Questions et réponses parlementaires

QUESTION n° 11 posée le 9 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant GILKINET

(Bulletin n° 010, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 1311)

Aides-soignants – Intégration dans les soins à domicile – Évaluation.

Les soins à domicile jouent un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes dépendantes. Ils ont aussi un coût, d'autant plus important que le besoin en prestations est important. Par ailleurs, la proportion de ce poste dans les dépenses des personnes concernées est d'autant plus importante que leur handicap ou leur maladie est lourde. D'autre part, les soins à domicile revêtent aussi une énorme importance en termes de liens sociaux et affectifs, nécessitant une réelle confiance entre les acteurs pour se dérouler de manière optimale.

Par ailleurs, les prestataires ont des diplômes et des compétences diverses, qu'il convient de respecter et de valoriser au mieux. Ainsi, l'arrêté royal du 12 janvier 2006 décrit-il les actes que peuvent réaliser des aides-soignants lorsqu'ils travaillent dans un cadre précis.

La mise en œuvre de cet arrêté royal a, semble-t-il sur le terrain pour conséquence de multiplier les intervenants auprès des usagers, au détriment de la polyvalence et parfois de la relation de confiance qui s'est instaurée au fil des années. La logique qui unit le prestataire et l'usager est donc davantage centrée sur l'acte, au détriment de la relation de confiance qui peut s'installer.

1.

a) Une évaluation de ce mode de fonctionnement a-telle déjà été mise en œuvre ?

b) Selon quels critères et avec quels acteurs de terrain ?

2.

a) Avez-vous remarqué un surcoût pour les usagers dû à la multiplication des intervenants ?

b) Le cas échéant, sur quelles statistiques vous basez-vous ?

3. Avez-vous noté un surcoût pour la sécurité sociale dû à la multiplication des intervenants dans les soins à domicile ?

Réponse :

1.

a) L'évaluation de l'intégration des aides-soignants dans les soins à domicile est en ce moment en préparation.

Vous trouverez ci-dessous un bref aperçu des différentes étapes qui mènent à cette évaluation.

Les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 relatifs aux aides-soignants ont été publiés le 3 février 2006. L'un traite de l'enregistrement comme aide-soignant, l'autre traite des actes infirmiers qu'ils peuvent poser.

La circulaire ministérielle relative à ces arrêtés royaux qui a été publiée le 14 décembre 2006 comportait notamment des précisions à propos des personnes qui pouvaient introduire une demande d'enregistrement. L'enregistrement des aides-soignants a donc démarré dans le courant de l'année 2007.

En juin 2007, mon prédécesseur, M. DEMOTTE, a lancé le projet-pilote concernant l'intégration d'aides-soignants dans les soins infirmiers à domicile. L'objectif de ce projet est de permettre la prise en charge, par l'assurance soins de santé, des prestations déléguées par les infirmiers de ces services à des aides-soignants dans le cadre de conventions entre les services de soins infirmiers à domicile et l'État belge.

Une mission d'accompagnement scientifique est également liée à ce projet-pilote afin de procéder à une évaluation tant qualitative que quantitative des répercussions de ce projet au niveau du secteur des soins infirmiers à domicile. À l'automne 2007, un appel d'offre a été publié à cet effet. Le 28 janvier 2008, ce marché a été attribué de telle sorte que l'évaluation scientifique peut commencer.

b) Les points suivants seront évalués :

- État des lieux : activités des praticiens de l'art infirmier et besoins des patients.
- Délégation à l'aide-soignant.
- Bénéfices liés à l'intégration de l'aide-soignant dans les équipes.
- Qualifications de l'aide-soignant.
- Supervision de l'aide-soignant.
- Soins infirmiers versus aides à domicile.
- Coûts.
- Critères organisationnels.

À cette évaluation, seront associés les aides-soignants, les praticiens de l'art infirmier, les responsables des services participants, les patients et leurs aidants proches. La réalisation de cette évaluation est suivie au sein de l'INAMI par un groupe de direction composé notamment de représentants d'organismes assureurs et d'organisations de dispensateurs de soins.

2. Pour un même niveau de besoins en soins, l'activité des aides soignants ne modifie en rien le coût pour le patient des soins infirmiers dont il bénéficie.

3. Cependant, en augmentant la capacité de l'offre de soins grâce à l'activité des aides soignants, les besoins croissants en soins, en raison du vieillissement de la population, pourront être satisfaits. Il faudra bien sûr veiller à ce que l'augmentation des dépenses pour l'assurance soins de santé corresponde effectivement à cette augmentation des besoins et non à une surconsommation.

QUESTION n° 26 posée le 10 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant NOLLET

(Bulletin n° 009, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 851)

Médicaments bon marché – Médicaments génériques – Données en matière de prescription.

À l'heure où les médicaments représentent 19 % du coût des soins de santé et au moment, où l'on parle de plus en plus de la précarité des Belges, il est important de contrôler le coût des médicaments.

Un des procédés visant à limiter les coûts au consommateur est le médicament générique. Le médicament générique est apparu sur le marché afin d'instaurer une concurrence sur les marchés monopolistiques. Cette concurrence a pour effet de faire diminuer le coût des médicaments au patient et de créer ainsi une alternative moins onéreuse pour ceux-ci.

Ce système entraîne aussi la stimulation des services de recherches.

Cependant, on apprend, dans la presse du 23 octobre 2007, que pour la première fois depuis 2001, les parts de médicaments génériques en Belgique diminuent. En effet, suite à un sondage, la Fédération des entreprises de médicaments génériques (FeBelGen) a enregistré une chute d'un point de pourcentage par rapport à l'année 2006.

Pour rappel, les parts de marché des médicaments génériques en 2001 étaient de 2 % et ont progressé jusqu'à atteindre 10 % l'année dernière. Cette année, elle est redescendue à 9 %.

En Belgique, les prescriptions de médicaments génériques représentent 14 % des prescriptions. En Allemagne, les parts de prescriptions de médicaments génériques sont de 40 % et proches de 50 % en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas.

Votre prédécesseur, Monsieur DEMOTTE, avait incité les médecins à prescrire de plus en plus de médicaments génériques. Il semblerait que cette incitation se soit quelque peu estompée ces derniers mois.

1. Quelle politique envisagez-vous de mener en matière de médicaments génériques, tout en permettant une indépendance de travail pour les médecins ?

2. Pourriez-vous communiquer l'impact qu'aura la chute des parts de marchés des génériques pour l'année 2007 sur le budget soins de santé ?

Réponse :

Mes prédécesseurs ont mis en place plusieurs mesures favorisant la prescription rationnelle des médicaments. Vous comprendrez que le peu de temps écoulé depuis mon entrée en fonction ne m'a pas encore permis de dégager des initiatives nouvelles. Je peux en tous les cas vous communiquer ce qui suit :

Sur la base des données disponibles de Farmanet (janvier jusqu'à et y compris mai 2007), je constate que les dépenses (brutes) pour les spécialités génériques représentent 10,65 % des dépenses totales pour les spécialités pharmaceutiques dans les officines ouvertes, soit un montant de 123,5 millions d'EUR sur un total de 1 160,0 millions d'EUR. Ces mêmes données indiquent que, exprimées en doses journalières (*Defined Daily Dose* de l'OMS), 21,7 % des médicaments « utilisés » sont des génériques.

D'une réunion que mes collaborateurs ont eu avec Febelgen à la fin du mois passé, il ressort que ces chiffres continuent à croître même si cette croissance est plus lente que dans le passé, les médicaments de marque ayant régulièrement adapté leurs prix à la baisse pour s'aligner sur celui des génériques, ce qui a eu pour conséquence que, dans le système du remboursement de référence, les patients n'ont pas eu de suppléments de ticket modérateur à payer.

La promotion de l'emploi des génériques fait partie de l'effort continu afin de sensibiliser les médecins à une prescription efficace. Par cela, on n'envisage pas spécifiquement la prescription des génériques, mais la prescription des « alternatives bon marché », c'est-à-dire aussi bien les génériques que les soi-disant « copies » et les spécialités originales dont le prix a diminué dans le cadre de l'instauration d'un système de prix de référence. Les médecins prescripteurs se sont d'ailleurs vu imposer un quota, différent par spécialité, de prescriptions « bon marché ». Par exemple, les médecins généralistes doivent prescrire 27 % du total de leurs prescriptions sous forme de médicaments bon marché, et ce pourcentage a été largement respecté. Notons aussi que les médicaments prescrits sous dénomination commune internationale (c.à.d., sous le nom de la substance active dans la spécialité) entrent dans le décompte, et c'est au pharmacien de délivrer l'alternative la plus adéquate. Cette manière de faire favorise la prise d'habitudes pour que le médecin ne doive pas systématiquement vérifier si tel médicament existe ou non sous forme générique, la délivrance de l'alternative bon marché étant alors du ressort du pharmacien.

Sur la base des données disponibles de Farmanet, je constate que les données d'utilisation pour ces alternatives susmentionnées représentent 43 % des spécialités pharmaceutiques dans les officines ouvertes.

Néanmoins, je pense qu'en ce moment il existe trop peu de données pertinentes disponibles pour pouvoir faire un examen de tendance valable et pour formuler une réponse aux constatations qui ont déjà été publiées dans la presse.

Je compte suivre attentivement l'évolution des données et prendre toutes les mesures adéquates pour favoriser encore plus l'usage rationnel des médicaments.

QUESTION n° 28 posée le 10 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant GILKINET

(Bulletin n° 010, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 1315)

Aides-soignants – Intégration dans les soins à domicile – Projet pilote.

Les soins à domicile jouent un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes dépendantes. Ils ont aussi un coût, d'autant plus élevé que le besoin en prestations est important. La proportion de ce poste dans les dépenses des personnes concernées est d'autant plus significative que leur handicap est lourd ou que leur maladie est lourde. Les soins à domicile revêtent aussi une énorme importance en termes de liens sociaux et affectifs et nécessitent dès lors une réelle confiance entre les acteurs pour se dérouler de manière optimale.

Par ailleurs, les prestataires ont des diplômes et des compétences diverses, qu'il convient de respecter et de valoriser au mieux. Ainsi, l'arrêté royal du 12 janvier 2006 décrit-il les actes que peuvent réaliser des aides-soignants lorsqu'ils travaillent dans un cadre précis. Dans ce cadre, le lancement du projet-pilote relatif à l'activité des aides-soignants dans le secteur des soins infirmiers à domicile pose la question de la place de l'aide familiale dans les services aux personnes, ne pouvant plus à terme effectuer que des missions d'aide très générale.

En effet, en rendant remboursable par l'INAMI des actes délégués par les infirmiers à des aides-soignants, des glissements risquent de s'opérer entre les prestataires de services. Si l'on peut facilement imaginer que ces glissements s'auto-réguleront en interne dans les services qui offrent des prestations d'aide et de soins, on peut aussi s'interroger sur la place que pourront désormais tenir les services qui ne pratiquent que l'aide à domicile.

La différenciation de remboursement pour certaines prestations (p.ex ; l'aide à la prise de repas) pourrait, me semble-t-il, donner lieu à une multiplication des acteurs autour des usagers, centrant désormais la relation sur l'acte.

1.

a) Pourriez-vous communiquer si beaucoup de services d'aide et soins à domicile ont répondu à l'appel à projet susmentionné lancé par le Ministre DEMOTTE ?

b) De quels services s'agit-il ?

2. Quel est votre avis sur la place des aides familiales dans les services d'aide à domicile, à côté des aides-ménagères (largement employées par le biais de titres-services), des aides-sanitaires et des aides-soignants ?

3. Avez-vous conscience que cette multiplication des acteurs qui risque de s'opérer est de nature à obérer la polyvalence et partant, la relation de confiance s'instaurant entre les intervenants et les usagers ?

4. Envisagez-vous la possibilité d'un plan de formation pour les aides familiales leur permettant d'étendre la liste des actes qu'elles peuvent effectuer, et partant, de diminuer le nombre d'intervenants auprès des usagers ?

5.

a) Selon vos estimations, y aura-t-il un surcoût pour les usagers suite à la multiplication des intervenants ?

b) De quelle ampleur ?

c) Sur quelles statistiques vous basez-vous pour l'estimer le cas échéant ?

6.

a) Selon ces estimations, y aura-t-il surcoût pour la sécurité sociale ?

b) De quelle ampleur ?

Réponse :

Il convient d'abord de donner des précisions au sujet du projet-pilote relatif à l'activité des aides-soignants au sein d'un service de soins infirmiers à domicile.

Il est important de bien distinguer l'activité « service de soins infirmiers » et l'éventuelle activité « service d'aide à domicile » même si, dans certains cas, une même organisation offre les deux services. Le projet évoqué porte uniquement sur l'aspect « service de soins infirmiers ».

En conséquence, est seule concernée l'activité des aides-soignants spécifiquement formés pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous son contrôle, dans la dispensation de soins infirmiers, et ce conformément à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le projet-pilote ne porte donc aucunement sur l'activité des aides familiales, des aides ménagères ou des aides sanitaires. En effet, ces professionnels relevant de l'aide à domicile ne sont pas spécifiquement formés pour effectuer les actes infirmiers délégués, tels que définis dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 (*M.B.* 3.2.2006) fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

Pour pouvoir participer au projet-pilote, les services doivent répondre aux conditions leur permettant de bénéficier de l'intervention forfaitaire prévue à l'article 37, § 13 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et avoir signé une convention type avec l'État.

Dans le cadre du projet-pilote, le nombre de services de soins infirmiers qui ont signé une convention avec l'État pour une durée de quatre ans, est de 38.

…

En effet, la charge de travail des praticiens de l'art infirmier à domicile tend progressivement à s'intensifier aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif. Dans un tel contexte, il est primordial que ces prestataires de soins puissent :

- être soutenus dans leurs activités quotidiennes par des aides-soignants compétents et spécifiquement formés aux activités qui leurs seront confiées ;

- pouvoir, de manière optimale, se consacrer et valoriser leur rôle autonome.

Par conséquent, il est nécessaire de pouvoir rapidement s'adapter et anticiper ces nombreuses évolutions tout en garantissant une politique de santé de haute qualité.

Pour un même niveau de besoins en soins, l'activité des aides-soignants ne modifie en rien le coût pour le patient des soins infirmiers dont il bénéficie.

Cependant, en augmentant la capacité de l'offre de soins grâce à l'activité des aides-soignants, les besoins croissants en soins de la population pourront être satisfaits et nous pourrons répondre à la problématique du vieillissement de la population.

Une évaluation, tant qualitative que quantitative, de ce projet est par ailleurs prévue à son terme.

Enfin, les services de soins infirmiers bénéficiant d'une convention seront accompagnés par une équipe scientifique.

…

QUESTION n° 43 posée le 11 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant D'HAESELEER

(Bulletin n° 014, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 2505)

Carte SIS – Abus.

À intervalle régulier, les prestataires de soins se plaignent car ils constatent souvent que certains titulaires d'une carte SIS la refilent à des personnes qui ne sont pas des ayants droit, ce qui nuit à notre système de sécurité sociale.

1.

a) Comment votre administration essaie-t-elle d'endiguer cette forme de fraude ?

b) De quelles sanctions sont passibles les fraudeurs ?

2.

a) Que se passe-t-il lorsqu'une fraude est constatée ?

b) Quelles sanctions sont possibles ?

3.

a) Combien de cas d'abus ont été mis au jour au cours de ces trois dernières années, ventilés par région ?

b) Dans combien de ces cas des sanctions ont-elles été prises ?

4. Si la carte SIS était incorporée dans la carte d'identité électronique, comme cela est prévu, combien cette décision permettrait-elle d'économiser ?

5. Combien de pertes ou de vols de la carte SIS ont été signalés aux organismes assureurs au cours de ces trois dernières années ?

Réponse :

1. Le principe fondamental de la réglementation « carte SIS », est inscrit à l'article 6 de l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale, selon lequel « les assurés sociaux tombant sous le champ d'application de la sécurité sociale à qui une carte d'identité sociale est délivrée sont toutes les personnes physiques bénéficiant ou demandant à bénéficier des prestations sociales à l'intervention d'une institution de sécurité sociale ». Ce n'est donc pas parce qu'une personne détient une carte SIS qu'elle est automatiquement en ordre d'assurabilité.

La carte d'identité sociale est un support électronique sur lequel figure le numéro d'identification unique de l'assuré social. Il s'agit d'un document personnel que l'assuré social doit utiliser lors de chaque contact avec les institutions de sécurité sociale ou avec les personnes habilitées à transmettre ses données sociales personnelles. Cette carte d'identité sociale permet de mieux identifier les assurés sociaux au sein du système de sécurité sociale.

Étant donné que les dispensateurs de soins ne sont pas supposés contrôler l'identité des assurés sur la base de leur carte d'identité civile, il est impossible de maîtriser la fraude décrite dans la question posée. Toutefois, vu le développement du réseau CareNet et le projet de remplacement de la carte d'identité sociale par la carte d'identité électronique, ce type de fraude sera à l'avenir pour ainsi dire totalement exclu.

Un autre exemple d'utilisation frauduleuse de la carte SIS est l'utilisation d'une carte qui n'a pas été mise à jour. Les nouvelles données relatives à l'assurabilité n'auront dans ce cas-là pas été physiquement apportées sur la carte. À ce propos, nous pouvons renvoyer à la réglementation et aux circulaires du Collège intermutualiste national qui prescrivent que les organismes assureurs doivent ultérieurement récupérer les montants indûment versés auprès de la personne incriminée.

2.

a) L'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions prévoit en son article 8 des sanctions pénales pour quiconque aura fait usage d'une carte d'identité sociale dans un autre but que celui visé par l'arrêté d'exécution.

b) Il s'agit d'une possibilité d'infliger des peines d'emprisonnement (de 3 mois à un an) ou des amendes (de 200 à 10 000 EUR) à quiconque fait usage de la carte d'identité sociale sans autorisation ou l'utilise dans un autre but que celui pour lequel il a été habilité.

3. La Banque Carrefour de la Sécurité sociale ne détient pas le nombre de cas d'abus découverts durant les trois dernières années par région.

Le Service du contrôle administratif de l'INAMI ne dispose pas non plus de données chiffrées concernant l'utilisation frauduleuse de la carte d'identité sociale.

4. Lors du Conseil des ministres du 23 juin 2006, il a été convenu que l'objectif du gouvernement serait de remplacer à terme la carte d'identité sociale par :

- d'une part, la carte d'identité électronique pour ce qui concerne l'identification des personnes ;

- d'autre part, un accès pour les dispensateurs de soins au réseau de la sécurité sociale, ce qui leur permettra de consulter en ligne les données de l'assurabilité auprès des organismes assureurs.

Lorsque ce projet sera réalisé, il ne sera plus nécessaire de renouveler la carte d'identité sociale si bien que le coût de la fabrication sera réduit à néant. Le montant de cette économie n'est pas connu.

5. D'après les données du registre central des cartes d'identité sociale, 764 760 pertes de cartes ont été déclarées au cours des trois dernières années tandis que 191 045 cartes ont été volées.

Pour la période du 1er novembre 2006 au 31 octobre 2007, 943 525 cartes SIS ont été annulées, pour les diverses raisons suivantes :

- perte de la carte SIS : 255 848 ;
- expiration de la durée de validité : 241 914 ;
- fin d'opération de renouvellement : 144 542 ;
- décès du titulaire : 100 520 ;
- vol : 61 675 ;
- puce défectueuse : 60 855 ;
- non réception de la carte transmise : 34 305 ;
- modification des données : 20 851 ;
- destruction de la carte : 190 701 ;
- défaut de fabrication : 3 009 ;
- mauvais fonctionnement de la carte : 305.

…

QUESTION n° 63 posée le 18 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Monsieur le Représentant DE PADT

(Bulletin n° 014, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 2510)

MRPA-MRS – Contrôle de l'usage de l'échelle de Katz (KAPPA) – Résultats – Données 2005-2007.

Afin de vérifier l'application correcte de l'échelle de Katz dans les maisons de repos, l'INAMI envoie sur place un collège local (représentants des grandes mutualités) chargé d'effectuer un contrôle sur la base d'un test de concordance (KAPPA). À l'issue du contrôle, les scores de soins constatés sont comparés avec les scores existants et les modifications sont communiquées à l'institution. Il se peut qu'une institution transmette systématiquement des scores trop élevés à la mutualité. Dans ce cas, elle recevait avant le contrôle un forfait journalier (F1) plus élevé basé sur des scores de soins trop importants. Un nouveau forfait journalier (F2), dont le montant est inférieur au forfait de départ (F1), est alors fixé après le contrôle. La sanction dépend du pourcentage de différence entre ces deux forfaits. Si la différence entre F1 et F2 est inférieure à 5 %, les forfaits de l'institution seront réduits durant 6 mois d'un montant égal à la différence multipliée par 1,01. Si la différence entre F1 et F2 est supérieure à 5 %, les forfaits de l'institution seront réduits durant 6 mois d'un montant égal à la différence multipliée par 1,5.

1. À quel montant s'élève l'ensemble des indemnités (chiffres relatifs à 2005, 2006 et 2007) perçues par les mutualités (répartition par mutualité) pour l'exécution et le traitement de ces contrôles ?

2. Combien de sanctions (répartition en fonction de la subdivision mentionnée sous 1) ont été prononcées au cours des années susmentionnées et à quels montants s'élevaient-elles (répartition par région) ?

3. Combien d'institutions (répartition par région et en fonction du critère institution publique/institution privée) entrent en ligne de compte pour ce type de contrôles ?

4. Combien d'institutions (répartition par région et en fonction du critère institution publique/institution privée) ont été contrôlées au cours des années susmentionnées ?

Réponse :

À la première question, je puis vous répondre que le coût d'exécution des contrôles est compris dans les frais administratifs des mutualités. Ces frais d'administration n'ont pas été adaptés lors de l'introduction de ce système de contrôle. En effet, les mutualités n'effectuent pas plus de contrôles dans le nouveau système que dans l'ancien. Mais à présent ces contrôles sont devenus intermutualistes et ils portent chaque fois sur l'ensemble d'une institution. Nous obtenons ainsi une meilleure image de la manière dont une institution totalise le nombre de ses résidents.

Il y a pour le moment 1 637 maisons de repos agréées en Belgique. La répartition par Région (Bruxelles, Flandre, Wallonie) et par statut (CPAS, ASBL et privé-commercial) est reprise ci-dessous, celle-ci peut être consultée au greffe de la Chambre (Service des questions parlementaires). Ces 1 637 institutions ont toutes les mêmes chances d'être contrôlées, puisque cela n'a lieu qu'après un tirage au sort.

Nombre d'établissements MRPA-MRS au 17 décembre 2007

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	235	330	184	749
Wallonie	153	113	437	703
Bruxelles	27	21	137	185
Belgique	415	464	758	1 637

Nombre d'établissements MRPA-MRS contrôlés en 2005

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	47	79	35	161
Wallonie	22	28	77	127
Bruxelles	9	3	27	39
Belgique	78	110	139	327

Nombre d'établissements MRPA-MRS sanctionnés en 2005

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	5	3	10	18
Wallonie	1	2	12	15
Bruxelles	3	0	2	5
Belgique	9	5	24	38

Estimation sanction totale MRPA-MRS en 2005

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	-55 519,92 EUR	-62 764,43 EUR	-418 373,05 EUR	-536 657,39 EUR
Wallonie	-21 785,40 EUR	-145 161,65 EUR	-472 751,83 EUR	-639 698,88 EUR
Bruxelles	-51 954,78 EUR	0,00 EUR	-23 998,52 EUR	-75 953,24 EUR
Belgique	-129 260,04 EUR	-207 926,08 EUR	-915 123,39 EUR	-1 252 309,51 EUR

Nombre d'établissements MRPA-MRS contrôlés en 2006

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	57	61	43	161
Wallonie	31	13	82	126
Bruxelles	6	6	31	43
Belgique	94	80	156	330

Nombre d'établissements MRPA-MRS sanctionnés en 2006

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	5	6	4	15
Wallonie	6	2	16	24
Bruxelles	2	0	7	9
Belgique	13	8	27	48

Estimation sanction totale MRPA-MRS en 2006

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	-167 011,03 EUR	-210 192,80 EUR	-436 541,38 EUR	-813 745,21 EUR
Wallonie	-199 578,47 EUR	-23 429,68 EUR	-658 444,70 EUR	-881 452,85 EUR
Bruxelles	-16 304,47 EUR	0,00 EUR	-378 844,65 EUR	-395 149,12 EUR
Belgique	-382 893,97 EUR	-233 622,48 EUR	-1 473 830,72 EUR	-2 090 347,17 EUR

Nombre d'établissements MRPA-MRS contrôlés en 2007

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	70	55	35	160
Wallonie	22	22	77	121
Bruxelles	5	6	29	40
Belgique	97	83	141	321

Nombre d'établissements MRPA-MRS sanctionnés en 2007 (situation jusqu'en septembre)

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	3	1	0	4
Wallonie	0	1	6	7
Bruxelles	0	0	4	4
Belgique	3	2	10	15

Estimation sanction totale MRPA-MRS en 2007 (situation jusqu'en septembre)

	CPAS	ASBL	Privé comm.	Total
Flandre	-69 747,86 EUR	-131 646,06 EUR	0,00 EUR	-201 393,92 EUR
Wallonie.....	0,00 EUR	-23 044,11 EUR	-224 064,57 EUR	-247 108,68 EUR
Bruxelles	0,00 EUR	0,00 EUR	-188 281,18 EUR	-188 281,18 EUR
Belgique	-69 747,86 EUR	-154 690,17 EUR	-412 345,75 EUR	-636 783,78 EUR

Si maintenant nous considérons le résultat de ces contrôles, nous voyons qu'en 2005, 327 institutions ont été contrôlées, parmi lesquelles 38 ont finalement été sanctionnées (pour un montant total estimé de 1 252 000 EUR). Ce nombre, comme le montant de la sanction, peuvent encore varier en fonction des jugements des tribunaux en cas de recours. Grâce à la répartition des maisons de repos par région et par statut, on peut constater que les établissements du secteur privé sont plus fréquemment sanctionnés que ceux des secteurs public et associatif.

Nous pouvons tirer les mêmes conclusions des chiffres de 2006 : 330 institutions contrôlées ont donné lieu à 48 sanctions, pour un montant total estimé de 2 090 000 EUR. Et à nouveau, les sanctions les plus nombreuses et les plus graves touchent le secteur privé commercial.

Pour 2007, les chiffres ne sont évidemment pas encore complets, mais ici aussi se dessine la même tendance : moins de sanctions et des sanctions moins importantes pour les institutions du secteur public et les ASBL. Sur la base de ces données incomplètes, on peut également constater que le nombre de sanctions comme leur montant total ont tendance à baisser. J'estime pouvoir en conclure que les maisons de repos évaluent désormais avec plus de soin et de précision les catégories de dépendance de leurs résidents.

QUESTION n° 80 posée le 28 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante DE BLOCK

(Bulletin n° 013, Chambre, session ordinaire 2007-2008, p. 2215)

A.R. du 20.7.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, article 20bis, article 22, 1°, article 23 et article 23bis – Titulaire indépendant incapable de travailler – Mesures concernant la reprise d'activité ou la réadaptation professionnelle.

Pour passer progressivement de l'état d'incapacité de travail à celui d'aptitude au travail, on peut reprendre le travail progressivement. Dans le cadre de l'assurance indemnités pour les travailleurs indépendants, la reprise d'une activité autorisée en vue du reclassement de l'intéressé n'est possible, au cours d'une même période d'incapacité de travail, que pour trois périodes de six mois au maximum, pendant lesquelles l'indépendant peut reprendre à temps partiel son activité précédente. La durée de la reprise à temps partiel d'une autre activité est limitée à une seule période de six mois.

Ces dispositions empêchent les personnes affectées d'un handicap professionnel ou d'une incapacité de travail de franchir le pas vers une reprise progressive du travail. Il serait dès lors opportun de lever ces pièges à l'emploi.

1. L'expérience montre-t-elle que les dispositions susvisées entravent la reprise progressive du travail par des personnes en incapacité de travail ?

2. Envisagez-vous de prendre une initiative pour lever ce piège à l'emploi, en élargissant, voire en supprimant les périodes prévues pour la reprise du travail à temps partiel ?

Réponse :

Le titulaire indépendant peut en effet reprendre progressivement son activité indépendante précédente avec l'autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité pour une période maximale de trois fois six mois (art. 23*bis* de l'A.R. du 20.7.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants).

L'intéressé peut, aux mêmes conditions, reprendre une autre activité pour une période maximale de deux fois six mois (art. 23 de l'A.R. du 20.7.1971 ; la deuxième période de six mois a été introduite par l'A.R. du 21.4.2007 modifiant, en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler, l'A.R. du 20.7.1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, *M.B.* 11.5.2007, 25 814).

Dans ces deux situations, une durée maximale est applicable parce que la reprise de l'activité doit viser le reclassement professionnel de l'intéressé.

Si le reclassement n'est pas possible, un titulaire invalide peut (depuis le début de la deuxième année d'incapacité de travail) dorénavant aussi reprendre une partie de son ancienne activité indépendante s'il continue à répondre aux conditions pour pouvoir être considéré comme incapable de travailler (art. 20*bis* de l'A.R. du 20.7.1971, introduit par l'A.R. du 21.4.2007 précité).
L'intéressé doit, sur proposition du médecin-conseil, avoir reçu l'autorisation préalable du Conseil médical de l'invalidité (CMI) de l'INAMI. Ici aucune durée maximale n'est applicable.

Il convient également de rappeler que le titulaire reconnu incapable de travailler peut suivre un programme de réadaptation professionnelle. Pendant la durée de ce programme, l'intéressé continue à être présumé incapable de travailler (art. 22, 1°, de l'A.R. du 20.7.1971). Les compétences du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé à cet égard devraient être transférées au CMI. Dans ce cadre une série de nouvelles mesures sont prévues qui accordent les garanties nécessaires au titulaire qui a suivi et achevé un programme de réadaptation professionnelle.

Vu les différentes mesures qui ont été prises (*cf.* A.R. du 21.4.2007) et les modifications programmées sur le plan de la réadaptation professionnelle, il est indiqué d'évaluer l'impact de ces nouvelles mesures. Le Service des indemnités de l'INAMI sera chargé du suivi de ces mesures en vue d'une évaluation ultérieure.

QUESTION n° 98 posée le 28 janvier 2008 à Madame la vice-première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique par Madame la Représentante LAHAYE-BATTHEU

(Bulletin n° 014, Chambre session ordinaire 2007-2008, p. 2522)

Transplantation d'organe effectuée du vivant du donneur – Mesures de soutien – Dédommagement pour les frais des prestations médicales et pour la perte des revenus.

En cas de transplantation d'organe effectuée du vivant du donneur, aucune forme de soutien n'est prévue en faveur de celui-ci. Certes, l'INAMI intervient pour l'opération chirurgicale mais tous les tickets modérateurs et les pertes de revenus sont à charge du donneur.

Tout donneur a droit à un congé pour cause de maladie - quoiqu'avec perte de salaire - mais il dépend, pour exercer ce droit, de la bonne volonté de son employeur. Ce problème est encore bien plus aigu pour les indépendants.

En outre, aucune assurance n'est prévue en cas de transplantation d'organe du vivant du donneur. Il y a quelque temps, les médias se sont faits l'écho d'un projet de création d'un fonds. Ceux qui y sont opposés évoquent le risque de voir institutionnalisé «le don d'organe rémunéré» mais cette critique n'est absolument pas pertinente. Il s'agit de faire simplement en sorte que les gens qui rendent service à la fois à un de leurs proches et à la collectivité n'en subissent aucun inconvénient financier.

1.

a) Niez-vous qu'hormis les interventions de l'INAMI pour l'opération chirurgicale, aucun soutien n'est prévu au bénéfice du donneur ou de la donneuse en cas de transplantation de son vivant ?

b) Jugez-vous cette aide suffisante ?

2.

a) Envisagez-vous de prendre des mesures pour faire en sorte que le donneur indépendant soit au moins assimilé au donneur salarié ?

b) Quelles initiatives envisagez-vous ?

3.

a) L'idée de créer un fonds destiné à offrir une assurance aux donneurs qui font don d'un de leurs organes de leur vivant est-elle définitivement abandonnée ?

b) Certaines avancées ont-elles déjà été enregistrées sur ce plan ?

Réponse :

1 à 3. Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les principes suivants s'appliquent :

- les prestations effectuées sur le donneur et ses frais d'hospitalisation sont facturés au receveur, pourvu qu'il soit précisé que ces prestations concernent le donneur ;
- aucun ticket modérateur ne peut être facturé au donneur. Les quotes-parts personnelles sont supportées par le receveur.

Je suis d'avis que la procédure de remboursement appliquée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités offre une protection maximale au donneur, puisque tous les frais médicaux chez un donneur en vie peuvent en principe faire l'objet d'une intervention de l'assurance à charge de la mutualité du receveur.

Le donneur a droit à des indemnités octroyées pour une perte de revenus consécutive à une incapacité de travail telle que définie dans le système de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En outre, le Roi a fixé, en vertu de l'article 4 de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes, les règles en vue d'accorder au donneur vivant un dédommagement. L'arrêté royal du 27 février 1987 fixant un dédommagement à accorder au donneur vivant, visé à l'article 4, § 2, de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes vise le donneur vivant qui ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance soins de santé et indemnités. Les frais des dédommagements sont à la charge du SPF Santé publique.

L'arrêté d'exécution prévoit notamment un dédommagement pour les frais de prestations médicales et pour la perte de revenus découlant de l'incapacité de travail, tel que défini dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, si les frais découlent directement du prélèvement d'organes ou de tissus.

Les dédommagements visés ne sont pas accordés si le donneur vivant peut prétendre à des dédommagements semblables à la suite d'une disposition légale ou réglementaire belge, étrangère ou internationale.

Le montant du dédommagement pour les frais de prestations médicales est fixé conformément à l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses. Le montant du dédommagement de la perte de revenus est fixé conformément à l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants. L'indemnité est accordée à partir du premier jour de la perte de revenus.

Aucune modification de la réglementation existante n'est actuellement envisagée.