catégories entre 35 et 54.

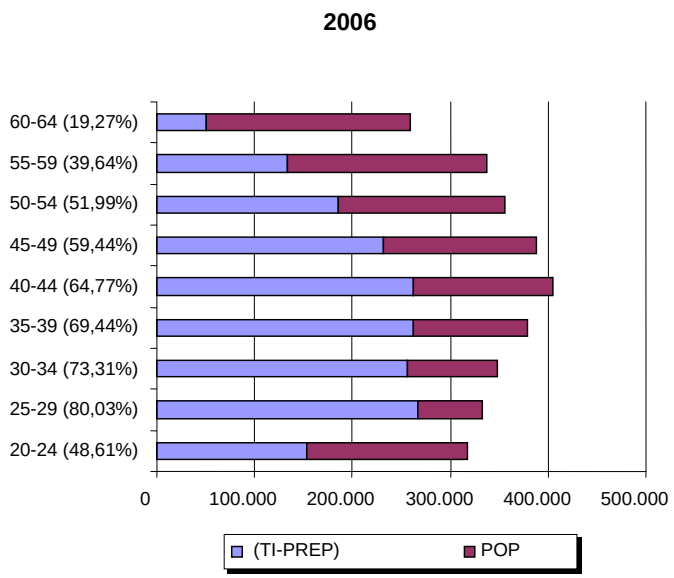




Le pourcentage d'hommes participant au système en qualité de salariés a augmenté entre 1997 et 2006 pour quasi toutes les catégories d'âges. Seule la catégorie d'âges 50-54 enregistre une légère diminution: de 62,78 % en 1997 à 61,34 % en 2005.

3.2 Femmes

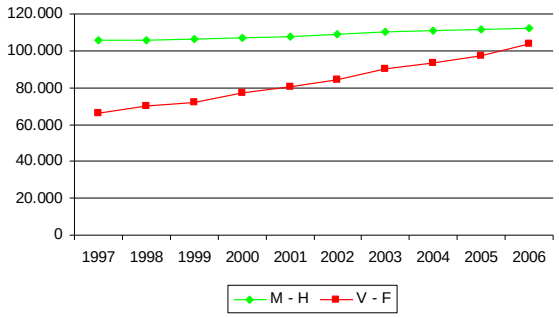




Ces graphiques démontrent clairement qu'une augmentation du taux de participation s'observe également chez les femmes. Seule la catégorie d'âges 20-24 enregistre une légère diminution. Le taux de participation chez les femmes augmente de manière plus importante que le taux de participation chez les hommes. Ces constatations peuvent s'expliquer du fait que de plus en plus de femmes entrent sur le marché du travail ces dernières années. Bien que les femmes participent davantage sur le marché du travail ces dernières années, il s'avère que le taux de participation des hommes dans les catégories d'âges les plus avancés est encore nettement plus élevé que celui des femmes. Ici aussi, on remarque cependant une tendance selon laquelle les femmes participent sur le marché du travail jusqu'à un âge plus avancé qu'il y a 10 ans.

4. INVALIDES (INV)

Le **tableau 5** suivant présente l'évolution du nombre d'invalides entre 1996 et 2006, ventilée par sexe et tranche d'âges de cinq ans.



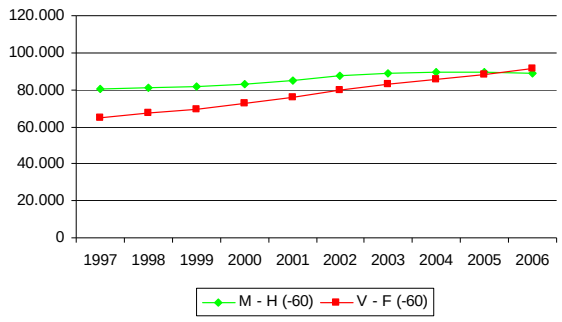
Le nombre total d'invalides est passé entre 1997 et 2006 de 171 900 à 215 822. Ceci correspond à une augmentation de 43 922 invalides, soit 25,55 %. Ventilé par sexe, le nombre de femmes dans la période considérée augmente de 37 508 (+ 56,57 %) alors que le nombre d'hommes invalides augmente de 6 414 (6,07 %).

Ces évolutions font que le nombre de femmes invalides se rapproche du nombre d'hommes invalides. Le nombre d'hommes invalides est toutefois plus élevé: 112 016 par rapport à 103 806 femmes invalides en 2006.

Remarquons pour les invalides également que le relèvement de l'âge de la pension peut avoir un effet sur l'évolution. Le relèvement de l'âge de la pension pour les femmes influence de deux manières le nombre de femmes invalides :

1. Les femmes peuvent devenir invalides jusqu'à un âge plus avancé
2. Les femmes qui sont déjà reconnues comme invalides, peuvent, si la reconnaissance de l'incapacité de travail est maintenue, rester plus longtemps en invalidité. Dans le passé, ces femmes sortaient du système d'invalidité à l'âge de 60 ans. Elles passaient alors à un système de pension.

Afin d'éliminer l'effet de ce facteur, le graphique ci-dessous présente l'évolution du nombre d'invalides âgés de moins de 60 ans.



Le nombre total d'invalides âgés de moins de 60 ans s'élevait en 2006 à 179 892. Une ventilation par sexe permet de constater qu'il y a un peu plus de femmes invalides en dessous de 60 ans que d'hommes : 91 300 femmes par rapport à 88 592 hommes. En 1997, le nombre d'invalides âgés de moins de 60 était nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes: 80 365 hommes invalides par rapport à 65 104 femmes invalides. Cela signifie qu'au cours des dernières années, le nombre d'invalides âgés de moins de 60 ans a augmenté de manière plus significative chez les femmes que chez les hommes. Il en ressort que le relèvement de l'âge de la pension ne peut pas être le seul facteur permettant d'expliquer le nombre accru d'invalides.

Un deuxième facteur permettant d'expliquer l'évolution du nombre d'invalides, hormis le relèvement de l'âge de la pension, est l'évolution du nombre de titulaires indemnisables. Le tableau ci-dessous compare l'évolution en pourcentages entre 1997 et 2006 pour les TI-PRÉP et les invalides de la catégorie des moins de 60 ans afin d'éliminer l'effet du relèvement de l'âge de la pension des femmes.

	M-H	**V-F**
TI-PREP	8,70 %	20,19 %
INV	10,24 %	40,24 %

Ce tableau démontre que l'évolution du nombre de titulaires indemnisables du sexe masculin donne une indication raisonnable de l'évolution du nombre d'invalides. Toutefois, chez les femmes, on observe une différence manifeste entre l'évolution du nombre de titulaires indemnisables d'une part et le nombre d'invalides d'autre part.

Le degré d'invalidité constitue un autre facteur qui peut influencer le nombre d'invalides.

5. TAUX D'INVALIDITE

Le **tableau 6** présente l'évolution du taux d'invalidité entre 1997 et 2006, ventilée par sexe et tranche d'âges de cinq ans.

Formule : Le taux d'invalidité est calculé en divisant les invalides par les TI-PRÉP.

$$\textit{Degré d'invalidité} = \frac{\textit{Invalides}}{\textit{TI-PRÉP}}$$

Définition : Le taux d'invalidité présente le rapport du nombre d'invalides par rapport au nombre de titulaires indemnisables moins le nombre de prépensionnés. Les invalides font eux-mêmes partie des TI-PRÉP. Le taux d'invalidité peut donc être considéré comme le pourcentage de TI-PRÉP qui sont invalides, en d'autres mots, le risque qu'un titulaire indemnisable soit invalide.

Le tableau ci-dessous présente, par sexe et tranche d'âges de cinq ans, le taux d'invalidité de 2006 et l'évolution par rapport à 1997.

Taux d'invalidité par catégorie d'âges et par sexe : 2006 + Évolution 1997-2006

	M - H		**V – F**		**T**	
	2006	**évo 97-06**	**2006**	**évo 97-06**	**2006**	**évo 97-06**
< 20	0,01 %	**-0,02 %**	0,00 %	0,00 %	0,00 %	**-0,02 %**
20 - 24	0,29 %	**-0,06 %**	0,29 %	0,03 %	0,29 %	**-0,02 %**
25 - 29	0,80 %	**-0,02 %**	0,86 %	0,05 %	0,83 %	0,01 %
30 - 34	1,44 %	**-0,11 %**	1,90 %	0,08 %	1,67 %	**-0,01 %**
35 - 39	2,46 %	**-0,23 %**	3,40 %	0,09 %	2,91 %	**-0,07 %**
40 - 44	3,94 %	**-0,47 %**	5,38 %	**-0,21 %**	4,63 %	**-0,31 %**
45 - 49	6,14 %	**-0,46 %**	7,90 %	**-0,45 %**	6,98 %	**-0,34 %**
50 - 54	9,73 %	**-0,27 %**	11,80 %	**-0,40 %**	10,67 %	**-0,15 %**
55 - 59	15,77 %	**-4,53 %**	15,39 %	**-4,97 %**	15,60 %	**-4,72 %**
tot -60	4,61 %	0,06 %	5,19 %	0,75 %	4,89 %	0,39 %
60 - 64	30,48 %	**-11,91 %**	25,00 %	9,30 %	28,31%	**-11,02 %**
>64	5,99 %	**-1,21 %**	0,00 %	0,00 %	4,06 %	**-2,44 %**
Tot	5,60 %	**-0,17 %**	5,73 %	1,23 %	5,66 %	0,46 %

Le taux total d'invalidité est passé de 5,20 % à 5,66 % entre 1997 et 2006. En ne considérant que la catégorie des moins de 60 ans, le taux d'invalidité passe de 4,50 % en 1997 à 4,89 % en 2006.

On pourrait à première vue en conclure que le risque d'être invalide pour un titulaire indemnisable s'est accru au cours des 10 dernières années. En analysant toutefois l'évolution par catégorie d'âges, il s'avère que le taux d'invalidité a diminué dans quasi chaque catégorie d'âges, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette contradiction apparente s'explique néanmoins par une analyse du taux d'invalidité par catégorie d'âges et l'évolution démographique.

En considérant le taux d'invalidité par catégorie d'âges, il s'avère que les catégories d'âges les plus jeunes présentent le taux d'invalidité le plus faible. Au fur et à mesure que l'on avance en âge, le risque d'entrer en invalidité augmente toutefois sensiblement. Les catégories d'âges les plus avancés (excepté les plus de 64 ans) présentent par conséquent le taux d'invalidité le plus élevé.

Il a déjà été démontré précédemment qu'il y a un glissement manifeste de la population TI-PRÉP vers les catégories d'âges plus avancés. Cela signifie que les personnes se situent davantage dans une catégorie d'âges où le risque d'être invalide est plus important. Le taux total d'invalidité n'augmente donc pas en raison du fait que les personnes ont un risque accru d'être invalide dans une certaine catégorie d'âges mais tout simplement parce qu'il y a plus de personnes qui se situent dans les catégories d'âges plus avancés où le taux d'invalidité est plus élevé.

6. ÉVOLUTION FUTURE DU NOMBRE D'INVALIDES

Le **tableau 7** suivant présente les pronostics du nombre d'invalides pour la période 2006-2025.

Le vieillissement de la population, la participation accrue sur le marché du travail et le relèvement de l'âge de la pension chez les femmes feront en sorte que le nombre d'invalides continuera à augmenter à l'avenir. Le tableau ci-dessous présente l'évolution attendue du nombre d'invalides jusqu'en 2025. (L'estimation de l'évolution du nombre d'invalides est effectuée de la même manière que celle décrite dans la note C.I.2007-25).

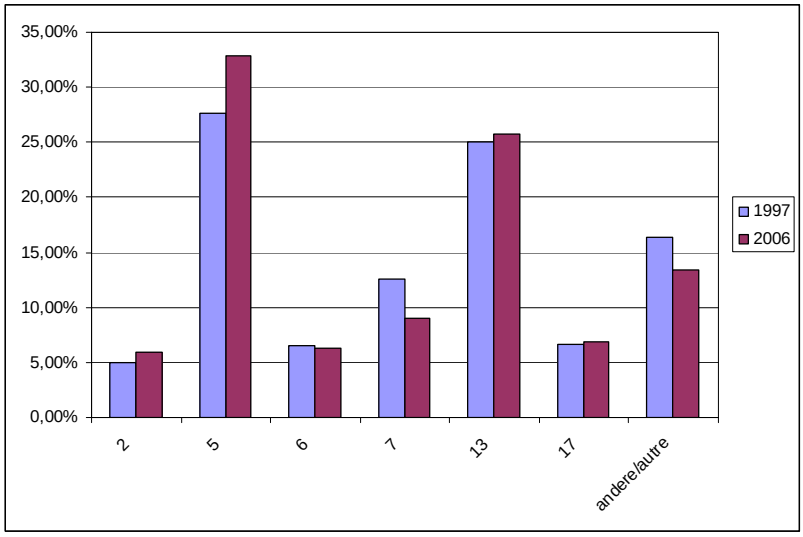
	M-H	**V-F**	**T**
2006	111.752	103.806	215.558
2007	112.101	106.702	218.803
2008	112.291	109.820	222.111
2009	111.896	116.235	228.131
2010	111.273	118.804	230.077
2011	112.378	121.776	234.154
2012	112.667	124.139	236.806
2013	113.005	126.490	239.495
2014	113.345	128.827	242.172
2015	113.779	131.327	245.106
2016	114.160	131.572	245.732
2017	114.566	131.849	246.415
2018	114.683	131.852	246.535
2019	114.763	131.786	246.549
2020	114.767	131.562	246.329
2021	114.625	131.215	245.840
2022	114.376	130.841	245.217
2023	113.921	130.340	244.261
2024	113.293	129.657	242.950
2025	112.538	128.755	241.293

Ces chiffres démontrent qu'il ne faut pas s'attendre, dans les années à venir, à un renversement de situation dans les évolutions constatées actuellement. Selon ce pronostic, le nombre d'invalides continuera à augmenter jusqu'en 2018 (pour les femmes) et jusqu'en 2020 (pour les hommes). Le nombre de femmes invalides continuera à augmenter également de manière plus significative que le nombre d'hommes invalides, suite au relèvement de l'âge de la pension chez les femmes et au fait qu'on peut s'attendre à ce que la participation des femmes sur le marché du travail continuera probablement à augmenter dans les années à venir.

Vers 2020, les personnes de la génération baby-boom prendront leur retraite en grand nombre et on peut s'attendre à ce que le nombre d'invalides va stagner. La problématique de la pension jouera un rôle important à ce moment-là. Les pronostics ci-dessus tiennent compte d'une politique inchangée de la part du gouvernement. Si le gouvernement décidait toutefois, dans le cadre du Pacte des générations et de la problématique des pensions, de prendre des mesures visant à augmenter le degré d'activité de la population à un âge plus avancé (p.ex. : relèvement de l'âge de la pension, limitation du nombre de prépensions), les pronostics ci-dessus devraient être revus à la hausse.

7. INVALIDES PAR GROUPE DE MALADIES

Le **tableau 8** joint en annexe présente l'évolution du nombre d'invalides par groupe de maladies.



Les invalides peuvent être répartis en 17 groupes de maladies. Le graphique ci-dessus présente les pourcentages des 6 principaux groupes de maladies. Ces groupes de maladies sont les suivants :

GM 2: tumeurs
GM 5: troubles psychiques
GM 6: maladies du système nerveux et des organes des sens
GM 7: maladies du système cardio-vasculaire
GM 13: maladie du système locomoteur et du tissu conjonctif
GM 17: lésions traumatiques et empoisonnements

Au total, ces 6 groupes de maladies représentent 86,56 % du nombre total d'invalides en 2006.

Le graphique montre clairement que les troubles psychiques constituent la cause principale d'invalidité. Entre 1997 et 2006, le pourcentage de ce groupe de maladies a même encore fortement augmenté. En 1997, 27,64 % des invalides étaient en incapacité de travail en raison de troubles psychiques. Dès 2006, ce pourcentage atteignait 32,82 %. En chiffres absolus, le nombre d'invalides dans ce groupe de maladies a augmenté de 47 507 en 1997 à 70 833 en 2006, ce qui équivaut à une augmentation de 49,10 % (pour rappel : le nombre d'invalides a augmenté de 25,55 % au cours de cette période)

La 2e cause principale d'invalidité sont les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif (GM 13). Le pourcentage de ce groupe de maladies par rapport au nombre total d'invalides est demeuré plus ou moins stable au cours des 10 dernières années, autour des 25 %. En chiffres absolus, le nombre d'invalides de ce groupe de maladies est passé de 43 103 en 1997 à 55 441 en 2006 (= + 28,62 %).

Pour les maladies du système cardio-vasculaire, nous observons une importante diminution du pourcentage. En chiffres absolus, le nombre d'invalides de ce groupe de maladies a diminué en passant de 21 685 en 1997 à 19 415 en 2006, ce qui correspond à une diminution de 10,47 % alors que le nombre total d'invalides a augmenté de 25,55 %.

Une dernière évolution importante s'observe dans le groupe de maladies des tumeurs (GM 2). Par rapport au GM 5 et au GM 13, le pourcentage de ces affections vis-à-vis du nombre total d'invalides demeure assez limité mais si on envisage l'évolution des chiffres absolus on constate au cours des 10 dernières années une forte augmentation du nombre d'invalides dans ce groupe de maladies. En 1997, 8 616 invalides ont été classés dans le GM 2. En 2006, ce nombre a atteint 12 918, ce qui représente une augmentation de 49,93 %. Le pourcentage de cette augmentation est même supérieur à l'augmentation du nombre d'invalides atteints de troubles psychiques (49,10 %).

*

* *

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'analyse des facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides travailleurs salariés n'a pas pour objectif de se prononcer sur la qualité du contrôle de l'incapacité de travail. L'étude de l'augmentation du nombre d'invalides repose sur des données objectives directement liées au taux de participation de la population sur le marché du travail, à l'évolution démographique et à l'évolution du nombre de titulaires indemnisables moins les prépensionnés.

L'augmentation du nombre d'invalides s'explique par différents facteurs :

- Premièrement, le relèvement de l'âge de la pension chez les femmes à partir de 1997 a fait que de plus en plus de femmes sont entrées en invalidité.

- Un deuxième facteur explicatif est le fait que la population qui risque d'être invalide, les titulaires indemnisables, a énormément augmenté ces dernières années. Cette hausse n'est pas uniquement la conséquence d'une population en pleine croissance mais surtout d'une participation accrue sur le marché du travail. On remarque surtout que les femmes sont plus actives sur le marché du travail ces dernières années et ce, jusqu'à un âge plus avancé.

- Un troisième facteur permettant d'expliquer l'augmentation du nombre d'invalides est le taux d'invalidité. Entre 1997 et 2006, celui-ci a augmenté de 0,46 % (=5,66 % en 2006 - 5,20 % en 1997). Dans la catégorie d'âges de moins de 60 ans, le taux d'invalidité a augmenté de 0,39 % (= 4,89 % en 2006 - 4,50 % en 1997). 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.

Les pronostics élaborés montrent qu'une forte augmentation du nombre d'invalides est encore à prévoir dans les années à venir. En raison de l'évolution du degré de participation et du vieillissement de la population, nous ne nous attendons à une stabilisation du nombre d'invalides que vers 2020. Ensuite, le nombre d'invalides diminuera en raison du nombre croissant de sorties dues à des départs à la retraite.

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. C'est le cas pour les maladies cardiovasculaires pour lesquelles le nombre d'invalides, appartenant à ce groupe de maladies, a diminué au cours des 10 dernières années. 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.