



À l'attention du Ministre fédéral de la Santé
publique et des Affaires sociales

12.05.2022

**AVIS DE L'OBSERVATOIRE DES MALADIES CHRONIQUES
CONCERNANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**
(DANS LE PROLONGEMENT DU GROUPE DE TRAVAIL OBS-CIN MED)

Table des matières

Table des matières	2
Résumé	3
Remerciements	5
Introduction	6
Analyse – POINTS d’attention	7
A. Incapacité de travail: cadre légal	7
B. Application des droits du patient	13
C. Qualité / service	17
D. Exigences administratives en cas d’incapacité de travail	20
Recommandations	24

RÉSUMÉ

1. Pourquoi cet avis?

La Section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques a, par le passé, rendu des avis sur plusieurs questions relatives à l'incapacité de travail. Cependant l'incapacité de travail continue d'affecter les membres de l'Observatoire. Et cela parce que le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique en incapacité de travail augmente, parce que le cadre change, parce que les membres de la VPP, de la LUSS et des organismes assureurs continuent de poser des questions et de soulever des points d'attention quant à l'incapacité de travail (permanente, partielle ou complète), la reprise partielle du travail, le travail volontaire, etc. Ces différents aspects de l'incapacité de travail se retrouvent dans le présent avis.

2. Que couvre cet avis?

Cet avis sur l'incapacité de travail s'articule autour de 4 grands thèmes: 1) le cadre réglementaire ; 2) l'application de la loi sur les droits des patients ; 3) la qualité des soins/services et 4) les exigences administratives. Nous décrivons chaque fois les points d'attention, formulons des recommandations générales et, si possible, faisons des suggestions concrètes d'amélioration. Ces suggestions concrètes peuvent améliorer significativement le bien-être de la personne en incapacité de travail, mais aussi le travail des médecins-conseils et de toute leur équipe. Respect et dialogue sont ici des maîtres mots.

Certaines recommandations peuvent être réalisées rapidement, comme travailler sur une communication plus axée sur la personne, d'autres nécessitent plus d'efforts ou même une intervention législative.

3. Comment en sommes-nous arrivés là?

Lors des nombreuses réunions d'un groupe de travail paritaire avec des membres du CIN MED et des membres de l'Observatoire, nous avons utilisé la Circulaire 2015/274 comme manuel pour suivre l'ensemble du parcours d'une personne qui se retrouve en incapacité de travail. Presque tous les articles de cette circulaire ont été complétés par des expériences de personnes atteintes d'une maladie chronique. Ce travail s'est traduit par de nombreux points d'attention et au total par une vingtaine de recommandations concrètes pour améliorer la situation des personnes en incapacité de travail, par ordre de priorité.

4. Les recommandations et points d'action concrets

L'Observatoire est disponible pour contribuer à l'élaboration concrète des propositions qu'il formule ci-après.

- Un **cadre réglementaire plus clair** pour qu'il n'y ait plus de problèmes d'interprétation en cas de travail partiel pendant l'incapacité de travail.
- **Plus de sécurité juridique** pour l'assuré reconnu en incapacité de travail en portant la durée maximale (prorogeable) de l'autorisation de reprise partielle de travail à 5 ans au lieu de 2 ans actuellement, et en laissant le cadre réglementaire lui-même préciser la valeur de la reconnaissance et de l'autorisation.
- Mettre **fin à l'inégalité entre indépendants et salariés**.
- Un cadre réglementaire avec des **délais clairs** dans lesquels l'employeur doit déclarer les jours de maladie et les jours travaillés à la mutualité et dans lesquels la mutualité doit avoir traité les données, et des délais de paiement clairs pour les indemnités.
- **La suppression de l'obligation de déclarer** au médecin-conseil **les voyages d'une durée inférieure ou égale à 21 jours** (pour les voyages en Belgique ou au sein de l'UE) ou de lui demander une autorisation (pour les voyages hors de l'UE).
- Le **cumul** de l'allocation d'intégration avec une indemnité d'incapacité de travail (ou autre revenu de remplacement).

- **Mieux informer** les assurés sociaux de l'insuffisance du prélèvement des **précomptes professionnels** et de ses conséquences et les **accompagner** dans le calcul du précompte professionnel dû et les assister dans l'organisation de versements anticipés.
- Inclure les **droits des patients comme unité de cours à part entière** dans la formation de base des médecins
- **Reformuler les droits des patients pour la pratique du travail.**
- Plus d'attention pour le **thème de l'incapacité de travail** dans la formation des médecins.
- Intégrer les modèles existants de **shared decision making** et de techniques de communication dans la formation des médecins-conseil.
- Préciser clairement dans l'invitation à la consultation quel type de **documents** sont attendus (rapport d'hospitalisation, ...) et qui (médecin généraliste, spécialiste, employeur, médecin du travail, ...) peut aider l'assuré social à les obtenir.
- **Rappeler de manière proactive aux médecins traitants** leur rôle dans la trajectoire de l'IT.
- **Améliorer l'accès** de l'assuré social au **dossier patient**, tenu par un médecin-conseil.
- **Mettre l'accent sur la communication axée sur la personne** concernant en particulier le choix entre les **3** différents types d'horaires de reprise du travail, le but de la mission de contrôle du médecin-conseil étant d'évaluer la capacité de travail de l'assuré social et d'assurer un suivi suffisant après la communication d'une décision.
- Mettre en place une **instance de médiation facilement accessible** pour limiter le recours aux juridictions du travail.
- Accroître la qualité des décisions en fournissant d'abord un **modèle compréhensible de motivation**, en **intégrant structurellement** le principe de **peer review** entre les médecins-conseils, en fournissant aux médecins généralistes un **outil scientifique** sur l'invalidité, la convalescence et le retour au travail.
- **Améliorer l'orientation patient, l'égalité et la continuité** en assurant une **communication claire et en temps utile** à l'assuré social pour lui indiquer qui le recevra, avec quel rôle et à quel titre, lors d'une consultation, **uniformiser** l'application de l'équipe multidisciplinaire qui entoure le médecin-conseil **dans toutes les mutualités**, veiller à ce qu'un nombre suffisant de médecins-conseils reste disponible pour assurer une relation de confiance et remplir leur rôle clé dans le cadre de leurs obligations légales (article 153).
- Promouvoir une **approche axée sur la personne**, visant à faire de l'assuré social le propriétaire de sa santé et de sa capacité de travail.
- Créer une **plateforme de communication commune** et/ou un **dossier médico-social commun** à tous les secteurs de la sécurité sociale en matière d'incapacité de travail.
- Réduire la **charge administrative** liée à l'incapacité de travail grâce à l'automatisation.
- Mettre en place dans chaque mutualité un **guichet ou une plateforme** où l'assuré peut trouver tous les documents relatifs à l'incapacité de travail et/ou à l'invalidité et peut suivre l'évolution de la déclaration, du renouvellement et des différents types de demandes.
- **Une plus grande sensibilisation des médecins traitants** à l'application de la **règle des 6 jours** dans le cadre de l'indemnité d'incapacité de travail.
- Un retour rapide au travail en cas d'incapacité de travail grâce à la réduction de la charge administrative.
- **Une information claire** sur le fait que l'assuré social peut **reprendre diverses activités** en cas d'incapacité de travail. Des options intéressantes sont la mise en place d'un e-guichet unique facilement accessible et d'un dossier d'informations bien cadré, clair, complet et correct pour toute personne qui est ou sera en incapacité de travail.

Remerciements

Cet avis est le fruit de la collaboration de beaucoup. Nos remerciements vont à tous ceux qui ont contribué à cet avis. Nous tenons à en remercier expressément quelques-uns.

Tout d'abord, les **membres du CIN MED**. En 2019, les médecins-directeurs des mutualités, de la Caisse Auxiliaire et de HR Rail se sont montrés disposés à travailler dans un groupe de travail paritaire avec une délégation de la Section Consultative de l'Observatoire pour examiner des sujets tels que la relation patient-médecin conseil, les lettres d'invitation des mutualité dans le cadre de l'incapacité de travail et tout ce qui se rapporte de près ou de loin à l'incapacité de travail. En donnant un aperçu de leur cadre de travail et de la façon dont les médecins l'interprètent, une base solide a été posée pour une compréhension mutuelle et les premières idées pour cet avis ont germé.

La **délégation de la Section consultative de l'Observatoire** a veillé à ce que les expériences générales des personnes en incapacité de travail, leurs contacts avec les mutualités, ..., soient présentés de manière bien étayée lors des différentes réunions du groupe de travail paritaire. Les points d'attention qui ont ainsi émergé ont été vérifiés par rapport aux indications des médecins-directeurs et ont constitué une base solide pour l'élaboration de cet avis. La délégation a été renforcée par des personnes ayant une expertise particulière dans le domaine de l'incapacité de travail, telles qu'Eline Bruneel de la Vlaams Patiënten Platform, que nous tenons également à remercier expressément pour sa précieuse contribution.

Cet avis n'aurait pas été possible sans les rapports intermédiaires des groupes de travail successifs et la '*final touch*' du **Secrétariat de l'Observatoire**, notamment Daphné Vandezande. Daphné a attiré l'attention lorsque des questions de fond devaient être clarifiées, a évité que l'avis ne contienne trop de "*hocus pocus*" juridiques incompréhensibles et s'est assurée que toutes les recommandations étaient intégrées dans un résumé clair. Enfin, le Secrétariat a également été notre lien avec le service de traduction et avec les experts internes de l'incapacité de travail de l'INAMI, qui ont fait une analyse critique de cet avis.

Ulrike Pypops et Karen Mullié.

Introduction

L'Observatoire reçoit encore beaucoup de questions et de témoignages de ses membres dont il ressort qu'il est très difficile, pour les personnes qui se retrouvent en incapacité de travail, de trouver une aide adéquate et de s'y retrouver dans les nombreuses règles qui doivent être respectées du jour au lendemain. La résilience et la résistance d'une personne confrontée à la maladie et se retrouvant en incapacité de travail du fait de cette maladie, sont mises à rude épreuve. Il est en outre fréquent que les personnes atteintes d'une maladie chronique ressentent beaucoup de stress et d'anxiété dans leur relation avec le médecin-conseil. Un rapport de 2016 dans lequel la LUSS a rassemblé un certain nombre de problèmes¹ a servi de base aux discussions de l'Observatoire sur la relation entre le patient et le médecin-conseil. Ces discussions ont débouché en 2017 sur un avis: « *Renforcer le dialogue entre le patient et le médecin-conseil dans un esprit de respect mutuel* ». Cet avis s'est toutefois révélé insuffisant.

L'Observatoire rend ce deuxième avis dans le but de redéfinir clairement les points d'attention qui préoccupent les personnes atteintes d'une maladie chronique et espère qu'il pourra contribuer à une amélioration réelle du processus de suivi de l'incapacité de travail.

Afin de rendre cet avis le plus constructif et efficace possible, l'Observatoire s'est concerté avec le Collège Intermutualiste National médical (CIN MED) au sein duquel sont représentés tous les médecins-conseils directeurs des mutualités. La première constatation majeure qui ressort de cette concertation est que pour beaucoup de malades chroniques qui se retrouvent face à un médecin-conseil, le rôle, la mission et le contexte professionnel de ce médecin ne sont pas toujours clairs ou connus. À l'inverse, il est apparu que les médecins-conseils ne savent pas toujours très bien comment les malades chroniques vivent l'ensemble du processus de suivi de leur incapacité de travail par la mutualité et quels problèmes ils rencontrent.

Un groupe de travail structurel Observatoire – CIN MED a été créé en juin 2019. Ce groupe de travail a permis une meilleure compréhension du rôle et de l'expérience de chacun et a obtenu rapidement des résultats. Un certain nombre de problèmes importants, sur lesquels ni le patient ni le médecin-conseil n'ont pris, ont également été décelés.

L'Observatoire a utilisé avec intérêt les idées et contributions très intéressantes du CIN MED pour rédiger son avis.

Enfin, cet avis a été élaboré entre 2019 et 2021 et s'est achevé début 2022. En conséquence, la mise en place du « *Trajet Retour Au Travail* » et du « *Coordinateur Retour Au Travail* » n'était pas encore suffisamment claire et ne pouvait pas encore être appliqué aux aspects abordés dans le présent avis. Nous pensons qu'il serait intéressant, une fois que le « *Trajet Retour Au Travail* » et le « *Coordinateur Retour Au Travail* » sont bien établis, de réexaminer les choses – pour certains aspects sur lesquels cela pourrait avoir une influence.

¹ La LUSS, 2016. « *Le patient et le médecin conseil, vers plus d'égalité? Pistes des patients en vue d'améliorer ensemble la relation entre patient et le médecin-conseil* ».

Analyse – POINTS d'attention

L'Observatoire constate que les personnes atteintes d'une maladie chronique qui deviennent ou sont en incapacité de travail connaissent un certain nombre de problèmes dans l'ensemble du processus de suivi de leur incapacité de travail. Cet avis décrit successivement les points d'achoppement détectés par les personnes atteintes de maladies chroniques concernant le cadre réglementaire, les droits des patients, la qualité des soins et des services, et enfin la charge administrative.

A. Incapacité de travail: cadre légal

L'assuré social qui, du fait d'une maladie de longue durée, est dans l'impossibilité de travailler et qui, par conséquent, est ou se retrouve en incapacité de travail, peut prétendre à un revenu de remplacement. Ce revenu de remplacement connu sous le nom d'« indemnité (primaire) d'incapacité de travail » peut, après 1 an, évoluer en une « indemnité d'invalidité ».

La réglementation relative à l'incapacité de travail est très vaste et très fragmentée. Le présent avis se fonde *essentiellement* mais pas exclusivement sur: l'article 80, § 1^{er}, 5^o et les articles 100 et suivants de la loi AMI², les articles 31/1, 34, 39, §3, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail³ (pour les travailleurs salariés), les articles 19 et suivants de l'arrêté royal du 20 juillet 1971⁴ (pour les travailleurs indépendants), le Règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, § 1^{er}, 5^o de la loi AMI⁵, la Circulaire 2015/274 de l'INAMI⁶ et différents articles de la loi relative aux droits du patient⁷.

Quelques problèmes en lien avec le cadre légal auxquels sont confrontés les malades chroniques sont exposés ci-après. La réglementation en matière d'incapacité de travail qui s'applique aux personnes atteintes d'une maladie chronique (assurés sociaux) est extrêmement complexe et très lourde sur le plan administratif, ce qui donne l'impression que le cadre réglementaire met l'accent sur le contrôle et les sanctions de la personne reconnue en incapacité de travail.

A.1. Reprise partielle du travail pendant une période d'incapacité de travail

Quand cela est possible, l'assuré social peut reprendre partiellement le travail pendant la période d'incapacité de travail (ou d'invalidité) moyennant l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité et en accord avec le médecin traitant, l'employeur et le médecin du travail. Cette reprise peut se faire de manière informelle, à l'initiative de l'assuré lui-même ou de manière formelle, suivant un trajet de réintégration.⁸

- Sur le plan médical, une réduction d'au moins 50% de la capacité doit être conservée dans le système des travailleurs salariés :

L'article 100, §2, premier alinéa, de la loi AMI dispose: « *Est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c.* ».

L'article 100, §1^{er}, de la loi AMI prescrit en outre qu'est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui « *a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une*

² Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

³ Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

⁴ Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

⁵ Règlement portant exécution de l'article 80, 5^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

⁶ [Circulaire OA n° 2015/274 van 14 september 2015](#)

⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁸ Depuis le 1^{er} janvier 2022, l'art. 100 §1/1 – 3 est en vigueur qui concerne le « Trajet Retour Au Travail » et du « Coordinateur Retour Au Travail ». L'impact de la nouvelle façon de travailler est encore largement méconnue et n'a donc pas pu être intégré dans cet avis.

réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. ».

L'assuré social dont la capacité de gain a été réduite à 1/3 ou moins (art. 100, §1) qui souhaite reprendre partiellement une activité professionnelle doit, d'un point de vue médical, maintenir une réduction d'au moins 50% de sa capacité (art. 100, §2).

Il s'agit là d'une combinaison incompréhensible pour beaucoup d'assurés sociaux. Récemment, l'article 100, §2, a également été interprété à plusieurs reprises par des médecins-conseils comme signifiant que le travail repris ne pouvait jamais excéder un mi-temps (50%), alors que le cadre légal n'impose pas cette limitation. Une reprise partielle du travail pendant une période d'incapacité de travail de 60%, 80% et, jusqu'à 100% est possible.

RECOMMANDATION

Le législateur précise qu'une reprise partielle du travail pendant une période d'incapacité de travail dans le cadre de laquelle, le travailleur, sur le plan médical, conserve une réduction d'au moins 50% de sa capacité, ne doit pas être limitée à une autorisation de travail de maximum 50%.

- Insécurité juridique et limitation à 2 ans de l'autorisation accordée aux travailleurs salariés

Un assuré social⁹ peut, moyennant l'autorisation du médecin-conseil, reprendre partiellement le travail pendant une période maximale de 2 ans. Au terme de ces deux ans, l'autorisation est évaluée et éventuellement prolongée.¹⁰

La date de fin de cette autorisation n'est du reste pas absolue: le médecin-conseil peut à tout moment revenir sur sa décision s'il soupçonne¹¹ un changement de situation. Le médecin-conseil est en outre tenu d'évaluer le degré d'incapacité de travail tous les six mois « *sauf si les éléments figurant au dossier médical justifient un examen à une date ultérieure. Cette disposition s'applique aussi bien au cas de l'incapacité primaire qu'à celui de l'invalidité.* »¹² De la même manière que la reconnaissance de l'incapacité de travail peut être remise en cause à tout moment et que l'assuré social peut toujours être convoqué à un contrôle médical, une autorisation de reprise partielle du travail n'est jamais acquise.

Comme indiqué précédemment, cela signifie pour les assurés « reconnus » incapables de travailler que la reconnaissance *en soi* ne représente pas grand-chose - elle est en effet très conditionnelle - et qu'ils se trouvent en permanence dans une situation d'incertitude (juridique). Cela témoigne en outre d'un manque de confiance dans la valeur de la reconnaissance et donne l'impression que l'assuré doit constamment être contrôlé pour éviter qu'il ne fraude.

RECOMMANDATION

L'assuré reconnu incapable de travailler mérite une plus grande sécurité juridique en ce qui concerne la reconnaissance de son incapacité de travail et l'autorisation de reprise partielle du travail. Premièrement, en portant la période maximale (renouvelable) de l'autorisation de reprise partielle du travail à cinq ans au lieu des deux ans actuels. Deuxièmement, en faisant en sorte que le cadre légal lui-même reconnaisse la valeur de la reconnaissance et de l'autorisation. Le caractère conditionnel de la reconnaissance et de l'autorisation pourrait être levé par l'imposition d'une révision dans le seul cas de suspicion de fraude ou d'abus.

⁹ Par « assuré social », il est fait référence ici au *travailleur salarié* reconnu en incapacité de travail.

¹⁰ L'article 230, § 2, dernière phrase de l'AR du 3 juillet 1996 précise concernant l'autorisation de reprise du travail à temps partiel que « *Chaque autorisation est accordée et, si nécessaire, renouvelée pour une durée limitée qui ne dépasse pas deux ans.* » Cette modification dans la législation date de 2018.

¹¹ Avant qu'une décision ne soit modifiée ultérieurement, le médecin-conseil doit disposer d'éléments suffisants pour étayer sa décision.

¹² Article 16 du Règlement du 16 avril 1997.

- Travailleur salarié versus travailleur indépendant: 2 différences majeures :

Autorisation a posteriori versus autorisation a priori du médecin-conseil

Le cadre légal comporte une différence importante en ce qui concerne l'autorisation du médecin-conseil selon qu'il est question de travailleurs salariés ou de travailleurs indépendants. Alors que les travailleurs salariés peuvent reprendre partiellement le travail pendant une période d'incapacité de travail avec l'autorisation *a posteriori* du médecin-conseil (art. 100, §2, de la loi AMI), le travailleur indépendant doit recevoir l'autorisation préalable du médecin-conseil (art. 23 et 23bis de l'AR du 20 juillet 1971). Il s'agit d'une entrave inutile à l'accès au système de reprise partielle du travail pendant une période d'incapacité de travail pour les travailleurs indépendants.

Période de reprise de travail partiel pendant l'incapacité de travail

La période d'autorisation est différente pour les deux groupes. Comme dit plus haut, un travailleur salarié peut reprendre partiellement le travail pour une période maximale de deux ans si le médecin-conseil l'y autorise. Au terme de ces deux ans, l'autorisation est évaluée et éventuellement prolongée.

La période autorisée pour un travailleur indépendant est de maximum 6 mois et peut au total être étendue jusqu'à 18 mois lorsque l'autorisation est axée sur une reprise complète du travail. Lorsque la reprise partielle du travail n'a pas pour objectif une reprise totale, le travailleur indépendant peut reprendre partiellement le travail pour une durée illimitée.

RECOMMANDATION

Mettre fin à cette situation non équitable entre travailleurs indépendants et travailleurs salariés en faisant en sorte que le travailleur indépendant puisse se prévaloir du même traitement que le travailleur salarié en matière de reprise partielle du travail, et plus précisément d'autorisation *a posteriori*. À l'inverse, un équilibre doit être trouvé entre, d'une part, l'évaluation de l'autorisation au terme de deux ans pour les travailleurs salariés et, d'autre part, l'autorisation illimitée dans le temps accordée aux travailleurs indépendants dont la reprise d'activité ne vise pas une reprise complète.

- Le versement de l'indemnité en cas de reprise partielle du travail :

Les assurés sociaux qui reprennent partiellement le travail avec l'autorisation du médecin-conseil sont confrontés au problème suivant : 1) ils ne savent pas quand leur indemnité d'incapacité de travail ou d'invalidité leur sera versée et 2) il faut parfois beaucoup de temps avant que l'indemnité ne leur soit payée.

Le deuxième problème est très difficile pour les assurés sociaux car il représente finalement une grande partie de leur revenu mensuel. Il arrive parfois que lorsqu'il s'agit d'un secrétariat social, les délais soient encore plus longs. Parfois, les gens ont des difficultés financières à cause de cela. Le salaire doit être payé par l'employeur au salarié au plus tard le 4^e jour ouvrable¹³ suivant le mois au cours duquel vous avez travaillé et pour lequel vous percevez donc un salaire¹⁴. Des délais de paiement existent également pour les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité.¹⁵ Cependant, la réalité montre que les délais réglementaires de paiement des indemnités ne sont pas (ou ne peuvent pas) toujours être respectés. Ni l'employeur ni la mutualité ne sont liés par des délais dans lesquels les données doivent être fournies à la mutualité, ou les données doivent être traitées et le paiement effectué.

Les assurés sociaux qui se trouvent dans la situation visée ci-dessus n'ont pas non plus la certitude que leur indemnité – même tardive – arrivera. Ils ne peuvent pas vérifier si et quand leur employeur a

¹³ Parfois, une convention collective de travail ou le règlement du travail contient un délai différent. En aucun cas, le salaire ne peut être payé plus de 7 jours ouvrables après la fin de la période de travail pour laquelle le paiement est effectué.

¹⁴ La formulation correcte : « le 4^e jour ouvrable qui suit la période de travail pour laquelle le paiement est prévu. »

¹⁵ Les délais de paiement des indemnités s'appliquent également en cas de reprise partielle de travail. Voir art.20 §1 et 2 du Règlement des indemnités du 16 avril 1997 et Instructions administratives DRS – scénario 2.

transmis les données à la mutualité. Ils ne peuvent pas non plus savoir si et quand le calcul de l'indemnité est effectué par la mutualité. De plus, il arrive parfois que l'employeur et la mutualité se renvoient la balle lorsque les assurés commencent à poser des questions sur les retards de paiement. L'assuré social est à ce moment très vulnérable.

Recommandations

Un cadre réglementaire avec des délais clairs dans lesquels les employeurs doivent déclarer les jours de maladie et les jours travaillés à la mutualité, ainsi qu'un délai dans lequel les mutualités doivent avoir traité les données et dans lequel le paiement de l'indemnité doit être fait. Cela nécessite également des mesures d'accompagnement: de l'informatique qui simplifie ce processus, pour l'instant encore largement traditionnel, et des effectifs suffisants chez les employeurs et les mutualités pour soutenir l'administration d'un nombre toujours croissant d'assurés sociaux.

Que les assurés sociaux puissent voir dans leur dossier (en ligne) auprès de la mutualité lorsque l'employeur a ajouté les données sur les jours de maladie et les jours de travail, quand ils sont traités par la mutualité et quand le paiement est effectué.

A.2 Voyager en période d'incapacité de travail

Pendant la période d'incapacité de travail et d'invalidité, l'assuré social qui planifie des vacances doit soit les déclarer en temps utile¹⁶ (pour un « voyage » en Belgique ou un voyage au sein de l'UE/EEE) soit demander l'autorisation (en principe pour un voyage en dehors de l'UE/EEE) au médecin-conseil de la mutualité.

Ceci s'explique par le fait que la reconnaissance de l'incapacité de travail, et par extension celle de l'invalidité, peuvent à tout moment être évaluées par le biais d'un contrôle médical. Il en résulte que l'assuré social doit en principe toujours être disponible pour un contrôle médical, avec de très lourdes sanctions à la clé en cas d'absence sans motif valable (plus précisément, un refus d'indemnités si l'assuré n'est pas présent à la visite médicale sans motif). En outre, l'indemnité d'incapacité de travail et l'indemnité d'invalidité sont en principe refusées lorsque l'assuré ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge, sauf s'il dispose d'une autorisation de sortie du territoire et en vertu de la réglementation européenne relative à la libre circulation des personnes.¹⁷

Cette réglementation est selon nous d'un autre temps et peu réaliste et elle a des effets non souhaités, assurément pour les personnes reconnues dans le système d'invalidité. En effet:

- L'assuré doit toujours se tenir disponible à son lieu de résidence étant donné que même après passage en "invalidité", il peut être convoqué à tout moment à un contrôle médical. Cette situation, indépendamment du fait qu'elle suscite un état d'anxiété permanent et une forme d'incertitude quant à sa reconnaissance, implique que tout projet de vacances doit au minimum être signalé.
- Cette déclaration « en temps utile » signifie que les personnes en incapacité de travail ne peuvent pas envisager des vacances à la dernière minute, alors que les malades chroniques planifient souvent tardivement leurs vacances, quand leur état de santé le permet.
- Cette obligation de déclaration implique également que presque tout projet de vacances doit être signalé, aussi court soit-il.¹⁸
- De nombreux assurés en situation (reconnue!) d'incapacité de travail ou d'invalidité ressentent cette obligation de déclarer leurs projets de vacances et, parfois, de demander une autorisation préalable comme totalement humiliante et la vivent comme une intrusion dans leur vie privée.
- D'autres réglementations applicables aux séjours à l'étranger des personnes en situation de maladie sont un peu plus flexibles et plus réalistes. Nous faisons ici référence aux conditions

¹⁶ L'interprétation de ce qu'on entend par « en temps utile » varie d'une mutualité à l'autre : certaines font simplement référence à une « notification en temps utile », d'autres à une notification au moins 10 ou 14 jours à l'avance, et en ce qui concerne l'autorisation, il s'agit généralement d'une notification 14 à 15 jours à l'avance. (l'article 15 du Règlement du 16 avril 1997 parle de 15 jours).

¹⁷ Art. 15 du Règlement du 16 avril 1997.

¹⁸ L'obligation de déclaration ne s'applique pas à un week-end ou à une excursion d'une journée aux Pays-Bas, en Allemagne, en France ou au Grand-Duché de Luxembourg. Malheureusement, il arrive que les employés des mutualités indiquent que cela doit tout de même être signalé. De plus, les assurés sociaux ne sont pas explicitement informés que cela n'est pas nécessaire.

d'obtention de l'allocation de remplacement de revenus et de l'allocation d'intégration pour une personne handicapée définies à l'article 3 de l'AR du 6 juillet 1987. Cet article définit différentes situations assimilées à un séjour permanent et effectif en Belgique, notamment le séjour à l'étranger pendant maximum 90 jours, consécutifs ou non, par année civile.

Ce qui attire également l'attention dans cette réglementation, c'est qu'il n'est pas fait mention du délai dans lequel le médecin-conseil doit communiquer à l'assuré social sa décision concernant l'autorisation de voyager. Un médecin-conseil peut accorder son autorisation la veille du départ pour une destination en dehors de l'UE, même si l'assuré social a demandé l'autorisation à temps. Comment l'assuré social peut-il dans ce cas organiser un voyage?

RECOMMANDATIONS

Modifier la réglementation de telle sorte que les assurés sociaux reconnus en incapacité de travail, et assurément les assurés reconnus invalides, ne soient plus tenus, pour les projets de vacances d'une durée inférieure ou égale à 21 jours¹⁹, de les déclarer au médecin-conseil (pour les voyages en Belgique ou au sein de l'UE) ou de lui demander une autorisation (pour les voyages en dehors de l'UE).

Cela signifie également que la convocation soit envoyée au plus tard 21 jours et non au plus tôt 21 jours avant la date prévue de la convocation. Cela permettra également à l'assuré de rassembler les documents nécessaires à la préparation du contrôle médical dans un délai beaucoup plus raisonnable (voir infra).

A.3. Combinaison d'une indemnité d'incapacité de travail avec une allocation d'intégration

L'allocation d'intégration peut *dans une certaine mesure* être combinée avec des revenus professionnels. La première tranche de 23.824,70 euros de revenus professionnels bruts imposables est exonérée (montant au 1^{er} septembre 2021). Tous les revenus que la personne handicapée perçoit au-delà de ce montant sont ensuite déduits pour moitié de son allocation d'intégration. Le plan d'action fédéral « Handicap », approuvé par le Conseil des ministres du 16 juillet 2021, prévoit une augmentation de cette limite à 63.000 € (68.193,78 € – montant à partir du 1^{er} septembre 2022).

La combinaison est plus difficile avec une indemnité d'incapacité de travail et elle est véritablement compliquée avec une allocation d'intégration, des revenus professionnels ou une indemnité d'incapacité de travail.

Il en résulte qu'une personne peut combiner une allocation d'intégration avec des revenus professionnels, mais que le risque sera ensuite élevé qu'elle perde son allocation d'intégration quand elle percevra une indemnité d'incapacité de travail, alors que les coûts d'intégration liés au handicap ne seront très probablement pas moins élevés. Sa perte d'autonomie n'ira certainement pas en diminuant en situation d'incapacité de travail. De plus, cette personne perdra également les avantages sociaux liés à l'allocation d'intégration: l'intervention majorée, le tarif social, etc. Ce risque élevé de perte après mise à l'emploi est responsable d'un grave piège à l'emploi, si bien que les personnes qui peuvent prétendre à une allocation d'intégration sont découragées de travailler. Les gens voient (heureusement) plus loin que le bout de leur nez...

RECOMMANDATION

L'octroi de l'allocation d'intégration à la personne handicapée est lié à la personne handicapée. L'allocation d'intégration, qui est accordée sur la base de l'évaluation de la perte d'autonomie, est parfaitement conciliable avec une indemnité d'incapacité de travail (ou un autre revenu de remplacement).

¹⁹ La Circulaire 2015/274, art. 14 sur l'organisation administrative des convocations prescrit que la convocation est envoyée à l'assuré au plus tôt 21 jours avant la date prévue de la convocation.

A.4. Déductions fiscales (beaucoup) trop faibles en cas de cumul d'une indemnité d'incapacité de travail ou d'invalidité et de revenus du travail

Étant donné que les deux revenus (indemnité et revenus du travail) sont considérés séparément, beaucoup trop peu de cotisations (« précompte professionnel ») sont déduites et l'imposition élevée l'année suivante - lorsque les deux revenus sont considérés ensemble - signifie généralement une perte financière importante pour les personnes concernées.

De nombreux assurés sociaux n'en sont pas ou insuffisamment conscients. Les informations à ce sujet sont également très rares! De plus, il est difficile de calculer soi-même le bon précompte professionnel. Si vous y parvenez "*grosso modo*"²⁰, vous pouvez par exemple demander à votre employeur de déduire davantage, mais il n'y est pas obligé. Vous pouvez également choisir d'effectuer des paiements anticipés. Si vous effectuez des versements anticipés à certains moments et que vous en faites assez, vous bénéficierez d'une réduction sur vos impôts (« bonification ») et vous paierez moins d'impôts ! Mais la majorité ne le sait pas (ou plutôt: ce n'est qu'après avoir reçu l'extrait pour la première fois, après l'année où ils ont cumulé indemnité et revenu du travail qu'ils le savent), ou ne peut pas et c'est encore quelque chose à garder à l'esprit.

Il va sans dire que les assurés sociaux qui travaillent dans ce système de reprise partielle du travail pendant l'incapacité de travail sont toujours malades et, contrairement aux personnes en bonne santé, ils doivent eux-mêmes effectuer ces tâches en plus. S'ils ne le font pas, la surprise financière peut être importante ! Ce sont des choses dont quelqu'un qui est en bonne santé et qui travaille "normalement" ne doit pas se soucier.

Recommandation

Mieux informer les assurés sociaux de l'insuffisance du prélèvement des précomptes professionnels et de ses conséquences négatives. En outre, les assurés sociaux doivent être accompagnés dans le calcul du précompte professionnel dû et ils doivent être assistés dans l'organisation de versements anticipés. Les mutualités et le Service des versements anticipés du SPF Finances ont une responsabilité particulière à cet égard.

²⁰ Il existe une formule de calcul anonyme « Tax-Calc » pour cela sur le site du SPF Finances. Relativement peu conviviale pour les assurés sociaux dans cette situation variable.

B. Application des droits du patient

B.1. Application générale de la loi relative aux droits du patient à la relation entre le médecin-conseil et l'assuré social.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique aussi aux médecins-conseils des mutualités. Il est clair, cependant, que la relation entre un médecin-conseil et l'assuré social n'est pas comparable à la relation entre un médecin traitant et son patient. La loi relative aux droits du patient définit le cadre, mais son application concrète varie et est spécifique à chaque type de relation de soins. Dans la pratique toutefois, la signification de certains droits dans le cadre de cette relation spécifique avec le médecin-conseil ne semble pas toujours claire. Cela a également été soulevé par la Commission fédérale des droits des patients dans son avis du 30 septembre 2019.²¹ L'Observatoire est d'avis qu'il est important de clarifier l'application concrète des droits du patient dans le cadre de la relation entre le médecin-conseil et l'assuré social.

RECOMMANDATIONS

Les droits du patient devraient constituer une partie spécifique de la formation de base de tous les médecins, avec octroi de crédits suffisants.

La loi relative aux droits du patient, en tant que *lex generalis*, est formulée de façon très générique; la pratique montre que pour un certain nombre de groupes cibles spécifiques comme les médecins-conseils (mais également les médecins du travail, les médecins experts, etc.), il est souhaitable de transposer concrètement cette loi dans la pratique professionnelle ; il faudrait prévoir pour ces groupes une formation continue qui inclura des moments d'intervision dans le but d'apprendre les uns des autres et de parvenir à l'élaboration d'un certain nombre de bonnes pratiques.

Une plus grande attention devrait être portée au thème de l'incapacité de travail dans la formation des médecins. À cet égard, une approche intéressante consiste à partir de cas très concrets rapportés du terrain par les médecins-conseils eux-mêmes, les équipes qui les entourent et les patients/assurés sociaux. Les associations de patients pourraient apporter une contribution très constructive à l'élaboration ou à l'optimisation de cette partie de la formation.

B.2. Quelques points d'attention particuliers

Certains aspects de l'application des droits du patient dans la relation avec le médecin-conseil méritent une attention particulière.

I. Le patient est propriétaire de sa santé

Un point extrêmement important est que l'assuré social doit être activement impliqué tout au long de son parcours en incapacité de travail. Ses attentes, son ressenti et ses angoisses doivent être activement sondés et pris en compte dans l'évaluation et dans le processus de décision. Par exemple : qu'est-ce que la personne considère encore comme important dans sa vie et par rapport au travail, qu'est-ce que l'assuré attend de son travail, qu'est-ce qui pourrait empêcher l'assuré de reprendre un travail, etc.

La décision relative à l'incapacité de travail est une décision médicale prise par le médecin-conseil, mais il est essentiel, pour qu'elle soit la mieux adaptée aux problèmes, et à la situation sociale et familiale de la personne, de créer un environnement sûr dans lequel l'assuré social puisse s'exprimer.

RECOMMANDATION

²¹ <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/20190930-avis-sur-la-relation-patientmedecin-conseil-de-mutualite>

Dans le cadre de la formation des médecins-conseils, il faudrait en particulier prêter attention aux modèles existants de processus partagé de décision et aux techniques de communication en vue de définir un processus partagé de décision, en veillant à prêter une attention particulière à la relation spécifique entre les assurés sociaux et les médecins-conseils.

II. Le dossier du patient dans le cadre de l'incapacité de travail

Le dossier tenu par le médecin-conseil dans le cadre de l'incapacité de travail est un dossier patient au sens de la loi relative aux droits du patient. Les points importants qui méritent une attention particulière sont ici:

- le caractère complet du dossier;
- la clarté sur le rôle de chacun dans la collecte de tous les éléments nécessaires à une évaluation qualitative de la situation de la personne (médecin traitant, assuré social, médecin du travail, ...);
- le droit du patient à ajouter lui-même des documents au dossier;
- l'accès direct à ce dossier par l'assuré social qui, en vertu de la loi relative aux droits du patient, a le droit de consulter son dossier et d'en obtenir une copie.

RECOMMANDATIONS

Chaque convocation de l'assuré social à une consultation s'inscrivant dans le cadre de l'incapacité de travail mentionne le plus clairement possible le type de document souhaité (compte rendu d'hospitalisation,...) et la personne auprès de laquelle l'obtenir (médecin généraliste, spécialiste, employeur, médecin du travail,...).

En outre, il serait bon de fournir une liste plus générale des documents les plus courants sur le site internet des mutualités, qui pourrait toujours être consultée.

Quand le médecin-conseil demande des données à des tiers parce que le patient ne les fournit pas, il doit le signaler au patient.

Les médecins traitants rappellent de manière proactive leur rôle important dans la trajectoire IT à leurs patients, y compris dans le domaine de la mise à disposition des pièces justificatives nécessaires. Cette recommandation s'inscrit dans le droit fil de la recommandation figurant au point 1.

Améliorer l'accès au dossier du patient: le dossier du patient, tenu par un médecin-conseil, devrait être facilement accessible à l'assuré social afin qu'il puisse le consulter à tout moment, selon les dispositions de la loi relative aux droits du patient.

III. Le droit à l'information tout au long du parcours en incapacité de travail et la motivation de la décision adaptée à l'assuré social

Le droit à l'information sur son état de santé, comme le prévoit la loi relative aux droits du patient, peut se traduire comme suit dans le contexte de la relation entre l'assuré social et le médecin-conseil:

- Le droit à une information claire, entre autres, sur la procédure relative à l'incapacité de travail et les droits et obligations de l'assuré social dans ce cadre.
- Le droit à une motivation claire, lisible et compréhensible des décisions. L'assuré social doit toujours pouvoir obtenir, sur simple demande, une explication orale en plus d'une motivation écrite.

La charte de l'assuré social²² contient également un certain nombre de principes importants en rapport avec les **droits et obligations** de la population (les assurés sociaux) dans leurs contacts avec les

²² Loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1995041144&table_name=loi.

institutions de sécurité sociale et constitue une base importante pour une bonne information des assurés sociaux et ce dans une langue compréhensible.

Le respect de ces droits est fondamental pour faire de l'assuré social le propriétaire de sa santé et de sa capacité de travail. L'Observatoire souhaite insister sur les points d'attention énoncés ci-après.

III.1. Confusion entre le système de reconnaissance de l'incapacité de travail et le système d'autorisation de reprise partielle du travail pendant une période d'incapacité de travail reconnue.

Les deux systèmes ont des règles différentes et des délais différents. Dans le système de reconnaissance de l'incapacité de travail, elle peut être prolongée plusieurs fois. Par ailleurs, un assuré social peut également reprendre partiellement le travail si le médecin-conseil l'y autorise. Cette autorisation peut, elle aussi, être prolongée régulièrement.

Il est essentiel pour un assuré social de bien connaître la différence entre la reconnaissance et la prolongation de l'incapacité de travail, d'une part, et l'autorisation et l'accord de reprendre partiellement le travail pendant une période d'incapacité de travail, d'autre part. En effet, ce n'est pas parce que l'assuré social est autorisé à reprendre partiellement le travail que la reconnaissance de son incapacité de travail ne doit pas être prolongée.

III.2. Connaissance insuffisante par les personnes en incapacité de travail de la possibilité du travail volontaire et des règles y afférentes.

La possibilité de travailler volontairement doit être expliquée plus proactivement en cas d'incapacité de travail de longue durée. Pour les personnes en incapacité de travail, le travail volontaire peut être un important levier pour une image de soi plus positive, tant dans l'attente d'une réintégration que quand le travail rémunéré, temporaire ou non, n'est plus une option. Il est important de noter que même si le travail volontaire n'est jamais rémunéré, les bénévoles peuvent recevoir un défraiement. En outre, le travail volontaire est parfaitement conciliable avec l'incapacité de travail. Nous constatons qu'il subsiste de nombreuses incertitudes à ce sujet, ce qui constitue un frein. Il faut informer plus et plus clairement sur le sujet.²³ (voir également notre avis du 02/05/2018 sur le trajet de réintégration).

III.3. Information claire et codécision quant au choix de l'horaire de travail en cas de reprise partielle du travail.

Les assurés sociaux font savoir qu'ils ne sont pas toujours suffisamment informés sur les différents horaires de travail possibles et sur la façon dont un horaire est choisi. Il est pourtant clair que le bien-être et la santé de l'assuré social doivent être au centre de ce choix et que le plan de traitement est un facteur fondamental dans ce choix. Il est essentiel que l'assuré social soit suffisamment pris en compte et que la décision relative à l'horaire de travail soit clairement communiquée à l'employeur. L'assuré social doit par ailleurs pouvoir être assuré du respect de la décision du médecin-conseil. Une réunion tripartite donnant aux trois parties concernées la possibilité d'être écoutées, mais guidée par la seule santé de l'assuré social, est cruciale pour pouvoir faire un choix durable et sain. Il demeure en outre fondamental de pouvoir à tout moment adapter cet horaire aux besoins de santé de l'assuré social. La santé de nombreuses personnes atteintes d'une maladie chronique est en effet une donnée variable et une flexibilité suffisante reste donc nécessaire.

RECOMMANDATIONS

Prévoir un emplacement sur le formulaire de demande où l'assuré social peut motiver son choix de reprendre le travail (rémunéré ou travail volontaire);

Les trois différents types d'horaires et leurs conséquences respectives au niveau, par exemple, de la prise de congés et des jours fériés légaux, leurs avantages et leurs inconvénients devraient être mieux connus des assurés sociaux ; la personne atteinte d'une maladie chronique devrait pouvoir changer de système assez facilement lorsque son état de santé le requiert. Une bonne concertation entre tous les acteurs concernés est essentielle pour que le bon choix pour la personne soit fait.

²³ Voir également ci-après les différentes activités autorisées en cas d'incapacité de travail.

Une décision n'est pas positive ou négative, il s'agit d'une évaluation de la capacité de l'assuré social à travailler. Le médecin-conseil ne se prononce pas sur l'état de la maladie du patient ni sur les indemnités d'invalidité. Il est important d'adapter la terminologie dans ce sens.

Le médecin-conseil prend le temps d'expliquer oralement la décision adaptée à chaque patient. La décision écrite est ensuite envoyée par courrier à l'assuré social;

En cas de décision ayant un impact considérable sur l'assuré social, il est important de prévoir un suivi suffisant permettant notamment à l'assuré social d'avoir une personne de contact précise en cas de questions faisant suite à la décision finale.

IV. Le droit à la médiation

Actuellement, une seule solution s'offre à l'assuré social en désaccord sur la décision prise : le recours devant le tribunal du travail.²⁴ Il faut dire aussi qu'il est soumis à des délais très stricts, à savoir trois mois après la décision. Il s'agit d'une action d'une grande portée et chronophage.

L'Observatoire est convaincu que l'existence d'un organe de médiation permettrait d'éviter d'entamer de nombreuses procédures judiciaires, entraînant parfois de longues périodes d'incertitude. Il est important que toutes les caractéristiques de la médiation soient réunies: base volontaire, confidentialité, autonomie et partialité multilatérale.

Le Collège National de Médecine d'Assurance sociale a formulé dans son rapport 2020²⁵ une recommandation claire qui va dans le sens de la création d'un organe d'appel et de médiation interne de sécurité sociale pour régler les litiges relatifs à l'évaluation de l'incapacité de travail. Il existe déjà des procédures de médiation, ou de conciliation au niveau des accidents du travail et de Fedris en particulier. Il convient d'examiner dans quelle mesure ces procédures existantes peuvent servir d'inspiration à d'autres branches de la sécurité sociale.

RECOMMANDATION

L'Observatoire se rallie à la recommandation du Collège National de Médecine d'Assurance sociale visant la création d'un organe de médiation accessible afin de limiter les procédures de recours devant les cours et tribunaux du travail.

²⁴ Notez qu'en ce qui concerne les droits des patients, il existe déjà un organisme auprès duquel la personne peut se plaindre. Toutefois, cela n'existe pas encore pour les décisions relatives à l'incapacité de travail.

²⁵ <https://socialsecurity.belgium.be/fr/elaboration-de-la-politique-sociale/college-national-de-medecine-dassurance-sociale>

C. Qualité / service

Le droit à un service de qualité est également un droit du patient qui trouve son application dans la relation entre le médecin-conseil et l'assuré social. Compte tenu de la grande importance de ce sujet et de la signification très large de la qualité, une rubrique distincte a été créée à cet effet.

Qu'est-ce que la qualité des soins ? Selon l'*Institute of Medicine* (USA), les soins de santé sont qualitatifs lorsqu'ils augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités et lorsqu'ils sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.

Des soins de santé de haute qualité sont essentiels pour promouvoir les aspects suivants :

- **Sécurité** (p. ex. réduire à un minimum les lésions évitables) ;
- **Efficacité** (soins basés sur les connaissances scientifiques) ;
- **Efficiency** (éviter le gaspillage) ;
- **Orientation patients** (respecter le patient et répondre à ses attentes) ;
- **Prestation au moment voulu** (éviter les délais d'attente et les retards néfastes) ;
- **Continuité** (parcours de soins continu depuis le diagnostic jusqu'aux soins de suivi) ;
- **Intégralité** (intégration de la contribution de tous les dispensateurs de soins concernés) ;
- **Égalité** (la qualité des soins ne fluctue pas en fonction de caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'origine ethnique, le lieu, le statut socio-économique)²⁶.

L'Observatoire applique cela au service ou aux soins dispensés par le médecin-conseil à l'assuré social et y lie les points d'attention concrets suivants.

C.1. Qualité des décisions : sécurité, efficacité, efficience

La Charte de l'assuré social²⁷ montre très clairement l'importance de la motivation des décisions prises dans le domaine de la sécurité sociale. Mais il reste encore beaucoup de progrès à faire en termes de lisibilité et d'accessibilité des décisions, afin que l'assuré social puisse s'approprier sa santé et sa capacité de travail.

Grâce à des discussions fructueuses avec le CIN Med, l'Observatoire a pu mieux comprendre le système actuel pour contrôler la qualité des décisions. Ainsi, outre un contrôle aléatoire des décisions par le service Indemnités de l'INAMI, il existe également un certain nombre d'indicateurs de qualité, élaborés via l'AUDIC du CSCMI.

Néanmoins, certains assurés sociaux ont l'impression que la vision personnelle et l'interprétation par le médecin-conseil individuel joue un rôle dans l'appréciation et l'évaluation de l'incapacité de travail, de sorte que dans la pratique, il semble y avoir des différences selon le médecin-conseil qui a pris la décision. Les médecins-conseils du CIN Med font savoir que l'examen par les pairs à travers les différents organismes assureurs est utilisé pour harmoniser autant que possible l'évaluation de l'IT. L'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) se réunit également à intervalles réguliers pour clarifier et harmoniser les cas difficiles et les nouvelles législations et contextualiser ou expliquer les situations problématiques.

Enfin, un outil destiné aux médecins généralistes sur l'incapacité de travail, la reprise et le retour au travail est également en cours d'élaboration. Le Ministre des Affaires sociales, sur base d'une décision du Conseil des ministres du 31 mars 2017, a demandé au Collège National de Médecine d'Assurance sociale en matière d'incapacité de travail d'envisager l'élaboration de recommandations sur la durée de l'incapacité de travail, pour les pathologies avec incapacité de longue durée les plus fréquemment rencontrées par le médecin-conseil dans sa pratique ainsi que pour les pathologies motrices et psychiques. En outre, l'outil fournira également des indications au médecin généraliste pour guider le

²⁶ <https://zorgkwaliteit.be/vragen/wat-kwaliteit-van-zorg-definities-en-centrale-principes>

²⁷ Loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social, M.B., 6 septembre 1995, art. 13 – 16, p. 25433.

patient dans le processus de rétablissement et de retour au travail. L'objectif de ces recommandations est d'aider les médecins à mieux gérer la prescription d'un arrêt de travail dans le cadre de leur stratégie thérapeutique et de guider le patient dans son parcours de retour au travail. Il n'y a donc pas de lien entre le développement de cet outil et la notion de « contrôle plus intensif ».

RECOMMANDATIONS

Recommandation relative à la motivation : **un modèle de formule de motivation de la décision adapté aux assurés sociaux et dans un langage compréhensible pour eux est important. Si un tel modèle existe, l'Observatoire demande à être associé à une évaluation de celui-ci. S'il n'existe pas encore de modèle uniforme, l'Observatoire serait heureux de contribuer à sa rédaction.**

L'Observatoire est heureux d'apprendre que diverses initiatives sont prises pour suivre au plus près la qualité des décisions. Il demande d'ancrer structurellement le principe de *peer review* entre les médecins-conseils des organismes assureurs.

En outre, l'Observatoire est convaincu qu'un outil scientifique pour les médecins généralistes sur l'incapacité de travail, le rétablissement et le retour au travail est un outil important pour initier le dialogue entre le médecin généraliste et le patient sur le travail, mais il souligne en même temps l'importance d'évaluer chaque dossier individuellement, adapté à chaque patient. Chaque situation est en effet différente, certaines maladies peuvent fluctuer très fortement.

C.2. Orientation patient, égalité et continuité

L'importance d'une base de confiance suffisante entre le médecin-conseil et l'assuré social, mais aussi avec toute l'équipe autour du médecin-conseil qui coopère à un bon suivi et à une bonne guidance des personnes en incapacité de travail, est mentionnée à plusieurs reprises. Les points d'attention importants sont ici :

- Clarté et transparence vis-à-vis de l'assuré social sur le rôle et la responsabilité de chaque membre de l'équipe multidisciplinaire entourant le médecin-conseil. Il est également important que cela soit mis en œuvre de la même manière dans les différents organismes assureurs. L'Observatoire est heureux d'apprendre qu'au niveau de l'INAMI, un groupe de travail sur la 'multidisciplinarité', auquel sont associés tous les organismes assureurs, étudie ce thème.
- La réalité et la perception de l'assuré social doivent être le point de départ de tout traitement d'un dossier d'incapacité de travail. Cela nécessite d'être à l'écoute de l'assuré social et d'intégrer ses attentes dans l'évaluation.
- Le médecin-conseil qui prend la décision finale doit avoir un contact direct suffisant avec l'assuré social. La situation, la réalité, la perception d'une personne en incapacité de travail ne peuvent être appréhendées sur la base d'un simple dossier papier mais nécessitent également un dialogue suffisant. Aujourd'hui, il y a une pénurie de médecins-conseils, ce qui rend difficile d'assurer la continuité en vue d'une orientation patient. C'est ce qui ressort, entre autres, du rapport du Collège National de Médecine d'Assurance sociale de 2020²⁸, qui précise que depuis une quinzaine d'années, le système de protection sociale connaît un défi de plus en plus grand: la pénurie de médecins dans la sécurité sociale! Ce problème est déjà évident aujourd'hui et ne peut que s'aggraver étant donné la pyramide des âges des médecins travaillant aujourd'hui. Concrètement, selon les données des organismes assureurs, au 1^{er} janvier 2015, il y avait 334 médecins-conseils actifs, représentant 303,6 ETP ; au 14 janvier 2022, ils n'étaient plus que 311 médecins-conseils (286 ETP) avec un âge moyen de 53,6 ans. Sur le nombre total de médecins-conseils actifs, 17 ont plus de 65 ans. À l'INAMI, le service Indemnités emploie 18 médecins, et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) emploie 3 (2,5 ETP) médecins. Cependant, ceux-ci ne sont pas spécifiquement concernés par l'incapacité de travail.

²⁸ <http://socialsecurity.belgium.be/fr/elaboration-de-la-politique-sociale/college-national-de-medecine-dassurance-sociale>

- Outre sa mission de contrôle, le médecin-conseil joue en effet un rôle important d'information et de guidance sociale²⁹ où le dialogue et la communication sont des conditions connexes essentielles.

L'orientation patient suppose également une attention portée à l'infrastructure : les patients signalent qu'il y a parfois des problèmes avec l'infrastructure, par exemple un ascenseur qui ne fonctionne pas, une salle d'attente qui sent le renfermé, etc. On pourrait croire que c'est un détail, mais le contexte et le cadre de ce qui est toujours un contact un peu stressant pour l'assuré social ont un impact sur la qualité d'un dialogue ouvert et efficace, dans une atmosphère de respect mutuel.

RECOMMANDATIONS

Assurer une communication claire et en temps utile à l'assuré social sur qui le recevra, avec quel rôle et à quel titre, lors d'une consultation dans le cadre du suivi de l'incapacité de travail.

Uniformité entre les organismes assureurs dans l'application de l'équipe multidisciplinaire entourant le médecin-conseil.

Veiller à ce qu'un nombre suffisant de médecins-conseils reste disponible pour assurer une relation de confiance et pour remplir leur rôle de personnage clé dans le cadre de leurs fonctions légales (art. 153) ; même avec le soutien d'une équipe multidisciplinaire, la relation de confiance avec le médecin-conseil reste cruciale ; veiller en outre à ce que les conditions de travail soient suffisamment bonnes pour conserver l'attractivité de la profession de médecin conseil.

Mettre davantage l'accent sur une approche axée sur la personne, afin que l'assuré social devienne propriétaire de sa santé et de sa capacité de travail.

C.3. Dispensation au moment voulu et intégralité

Un bon suivi de l'incapacité de travail nécessite une collaboration et une communication efficaces entre différents acteurs : l'assuré social, le médecin-conseil, le médecin traitant, l'employeur, le médecin du travail...

Dans la pratique, ce processus ne se déroule pas toujours sans heurts, ce qui a des conséquences négatives : le médecin-conseil perd du temps pour prendre sa décision, les informations nécessaires à la prise de décision ne sont pas transmises ou ne le sont que partiellement ou de manière fragmentaire, l'assuré social ne sait pas toujours si certaines informations ont déjà été transmises ou, parfois, ne sait pas non plus quelles informations manquent et qui pourrait les fournir, de sorte que les décisions sont parfois contestées par les assurés sociaux, ce qui pourrait parfois être évité si la communication était améliorée.

De même, certains acteurs manquent parfois de connaissances suffisantes sur la réglementation de l'incapacité de travail et sur leur rôle et leur responsabilité spécifiques à cet égard vis-à-vis de l'assuré social.

RECOMMANDATION

L'Observatoire approuve la recommandation du Collège National de Médecine d'Assurance sociale de créer une plate-forme de communication commune et/ou un dossier médico-social commun à tous les secteurs de la sécurité sociale concernant l'incapacité de travail.

²⁹ Article 15, § 1^{er} de la loi AMI.

D. Exigences administratives en cas d'incapacité de travail

Lorsqu'une personne se retrouve en incapacité de travail, elle est confrontée à de nombreuses nouvelles exigences administratives. En bref, il y a beaucoup de paperasse à faire en plus d'être malade.

D.1. Point de départ de l'Observatoire : l'assuré social

L'Observatoire part de la perspective de l'assuré social. Cela contraste avec le point de départ actuel de l'incapacité de travail : les règles administratives. Tout part de « la règle » et des documents qui doivent tous être « collectés » selon une certaine chronologie et donc envoyés (complétés) par l'assuré. Et il y en a beaucoup, juste quelques exemples : (1) la déclaration d'incapacité de travail, (2) la « feuille de renseignements indemnités », (3) l'« enquête charge de famille / personnes isolées », (4) la « déclaration pour personnes handicapées », (5) le quick scan, (6) l'attestation de vacances, etc. L'assuré est inondé de documents qu'il doit compléter et renvoyer le plus rapidement possible. Surtout au début d'une longue période d'incapacité de travail, lorsque l'assuré est malade, il s'agit d'une tâche souvent récurrente. En outre, nombre de ces documents demandent des informations qui peuvent être obtenues par d'autres voies. Et pourraient même être ajoutés au dossier de manière automatisée. Il y a des gains d'efficacité à réaliser tant pour les assurés que pour les OA !

Heureusement, nous constatons aussi des évolutions positives, c'est-à-dire que l'assuré acquiert une certaine autonomie et un certain contrôle sur le processus. Certaines mutualités, par exemple, offrent à l'assuré la possibilité de fixer lui-même une date pour un examen médical, dans un certain délai. Ici, les gens pensent du point de vue de l'assuré, ce dont l'Observatoire se réjouit.

RECOMMANDATION

L'Observatoire appelle à une plus grande attention à la situation difficile de l'assuré social : quelqu'un qui est (gravement) malade et qui ne peut donc pas travailler ou que partiellement pendant une longue période. De par sa maladie, cette personne est confrontée en premier lieu à des problèmes médicaux et/ou psychologiques, à des changements de vie qui peuvent être accompagnés d'incertitude et de grande anxiété, à une expérience de perte et de deuil, etc. S'y ajoutent généralement des examens médicaux, des consultations chez un ou plusieurs dispensateurs de soins, des questions de l'employeur, un contrôle par le médecin du travail, une correspondance supplémentaire avec des compagnies d'assurance, une série d'actions auprès de la mutualité, etc. Tomber malade et (devoir) arrêter de travailler n'est pas une partie de plaisir en général. L'énorme charge administrative liée à l'incapacité de travail peut être réduite par l'automatisation.

D.2. La forme, les délais et sanctions de la déclaration et prolongation via l'attestation

- La forme : la date de déclaration ou de délivrance

La déclaration et l'octroi de l'incapacité de travail se font toujours en envoyant par Bpost au médecin-conseil de la mutualité un « certificat d'incapacité de travail » dûment rempli, le cachet de la poste valant comme date de déclaration, ou en le remettant au médecin-conseil (généralement le réceptionniste d'un bureau de la mutualité) contre un reçu. Depuis peu, il est également possible de faire la déclaration et la prolongation par voie électronique.³⁰ Cela signifie que l'assuré doit disposer d'une connexion Internet, d'un ordinateur et d'une imprimante/scanner pour pouvoir envoyer la déclaration.³¹

³⁰ Le document d'autorisation ou de refus d'incapacité de travail, que reçoit à son tour l'assuré social, est en fait un accusé de réception.

³¹ Il ne s'agit pas d'une possibilité "réglementaire", mais d'une directive de l'INAMI qui a été émise à l'intention des médecins-conseils pendant la crise du COVID 19. Bientôt, l'envoi électronique du certificat d'incapacité de travail *par le médecin traitant* est prévu (dans un premier temps limité à la déclaration d'incapacité de travail supérieure à quatorze jours, à la déclaration de prolongation d'incapacité de travail et à la déclaration de rechute d'incapacité de travail). La date de délivrance du certificat est prise en compte dans ce contexte. L'assuré peut recevoir une version imprimée des données transmises par voie électronique.

- Les délais et les sanctions

La date de déclaration ou la date de délivrance est cruciale pour l'assuré. En effet, si l'assuré notifie son incapacité de travail, ou la prolonge, trop tard, une sanction de - 10 % de l'indemnité par jour pour la période de retard est appliquée.

Il y a déclaration tardive d'incapacité de travail lorsqu'un employé ne remet pas le certificat au médecin-conseil dans un délai de 28 jours civils, à compter du premier jour de la maladie ; pour les ouvriers, ce délai est de 14 jours à compter du premier jour de maladie et pour les chômeurs et travailleurs indépendants de 7 jours à compter du premier jour de maladie. Une prolongation tardive de l'incapacité de travail signifie que l'assuré notifie une prolongation au médecin-conseil plus de 7 jours civils après le premier jour où l'incapacité de travail n'est plus reconnue. La prolongation par l'assuré ne doit se faire qu'au cours de la première année d'incapacité de travail.

La sanction ne peut être annulée que si l'assuré remplit 2 conditions spécifiques.³² Certaines lettres informant l'assuré de la sanction sont perçues par certains destinataires comme étant encore pire que la sanction elle-même.

- La semaine de 6 jours

Les indemnités sont versées dans le cadre d'une semaine de 6 jours, du lundi au samedi. Le samedi est compté comme un jour indemnisable. Cela signifie que lorsqu'il y a une semaine complète d'incapacité de travail, le médecin traitant doit mentionner le dimanche comme date de fin de l'incapacité de travail. Des erreurs sont souvent commises ici (sans le vouloir). Résultat : moins d'indemnités. Et (généralement) aucun autre revenu pour cette journée.

Tout médecin traitant qui établit un certificat d'incapacité de travail pour son patient doit en être informé et l'appliquer correctement. Pour l'instant, même si cette erreur est établie, elle ne peut être corrigée. Enfin, la question se pose de savoir si une semaine de 6 jours en 2022 n'est pas dépassée.

RECOMMANDATIONS

L'Observatoire demande qu'une plus grande attention soit accordée à la situation concrète de l'assuré (malade !) qui ne respecte pas les délais. Et aussi que l'on tienne davantage compte de l'impact et des conséquences de la sanction pour l'assuré. Actuellement, la réglementation donne l'impression d'une « procédure couperet ». Trop tard ? Pas de chance pour vous ! – 10 % par jour d'indemnité pour la période durant laquelle vous êtes trop tard.³³ Et ce, avec très peu de marge de manœuvre pour analyser les choses ou soutenir ceux qui en ont besoin.

Chaque mutualité met à disposition un guichet ou une plateforme où l'assuré peut trouver tous les documents relatifs à l'incapacité de travail et/ou à l'invalidité et peut suivre l'évolution de la déclaration, de l'octroi et des différents types de demandes. Certaines mutualités proposent déjà un tel guichet ou une telle plateforme numérique. Ce n'est malheureusement pas le cas pour chaque mutualité, si bien que la différence dans l'offre de services de base peut être grande.

Les médecins traitants doivent savoir qu'il existe le régime de six jours pour l'indemnité d'incapacité de travail, et être soutenus pour déterminer correctement la date de fin de l'incapacité de travail sur le certificat dans le cas d'une semaine complète d'incapacité de travail. En cas d'erreur dans le chef du médecin, cela doit pouvoir être corrigé par la suite. Enfin, en 2022, la semaine de six jours devrait très probablement être ramenée à cinq jours.

³² Les conditions pour ne pas appliquer la sanction sont les suivantes : la perte de revenus s'élève à plus de 25 € en raison d'une déclaration tardive et il y a un cas de force majeure OU de faibles revenus du ménage. Il est alors question d'une « situation digne d'intérêt », telle que décrite à l'article 9 du Règlement du 16 avril 1997 (travailleurs salariés) ou l'article 58ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (indépendants).

³³ Depuis le 1^{er} janvier 2022, une mesure d'avertissement est applicable sous certaines conditions afin que la pénalité ne soit pas appliquée en cas de déclaration tardive. Le délai ne doit pas dépasser un mois et cette mesure ne peut être appliquée qu'une seule fois pendant la période d'incapacité de travail en cours. Si la mesure d'avertissement est appliquée, la mutualité doit informer l'assuré que la déclaration a été faite tardivement et que la réduction du montant journalier des allocations de 10% n'a pas été appliquée une seule fois pendant la période d'incapacité de travail en cours.

D.3. Reprise partielle du travail après un jour d'arrêt de travail complet

Pour le moment, deux options s'offrent à la personne obligée de travailler moins à la suite d'une maladie : ou bien simplement réduire la durée de travail, avec toutes les conséquences négatives que cela entraîne en matière de protection sociale, ou bien mettre fin pendant au minimum un jour à toutes les activités et être reconnu incapable de travailler, dans le but de reprendre par la suite le travail partiellement avec l'autorisation *a posteriori* du médecin-conseil.

La seconde option semble bonne en théorie, mais semble pratiquement impossible à mettre en application *entre autres* du fait de la lourdeur administrative. Comment une personne peut-elle réussir à « tomber » malade en l'espace de quelques jours et présenter un certificat de maladie devant l'employeur, suivi d'un certificat dans lequel le médecin traitant atteste que le travail à temps partiel est envisageable malgré la maladie, un certificat au médecin-conseil, la reconnaissance de son incapacité de travail, la demande de reprise du travail à temps partiel accompagnée généralement d'une approbation du médecin du travail et de l'employeur. Cela reste un mystère. De plus, l'effet psychologique d'une reconnaissance d'incapacité de travail ne doit pas être sous-estimé. Même si quelqu'un peut reprendre le travail après 1 jour, la reconnaissance de l'incapacité de travail et l'image qui lui est associée dans la société peuvent peser lourd.

Indépendamment de la question de savoir s'il est encore opportun d'obliger les personnes à cesser d'abord complètement le travail pour pouvoir travailler à temps partiel avec une indemnité d'incapacité de travail, se pose la question de savoir si la lourdeur de la procédure administrative pour quelqu'un désireux de reprendre rapidement le travail à temps partiel, ne le rend pas impossible.

RECOMMANDATION

Permettre une reprise du travail rapide pendant l'incapacité de travail en diminuant les charges administratives. Ensuite, l'Observatoire demande qu'une personne contrainte à travailler moins à la suite d'une maladie ne doive pas d'abord arrêter complètement toutes les activités pour ne reprendre par la suite le travail qu'à temps partiel en combinaison avec une indemnité.

D.4. Différents types d'activités autorisées dans le cadre de l'incapacité de travail

Pendant la période d'incapacité de travail, l'assuré social peut reprendre diverses activités. Une seule exigence doit être respectée pour chacune d'entre elles : avoir arrêté complètement toutes les activités et avoir été reconnu en incapacité de travail.

Il existe quatre types³⁴ d'activités, chacune ayant un impact différent. Premièrement : les activités rémunérées ou le travail rémunéré. Deuxièmement : le travail volontaire. Troisièmement : les activités non rémunérées. Quatrièmement : le travail associatif. Les règles lors de la reprise d'une « activité rémunérée » pendant une incapacité de travail ont déjà été largement discutées dans le présent avis.

Un travail volontaire³⁵ représente une activité, non rémunérée et sans obligation, sans contrat de travail, contrat de service ou nomination statutaire, pour un groupe ou une organisation à but non lucratif. En cas d'incapacité de travail, le travail volontaire doit être notifié au médecin-conseil. L'autorisation du médecin-conseil n'est pas nécessaire, mais celui-ci doit donner son avis sur la compatibilité du travail volontaire avec l'état de santé général, ce qui équivaut à une autorisation de fait. Les frais liés au travail volontaire ne sont pas facturés s'ils relèvent des règles légales pour le travail volontaire. Ceci n'est souvent pas connu de l'assuré social et doit être clarifié de manière proactive. L'autorisation est (habituellement) accordée à partir d'une certaine date sans date de fin, elle dit « jusqu'à ce que je (le médecin-conseil) prenne une nouvelle décision ». Selon nous, le travail volontaire fait partie intégrante de la réintégration et doit être encouragé comme tel.

³⁴ Par souci d'exhaustivité, il convient également de mentionner l'aidant proche en tant qu'activité distincte telle que décrite à l'article 100, § 1^{er} de la loi AMI.

³⁵ Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

Une **activité non rémunérée** est un travail volontaire effectué par une personne pour le compte d'une institution publique ou d'une institution d'intérêt public. À la suite de la notification de cette activité et de la réception de l'autorisation auprès du médecin-conseil, l'assuré social dispose d'un mois pour que la « Déclaration de l'exercice d'activités non rémunérées effectuées pendant une période d'incapacité de travail » soit remplie par le représentant de l'organisation pour laquelle le travail est effectué. Dans l'attente de la réception de ce document, l'indemnité d'incapacité de travail sera suspendue !

Le travail associatif³⁶ a été réajouté en 2021. Le travail associatif consiste en des services rémunérés fournis par des personnes dans le cadre de leurs loisirs à des associations à but non lucratif, à des associations de fait ou à des autorités publiques actives dans le secteur sportif et/ou socioculturel. Dans la pratique, les membres de l'Observatoire constatent que le travail associatif pendant une incapacité de travail entraîne régulièrement des difficultés.

En cas d'incapacité de travail, une personne qui était déjà un travailleur associatif avant la période d'incapacité de travail peut relativement facilement le reprendre. Il suffit d'informer le médecin-conseil de la reprise. Le médecin-conseil vérifiera si l'activité est compatible avec l'état de santé général. Il est possible de cumuler les revenus du travail associatif avec l'indemnité d'incapacité de travail.

Commencer le travail associatif pour la première fois pendant l'incapacité de travail a des règles différentes. Dans ce cas, l'assuré social doit *préalablement* demander l'autorisation au médecin-conseil.

Presque toutes les activités nécessitent un formulaire de demande différent, avec ses propres règles et ses propres conséquences. Certaines mutualités n'expliquent pas non plus les différences ou les expliquent à peine. La plupart du temps l'accent est mis sur seulement 2 types d'activités : travail classique rémunéré ou travail volontaire. Si un assuré social veut être encouragé à exercer une activité pendant la période d'incapacité de travail, il est également nécessaire de disposer d'une administration simple, indépendamment de la nécessité d'une information complète et correcte (voir ci-dessus). En outre, chaque notification ou demande donne lieu à une autorisation distincte pour chaque activité. L'assuré social doit être un petit génie administratif pour suivre tout cela et garder une vue d'ensemble.³⁷ En effet, le principe de base reste : une activité par assuré social.

RECOMMANDATIONS

Que les demandes et les autorisations pour les différentes activités soient intégrées dans un e-guichet unique facilement accessible pour l'assuré (par exemple avec toutes les autres informations personnelles accessibles via une application ou une plateforme en ligne de la mutualité). En complément de ce "dossier" en ligne, l'Observatoire propose que toute personne qui est ou devient en incapacité de travail reçoive un dossier d'information clair, complet et correct. Ce n'est que de cette manière qu'on peut clairement savoir que l'exercice d'une activité pendant l'incapacité de travail, lorsqu'il est compatible avec l'état de santé, est encouragé et que les assurés sociaux ne doivent pas être inquiets.

En outre, l'Observatoire demande au législateur de rédiger les formulaires de demande en langage compréhensible.

³⁶ Loi du 24 décembre 2020 relative au travail associatif.

Attention: une nouvelle réglementation est en cours d'élaboration par laquelle le travail associatif est remplacé par un règlement dans le cadre de l'actuel article 17 de l'arrêté « ONSS » du 28 novembre 1969. Au moment de la rédaction de cet avis, cette réglementation n'avait pas encore été publiée au Moniteur belge. Une activité dans le cadre de l'article 17 de l'arrêté ONSS du 28 novembre 1969 exercée le premier jour de l'incapacité de travail n'est pas considérée comme une activité, dans la mesure où cette activité est une simple continuation de l'exécution d'une convention déjà conclue et effectivement exécutée avant le début de l'incapacité de travail. A partir du deuxième jour de l'incapacité de travail, l'autorisation doit toujours être demandée au médecin conseil), cf. article 100 §2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Un cumul entre l'allocation d'incapacité de travail et la rémunération du travail associatif est possible.

Pour plus d'informations:
<https://www.defederatie.org/nieuws/de-kogel-is-door-de-kerk-een-definitieve-regeling-voor-het-verenigingswerk-vanaf-1-januari-2022>
<https://www.socialsecurity.be/employer/instructions/dmfa/fr/latest/instructions/persons/specific/socioculturalsector.html>

³⁷ Les guichets ou les plateformes, comme mentionné précédemment, peuvent également être utiles à cet égard.

Recommandations

Pour parvenir à une amélioration effective du processus d'incapacité de travail des malades chroniques – et par extension de l'ensemble des assurés sociaux – l'Observatoire préconise :

1. Un **cadre réglementaire plus clair** pour qu'il n'y ait plus de problèmes d'interprétation en cas de travail partiel pendant l'incapacité de travail: un salarié qui, d'un point de vue médical, conserve une réduction d'au moins 50 % de sa capacité, n'est pas limité à une autorisation d'emploi de 50 % maximum.
Plus de sécurité juridique pour l'assuré reconnu en incapacité de travail en portant la durée maximale (prorogeable) de l'autorisation de reprise partielle de travail à 5 ans au lieu de 2 ans actuellement, et en précisant dans le cadre réglementaire la valeur de la reconnaissance et de l'autorisation.
Mettre fin à l'inégalité entre indépendants et salariés: même réglementation pour la reprise partielle du travail en ce qui concerne l'autorisation *a posteriori* pour les indépendants et les salariés, et un équilibre entre l'évaluation biennale de l'autorisation pour les salariés et l'autorisation illimitée dans le temps pour les indépendants.
Un cadre réglementaire avec des **délais clairs** dans lesquels l'employeur doit déclarer les jours de maladie et les jours de travail à la mutualité et dans lesquels la mutualité doit avoir traité les données, et des conditions de paiement claires pour les indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité. Cela nécessite également des mesures d'accompagnement telles qu'une structure informatique étendue et du personnel en suffisance.
2. La suppression de l'obligation d'informer le médecin-conseil (pour les déplacements à l'intérieur de la Belgique ou de l'UE) ou de lui demander une autorisation (pour les déplacements hors de l'UE) pour les **déplacements d'une durée inférieure ou égale à 21 jours**. Cela signifie également que **la convocation** sera envoyée **au plus tard** et non au plus tôt **21 jours avant la date de convocation prévue**.
3. Le **cumul** de l'allocation d'intégration avec une indemnité d'incapacité de travail (ou autre revenu de remplacement).
4. Mieux informer les assurés sociaux sur l'insuffisance du prélèvement des **précomptes professionnels** et ses conséquences, et les accompagner dans le calcul du ou des précomptes dus et organiser des versements anticipés.
5. Inclure les droits des patients comme **unité de cours à part entière** dans la formation de base des médecins.
Reformuler les droits des patients pour la pratique du travail: pour un certain nombre de groupes cibles spécifiques, une formation continue avec des moments d'intervision et de bonnes pratiques doit être prévue.
Plus d'attention pour le **thème de l'incapacité de travail** dans la formation des médecins, où l'expérience pratique à travers des cas concrets est centrale et les associations de patients doivent être impliquées dans le développement de la formation.
6. Intégrer les modèles existants de **shared decision making** et de techniques de communication dans la formation des médecins-conseil.
7. Préciser clairement dans l'invitation à la consultation quel type de **documents** sont attendus (rapport d'hospitalisation, ...) et qui (médecin généraliste, spécialiste, employeur, médecin du travail, ...) peut aider l'assuré social à les obtenir. Si le médecin-conseil demande des données à des tiers parce que l'assuré social ne les fournit pas, il doit le lui signaler.
8. **Rappeler de manière proactive aux médecins traitants** leur rôle dans la trajectoire de l'IT.

9. Améliorer l'accès de l'assuré social à son **dossier patient**, tenu par un médecin-conseil.
10. Une meilleure utilisation du droit à l'information du patient. Premièrement, en prévoyant un endroit sur le **formulaire de demande** où l'assuré social peut justifier son choix de reprendre une activité (salariée ou volontaire). Deuxièmement, en fournissant plus d'informations sur les **3 différents types d'horaires** et leurs avantages et inconvénients respectifs et leurs conséquences, par exemple en termes de prise de vacances et de jours fériés. Troisièmement, en précisant que le médecin-conseil ne se prononce pas sur l'état de santé du patient ou sur les indemnités d'invalidité: la décision porte uniquement sur **l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré social**. Quatrièmement, en veillant à ce que le médecin-conseil prenne le temps **d'expliquer oralement** la décision adaptée à chaque patient avant qu'elle ne soit transmise par courrier. Enfin, en assurant un **suivi** suffisant à l'assuré social lorsqu'il est confronté à une décision lourde de conséquences.
11. La mise en place d'une **instance de médiation facilement accessible** pour limiter le recours aux juridictions du travail.
12. Accroître la qualité des décisions en fournissant un **modèle compréhensible de motivation**, sur lequel les associations de patients peuvent formuler des propositions d'amélioration. Deuxièmement, intégrer structurellement le principe de **peer review** entre les médecins-conseils des organismes assureur. Troisièmement, fournir aux médecins généralistes un **outil scientifique** sur l'invalidité, la convalescence et le retour au travail, sans préjudice de **l'évaluation individuelle** d'un cas, adapté à chaque patient.
13. Améliorer l'orientation patient, l'égalité et la continuité en assurant une **communication claire et en temps utile** à l'assuré social pour lui indiquer qui, avec quel rôle et à quel titre, le recevra lors d'une consultation. En outre, **uniformiser** l'équipe multidisciplinaire qui entoure le médecin-conseil **dans toutes les mutualités**. Veiller également à ce qu'un nombre suffisant de médecins-conseils reste disponible pour assurer une relation de confiance et remplir leur rôle clé dans le cadre de leurs obligations légales (article 153). Cela nécessite des **conditions d'emploi suffisamment bonnes** pour que la profession reste attractive. Enfin, promouvoir une **approche axée sur la personne**, visant à faire de l'assuré social le propriétaire de sa santé et de sa capacité de travail.
14. La création d'une **plateforme de communication commune** et/ou d'un **dossier médico-social commun** à tous les secteurs de la sécurité sociale en matière d'incapacité de travail.
15. Une plus grande attention au sort des assurés et une **réduction de la charge administrative** liée à l'incapacité de travail grâce à l'automatisation. Cela vise également à accorder plus d'attention à la situation concrète de l'assuré (malade!) qui ne respecte pas les délais et à l'impact et aux conséquences de la sanction pour l'assuré.
16. La mise en place par chaque mutualité d'un **guichet ou d'une plateforme** où l'assuré peut trouver tous les documents relatifs à l'incapacité de travail et/ou à l'invalidité et peut suivre l'évolution de la déclaration, du renouvellement et des différents types de demandes.
17. Une plus grande sensibilisation des médecins traitants à l'application de la **règle des 6 jours** dans le cadre de l'indemnité d'incapacité de travail: cela a des conséquences sur la détermination correcte de la date de fin sur le certificat.
18. Un **retour rapide au travail** en cas d'incapacité de travail grâce à la réduction de la charge administrative.

Une personne qui doit travailler moins pour cause de maladie n'est **pas obligée de cesser d'abord toutes ses activités**, mais de reprendre partiellement son travail en combinaison avec une indemnité.

19. Une information claire sur le fait que l'assuré social peut reprendre diverses activités en cas d'incapacité de travail. Cela peut se faire en intégrant les demandes et les autorisations pour les différentes activités dans un **portail électronique unique** facilement accessible pour les assurés. Un deuxième instrument est la mise à disposition d'un **dossier d'informations** clair, complet et correct pour toute personne qui est ou deviendra en incapacité de travail. Enfin, les formulaires de demande doivent être rédigés en langage compréhensibles.

Remis au Ministre fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales.

Copie à :

- La Direction réglementation et contentieux du Service des indemnités ;
- Le Centre de connaissance incapacité de travail du Service des indemnités ;
- Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Respectueusement,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', written over a horizontal line.

Ulrike Pypops

Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', written over a horizontal line.

Karen Mullié

Vice-Présidente de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques