



Collège national de **médecine** d'assurance sociale en matière d'incapacité de travail

Synthèse du rapport final
Décembre 2020

Collège national de médecine d'assurance sociale en matière d'incapacité de travail

Synthèse du rapport final du Collège

22/12/2020

Auteurs de la note :

Professeur Philippe Mairiaux, Président

Docteur Jean-Pierre Schenkelaars, Vice-Président

Table des matières

Avertissement	3
Introduction	4
Rétroactes	5
Valeurs, mission et vision en médecine d'assurance sociale	6
Vision	6
Mission	6
Valeurs.....	6
Moyens.....	7
Le paysage de la gestion de l'incapacité de travail en sécurité sociale	9
Les acteurs de l'évaluation : effectifs actuels et évolution probable.....	9
Défis à relever	11
Réintégrer d'abord, indemniser ensuite	11
Déficit croissant en médecins experts dans les assurances sociales.....	11
Communication lacunaire entre les acteurs	11
Équité entre assurés sociaux.....	12
Efficacité et efficience	12
Qualité de l'évaluation de la capacité de travail	13
Transparence.....	13
Dix propositions pour moderniser le système	14
1. 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	14
2. Réaliser un bilan des capacités restantes basé sur la CIF	15
3. Élargir la mission d'accompagnement des chômeurs, assurée par les services régionaux de l'emploi , à toute période éventuelle d'incapacité primaire.....	15
4. Une nouvelle approche du système de suivi de l'incapacité de travail	16
5. Créer pour tous les médecins de la sécurité sociale un statut pécuniaire unique	17
6. Assurer une formation commune pour les médecins en sécurité sociale et pour les membres des équipes multidisciplinaires	17
7. Envisager une reconnaissance spécifique du statut de médecin de sécurité sociale commune à tous les médecins actifs en sécurité sociale	18
8. Créer une instance de médiation pour limiter les recours aux cours et tribunaux du travail .	18
9. Rapprocher la médecine du travail de la médecine de sécurité sociale	19
10. Créer une législation transversale en matière d'évaluation de l'incapacité qui s'impose à tous les régimes de sécurité sociale y compris le régime des accidents du travail	20

Le retour au travail n'est pas uniquement une question d'accompagnement et d'évaluation médicale !	21
Conclusions et perspectives.....	22
Remerciements	23
Annexe 1 : EUMASS 2017- Règles de conduite à l'intention des médecins d'assurance	24
Annexe 2 : Les acteurs de l'évaluation médicale au sein du système de santé	26
ONEM :	26
FEDRIS :	26
Assureurs privés – accidents de travail (Assuralia)	27
Administration d'expertise du SPF Santé publique – MEDEX :	27
Médecine de contrôle	28
INAMI et organismes assureurs	28
DG Personnes handicapées :	28
Médecine du travail.....	29
Annexe 3 : Le contentieux devant les juridictions du travail	31
FEDRIS.....	31
Assureurs privés – accidents de travail (Assuralia)	31
INAMI.....	31
Administration d'expertise du SPF Santé publique – MEDEX :	31
DG Personnes handicapées	31

Avertissement

Le présent rapport du Collège est un rapport de synthèse axé principalement sur 10 propositions de réforme de la sécurité sociale en matière d'incapacité de travail. Ces 10 propositions sont largement inspirées par les rapports de cinq commissions qui ont été mises sur pied pour répondre aux différentes missions du Collège. Cette synthèse n'est cependant pas qu'un simple résumé du travail des commissions, mais met aussi en exergue des éléments qui apparaissent en filigrane des rapports de celles-ci.

Le rapport final du Collège comporte donc, outre le présent rapport de synthèse, les rapports finaux de ces commissions. Chacun de ces rapports contient des propositions détaillées pour la modernisation de l'évaluation de l'incapacité de travail et des capacités restantes. Le Collège fait sien les rapports de ces commissions et encourage le lecteur intéressé à en prendre connaissance avec attention.

Introduction

L'établissement du Collège national et les missions qui lui ont été confiées s'inscrivent dans l'évolution que connaît le système belge de protection sociale depuis sa création en 1944. La sécurité sociale était alors d'inspiration principalement bismarckienne et donc de nature assurantielle et solidaire, l'accès à la protection offerte étant ouvert par l'activité professionnelle, la protection financée par les cotisations sociales, et le système géré paritairement par les travailleurs et les employeurs. Le caractère universel de la protection était cependant un emprunt direct à l'approche prônée par William Beveridge en 1942, qui s'assimile à un système d'assistance sociale. Peu à peu cependant, le système belge d'assurance sociale s'est élargi à une garantie de moyens d'existence pour chaque citoyen¹.

Ce système de sécurité sociale, souvent qualifié d'État providence (Welfare State), a été mis à rude épreuve par la crise économique des années 70 et la montée du chômage qui l'a accompagnée. Le compromis historique du pacte social de 1944, fondé sur un partage des fruits de la croissance économique entre travailleurs et employeurs, est fragilisé et les gouvernements successifs s'attachent alors à restaurer l'équilibre entre recettes et dépenses par diverses mesures d'austérité. De nombreuses réflexions s'amorcent également pour réformer le système lui-même.

En Grande-Bretagne, Anthony Giddens défend l'idée d'une 3^e voie (entre Droite et Gauche) pour moderniser l'État providence sorti de la 2^e guerre mondiale². Ce courant d'idées influence fortement Frank Vandenbroucke, futur ministre des Affaires sociales au sein du gouvernement arc-en-ciel. Lorsqu'il prend ses fonctions en 1999, il a réussi à faire inscrire dans la déclaration gouvernementale le concept d'un « État social actif ». Il s'agissait d'installer un nouvel équilibre entre des politiques, dites passives, d'indemnisation et de retrait du marché du travail, et des politiques d'activation basées notamment sur la formation et visant à encourager les personnes à être actives de façon à éviter que la protection sociale ne devienne un piège à l'emploi³⁴.

Bien que ces politiques d'activation ont fait et continuent à faire l'objet de critiques assez nombreuses (« chasse aux chômeurs », stigmatisation des malades...), cette philosophie d'approche a influencé tous les gouvernements qui se sont succédés depuis les années 2000. Cette approche a en particulier conduit à la promulgation de la loi du 13 juillet 2006 en matière de réinsertion professionnelle⁵ dont la création du Collège national est une conséquence (voir ci-après). Le Collège s'est lui aussi inscrit dans cette approche qui tout en préservant et modernisant le pôle d'indemnisation du système s'attache à développer parallèlement un véritable pôle de réintégration au bénéfice de l'assuré social.

Les missions du Collège étant centrées sur l'incapacité de travail et son évaluation, il n'est pas sans intérêt de cerner mieux la notion de travail. Dans le cadre de la sécurité sociale, le travail peut être défini comme l'activité humaine en vue d'en retirer une rémunération, c'est une capacité de gain. Cette capacité de gain est mise d'abord au service de la subsistance personnelle ou familiale, mais au fil du temps la notion de travail et la rémunération qui y est liée s'est élargie et est devenue un élément

¹ <https://socialsecurity.belgium.be/fr/publications/apercu-de-la-securite-sociale-en-belgique>

² A. Giddens, *The third way. The renewal of social democracy*, Cambridge Polity Press, 1998.

³ P. Feltesse, *État social actif et contexte socio-économique. Quelles visées économiques et sociales ?* Econosphères, 2011 (<http://www.econospheres.be/État-social-actif-et-contexte>)

⁴ F. Vandenbroucke, *Op zoek naar een redelijke utopie. De actieve welvaartsstaat in perspectief*, Leuven-Appeldoorn, Garant, 2000.

⁵ Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle, *M.B.* 01/09/2006.

structurant de la société tout entière. Dans ce sens, le travail constitue aujourd'hui aussi un contrat social.

La récente pandémie du Covid-19 et les mesures de confinement qui ont été imposées ont encore démontré par défaut non seulement la place que tient le travail dans l'équilibre économique du pays mais aussi son rôle pour l'équilibre personnel des citoyens et de la vie collective.

Rétroactes

Le Collège National a été constitué le 18 décembre 2016 par l'AR fixant notamment son organisation et son fonctionnement⁶. Cependant, sa base légale a été apportée par la loi du 25 avril 2014⁷ qui a inséré un article 89/1 dans la loi précitée du 13 juillet 2006 en matière de réinsertion professionnelle. Différents buts et missions sont explicités dans cet article 89/1, le premier (et principal) de ces buts est de proposer des méthodes standardisées d'évaluation de l'incapacité de travail dans le but d'une harmonisation des évaluations dans les différentes branches de la sécurité sociale.

Le Collège a le mérite de rassembler dans un forum très large toutes les institutions publiques fédérales, certains de leurs médecins experts, les médecins des organismes assureurs ainsi que les représentants des associations scientifiques médicales concernées par l'incapacité de travail. Au cours de ses quatre années d'activité, le Collège a démontré qu'il était possible pour ses membres de travailler, ensemble, dans un véritable climat de dialogue.

Depuis sa création, le Collège a mis sur pied cinq commissions pour répondre à ses missions. La Commission 1 avait pour objet l'établissement d'un inventaire juridique et la formulation de propositions de synergies entre législations. La Commission 1bis lui a succédé fin 2018 avec pour tâche la formulation concrète de méthodes d'évaluation commune et moderne de l'incapacité de travail dans les systèmes de sécurité sociale, en ce y compris pour la fonction publique. La Commission 2 a un objectif de nature méthodologique : le développement d'approches multidisciplinaires pour l'évaluation des capacités restantes de travail. La Commission 3 a pour objet la formation et la revalorisation du médecin d'assurance et des métiers connexes. La Commission 4 a été mise sur pied en septembre 2017 afin de répondre à une demande spécifique de Mme la Ministre en charge des Affaires sociales et de la Santé publique : le développement d'un référentiel en matière de durée d'incapacité de travail.

⁶ Arrêté royal du 18 décembre 2016 réglant la composition, le fonctionnement et le siège du Collège National de Médecine d'Assurance sociale en matière d'incapacité de travail, *M.B.* 04/01/2017.

⁷ Loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale, *M.B.* 06/06/2014

Valeurs, mission et vision en médecine d'assurance sociale

Les travaux du Collège s'inscrivent dans une vision de ce que doit être la médecine d'assurance sociale, de sa mission spécifique et du système de valeurs qui l'inspire.

Vision

Participer à la construction d'une société inclusive où la sécurité et la protection sociales permettent à chaque citoyen de prendre part à la vie sociale sous ses différentes formes, d'être acteur de son épanouissement personnel, et de participer à celui de ses proches et de la société tout entière, et cela quelles que soient ses éventuelles limitations dans tous les domaines de la vie privée, publique ou professionnelle.

Mission

Garantir un accès équitable et justifié aux prestations de la sécurité et de la protection sociales qui visent à restaurer la santé, à assurer la (ré-) intégration sociale et professionnelle des personnes qui du fait de leur situation de santé éprouvent des difficultés pour y parvenir, et le cas échéant à compenser (matériellement et financièrement) les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de performance et de participation rencontrées⁸.

Cette mission peut se déployer dans plusieurs des domaines suivants (sans que tous les acteurs ne doivent être nécessairement investis dans chacun des domaines) :

- 1. Développer la recherche scientifique et l'analyse dans le domaine de la médecine d'assurance et de sécurité sociale, et promouvoir la démarche de qualité,**
- 2. Participer à l'organisation de l'offre de soins, et assurer l'accès aux programmes de santé publique,**
- 3. Éclairer les assurés sociaux dans leurs choix et les informer de leurs droits,**
- 4. Participer à la formation et à l'information des dispensateurs de soins,**
- 5. Contrôler le droit aux prestations de soins de santé, prévenir et dépister leur mésusage,**
- 6. Organiser la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale,**
- 7. Contrôler l'incapacité de travail, évaluer les limitations fonctionnelles et les capacités restantes, organiser et accompagner la réintégration professionnelle et sociale.**

Valeurs

1. Éthique

Respect de la déontologie professionnelle par rapport à toute influence extérieure dans la prise de décisions ou dans la rédaction de rapports. Elle prévoit notamment le refus de toute mission présentant un potentiel conflit d'intérêt, comme cela est précisé dans le guide de conduite de l'UEMASS (Union européenne de médecine d'assurance en sécurité sociale) en annexe 1.

⁸ CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

2. Respect et intégrité

L'intégrité est garantie par l'engagement d'agir en toute impartialité sans faire acception de personne en raison de leur nationalité, langue, couleur de peau, âge, sexe, origine sociale ou orientation culturelle, philosophique, religieuse, sexuelle ou politique.

Le respect de l'assuré social est inscrit dans la Charte de l'assuré social⁹. Le respect est aussi assuré à l'égard des prestataires de soins et des autres partenaires de la sécurité et de la protection sociales. En outre, le respect du secret médical et de la confidentialité des données personnelles à caractère médical est prévu dans différentes législations et par le code de déontologie médicale.

3. Responsabilité

Responsabilité individuelle par rapport à ses décisions ou ses avis devant les assurés sociaux et, le cas échéant, devant les cours et tribunaux. Le médecin en sécurité sociale est responsable de son attitude devant l'Ordre des médecins et les autres instances compétentes.

4. Expertise

L'expertise est garantie entre autres par une reconnaissance de la spécialisation en médecine d'assurance et expertise médicale, par une formation spécifique et est entretenue par une obligation de formation permanente. Elle est basée sur une approche scientifique et clinique ainsi que sur l'expérience acquise.

5. Solidarité (sens du bien commun)

De par sa mission, le médecin en sécurité sociale est soucieux du bien-être social. Il veille à l'utilisation efficiente des moyens collectifs mis à la disposition de la sécurité et de la protection sociales.

6. Participation des assurés sociaux

Il est essentiel que l'assuré soit informé en toute transparence du contenu de l'évaluation le concernant dans un langage accessible et que les décisions soient clairement motivées pour qu'il puisse prendre une part active dans son (sa ré)insertion sociale et professionnelle.

Moyens

1. Équipes multidisciplinaires

Ces missions s'exercent au sein d'équipes multidisciplinaires composées de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, d'assistants sociaux... La reconnaissance et le respect de l'expertise spécifique de chaque discipline professionnelle est un élément essentiel du bon fonctionnement de ces équipes. Les professionnels non-médecins collaborent avec les médecins et participent de leur mission.

⁹ Loi du 11 avril 1995 visant à instituer une charte de l'assuré social, *M.B.* 06/09/1995.

2. Soutien administratif et logistique

La mission médicale en sécurité et protection sociales n'est possible que si elle bénéficie du soutien administratif et logistique nécessaire.

3. Autonomie

Pour garantir l'indépendance de la fonction médicale, elle doit disposer de l'autonomie de gestion et d'organisation nécessaire.

4. La collégialité

La collégialité s'exprime, entre autres, par des interventions régulières (Peer review) et des concertations régulières avec tous les professionnels concernés.

Le paysage de la gestion de l'incapacité de travail en sécurité sociale

Les acteurs de l'évaluation : effectifs actuels et évolution probable

Les enquêtes globales concernant l'effectif des médecins travaillant en sécurité sociale sont, à notre connaissance, déjà fort anciennes (2006-07) et les données recueillies à l'époque n'ont pas été réactualisées de façon systématique. Le Collège s'est donc attaché à récolter des données plus récentes, avec la collaboration de chacune des institutions de sécurité sociale ; les données ainsi obtenues sont détaillées dans l'annexe 2.

Une première remarque s'impose : plusieurs de ces données datent de 2016 ou de 2017 et il n'est donc pas possible de dresser un tableau homogène et très précis des médecins actifs qui en sécurité sociale, évaluent l'incapacité de travail des assurés. Un certain nombre d'observations peuvent néanmoins être soulignées :

- Un grand nombre de médecins pratiquent l'expertise sous statut indépendant pour l'ONEM, FEDRIS, Medex, la DG Personnes Handicapées, ou encore pour les assureurs privés en accident du travail. Si les chiffres rapportés par chaque institution pouvaient être cumulés, il s'agirait au total d'environ 500 médecins. Cependant leur nombre réel est nécessairement plus réduit car la plupart de ces médecins ne travaillent qu'à temps partiel pour l'une ou souvent pour plusieurs des institutions citées ; nous ignorons en outre quelle est la proportion d'entre eux qui se consacrent à titre principal ou exclusif à l'activité d'expert. Nous ignorons enfin combien d'entre eux ont conservé une activité clinique dans un autre secteur de la médecine ;
- Les médecins travaillant sous statut d'employé se concentrent dans les organismes assureurs (OA) (environ 265 ETP actuellement) et dans les services externes de prévention des entreprises (environ 650 ETP à l'heure actuelle) ;
- Un nombre plus restreint de médecins sont des fonctionnaires (statutaires ou contractuels) travaillant pour FEDRIS, Medex, l'INAMI, ou la DG Personnes handicapées, soit au total 71 médecins ;
- La procédure de recrutement publique imposée par la réglementation constitue un frein réel au recrutement de médecins dans les différents secteurs. Sa lourdeur décourage les médecins de donner suite aux appels à recrutement et lorsque certains franchissent tout de même cet obstacle administratif, la lenteur et la longueur de la procédure sont telles que parfois le médecin n'est plus disponible lorsque l'institution lui fait connaître son recrutement.
- La pyramide des âges de ces médecins est clairement déplacée vers la droite : ainsi par exemple la moyenne d'âge des médecins-conseils des OA est-elle de 53.6 ans au 1^{er} janvier 2020, et celles des experts travaillant pour les assureurs privés est estimée à 60 ans actuellement. La structure d'âge des différents groupes concernés étant ce qu'elle est et le flux de nouveaux médecins étant faible, une réduction importante de la force de travail disponible est attendue dans les années à venir : le nombre de médecins-conseils dans les OA pourrait ainsi être réduit à 207 ETP environ au 1^{er} janvier 2022, tandis que la force de travail des médecins du travail pourrait passer de 650 ETP en 2020 à moins de 500 ETP dès 2030.

La pénurie de médecins-conseils et de médecins experts dont se plaignent la plupart des institutions actuellement ne peut donc que s'aggraver de façon importante d'ici 2030, si dans l'intervalle aucune

mesure radicale n'est prise pour attirer un plus grand nombre de jeunes praticiens vers ces métiers et fonctions. Une de ces mesures devrait être l'adaptation pour les médecins, comme cela a été fait pour les avocats, de la procédure de recrutement publique.

Le contentieux devant les juridictions du travail

Dans les différents secteurs de la sécurité sociale, l'assuré a le droit d'introduire, auprès des cours et tribunaux du travail, un recours contre une décision faisant suite à une évaluation de son incapacité de travail¹⁰. Le coût de la procédure est pris en charge par l'institution qui a pris la décision¹¹. Le Collège a souhaité évaluer l'importance de ce contentieux, tant en valeur absolue (nombre de recours introduits annuellement), qu'en valeur relative (ratio entre le nombre de recours et le nombre de décisions prises), ainsi que l'impact financier de ces procédures pour les institutions concernées.

Les données rassemblées à ce sujet sont détaillées dans l'annexe 3. Comme le lecteur le remarquera, des données n'ont pu être obtenues que pour certains secteurs. Par ailleurs, les coûts du contentieux pour chaque institution sont rarement identifiables dans les rapports annuels que publient les différentes institutions de sécurité sociale.

Ces données mériteraient cependant de faire l'objet d'une analyse exhaustive. Cela permettrait ensuite de mesurer, à partir d'une base de référence, la réduction du contentieux qui devrait découler de l'application de certaines des propositions de réforme formulées dans le présent rapport.

¹⁰ Notamment dans la loi du 11 avril 1995 précitée.

¹¹ En application de l'art. 1017, al. 2, du C. Jud.

Défis à relever

Réintégrer d'abord, indemniser ensuite

Il s'agit de faire évoluer notre système de protection sociale d'une logique essentiellement indemnitaire vers une approche donnant une place plus importante à la réintégration de l'assuré dans la vie sociale et tout particulièrement dans le circuit de l'emploi. Si cet objectif a fait l'objet d'avancées significatives, en particulier avec l'instauration des trajets de réintégration depuis le 1^{er} décembre 2016, cette évolution est loin d'être menée à son terme tant en matière réglementaire que de sa mise pratique. La Commission 1bis a formulé dans son rapport des propositions concrètes pour assurer un meilleur équilibre entre les pôles indemnitaire et réintégratif du système.

Déficit croissant en médecins experts dans les assurances sociales

Depuis une quinzaine d'années, un nouveau défi pour le système de protection sociale est apparu et se renforce d'année en année : le manque de médecins experts en assurance sociale !

Il est manifeste aujourd'hui et ne peut que s'aggraver au regard de la pyramide des âges des médecins actuellement en activité. La fonction de médecin expert est en fait mal connue et peu visible aux yeux des autres confrères médecins, et ceci est en partie lié à la dispersion de ces experts dans de multiples secteurs différents. Dans certains de ces secteurs, le statut pécuniaire accordé au médecin est peu attractif car il n'a pas évolué au diapason de l'évolution observée en médecine curative et en médecine générale en particulier. La rémunération du stage obligatoire dans le cadre de la spécialisation en médecine d'expertise peut aussi constituer un obstacle. Enfin l'absence d'un numéro INAMI spécifique est aussi évoquée comme un obstacle de nature psychologique pour les jeunes intéressés par une orientation en médecine sociale.

Il est donc crucial d'attirer de jeunes médecins experts en assurance sociale afin de faire face au déficit croissant de praticiens dans ce secteur, déficit qui met en danger le droit des assurés sociaux à bénéficier de la sécurité sociale sur base d'une évaluation médicale objective ; ce déficit risque d'aboutir d'ici quelques années à une paralysie progressive des processus d'évaluation médicale.

Ce déficit croissant en médecins est aussi constaté pour une série de missions spécifiques (inspection, contrôle, audit, application de la législation...) dans d'autres secteurs (comme par exemple en santé publique, en soins de santé, à la justice), qui, pris ensemble, ont un énorme impact sur les dépenses publiques dans notre pays.

Communication lacunaire entre les acteurs

La communication entre les acteurs peut souffrir et souffre souvent des faiblesses suivantes : toutes les informations nécessaires à la prise d'une décision ne sont pas transmises, ou le sont de façon trop partielle ou non structurée, ou avec un retard important, ou encore, elles le sont de façon indirecte via l'assuré social concerné. Ces faiblesses sont susceptibles d'entraîner les inconvénients suivants :

- Pertes de temps pour le médecin-conseil et rallongement des procédures avant la prise d'une décision ;
- Divergence importante entre l'évaluation réalisée et sa conclusion, et une décision antérieure formulée par un acteur d'un autre régime de la sécurité sociale ;

- Incompréhension par l'assuré social des décisions prises à son égard, et risque de contestation par celui-ci de la décision devant les tribunaux du travail ;
- La méconnaissance des références légales dans l'évaluation dans un autre secteur peut induire une incompréhension entre les acteurs médicaux en charge d'évaluer l'incapacité de travail.

Équité entre assurés sociaux

Il faut à l'avenir simplifier l'accès de l'assuré social aux indemnités d'incapacité de travail et en garantir le versement à titre provisionnel dans les situations où il y a une incertitude juridique quant à l'institution à qui incombe le paiement.

On peut s'interroger sur certaines différences de traitement entre les branches de la sécurité sociale : est-il opportun que l'incapacité de travail soit évaluée de façon différente en fonction de la branche concernée ?

L'évaluation des capacités restantes va être déterminée en général par l'organisme qui prend en charge la personne qui a été reconnue en incapacité de gain. Mais cette évaluation a notamment un effet sur l'accompagnement proposé à l'assuré social. En effet, une prise en charge par un organisme peut avoir pour effet de ne jamais déclencher d'accompagnement vers la réinsertion si cet organisme est peu outillé/peu habitué à un tel processus ou face à un système ne prévoyant pas une réinsertion. Il y a donc des différences de traitement qui peuvent exister en raison de l'outillage dont dispose un organisme par rapport à un autre, ce qui implique pour la réintégration un manque d'équité entre assurés sociaux.

Ces différences se présentent par exemple entre le secteur des accidents de travail, gérés par des assureurs privés, et les autres secteurs de la sécurité sociale. Un débat pourrait s'ouvrir sur l'opportunité à plus long terme d'une intégration plus poussée des régimes des accidents du travail dans le secteur public, à l'image de ce qui existe dans des pays proches et en France tout particulièrement.

Efficacité et efficience

Le système de protection sociale pourra être considéré comme efficace dans la mesure où l'accent est mis en toutes circonstances sur les moyens, les soutiens et les procédures qui permettent de favoriser la réintégration dans le circuit du travail d'un assuré souffrant d'une altération de son état de santé.

Augmenter l'efficience dudit système implique de réduire sensiblement la fréquence des situations de contestation dans l'attribution des droits, situations qui justifient le recours aux cours et aux tribunaux du travail et entraînent des frais importants à charge de la sécurité sociale. Ces procédures judiciaires occasionnent de longs délais qui peuvent retarder d'autant la possibilité d'entreprendre une réintégration. Cette réintégration est souvent même hypothéquée par la longue inactivité forcée qu'entraîne la procédure judiciaire.

L'efficience des ressources engagées pourra être augmentée par une standardisation des informations recueillies et par une transmission systématique des données pertinentes entre les secteurs de la sécurité sociale, en ce inclus les assureurs-loi en matière d'accidents de travail. D'après certaines estimations, jusque 30% du temps des médecins-conseils est actuellement absorbé par la recherche des éléments pertinents du dossier de l'assuré, des éléments qui sont en fait disponibles dans d'autres secteurs ou administrations.

Enfin, toutes les mesures permettant d'éviter de répéter une évaluation déjà effectuée auparavant par un autre acteur du système contribueront à générer des économies d'échelle. Actuellement, plusieurs administrations fédérales (INAMI, ONEM, FEDRIS, DG Personnes handicapées, Medex, départements médicaux des OA...) mais aussi régionales (FOREM, ACTIRIS, VDAB, Dienststelle...) réalisent des évaluations médicales en vue d'attribuer des indemnités, des avantages ou des aides à la réintégration socio-professionnelle. Ses évaluations ne sont pas mises en commun. Une exception toute récente à cette situation est la procédure mise en place pour les victimes des attentats de Bruxelles : elle implique une expertise unique et donc un partage d'informations entre les parties concernées.

Qualité de l'évaluation de la capacité de travail

Le modèle bio-psycho-social montre à suffisance que l'arrêt maladie, surtout lorsqu'il se prolonge, est déterminé non seulement par la pathologie elle-même mais aussi par le contexte social et environnemental dans lequel la personne vit. Une évaluation de qualité doit donc prendre en compte tous ces aspects et leur répercussion sur l'état de santé et sur les possibilités de réintégration. Cela ne sera possible que grâce à l'intervention d'équipes multidisciplinaires composées de professionnels formés dans les différents domaines médicaux, sociaux et des sciences du travail. Les moyens nécessaires devront être mobilisés par l'autorité publique pour la mise en place de ces formations.

Transparence

La Charte de l'assuré social insiste sur la motivation des décisions prises en sécurité sociale. Un énorme travail de lisibilité et d'accessibilité non seulement des décisions mais aussi des conclusions de l'évaluation est à faire pour permettre (dans un esprit de contrat social) à l'assuré social de devenir un acteur et un partenaire à part entière de sa santé et de sa capacité de travail. Et de pouvoir ainsi entrer dans un vrai dialogue avec l'équipe multidisciplinaire pour construire ensemble un trajet de (ré)insertion.

Dix propositions pour moderniser le système

Les propositions ci-dessous ne pourront sans doute être toutes mises en œuvre dans le même délai. Certaines d'entre elles peuvent être appliquées à court terme car elles ne nécessitent pas de modifications réglementaires importantes, tandis que d'autres vont impliquer des études préalables et des modifications substantielles du cadre réglementaire. Ces dernières s'inscrivent à nos yeux dans une vision à plus long terme de l'évolution du système de protection sociale. Si le délai de mise en œuvre des réformes proposées peut donc différer, il importe cependant de maintenir leur cohérence globale et d'être conscient de leur complémentarité.

1. 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

L'objectif de cette plateforme serait de permettre aux médecins-conseils appartenant aux services médicaux des différents secteurs de la sécurité sociale, y compris les services de médecine du travail et l'assurance accidents de travail, d'avoir accès aux décisions qui ont été prises antérieurement concernant un assuré en matière d'incapacité de travail. La consultation de cette plateforme permettrait d'éviter de prendre des décisions contradictoires ou des décisions trop largement divergentes.

Sur le plan technique, deux types de solution ont été évoqués¹².

Une première option serait que chaque institution de sécurité sociale exporte de façon systématique sur un portail commun un document type à partir de sa banque de données propre afin de constituer une mémoire « partagée » des décisions relatives à un assuré social. Ce document type, ou rapport d'évaluation standardisé, contiendrait une brève description des motivations médicales sur lesquelles la décision est fondée. Des informations supplémentaires pourraient être fournies sur demande du médecin-conseil.

Une seconde option consisterait à donner accès au dossier individuel de l'assuré social (ou à une partie de celui-ci) via un portail sécurisé, d'une part à l'assuré social lui-même, et d'autre part à son médecin traitant et aux différents médecins des institutions publiques de sécurité sociale (« IPSS ») et des assureurs accidents de travail qui ont la charge de l'évaluation de l'incapacité de travail. Les informations consultables dans ce dossier devraient être limitées au strict nécessaire mais elles comprendraient :

- les informations administratives qui sont indispensables pour pouvoir travailler efficacement (pour le détail de ces données, voir le rapport de la Commission 1bis) ;
- les données médicales proprement dites ("données relatives à la santé"), dans la mesure où ces informations sont nécessaires et où l'accès à ces informations bénéficie d'une base juridique suffisante. Leur consultation n'impliquerait pas l'accès au dossier médical complet.

Les deux options évoquées impliquent, l'une comme l'autre, une évolution vers un dossier médico-social standardisé et informatisé dont la partie centrale serait uniforme dans les différents secteurs de la

¹² Rapports finaux des commissions 1 et 1bis

sécurité sociale. À titre d'exemple, FEDRIS impose dorénavant un modèle unique de rapport de consolidation aux médecins experts des assureurs-loi¹³.

2. Réaliser un bilan des capacités restantes basé sur la CIF ¹⁴

L'évaluation multidisciplinaire en vue d'une réintégration socio-professionnelle se concentre essentiellement sur les capacités restantes de l'assuré. Ces capacités sont mesurées, objectivées et standardisées. Pour ce faire, la CIF, exemple de modèle bio-psycho-social avec sa classification internationalement reconnue, servira de cadre. Cela nécessitera l'implication des médecins et des non-médecins en équipe multidisciplinaire afin de cartographier les capacités restantes de manière aussi holistique que possible. Pour certains publics cibles il sera nécessaire que les équipes multidisciplinaires puissent disposer d'une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF). Plus d'informations à ce sujet sont disponibles dans le rapport de la commission 2 en annexe.

Les résultats de ce bilan seront repris dans un « passeport/rapport » qui devrait être accessible à l'assuré, aux médecins de sécurité sociale, et avec l'accord de l'assuré au médecin traitant et au médecin du travail.

3. Élargir la mission d'accompagnement¹⁵ des chômeurs, assurée par les services régionaux de l'emploi, à toute période éventuelle d'incapacité primaire

Dans le cadre du nouveau trajet de réintégration des malades de longue durée¹⁶, les malades sous contrat de travail sont pris en charge par les conseillers en prévention-médecins du travail en collaboration avec les médecins-conseils des organismes assureurs. En revanche, les travailleurs au chômage, lorsqu'ils sont malades, seront pris en charge par le seul médecin-conseil.

Ne serait-il pas plus logique et efficace que ces travailleurs en recherche d'emploi, déjà suivis par les services régionaux de l'emploi en vue de leur placement professionnel et de leur formation professionnelle ne voient pas leur parcours de (ré)intégration interrompu par une maladie intercurrente mais bien au contraire, que cet événement soit intégré dans le suivi longitudinal, comme pourrait l'être tout autre événement de nature à perturber un parcours de réintégration : soucis financiers, de logement, familiaux... Les organismes régionaux seraient ainsi encore davantage responsabilisés dans leur rôle d'accompagnant. Cela nécessiterait bien entendu qu'une évaluation médicale multidisciplinaire soit mise à disposition des services médicaux de ces organismes régionaux. Cela permettrait aussi

¹³ https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Circulaires_ministerielles/2017/circulaire-276-rapport-consolidation.pdf

¹⁴ CIF (ou ICF en anglais) Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé proposée par l'OMS

¹⁵ Et aussi l'indemnisation ?

¹⁶ Au sens de l'AR du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail, *M.B.* 04/11/2016 ; et de l'AR du 8 novembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle, *M.B.* 24/11/2016.

d'éviter des doubles voire des triples évaluations par des équipes médicales différentes (organismes assureurs, ONEM, services régionaux de l'emploi) qui n'ont pas accès aux mêmes informations.

4. Une nouvelle approche du système de suivi de l'incapacité de travail

L'incapacité primaire au sens de l'AMI¹⁷ correspond actuellement à la première année d'incapacité. Si l'incapacité se prolonge au-delà d'un an, il y a passage en invalidité.

Si ce passage implique un changement dans le calcul des indemnités, ce changement de terminologie a surtout un impact majeur sur le statut psychologique et social de l'incapacité de travail. Le terme 'invalidité' fige (dans l'esprit des assurés sociaux et dans celui de leur entourage) l'incapacité dans une situation irrévocable où plus rien ne pourrait et ne devrait être entrepris en vue d'une réintégration socio-professionnelle.

Par ailleurs de nombreuses pathologies sévères mais guérissables (cancers, traumatismes sévères...) nécessitent un traitement ou une revalidation qui se prolongent souvent au-delà de la première année d'incapacité.

Un changement de terminologie est donc souhaitable. « Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde » a écrit Albert Camus !

On pourrait distinguer plusieurs périodes successives pendant la durée de l'incapacité de travail :

- La période de salaire garanti (pas toujours d'application) : elle n'est pas de la compétence du médecin-conseil, mais de l'employeur, qui peut recourir éventuellement à l'avis d'un médecin contrôleur qu'il engage.
- La période d'incapacité primaire correspondrait aux 6 premiers mois d'incapacité. Le médecin traitant qui prescrit l'incapacité serait responsabilisé. Le médecin-conseil reconnaîtrait (automatiquement) l'incapacité, mais disposerait d'outils pour sélectionner les 20 à 25 % des assurés qui ne reprennent pas spontanément le travail avant la fin du 6^e mois afin d'assurer un accompagnement précoce pour ce groupe spécifique. Pour ce groupe spécifique, le médecin traitant serait invité à encourager une prise de contact précoce du patient avec le médecin du travail de son entreprise durant la période d'incapacité pour une visite de pré-reprise du travail.
- À partir du 1^{er} jour du 7^e mois d'incapacité, on ne parlerait pas encore d'invalidité mais d'incapacité de longue durée (par opposition à l'incapacité primaire). Ici, une bonne évaluation de l'incapacité de travail et des possibilités de réintégration est indispensable. Lorsque l'assuré dispose encore d'un contrat de travail, une concertation structurée entre médecin-conseil et médecin du travail devrait, si elle n'a pas encore eu lieu, être mise en place à cette fin.
- Cela permettra le démarrage précoce d'un trajet de réintégration.
- Si une évaluation (éventuellement collégiale), le cas échéant après un trajet de réintégration, faisait apparaître qu'un retour sur le marché du travail est définitivement exclu, on pourrait

¹⁷ Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.* 27/08/1994.

décider d'un passage définitif en invalidité. Ceci libérerait le temps qui est aujourd'hui consacré au suivi de l'invalidité. L'expérience et les statistiques montrent qu'après 24 à 36 mois d'incapacité les chances de reprises sont en effet minimales.

Pour la période d'incapacité de longue durée (à partir du 7^e mois), des incitants devraient être prévus afin d'encourager les employeurs à collaborer à la réintégration de l'assuré social au sein de l'entreprise.

NB. L'introduction de cette nouvelle séquence dans le suivi de l'incapacité en faveur de la réintégration ne doit pas nécessairement aller de pair avec un changement au niveau de l'indemnisation tel qu'elle est prévue au-delà des premiers 365 jours d'IT.

5. Créer pour tous les médecins de la sécurité sociale un statut pécuniaire unique

Ce statut concernerait tous les médecins qui travaillent dans les différents secteurs de la sécurité sociale (organismes assureurs, INAMI, SPF's, FEDRIS et autres IPSS...). Il éviterait notamment le développement, actuellement observé, de la concurrence entre les IPSS en matière de rémunérations et d'avantages extra-légaux. Cette concurrence, qui a pour but d'attirer les trop peu nombreux praticiens de l'expertise, accroît le turn-over des médecins dans certaines institutions et introduit une instabilité et une variabilité des pratiques en matière d'évaluation de l'incapacité de travail

Une meilleure attractivité nécessitera aussi un réalignement de ce statut unique sur l'évolution des honoraires dans le secteur thérapeutique.

6. Assurer une formation commune pour les médecins en sécurité sociale et pour les membres des équipes multidisciplinaires

Au-delà d'une formation de base commune à tous les médecins des différentes branches de la sécurité sociale, cette proposition envisage de créer un espace de formation continuée commun à tous les membres des équipes multidisciplinaires. Cette formation couvrirait les domaines spécifiques à l'évaluation multidisciplinaire en vue de la réintégration socioprofessionnelle. La formation étant un élément particulièrement fédérateur, elle poursuivrait entre autres les objectifs suivants :

- Souder les équipes et assurer la création d'un esprit de corps ;
- Aborder la réintégration avec une même philosophie d'approche ;
- Garantir un niveau d'excellence transversal grâce entre autres à un système d'évaluation qui pourrait déboucher sur une accréditation (cf. proposition 7);
- Permettre ainsi un échange d'informations et de mise en commun de pratiques avec le même langage et le même bagage entre les acteurs des différentes branches de la sécurité sociale.

La formation en « disability management » actuellement organisée par l'INAMI¹⁸ constitue un bon exemple du contenu potentiel d'une telle formation commune. Dans le cadre de cette formation, des

¹⁸ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/disability-management-formations.aspx>

moyens seraient mobilisés afin de financer les stages obligatoires pour l'obtention de l'agrément en tant que médecin spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale.

7. Envisager une reconnaissance spécifique du statut de médecin de sécurité sociale commune à tous les médecins actifs en sécurité sociale.

En complément au statut pécuniaire unique et à l'organisation d'une formation commune, une reconnaissance commune augmenterait l'attractivité de la profession par une meilleure image auprès du secteur thérapeutique et favoriserait une plus grande légitimité sociétale en vue de la mission essentielle que ces médecins assument au sein de la collectivité.

Cela aiderait à garantir la qualité et l'uniformité de l'évaluation de la capacité de travail, tant sur le plan des critères utilisés que sur le plan de la compétence des évaluateurs,

Ce statut commun pourrait se construire par plusieurs initiatives complémentaires mais indépendantes les unes des autres :

- À l'instar de l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 qui organise la fonction de médecin-conseil des organismes assureurs, un arrêté royal unique ou une loi spécifique pourrait organiser le cadre organique pour tous les médecins en sécurité sociale.
- En complément de l'arrêté ministériel du 22 janvier 2007 fixant les critères spécifiques d'agrément des médecins spécialistes en médecine d'assurance et expertise médicale, on pourrait préciser les critères d'agrément d'une spécialisation complémentaire comme spécialiste en médecine de sécurité sociale
- Créer une accréditation commune à l'instar de l'accréditation des médecins-conseils (AR 11 juin 2011)
- À l'instar de la SMALS qui a été créée pour rencontrer les difficultés de recrutement et de gestion des informaticiens dans les services publics, la gestion des ressources humaines et des salaires pour tous les médecins actuellement actifs en sécurité sociale pourrait être confiée à une structure centralisée. Cela leur garantirait un statut pécuniaire unique (proposition 5) tout en les laissant à disposition des différentes instances (organismes assureurs, INAMI, SPF's, IPSS...) où ils resteraient intégrés de façon stable. Cette dernière initiative ne fait cependant pas nécessairement l'unanimité au sein du Collège National.

Cette reconnaissance unique pourrait s'étendre, le cas échéant, aussi aux instances des entités fédérées qui font de l'évaluation médicale voire éventuellement aux médecins conseils des assureurs privés qui interviennent dans les accidents du travail.

8. Créer une instance de médiation pour limiter les recours aux cours et tribunaux du travail

En concertation avec le monde judiciaire, il s'agirait d'entamer une réflexion afin de créer pour les litiges en matière d'évaluation de l'incapacité de travail, une instance de recours et de médiation interne à la sécurité sociale. Il existe en fait déjà des procédures de médiation, ou de conciliation, qui fonctionnent

dans la branche accidents du travail et au niveau de Fedris en particulier. Il s'agirait d'examiner la possibilité d'élargir ce type de procédure à d'autres branches de la sécurité sociale. Ceci permettrait d'éviter la longueur des procédures judiciaires en contestation, en matière d'incapacité permanente le plus souvent, ces délais rendant illusoire toute possibilité de réintégration de l'assuré.

L'organisation de cette instance de médiation ou d'appel doit garantir son indépendance par rapport à la décision en première instance. Elle pourrait être composée de médecins de sécurité sociale référents qui n'ont pas été impliqués dans la première évaluation. Elle pourrait intégrer des magistrats pour garantir l'impartialité et l'indépendance.

L'utilisation prioritaire par l'assuré de cette instance de médiation devrait être fortement encouragée mais le passage par cette instance n'exclurait pas pour autant le recours final au tribunal du travail en cas d'échec de la médiation.

9. Rapprocher la médecine du travail de la médecine de sécurité sociale

Lorsqu'en 1965¹⁹, la médecine du travail a été généralisée dans toutes les entreprises quelle que soit leur taille, le législateur avait veillé à ce que le médecin du travail, au rôle préventif presque exclusif, soit clairement séparé des médecins prodiguant des soins et reste financé par les employeurs dont il prend en charge les travailleurs. Depuis lors, le contexte a fortement évolué et trois facteurs plaident aujourd'hui pour un rapprochement de la médecine du travail et de la médecine de sécurité sociale. Le premier est la reconnaissance, largement partagée, des multiples interactions du travail avec l'état de santé global de la personne, et ceci au-delà du caractère particulier et spécifique des maladies dites professionnelles. Un second facteur est la volonté politique de favoriser la réintégration des personnes écartés du travail pour raisons de santé, volonté qui s'est traduite dans l'implication du médecin du travail dans les trajets de réintégration²⁰ au côté du médecin-conseil des organismes assureurs. Et il y a enfin le constat des compétences partagées : médecin du travail et médecin-conseil doivent l'un et l'autre quotidiennement évaluer les capacités de travail restantes respectivement d'un travailleur pour l'un et d'un assuré social pour l'autre. Leurs rôles ne sont pas identiques mais sont éminemment complémentaires d'autant plus qu'ils pourront avoir accès à une information partagée.

Dans un système modernisé de sécurité sociale, le médecin du travail devra sans doute garder un rôle distinct pour la prévention des risques professionnels dans l'entreprise mais il apparaît nécessaire que pour le reste de sa fonction, il soit rapproché de la sécurité sociale. Ce rapprochement pourrait prendre deux formes : (1) l'instauration d'un tronc commun de formation entre le Master spécialisé en médecine du travail et le Master spécialisé en médecine d'expertise en ce qui concerne la législation sociale, les méthodologies d'évaluation des capacités restantes et les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle ; (2) l'introduction d'un financement INAMI pour certaines prestations du conseiller en prévention-médecin du travail dans le cadre des trajets de réintégration ; un tel financement pourrait être conditionné à l'acquisition de compétences en disability management certifiées par l'INAMI.

¹⁹ En vertu de l'arrêté royal du 16 avril 1965 instituant des services médicaux du travail, réorganisant les secours et premiers soins dans les lieux de travail et modifiant les titres II et III du Règlement général pour la protection du travail, *M.B.* 04/06/1965.

²⁰ AR du 28 octobre 2016 et AR du 8 novembre 2016 précités.

10. Créer une législation transversale en matière d'évaluation de l'incapacité qui s'impose à tous les régimes de sécurité sociale y compris le régime des accidents du travail

Le fait que la couverture accidents de travail soit assurée par des compagnies d'assurance privée est le résultat de l'histoire : en 1903, les employeurs acceptaient de prendre en charge la 1^{ère} assurance sociale à voir le jour en Belgique. Ce fruit de l'histoire, respectable en soi, pose cependant un problème de cohérence au sein du système de sécurité sociale dont toutes les autres composantes sont de nature publique. Les travaux des Commissions 1 et 1bis ont clairement mis en évidence les difficultés que cette dichotomie privé-public engendre.

Les incohérences constatées résultent sans doute surtout de l'absence de critère précis d'évaluation de l'incapacité dans les législations qui guident les différents secteurs de la sécurité sociale (AT, MP, Inami/mutualités, ONEM, personnes handicapées, ...). Les Cours et Tribunaux se sont donc imposés pour tenter de définir des critères mais ils sont différents de législation à législation, de secteur à secteur mais aussi entre arrondissements judiciaires. Une grande disparité de décisions est donc la règle et est associée à de réelles discriminations entre assurés sociaux.

Pour favoriser une meilleure cohérence et une équité de traitement entre assurés, il faudrait donc une législation transversale qui s'imposerait à tous les secteurs de la sécurité sociale, y compris celui des accidents de travail, et définirait des critères communs pour l'évaluation de l'incapacité/perte de capacité de gain. Ces critères devraient être indépendants du but poursuivi par les législations propres aux secteurs (ex. réglementation du chômage (au moins 33%), incapacité en relation avec AT (échelles de 0 à 100%), incapacité INAMI ou à la DG pers. handicapées de + 66%, ...).

Cette harmonisation législative pourrait dans le cadre d'un accident du travail imposer l'utilisation combinée des 2 méthodes actuellement appliquées en sécurité sociale : celle des pourcentages (0-100% ; assureurs-Loi) d'une part et celle des valeurs pivots (33%-66% ; Inami, Onem, handicapés...) d'autre part. Dans cette perspective, le médecin conseil de l'assureur-loi devrait se prononcer sur les questions suivantes lors de la consolidation :

- La personne/victime voit-elle sa capacité de gain globale réduite à 33% ou moins ?
 - o si OUI, le critère « >66% d'incapacité » est rempli et l'évaluation s'impose à l'INAMI/AMI. Une présomption de lien entre cette incapacité de plus de 66% et l'AT serait d'application et l'assureur-Loi devrait démontrer que cette incapacité de plus de 66% n'est pas en relation avec l'AT s'il veut consolider le cas avec un % d'IPP moindre.
 - o si NON, dans le rapport de consolidation, le Médecin conseil de l'assureur Loi devra justifier ce que la personne peut concrètement faire au travail, et les données médico-légales du rapport de consolidation seraient disponibles pour le médecin conseil des différents secteurs de la sécurité sociale.
 - o La motivation dans le rapport de consolidation faciliterait une contestation éventuelle par la victime ou un secteur de la sécurité sociale autre que le secteur AT.

- Si la capacité de gain est de 66% ou moins (ou dans les termes utilisés actuellement, si l'incapacité est égale ou non à 33%), cette évaluation pourrait être reprise comme telle par les secteurs qui utilisent cette valeur pivot de 33% : ONEm, services régionaux de l'emploi...).
- Pour les capacités de gain de plus de 33% (ou dans les termes utilisés actuellement, les incapacités inférieures à 66%), les médecins des assureurs-loi utiliseraient la méthode d'évaluation qu'ils utilisent d'aujourd'hui (échelles de 1 à 100%) à laquelle pourrait éventuellement être adjointe une grille d'évaluation comme discuté au sein de la commission 2.

Le retour au travail n'est pas uniquement une question d'accompagnement et d'évaluation médicale !

Les dix propositions précédentes s'attachent à proposer des pistes de réformes et de réorganisation de l'accompagnement et de l'évaluation médicale de l'incapacité de travail. Le Collège est cependant bien conscient que la problématique de l'incapacité de travail est beaucoup plus large que la simple problématique de l'évaluation médicale.

Il importe de rappeler que les causes de l'incapacité de travail étant multifactorielles, leur prise en charge doit être multidisciplinaire et résulter de compétences complémentaires. Plusieurs instances en matière de bien-être au travail et de concertation sociale telles que le CNT qui rassemble les travailleurs et leurs organisations représentatives et les employeurs et leurs fédérations patronales, ou encore le SPF Emploi, sont compétentes pour aborder ces thèmes dans un cadre plus large. Dans cette optique, le Collège se tient prêt à apporter son expertise dans le domaine de l'évaluation médicale si ces thèmes sont abordés au sein de ces instances.

Conclusions et perspectives

Dans le cadre du mandat qui lui a été confié, le Collège a cherché, au cours des quatre années²¹ de son existence, à rencontrer les objectifs qui lui étaient assignés par la loi précitée du 25 avril 2014 en apportant des réponses aux défis que représentent d'une part le déficit croissant de médecins experts en sécurité sociale et d'autre part le changement de paradigme qui donne la priorité à la réintégration en matière d'accompagnement des assurés sociaux en incapacité de travail. Ceci en intégrant les évolutions sociétales que constituent le besoin croissant de communication entre les acteurs de terrain, le souci d'équité et de transparence pour les assurés sociaux et l'amélioration constante de la qualité et de l'efficacité de l'évaluation dans un contexte de plus en plus multidisciplinaire et d'émergence de nouvelles possibilités technologiques.

Le Collège est conscient que la sécurité sociale est à un tournant de son histoire. Bien que le suivi de l'incapacité de travail n'en soit qu'un élément, ce suivi est à la charnière de toutes les composantes. En abordant cette question particulière mais centrale, on en arrive ainsi à mettre la philosophie même de la sécurité sociale en perspective. C'est dans cette optique que le Collège veut ouvrir le débat avec les acteurs politiques et les partenaires sociaux mais aussi avec tous les citoyens en mettant sur la table dix propositions concrètes d'amélioration, d'évolution voire de modification du suivi de l'incapacité de travail.

Ces dix propositions ne sont cependant qu'un premier pas. D'autres thèmes proposés à la réflexion du Collège n'ont pas encore abouti. C'est le cas par exemple de la validation d'un référentiel en matière de durée de l'incapacité de travail²² ou de l'évaluation du lien entre « handicap » et travail. Le Collège plaide donc pour une prolongation de son existence. Cette prolongation, voire une pérennisation, permettrait de rencontrer plusieurs objectifs :

- Poursuivre la réflexion sur les thèmes non encore aboutis,
- Charger le Collège de l'accompagnement des propositions retenues,
- Proposer de nouvelles missions de recherche,
- Assurer une plateforme permanente de rencontre entre les différents acteurs du domaine de l'incapacité de travail.

Le Collège constate aussi que le domaine du suivi de l'incapacité de travail est une matière transversale qui ressortit à plusieurs niveaux de pouvoir tant fédéral que communautaire et régional. Le Collège propose en conséquence que s'ouvre une réflexion en vue de revoir sa composition pour l'ouvrir à toutes les entités concernées par la matière. Ceci nécessiterait probablement un accord de coopération entre le fédéral et les entités fédérées ainsi qu'un débat sur sa structure juridique même. Si le Collège n'a qu'à se féliciter du soutien humain dont il a bénéficié de la part de différentes administrations, une pérennisation nécessiterait certainement de lui attribuer un réel budget de fonctionnement et un secrétariat permanent.

²¹ Constitué le 18 décembre 2016 par AR, le Collège disposait d'un mandat de 3 ans pour rendre son rapport final. Ce mandat a été porté à 4 ans par l'AR du 9 février 2020 portant modification à l'arrêté royal du 18 décembre 2016 réglant la composition, le fonctionnement et le siège du Collège National de Médecine d'Assurance sociale en matière d'incapacité de travail, *M.B.* 21/02/2020.

²² Voir le rapport final de la commission 4

En proposant ce rapport final et ces dix propositions après quatre années de travaux, le Collège estime avoir pleinement répondu aux préoccupations qui ont présidé à sa création. Mais il affirme dans le même temps que ce rapport est loin de mettre un point final aux missions que la Loi lui assignait. Il appartiendra au Gouvernement de voir s'il juge opportun de confier à un Collège renouvelé de poursuivre ces missions. C'est en tout cas le souhait du Collège dans son ensemble.

Remerciements

Le contenu du présent rapport a grandement bénéficié des propositions, suggestions et idées soulevées au cours des travaux des commissions mises en place à l'initiative du Collège. Que soient ici remerciés en particulier celles et ceux qui ont assuré, avec persévérance et créativité, la présidence ou le secrétariat de ces commissions : Anne-Marie Bonroy, Pierre-Paul Watrin, Marc Vandeweerd, Jacques Boly, Saskia Decuman, Jean-Pierre Schenkelaars, Bernard Hepp, Etienne Laurent, Alex Peltier et Chantal Neiryck.

Nous tenons aussi à remercier pour leur soutien constant à nos travaux les fonctionnaires du SPF Sécurité sociale qui ont en charge le soutien logistique du Collège, Frédéric Sauvage et Thierry De Cuyper, ainsi que le service de traduction du SPF Sécurité sociale.

Annexe 1 : EUMASS 2017- Règles de conduite à l'intention des médecins d'assurance

Le code national de déontologie médicale régit le travail de chaque médecin. En raison du contenu, de la portée et du contexte particuliers de la médecine d'assurance, des règles de conduite supplémentaires sont nécessaires. Il est attendu de chaque médecin d'assurance qu'il se conforme à ces lignes directrices.

1. Respecter les droits du demandeur et des autres parties concernées et traiter ces personnes avec empathie, dignité et respect.
2. Avoir une compréhension approfondie des diverses lois et règlements qui constituent le fondement des prestations d'assurance et de soins de santé.
3. Clarifier l'intention des actions et des demandes, par exemple les déclarations médicales.
4. Se familiariser pleinement avec l'état de santé du demandeur en se fondant sur tous les renseignements fournis, y compris, le cas échéant, une consultation ou un examen attentif du demandeur et l'examen de l'autoévaluation du demandeur.
5. Évaluer objectivement et en toute indépendance toutes les informations disponibles par rapport aux critères définis dans les lois et règlements en matière d'assurance.
6. Lorsqu'il y a une rencontre avec le demandeur
 - a. se présenter au demandeur en tant que médecin examinateur/évaluateur ;
 - b. informer le demandeur sur la procédure de l'évaluation médicale de l'assurance et sur le rôle d'une éventuelle personne accompagnatrice, dans un langage compréhensible
 - c. aviser le demandeur qu'aucune relation médecin traitant-patient ne sera établie ;
 - d. l'examen doit être pertinent et proportionnel à la demande
 - e. assurer au demandeur une protection adéquate de sa vie privée dans tous ses aspects
 - f. clôturer l'examen en indiquant au demandeur que l'examen est terminé et lui demander s'il y a d'autres renseignements qu'il aimerait ajouter
7. Dégager des conclusions fondées sur des normes professionnelles élevées, basées sur des faits documentés et des connaissances médicales solides, et pour lesquelles l'évaluateur médical indépendant dispose des qualifications et des ressources adéquates. Fournir une justification médicale à la conclusion. S'abstenir de la déclaration si la documentation médicale est insuffisante pour tirer des conclusions.
8. Être prêt à faire face à un éventuel conflit d'une manière professionnelle et constructive.

9. Ne pas permettre que son jugement soit influencé par le profit personnel ou une discrimination injuste et ne jamais accepter une rémunération pour des services qui dépendent de la rédaction d'un rapport favorable à l'une des parties.

10. Il convient de refuser de fournir la consultation requise lorsqu'il y a une possibilité de disqualification en raison de la relation avec le demandeur ou le médecin traitant, comme conflit d'intérêts potentiel.

11. Maintenir la confidentialité conformément au code de déontologie médicale et aux réglementations applicables.

Annexe 2 : Les acteurs de l'évaluation médicale au sein du système de santé

ONEM :

L'ONEM compte actuellement 71 médecins, agréés par son Comité de gestion, pour effectuer des examens médicaux d'assurés sociaux. Ces 71 médecins sont également habilités à représenter l'ONEM lors de séances d'expertises judiciaires ; ils n'ont donc pas la qualité d'expert désigné par le tribunal mais ils sont présents lors de la séance d'expertise fixée par cet expert judiciaire.

Les médecins agréés effectuent leurs prestations de manière indépendante et sous statut d'indépendant. En outre, dans la mesure où ils travaillent « à la prestation », il est donc difficile d'évaluer la force de travail mobilisée en équivalent temps plein (« ETP »).

Le volume de travail fourni est effet fonction du nombre d'examen médicaux à effectuer. Ainsi, pour l'année 2019 et en ce qui concerne les médecins agréés pour le bureau du chômage de Liège, l'ONEM constate :

- qu'un médecin a effectué 22 examens par mois en moyenne (1 examen dure +/- 30 minutes)
- qu'un autre médecin en a effectué 15 par mois en moyenne
- qu'un autre médecin en a effectué 7 par mois en moyenne
- qu'un autre médecin en a effectué 6 par mois en moyenne.

Ces différences d'activité entre médecins sont principalement liées au fait que l'ONEM essaye d'envoyer les assurés sociaux vers le médecin le plus proche de leur domicile. Par conséquent, les médecins dont le cabinet est établi dans une zone géographique densément peuplée (par ex. la Ville de Liège et son agglomération) ont généralement plus de travail que ceux établis dans des zones géographiques qui le sont moins (par ex. la Ville de Huy).

FEDRIS :

Globalement, en se basant sur les chiffres de décembre 2019, Fedris peut compter sur :

- 2 ETP médecins statutaires (un poste supplémentaire a été ouvert au plan de personnel 2020 mais il n'est pas encore rempli) ;
- Un maximum de 14,83 ETP répartis sur 45 médecins collaborateurs indépendants mais dans les faits, en 2019, 13,35 ETP ont été comptabilisés car certains médecins n'ont pas effectué toutes les prestations contractuellement autorisées. En effet, ces médecins collaborateurs indépendants travaillent, pour la plupart, à temps partiel et ont d'autres « clients » publics (Medex, SPF SS...) ou privés (assurances...). Un seul des médecins de Fedris est occupé à temps plein, 10 travaillent au moins à ½ temps, les autres beaucoup moins. Ceci s'explique par le fait que les médecins ne traitent pas tous des mêmes catégories de dossiers et ne sont donc pas totalement interchangeables.

Pour recruter des médecins supplémentaires, Fedris relance des marchés publics depuis fin 2018. Mais il n'est pas évident de remplir le cadre car au-delà de la lourdeur administrative qu'engendre la gestion de marchés publics, l'Agence fait face à la pénurie de médecins disponibles.

Par ailleurs, Fedris dispose de 4 inspecteurs sociaux médecins (4 ETP), statutaires, qui relèvent de la Direction du Contrôle et qui ne sont pas impliqués dans l'évaluation du dommage mais vérifient le travail des médecins des compagnies d'assurance dans le cadre du règlement des accidents du travail. Il y a enfin un médecin collaborateur indépendant qui ne fait que de la défense des intérêts de Fedris dans le cadre d'expertises judiciaires ordonnées par le Tribunal du travail. Ce médecin n'évalue pas en tant que telle l'incapacité puisqu'il défend les dossiers préparés par les autres médecins.

Assureurs privés – accidents de travail (Assuralia)

Assuralia déclare ne pas connaître le nombre exact de médecin sous statut d'employé, mais assure qu'ils ne sont pas nombreux (ils se compteraient au maximum sur les doigts de deux mains). Seules les grandes entreprises d'assurances emploient sous contrat de travail des médecins et, de plus, ceux-ci n'ont pas une mission d'évaluation médicale mais plutôt de conseil, de supervision et de contrôle des rapports et données médicales.

Dans la majorité des cas, les assureurs recourent donc à des médecins indépendants. Sur la base d'un échantillon d'entreprises, le nombre de médecins travaillant sous statut d'indépendants a été évalué à +/- 160 en 2017. Ces 160 médecins sont parfois associés au sein d'un même cabinet (on a évalué à 145 le nombre de ces cabinets) et leur moyenne d'âge est de l'ordre de 60 ans. La force de travail de ces médecins experts en équivalents temps plein (ETP) est impossible à estimer, dans la mesure où les heures de prestation de ces indépendants ne sont pas estimées en relation avec un ETP.

Assuralia souligne que le « marché » des médecins conseils d'assurance est sous tension et qu'il y a risque de pénurie : la demande est forte alors que l'offre est faible. La recherche de nouvelles recrues est une préoccupation du secteur, ce qui a amené Assuralia et les organisations professionnelles de médecins experts néerlandophones (Benevermedex) et francophones (Abefradoc), à mettre sur pied l'ASBL « Expecto » et à développer un site web : www.dr-expecto.be. Cette initiative a fait l'objet d'un courrier d'information envoyé au monde politique et aux facultés de médecine. Les objectifs de cette ASBL sont de faire connaître et promouvoir la spécialisation en expertise médicale et médecine d'assurance d'une part, et d'organiser des stages en tant qu'indépendant pour les futurs médecins experts.

Administration d'expertise du SPF Santé publique – MEDEX :

En ce concerne le SPF Santé publique - MEDEX, il y avait, au 16 mars 2020, 21 médecins fonctionnaires qui travaillaient dans le cadre de l'évaluation des capacités et du dommage corporel. En parallèle de ces médecins, il y a un réseau de 81 médecins contrôleurs indépendants. Enfin, pour les missions d'évaluation du dommage corporel et de vérification d'aptitudes médicales dans le domaine des transports, MEDEX fait appel à 23 médecins (généralistes + spécialistes) pour les missions de l'Office Médico-Légal et à 26 pour les autres.

Il y a donc au total 21 médecins fonctionnaires (statutaires et contractuels) et 130 médecins payés à la prestation.

Les médecins du MEDEX interviennent à la demande de l'employeur public pour le contrôle des absences-maladie mais aussi dans le cadre de la « Commission des pensions » du service public. Cette

dernière a des missions assez larges puisqu'elle peut décider non seulement d'une mise à la pension anticipée, mais aussi d'une réorientation professionnelle, ou autoriser un temps partiel ou la mutation dans un autre poste de travail. La commission ne décide d'une mise à la pension anticipée que dans 30% des cas environ qui lui sont soumis.

Médecine de contrôle

Un grand nombre d'entreprises du secteur privé font appel à des médecins contrôleurs afin de contrôler le bien-fondé des absences-maladie intervenant durant la période du salaire garanti. Ces médecins sont le plus souvent des médecins généralistes exerçant cette activité à temps partiel et sous statut indépendant. Ces médecins agissent souvent dans le cadre de sociétés de médecine de contrôle offrant leurs services aux employeurs.

Cette médecine de contrôle s'exerce également pour les administrations publiques des entités fédérées, et en particulier pour le secteur de l'enseignement des Communautés du pays (le MEDEX n'étant compétent que pour l'administration fédérale)

Il faut souligner une différence importante entre ces médecins-contrôleurs et les médecins-évaluateurs du secteur social : les médecins contrôleurs n'ont aucune formation spécifique en expertise.

INAMI et organismes assureurs

Concrètement, au 1^{er} janvier 2015, il y avait selon les données des organismes assureurs, 334 médecins-conseils actifs, représentant 303,6 ETP ; au 1^{er} janvier 2020, le nombre de médecins-conseils n'est plus que de 294 (265,4 ETP), avec un âge moyen de 53,6 ans.

Sur la base de cette évolution démographique, il ne devrait rester que 207 ETP de médecins-conseils au 1^{er} janvier 2022, soit une diminution de 32 % en 7 ans.

Au niveau de l'INAMI, la division indemnités emploie 18 médecins, tandis que le Service d'Évaluation et de Contrôle Médical (SECM) dispose en son sein de 4 médecins qui effectuent des évaluations des incapacités de travail.

DG Personnes handicapées :

Officiellement, il y a 26 fonctionnaires statutaires médecins-conseils et (au moins) 99 indépendants.

En ce qui concerne les médecins travailleurs indépendants de la DG Personnes handicapées, pour les prestations de janvier et février 2019, il y avait 55 médecins néerlandophones et 42 médecins francophones qui ont introduits des créances, soit 97 médecins au total. Pour 2020, un montant de 5.500.000EUR a été prévu au budget pour le paiement des médecins indépendants.

Sur la base d'une étude interne réalisée au sein de la DG en septembre 2018, il y avait à ce moment-là 83 médecins indépendants prestant pour la DG un total de 32,575 ETP soit en moyenne 0,39 ETP par médecin. Si l'on écarte du calcul les 5 médecins travaillant à temps plein, la moyenne est de 0,35 ETP par médecin.

Médecine du travail

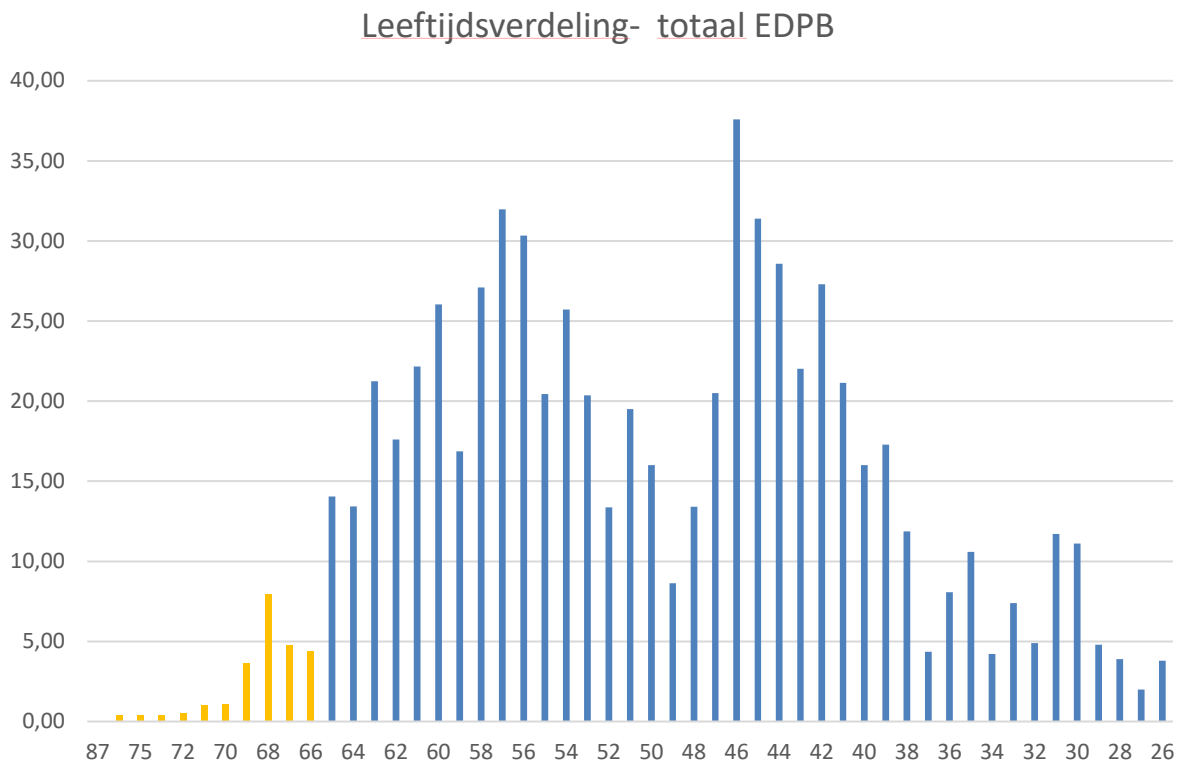
Les médecins du travail et les services externes de prévention et protection au travail (SEPP) qui les emploient ne font pas partie de la sécurité sociale mais ils sont impliqués dans les procédures de réintégration des travailleurs en incapacité de travail²³. Ainsi ces médecins ont, outre leurs missions en matière de prévention sur les lieux de travail, la tâche d'évaluer la capacité de travail des travailleurs en rapport avec la fonction exercée ou le poste de travail occupé dans l'entreprise. Cette évaluation de la capacité de travail fait partie du cadre réglementaire pour toutes les fonctions ou postes exposant à un risque professionnel ; elle s'effectue en particulier lors de l'affectation à un nouveau poste de travail (embauche ou mutation de poste), lors des évaluations périodiques de santé, et lors des examens de reprise du travail après 4 semaines ou plus d'arrêt de travail pour maladie, accident, ou grossesse.

En 2017, le nombre de médecins du travail actifs au sein des services externes de prévention et protection au travail (« SEPP ») était de 877 et représentait 693,4 ETP ²⁴ ; les femmes médecins représentent environ 60% du total, et ce pourcentage va augmenter à l'avenir car les médecins hommes sont très nettement majoritaires au-delà de 50 ans. L'association coupole des SEPP belges (CoPrev) évalue la force de travail actuelle (en 2020) à 650 ETP environ. Cette force de travail était encore de 746,2 ETP en 2012, pour environ 1000 médecins du travail. Il y a donc une érosion continue du nombre de médecins du travail et celle-ci devrait se poursuivre en raison de la pyramide des âges des médecins du travail (voir figure 1 ci-après). Comme le montre la figure, il y avait en 2017 un nombre important de médecins âgés de plus de 55 ans, qui partiront donc à la retraite au cours des 10 ans à venir. En fonction du flux actuel des entrées dans la profession, la force de travail en médecine du travail devrait descendre en dessous de 500 ETP dès 2030.

²³ Voir Livre 1^{er}, Titre 4 – Mesures relatives à la surveillance de la santé des travailleurs du Code du bien-être au travail

²⁴ Source : CoPrev 2020

Figure 1 : Pyramide des âges des médecins du travail actifs en 2017 au sein des SEPP



Les chiffres ci-dessus concernent les médecins actifs dans les SEPP. Un certain nombre de médecins sont employés dans les services internes (SIPP) de grandes entreprises ; il s'agirait actuellement de 50 à 60 médecins représentant une force de travail de 50 ETP environ²⁵.

²⁵ Source VVIB-AMTI (Vereniging Voor Interne Bedrijfsartsen - Association des Médecins du Travail Internes)

Annexe 3 : Le contentieux devant les juridictions du travail

FEDRIS

En ce qui concerne les dossiers de maladie professionnelle, les recours introduits en justice représentent en moyenne 6% à 7% des décisions notifiées à l'assuré (ce dernier dispose d'un délai d'un an pour contester la décision).

Ainsi, durant l'année 2018 avaient été introduits 692 nouveaux recours en justice, ce qui correspond à 7,17% des décisions notifiées par Fedris en 2017 en matière de maladies professionnelles. Une majorité de ces recours concerne le dommage (ITT, IPP, ...) et son évaluation médicale, mais il y a aussi des recours qui sont liés à la notion même de maladie professionnelle et par exemple à la non-exposition au risque ; la décision prise peut se baser sur l'avis d'un ingénieur sans l'avis d'un médecin, inutile dans ce cas. La gestion de ce contentieux devant les cours et tribunaux du travail implique naturellement des coûts pour l'Agence fédérale, mais ces données financières ne sont pas publiées.

En ce qui concerne les accidents du travail, Fedris ne donne dans son rapport annuel que des données relatives à la fréquence et à la gravité des accidents. Les données financières doivent être recherchées principalement au niveau des compagnies d'assurance privées. Le rôle d'assureur de Fedris étant fort limité et le plus souvent, dans ce cadre, ses recours visent la récupération de ses débours auprès d'un employeur non assuré.

Assureurs privés – accidents de travail (Assuralia)

Les données chiffrées accessibles sur le site d'Assuralia pour 2018 et le secteur privé ²⁶ font état d'un total de primes de 985.000.000€ et d'un pourcentage de frais généraux de 20%, incluant 7% de commissions aux courtiers et intermédiaires.

Au sein de ces frais généraux, Assuralia déclare ne pas être en mesure de préciser les frais liés au contentieux judiciaire, ni le nombre de recours introduits contre une décision de l'assureur accidents du travail. Il faut néanmoins souligner que le recours n'est pas forcément en lien avec l'évaluation médicale.

INAMI

En 2019, l'INAMI a reçu 172 requêtes contre des décisions du Conseil médical de l'Invalidité (73 en français et 99 en néerlandais).

Administration d'expertise du SPF Santé publique – MEDEX :

Les commissions de pension qu'organise le MEDEX ont comme juridiction de recours le Conseil d'État et non les tribunaux du travail.

DG Personnes handicapées

La DG a fait inscrire à son budget 2020 un montant de 1.392.000 EUR pour le paiement du contentieux (médecins-experts, avocats, frais de procédure).

Le nombre de recours introduits en 2019 était de 2.226 soit 0,64% de la production.

²⁶ https://www.assuralia.be/images/docs/stats/FR/02_chiffres-cles-par-branche/02_02_chiffres-cles-accidents-du-travail-71.htm



© 2020

SPF Sécurité sociale

Centre administratif Jardin Botanique
Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique 50
1000 Bruxelles

Editeurs responsables

Philippe Mairiaux
Jean-Pierre Schenkelaars



.be