Université Catholique de Louvain

Faculté de Médecine

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle

Vers une meilleure connaissance
du Médecin-Conseil de la Mutuelle
par le Médecin Généraliste
pour une meilleure communication
au profit du patient

Dr DIEP Huynh Y-Nhi

Promoteur : Dr BREUGELMANS Anne

Travail de Fin d'Etude en Médecine Générale

Deuxième Année de Master Complémentaire en Médecine Générale

Université Catholique de Louvain - Année académique 2012-2013

Le Médecin-Conseil de la Mutuelle

ABSTRACT

Ce travail a pour objectif de tendre vers une meilleure connaissance du médecin-conseil de la mutuelle par le médecin généraliste pour une meilleure communication au profit du patient.

Après un bref historique des mutuelles ainsi qu'une mise en contexte de la place du médecin-conseil dans le système de la Sécurité Sociale, sont repris, au travers de ce travail, différents points.

Tout d'abord, j'aborderai la matière plus théorique avec la formation, le statut et les missions du médecin-conseil.

Ensuite, je ferai un lien entre la théorie et la pratique au travers de vignettes cliniques représentant de grandes thématiques qui concernent le médecin-conseil et le médecin généraliste, à savoir, le certificat d'incapacité de travail, la convocation chez le médecin-conseil, la règle des 6 mois, l'incapacité de travail primaire et l'invalidité, la reprise partielle du travail, la réadaptation socioprofessionnelle et les formulaires de remboursement des médicaments.

Sera enfin abordée la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin-conseil (ses facteurs limitants, ce qui pourrait l'améliorer et, en pratique, comment communiquer mieux).

En annexe, outre les informations théoriques plus détaillées concernant le système de la Sécurité Sociale, sont proposés des outils pratiques destinés aux médecins généralistes. Ceux-ci reprennent, pour l'un, les grands points de ce travail et, pour l'autre, les coordonnées principales des différentes mutualités de Bruxelles.

La bonne prise en charge du patient requiert une vision globale de celui-ci autant du point de vue organique et psychique que socio-économique. Mieux connaître les missions du médecin-conseil ne peut qu'améliorer grandement nos compétences de médecin généraliste.

Mots-clés : médecin-conseil – fonction – rôle – mission – mutuelle – organismes assureurs – médecin généraliste - communication – collaboration – patient

1. INTRODUCTION

1.1. Choix du sujet

Dès mes premières consultations en médecine générale, je me suis rapidement retrouvée face à des questions de terrain concernant des domaines en relation avec le médecin-conseil.

Ces interrogations provenaient souvent des patients : *Docteur, je suis convoqué chez le médecin-conseil, qu'est-ce qui va se passer ? Que dois-je faire pour bien faire ? Et si le médecin-conseil me remettait au travail ? C'est quoi l'invalidité ?*

Cependant, la problématique émanait également de mon propre questionnement ainsi que de celui de certains de mes confrères, parfois même malgré plusieurs années de pratique : *Quel est le rôle exact du médecin-conseil de la mutuelle ? Que fait-il dans sa pratique quotidienne ? Qu'en est-il du certificat d'incapacité de travail ? Comment le rédiger correctement ? En quoi consiste la reprise partielle ? Qu'en est-il de la réadaptation professionnelle ? Quel formulaire pour le remboursement de tel médicament ?*

Certains questionnements sont restés sans réponse. Et, en repensant à mes études à l'Université Catholique de Louvain (UCL), je n'avais pas le souvenir d'avoir eu énormément de cours ni de mises en pratique sur ce thème qui me semblait, par ailleurs, très abstrait, surtout à ce moment-là.

En résumé, les questions de mes patients, les zones d'ombre renvoyées par mes confrères ainsi que le peu d'informations en ma possession m'ont motivée à approfondir cette thématique.

1.2. Objectifs

Je vais d'abord vous parler de manière générale du système de sécurité sociale belge. Cette première partie plus théorique est indispensable pour saisir les points pratiques qui suivront. Je vais ensuite vous parler des missions du médecin-conseil, d'abord en théorie ensuite en pratique via des vignettes cliniques que j'ai rencontrées. La plupart d'entre elles concerne le régime général des salariés. J'aborderai alors la collaboration entre médecins généralistes et médecins-conseils et je terminerai par la mise à disposition de deux outils pratiques pour le médecin généraliste.

Je ne vais pas vous parler du médecin du travail. Celui-ci est en effet à lui seul un sujet de TFE, sujet d'ailleurs repris par une consœur, le Docteur Darville Véronique.[1]

L'objectif principal de ce travail est d'arriver à une meilleure connaissance des missions du médecin-conseil de la mutuelle. Ceci a pour finalité de mieux soutenir, orienter et conseiller les

[1] « Médecin généraliste – Médecin du travail / Deux alliés pour le bien-être et la santé du patient », année académique 2011-2012, Université Libre de Bruxelles.

patients dans le cadre des incapacités de travail et des remboursements de soins de santé, tout en donnant au médecin généraliste un rôle de centralisateur. En effet, la méconnaissance de l'autre a souvent tendance à le mystifier et à le rendre inaccessible (par crainte, appréhension, ...). En développant tout au long de ce TFE qui est le médecin-conseil, ce qu'il fait dans sa pratique et quelles sont ses missions, j'ai pour objectif de le rendre plus accessible et ainsi permettre une meilleure collaboration pour le bien du patient.

Pour aider à l'aboutissement de cet objectif principal, un sous-objectif de ce travail se trouve être la réalisation d'outils pratiques destinés aux médecins généralistes. J'ai ainsi réalisé un dépliant qui reprend les points principaux de cet ouvrage pour mieux aider nos patients lors de nos consultations et un répertoire succinct reprenant les numéros de téléphone des principales mutualités en Belgique, leur adresse mail ainsi que leur site internet. Y sont également repris les liens en ligne qui donnent accès aux certificats d'incapacité de travail destinés au médecin-conseil.[2]

1.3. Méthodologie

Pour réaliser ce TFE, j'ai utilisé, comme point de départ, des cas cliniques posant question dans ma pratique quotidienne ainsi que dans celle de mes confrères directs (médecins généralistes avec lesquels je travaille et avec lesquels j'ai avant tout beaucoup échangé).

J'ai commencé par participer au colloque « Et le boulot, ça va ? » organisé par la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) en collaboration avec l'ASMA (Association Scientifique de Médecine d'Assurance regroupant les médecins-conseils des Mutualités et les médecins-inspecteurs de l'INAMI) et la SSST (Société Scientifique de Santé au Travail regroupant les Médecins du Travail) qui a eu lieu le 10 novembre 2012 et qui, en plus de m'avoir appris beaucoup, m'a également permis de rencontrer certaines personnes dont l'aide aura été précieuse pour la réalisation de ce TFE.

Suite à ce colloque, j'ai consulté différents sites en lien avec le sujet (sites de la SSMG et de l'INAMI), les textes de lois (notamment via le site du Moniteur Belge), et la charte des médecins-conseils de la CAAMI (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité) disponible en ligne et repris en bibliographie.

J'ai ensuite rencontré à plusieurs reprises le Docteur Van houte Yves, Médecin-directeur de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et ancien médecin généraliste. J'ai également rencontré le Docteur Debaene Philippe qui est le médecin-conseil principal des Mutualités Chrétiennes pour Bruxelles et le Brabant Wallon, également médecin-conseil « de terrain », et avec lequel j'ai pu participer à des co-consultations. J'ai enfin eu un contact avec le Docteur Evelyne

[2] Voir point 6. « Annexes / Outils Pratiques »

Lenoir de la Commission Santé et Bien-être au Travail (SSMG) qui m'a donné son avis et ses critiques concernant mon dépliant repris dans le chapitre « Annexes / Outils Pratiques ».

2. DOMAINE DU MÉDECIN-CONSEIL

2.1. Historique des mutuelles et mise en contexte

A/ Historique [1]

La mutuelle est née bien avant la fonction de médecin-conseil.

A.1/ Mutualisation pour les travailleurs en incapacité de travail

Au XIXe siècle, l'industrialisation est en développement. Les personnes qui tombaient malades se retrouvaient rapidement sans revenus. Une « caisse de secours » a alors été pensée par les travailleurs pour subvenir aux besoins de ces ouvriers en incapacité de travail. C'est la naissance de la mutualisation à partir d'une solidarité locale.

Il s'agit là des débuts de notre « Assurance Indemnités » actuelle.

Ces groupes locaux de solidarité financière, aussi appelée sociétés d'assistance mutuelle se sont ensuite régionalisés puis fédéralisés puis regroupés en unions ou en fédérations, pour enfin devenir une Alliance Nationale (lieu où se déroule la coordination de toutes les mutualités régionales) et ce, afin de leur permettre de se réassurer pour certains risques lourds.

A noter qu'il n'y avait pas de contrôle spécifique à l'époque, étant donné que le contrôle était social (*« Untel n'est pas allé travailler aujourd'hui, je passerai chez lui après le travail pour voir ce qui se passe »*).

A.2/ Cagnotte pour le financement des soins de santé

Au XXe siècle, la médecine est en avancement et de nouveaux traitements apparaissent mais coûtent chers. Une nouvelle « cagnotte » est alors pensée pour aider ces personnes qui nécessitent un traitement mais qui n'en ont pas forcément les moyens.

Il s'agit ici des débuts de notre « Assurance Soins de Santé » actuelle.

Un médecin de référence est alors indispensable pour donner son avis et ses conseils sur les prises en charges optimales de telle ou telle maladie. A l'époque, ce sont les « patriarches » dans les villes et villages qui tiennent ce rôle de conseillers. Chaque « pilier » a son médecin de référence.

En 1945, nait alors la fonction de médecin-conseil qui se voit dotée de la compétence décisionnelle avec une totale indépendance par rapport à son Autorité Administrative qui ne peut donc pas s'opposer à ses décisions. A noter qu'à partir du début du XXe siècle, l'Etat a commencé à subsidier l'activité de ces Unions Nationales.

B/ Mise en contexte

B.1/ Les principaux régimes de sécurité sociale

Pour rappel, dans notre système belge de sécurité sociale actuel, il n'existe pas de régime uniforme qui soit applicable de la même façon à tous les citoyens. En effet, chaque régime s'est développé indépendamment autour de certaines catégories professionnelles et selon les possibilités sociales, politiques et économiques du moment.

Les trois principaux régimes de sécurité sociale sont [ANNEXE 1] :

1) le régime des travailleurs salariés (contrat de travail) et assimilés (chômeurs, etc.),

2) le régime des travailleurs indépendants,

3) le régime du secteur public (fonctionnaires).

B.2/ L'INAMI [2]

L'INAMI, institution publique fédérale de sécurité sociale, est chargé de la direction générale et du contrôle de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Il organise, gère et contrôle donc l'assurance obligatoire en Belgique.

L'INAMI est placé sous l'autorité du Ministre des Affaires Sociales. Il organise aussi la concertation entre les différents acteurs de l'assurance soins de santé et indemnités, à savoir :

- les mutualités,

- les représentants des professionnels de la santé : des dispensateurs de soins individuels (médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, …) et des institutions (hôpitaux, maisons de repos, …),

- les représentants des syndicats et des employeurs.

L'INAMI est composé de quatre services opérationnels qui ont chacun leur organe de gestion [6] [ANNEXE 2] :

1) Le Service des Soins de Santé (SDSS)

2) Le Service des Indemnités (SI)

3) Le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (SECM)

4) Le Service du Contrôle Administratif (SCA).

B.3/ Les mutualités [2]

L'INAMI gère l'assurance soins de santé et indemnités. Son rôle est cependant moins connu que celui des mutualités. En effet, le citoyen, l' « assuré social », est essentiellement en contact direct avec les mutualités.

En effet, ce sont les organismes assureurs (tels que les mutuelles) qui remboursent les soins de santé, et octroient les indemnités d'incapacité de travail ou de maternité. Dans ce cadre, les mutuelles représentent aussi leurs assurés dans les divers conseils, comités et commissions institués à l'INAMI. Elles jouent également un rôle d'assureur social via leurs services de l'assurance libre (complémentaire).

Du point de vue du patient, pour pouvoir bénéficier de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, chaque bénéficiaire doit s'affilier auprès d'une mutualité qui payera, sous le contrôle de l'INAMI, les prestations de l'assurance soins de santé et indemnités.

2.2. Formation, statut et missions du médecin-conseil

A/ Formation du médecin-conseil

Le médecin-conseil est un médecin spécialisé en médecine d'expertise et d'évaluation du dommage corporel.[3] Ainsi, il a à la fois l'expérience d'une pratique médicale et l'expertise dans l'évaluation médico-légale des dommages corporels.

Il prend ses décisions en âme et conscience en fonction de la réglementation en vigueur.

Il doit être agréé comme médecin-conseil par le Comité du SECM (Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux) de l'INAMI. Son statut est repris dans la loi (voir plus loin).

Le médecin-conseil est un médecin assermenté[4], agissant dans le cadre de la Loi ASSI (Assurance Soins de Santé et Indemnités) (article 153 de la Loi coordonnée du 14.7.1994) [3] dont l'Arrêté Royal d'exécution date du 3.7.1996 [4].

B/ Statut du médecin-conseil

Le médecin-conseil est engagé et rémunéré par la mutualité dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée avec une période d'essai de 12 mois.

Pour l'aspect organisationnel et fonctionnel de son activité, le médecin-conseil est donc placé sous l'autorité directe du médecin-directeur de son organisme assureur.

Le statut du médecin-conseil, coulé dans un Arrêté Royal numéroté, a pour principale raison d'être de protéger son indépendance décisionnelle. Par conséquent, il prend des décisions qui engagent son organisme assureur tout en gardant une indépendance absolue par rapport à celui-ci. Il dispose donc d'une autonomie par rapport à sa direction administrative. Ce qui signifie que, lorsque le médecin-conseil prend une décision, la mutualité est tenue de l'exécuter.

Cela ne signifie évidemment pas que le médecin-conseil a les pleins pouvoirs car il est, certes, protégé par son statut et ne dépend donc pas de la personne qui lui donne son salaire mais il est assermenté et est supervisé par l'INAMI. Les mesures disciplinaires le concernant relèvent de l'autorité du Comité du SECM institué auprès de l'INAMI.

Pour l'aspect opérationnel, le médecin-conseil est donc tenu de respecter les directives du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux.

Il n'a donc pas de droit de dérogation par rapport à l'application des réglementations émanant de l'INAMI. En effet, le SECM avec ses médecins-inspecteurs a entre autres pour mission de contrôler les médecins-conseils et ces derniers reçoivent une amende à chaque fois qu'ils n'appliquent pas

[3] Il s'agit d'un master complémentaire universitaire de 2 ans.

[4] Les médecins-conseils prêtent le serment (*« Je jure fidélité au Roi, obéissance à la Constitution et aux lois du Peuple belge »*) entre les mains du président du comité du SECM.

strictement les directives l'INAMI. S'il y a accumulation de fautes, le médecin-conseil peut se voir retirer son statut de médecin-conseil par l'INAMI.

Sans oublier que le médecin-conseil a des droits (via son statut) mais il a également des obligations morales et humaines, matérielles, professionnelles et déontologiques. [ANNEXE 3]

C/ Missions du médecin-conseil

Dans l'exercice de ses missions, le médecin-conseil est soumis au Statut du Médecin-Conseil (A.R. n° 35 du 20.7.1967) [5], au Code de Déontologie de l'Ordre des Médecins [6], à la Loi sur la Protection de la Vie Privée du 8.12.1992 [7], à la Loi sur les Droits des Patients du 22.8.2002 [8] et à la Loi du 11.4.1995 relative à la Charte de l'Assuré Social [9].

Selon l'article 153 de la loi ASSI, qui sera développée ci-après, outre leur fonction de contrôle bien connue (de l'incapacité de travail et des remboursements), les médecins-conseils ont également un rôle important et beaucoup moins connu d'avis et d'information, tant pour les membres affiliés que pour les dispensateurs de soins.

A noter que c'est en 2008 que sont apparus ces rôles d'avis et d'information concernant les missions des médecins-conseils, qui sont ainsi devenus des missions très importantes à côté de celles de contrôle (dixit Docteur Van houte qui a participé à l'élaboration de cet article). Nous y reviendrons dans le décours de ce chapitre.

Toujours, dans l'article 153 de la Loi Coordonnée du 14.7.1994 :

« § 4. L'organisation et la coordination de l'activité des médecins-conseils au sein de chaque organisme assureur sont confiées à un médecin-directeur. Les médecins-directeurs veillent à ce que les médecins-conseils disposent d'un ***soutien paramédical et administratif*** *composé, selon leurs besoins, d'auxiliaires kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, paramédicaux, et administratifs, membres du personnel de l'organisme assureur, à qui ils peuvent déléguer les seules tâches qui ont été définies par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Les médecins-conseils sont responsables de la bonne exécution des tâches confiées aux auxiliaires qui les assistent. »*

Ce qui signifie que les médecins-conseils peuvent se faire assister par du personnel paramédical et du personnel administratif pour l'application de la réglementation. Les médecins-conseils peuvent ainsi leur déléguer des tâches mais ils demeurent totalement responsables des décisions qui sont prises ainsi que des obligations en matière de secret professionnel.

Concernant l'accréditation des médecins-conseils, selon l'article qui suit, l'article 154 :

*« Le Roi détermine, après avis du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les règles et la procédure relatives à l'octroi de l'****accréditation des médecins-conseils****. Il fixe également l'avantage pécuniaire*

lié à l'accréditation. Les dépenses consécutives à l'accréditation sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut. »

Ce qui signifie que les médecins-conseils peuvent être accrédités. Cette possibilité d'accréditation a pour but, non seulement de pouvoir suivre une formation continue[5] mais également, et surtout, de pouvoir rencontrer et échanger avec des praticiens de terrain (cf. colloque du 10 novembre 2012, « Et le boulot, ça va ? », qui a rassemblé autant des médecins généralistes que des médecins-conseils et des médecins du travail).

C.1/ La mission de conseil, d'information et de guide des assurés sociaux

« Art. 153. § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions :

1) ***de conseiller, d'informer et de guider*** *les assurés sociaux afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités (...) »*

Le médecin-conseil intervient en tant que conseiller auprès de l'affilié pour l'informer, le soutenir et le guider.

Ainsi, le médecin-conseil a pour mission :

- d'aider l'assuré à faire valoir ses *droits en matière d'incapacité de travail ou de soins de santé* afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats lui soient dispensés au meilleur coût en tenant compte des ressources globales de l'Assurance soins de santé et indemnités. Il aide donc l'assuré et le médecin traitant à obtenir en faveur de l'assuré toute intervention d'un organisme médical ou social qu'il estime justifiée,

- d'indiquer où l'assuré peut trouver de l'*aide adaptée* (service social, autres institutions,…),

- d'aider un patient en incapacité de travail à *réintégrer le marché de l'emploi* en l'accompagnant dans les trajets de réactivation à l'emploi ou à la réinsertion socio-professionnelle. Il peut, par exemple, lui conseiller une réadaptation professionnelle[6] et faciliter la prise en charge de certains programmes et prestations en matière de rééducation fonctionnelle,

- d'aider l'assuré, en tant qu'expert médical, dans les *problématiques de suspicion d'erreur ou de négligence médicale*. Toutefois, le médecin-conseil est tenu de s'abstenir vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance, de tout jugement de valeur sur la personne des praticiens qui leur donnent des soins et sur la qualité des soins reçus.

C.2/ La mission d'information aux dispensateurs de soins

« Art. 153. § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions : (...)

[5] Cette formation continue se fait sur deux plans : il y a la formation continue classique (pour tout médecin) et il y a celle qui est propre aux médecins-conseils sur l'évaluation spécifique du dommage corporel (avec 20 crédits au total, dont au moins 7 en évaluation spécifique, mais pas plus que 10 dans ce domaine-là, afin de favoriser les échanges, entre autres, entre les médecins généralistes et les médecins-conseils).

[6] Voir point 3.6. « La réadaptation socio-professionnelle ».

*2) **d'informer** les dispensateurs de soins afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, en veillant à l'utilisation optimale des ressources de cette assurance (...) »*

Le médecin-conseil exerce également sa mission en liaison avec le médecin traitant. Il est par exemple tenu de répondre à toute demande de renseignements formulée par le médecin traitant à propos d'une décision qu'il a prise.

C.3/ La mission de contrôle de l'incapacité de travail

« Art. 153. § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions : (...)

*3) **de contrôler** l'incapacité de travail, conformément aux dispositions du titre IV, chapitre III, sections I et II et aux règles prises en application de l'article 86, § 3 de la présente loi (...) »*

Le médecin-conseil assure le contrôle de l'incapacité de travail des travailleurs salariés et indépendants :

- pendant la période d'incapacité primaire (les 12 premiers mois d'incapacité de travail)[7], il le fait sous forme de décisions - favorables ou non -,

- pendant la période d'invalidité (après la première année d'incapacité de travail)[8], il donne un avis pour les mois suivants, avis destiné au CMI (Conseil Médical de l'Invalidité) de l'INAMI qui prend la décision finale.

Ainsi, le médecin-conseil :

- peut convoquer un patient en incapacité de travail pour un *contrôle médical*.[9] Pour établir sa décision, le médecin-conseil se réfère aux dispositions légales mais tient compte également des données médicales fournies par le médecin traitant de l'assuré, dans le cadre du respect de la liberté thérapeutique des prestataires de soins. Il peut également examiner le travailleur et le soumettre, si nécessaire, à l'examen de spécialistes.

  > Attention ! L'assuré est tenu de répondre aux convocations et à toutes les demandes du médecin-conseil (rapports médicaux par exemple) au risque de se voir privé d'indemnités s'il ne collabore pas.

  > En cas de refus de reconnaissance ou de fin de l'incapacité de travail, la décision est notifiée au travailleur. Si ce dernier n'est pas d'accord avec la décision, il peut introduire un recours au *Tribunal du Travail* et ce, dans un délai de 3 mois à dater de la notification,

- prend des décisions en incapacité de travail, là où l'*expertise médicale* est exigée : il statue sur la notion de la perte de la capacité de gain[10] dans les régimes des salariés et des indépendants, et,

[7] Voir point 3.4. « L'incapacité de travail primaire et l'invalidité ».

[8] Idem.

[9] Voir point 3.2. « La convocation chez le médecin-conseil ».

[10] Voir point 3.3. « La règle des 6 mois ».

sur base de la capacité de gain restante, il veille à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail et participe au processus de réorientation et de réadaptation professionnelle.[11]

- marque son accord pour la *reprise partielle du travail.*[12] L'assuré doit donc s'adresser au médecin-conseil et le prévenir avant toute reprise partielle d'activité (travail, études, formation, travail bénévole),

- marque son accord pour l'exercice d'une *activité bénévole*,

- donne l'*autorisation pour un séjour à l'étranger*. En effet, les prestations sont fournies aux personnes ayant leur résidence en Belgique. Tout départ du territoire belge pendant une période d'incapacité de travail doit donc être préalablement autorisé. A noter qu'en cas de séjour temporaire[13] dans un pays de l'Union européenne, en Suisse, en Norvège, en Islande ou au Liechtenstein, cette démarche n'est pas nécessaire ; il faut seulement avertir la mutualité avant son départ et signaler l'adresse de son lieu de séjour.

C.4/ La mission de contrôle des prestations de santé

« Art. 153. § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions : (...)

*4) **de contrôler** les prestations de santé, conformément aux dispositions de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution. (...)*

§ 3. Dans le cadre du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé, les médecins- conseils vérifient que les conditions médicales de remboursement des prestations de santé sont respectées et accordent les autorisations prévues. Ils peuvent contribuer à l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources de l'assurance soins de santé. (...) »

Certains soins médicaux ou médicaments nécessitent l'accord préalable du médecin-conseil pour être remboursés. A noter que l'accord du médecin-conseil ne porte pas sur l'utilité du traitement ou des médicaments mais bien sur les conditions de prise en charge de ceux-ci dans le cadre de la loi : il s'agit de l'ouverture du droit à l'intervention financière de l'ASSI.

Ainsi, le médecin-conseil :

- exerce un contrôle médical sur l'octroi des *prestations de santé*,

- autorise le *remboursement* d'un médicament ou d'un traitement,[14]

- vérifie si toutes les conditions sont réunies pour certaines *prestations plus onéreuses*,

- évalue (sur initiative interne à l'organisme assureur ou en partenariat intermutuelliste) l'*utilisation optimale des ressources de l'Assurance soins de santé*. Ces évaluations peuvent déboucher : soit sur une proposition d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé, soit sur une

[11] Voir point 3.6. « La réadaptation socio-professionnelle ».

[12] Voir point 3.5. « La reprise partielle du travail ».

[13] « Temporaire » : Dans le sens où il n'y a pas de résidence définitive. Il s'agit plutôt d'une notion de vacances.

[14] Voir point 3.7. « Les formulaires de remboursement des médicaments ».

information aux dispensateurs de soins sur l'application correcte de la réglementation de l'Assurance soins de santé.

C.5/ La mission sociale [10]

Le médecin-conseil joue également un rôle de filet social, ainsi :

- dans un certain nombre de cas précis de patients atteints d'affections gravissimes pour lesquels des traitements particulièrement onéreux ne sont pas remboursés, le médecin-conseil peut initier un *dossier de demande de prise en charge* auprès du Fonds Spécial de Solidarité de l'INAMI.

- au travers des contacts imposés par les impératifs de la réglementation ASSI, les assurés peuvent être détectés comme personnes précarisées ou en détresse, puis *guidés* vers les services sociaux ou administratifs de la Mutualité en vue d'introduire un dossier pour l'octroi des interventions majorées aux frais médicaux.

Le médecin-conseil est un membre actif du Réseau de la Sécurité sociale, de par :

- sa participation aux *actions* régionales et/ou nationales d'évaluation et de contrôle,

- le *compte-rendu statistique* aux instances concernées portant sur les décisions médicales,

- sa *collaboration* avec les autres acteurs de la sécurité sociale,[15]

- sa participation aux *Conseils Techniques* de l'INAMI.[16]

Toutes ces participations au sein de la Sécurité sociale contribuent à maintenir une vision réelle de ce qui se passe à l'échelle de l'individu et de garantir une approche médicale axée sur les besoins, dans la construction et la pérennisation de la sécurité sociale et plus précisément de l'assurance soins de santé et indemnités.

[15] Exemples : les médecins du travail en matière d'accidents de travail ou de maladies professionnelles, les travailleurs sociaux dans les protocoles d'accords de recherche d'emploi adapté au handicap ou à la santé des assurés, l'élaboration de registres nationaux par pathologie, par matériel prothétique, par médicament, ...

[16] Voir point 3.7. « Les formulaires de remboursement des médicaments ».

3. VIGNETTES CLINIQUES

3.1. Le certificat d'incapacité de travail

A/ La vignette clinique

Un patient de 28 ans, qui a gravement chuté lors d'un séjour au ski et qui s'est fracturé la jambe droite, me demande de passer à son domicile pour un ajustement de son traitement antidouleur, deux semaines après sa mise en plâtre. Il se plaint d'avoir eu une aggravation de sa douleur depuis la veille, suite à un long déplacement en transport en commun alors qu'il devait se présenter à la convocation du médecin-conseil.

Lors de cette consultation chez le médecin-conseil, le patient me raconte qu'il n'a pas pu s'empêcher de s'écrier : *« Je ne comprends pas pourquoi vous me convoquez dans cet état-là ! C'est quand même inhumain de faire se déplacer en transport en commun quelqu'un avec un plâtre ! »* ; le médecin-conseil lui aurait alors montré le certificat d'incapacité de travail que lui avait fait l'urgentiste qui l'avait reçu le jour de son accident. Ce dernier avait indiqué, comme diagnostic-symptomatologie, le seul substantif « chute ». Le médecin-conseil lui a alors expliqué qu'il l'avait tout simplement convoqué sans connaître précisément son état.

B/ L'explication

B.1/ La rédaction d'un certificat d'incapacité totale de travail (ITT)

Ne sera abordée, dans ce point-ci, que la situation des travailleurs du régime salarié.

Lorsqu'un médecin traitant rédige un certificat d'ITT, il doit idéalement en rédiger deux :

1) l'un, destiné à l'employeur, qui doit contenir, au minimum, une date de début et une date de fin, sans aucune donnée médicale donc sans diagnostic

2) l'autre, destiné au médecin-conseil de la mutuelle, qui doit contenir, au minimum, une date de début uniquement et un diagnostic, le plus précis possible, ou du moins, la symptomatologie.

La précision du diagnostic indiqué par le médecin traitant sur le certificat d'ITT destiné au médecin-conseil est le point-clé afin de permettre à ce dernier de reconnaître l'incapacité, d'en estimer la durée et de déterminer le délai de la première convocation.

Ainsi, la bonne rédaction d'un certificat d'ITT permet d'éviter de convoquer un patient à un moment inopportun (difficultés de déplacement, convalescence insuffisante, traitement de chimiothérapie en cours, ...).

Dans le cas de notre vignette clinique, le diagnostic imprécis de *« chute »*, qui concerne un jeune de 28 ans, a donc provoqué une convocation endéans les 2 à 3 semaines. Si le médecin, auteur du certificat d'incapacité de travail initial, avait rédigé comme diagnostic *« fracture de la jambe droite »*, le patient n'aurait été convoqué par le médecin-conseil que 8 semaines plus tard.

B.2/ Le délai d'envoi du certificat médical

Le délai d'envoi du certificat médical dépend du statut du patient. Si le patient est sous contrat de travail, il doit envoyer (comme expliqué plus haut) un certificat destiné à son employeur et ce, dès le début de l'incapacité de travail ainsi qu'un certificat destiné au médecin-conseil de la mutuelle et ce, avant la fin de la période de salaire garanti (voir tableau ci-après). Si, par contre, le patient est au chômage ou s'il est intérimaire (c'est-à-dire qu'il n'a pas droit au salaire garanti), il doit envoyer un seul et unique certificat qui sera destiné au médecin-conseil de la mutuelle et ce, endéans les 48 heures.

Attention ! Si le délai d'envoi du certificat d'ITT à la mutuelle est dépassé, les indemnités que recevra le patient seront diminuées de 10% jusqu'au jour de la réception dudit certificat. Pour éviter ce désagrément, il est donc impératif que le patient envoie par la poste un certificat adressé au médecin-conseil de sa mutualité dans les délais suivants :

28 jours calendrier, pour :	> les employés > les indépendants
14 jours calendrier, pour :	> les ouvriers
48 heures ouvrables, pour :	> les chômeurs, qui ne travaillent pas au début de l'incapacité de travail, > les autres personnes qui ne travaillent plus au début de l'incapacité de travail (p. ex. les intérimaires dont le contrat se termine), > les gardien(ne)s d'enfants qui sont affilié(e)s auprès d'un service reconnu ou subventionné (p. ex. l'ONE ou Office National de l'Enfance), > les patients qui sortent de l'hôpital, > les patients qui souffrent d'une rechute[17] après une reprise de travail.

Tableau « Délais d'envoi du certificat médical »

Ce certificat ne peut jamais être mis dans une boîte aux lettres verte de la mutualité car le cachet de la poste fait foi. Il peut éventuellement être remis à un employé de la mutualité qui délivrera un accusé de réception.

Après réception du certificat d'incapacité de travail, la mutualité envoie au patient une fiche de renseignements qu'il devra compléter et transmettre à sa mutualité le plus rapidement possible et envoie, par courrier séparé, une fiche reprenant les données salariales à remplir par l'employeur ou l'organisme de paiement du chômage du patient. C'est sur base de ces deux fiches que le montant des indemnités sera calculé.

[17] Rechute : concerne toute période où l'incapacité de travail est à nouveau reconnue (pas forcément pour la même raison, même s'il s'agit de la majorité des cas) dans un délai de 14 jours calendriers (en période d'incapacité de travail primaire) ou dans un délai de 3 mois calendrier (en période d'invalidité). Cf. point 3.4. « L'incapacité de travail primaire et l'invalidité ».

3.2. La convocation chez le médecin-conseil

A/ La vignette clinique

Un patient de 43 ans se présente à ma consultation. Il travaille habituellement à Bruxelles-Propreté et est en incapacité de travail depuis 5 semaines suite à une cure bilatérale de hernies inguinales. Le chirurgien lui avait interdit le port de plus de 10 kg pendant les 3 premières semaines après l'opération mais l'ayant vu la semaine passée, le patient ne me semblait pas apte à reprendre un travail avec des ports de charge si fréquents.

Aujourd'hui, il semble angoissé et m'assomme de questions : *« Docteur, je suis convoqué chez le médecin-conseil. Que va-t-il se passer ? Que dois-je faire ? ».*

B/ L'explication

B.1/ Préambule

Pour être reconnu en incapacité de travail, il faut d'abord et avant tout être au travail ou demandeur d'emploi. Une personne qui n'a pas un statut de « travailleur » ou qui n'a pas une certaine capacité de travail (notion d'état antérieur) ne pourra pas être indemnisable par l'Assurance Soins de Santé de Indemnités.

Ensuite, il faut respecter les critères de l'article 100 §1 de la Loi Coordonnée du 14.7.1994, entre autres,[18] il faut : avoir cessé toute activité professionnelle dès le premier jour de l'incapacité déclarée, avoir perdu au moins deux tiers de capacité de gain et que l'arrêt de travail soit lié à l'apparition ou à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.

B.2/ La date de la convocation

La date de la consultation proposée par le médecin-conseil correspond en fait au moment où il serait raisonnable que le patient ait pu reprendre le travail en fonction des renseignements qu'il a en sa possession.

Cette consultation permet donc de recevoir les patients qui semblent avoir des difficultés dans le chemin de la guérison (guérison difficile) ou qui ont des difficultés à la reprise du travail dans leur dernier poste (reprise difficile) et de déterminer la durée prévisible de l'incapacité de travail à long terme (qui est le rôle principal du médecin-conseil, le médecin généraliste n'étant pas formé pour cela).

B.3/ La consultation

Et en pratique ? Comment se déroule une consultation chez le médecin-conseil ?

[18] Voir point 3.3. « La règle des 6 mois ».

Au début, sur base du certificat d'incapacité de travail, le médecin-conseil constate le respect des critères de l'article 100 §1. En conséquence de quoi, le médecin-conseil reconnait l'incapacité de travail, ce qui permet l'octroi des indemnités.

Lors de la consultation, et ce, tout au long de la période d'incapacité de travail reconnue par le médecin-conseil, celui-ci décide de la persistance ou non de l'état d'incapacité de travail sur base de l'anamnèse, de l'examen clinique (évaluation de l'état clinique, constat de la présence et de l'intensité des troubles fonctionnels) et des informations communiquées par le médecin du patient.

Idéalement, le médecin-conseil envisage avec le patient les possibilités de retour au travail.

Concrètement, à l'ouverture du dossier informatisé du patient, le médecin-conseil peut visualiser rapidement l'historique des incapacités de travail du patient[19] et l'historique des bons de cotisations de chaque patient (bon que chaque employeur a le devoir de délivrer afin de prouver que le travailleur cotise pour la sécurité sociale).[20] Le médecin-conseil sait donc exactement de quand date le dernier travail légal du patient.

Lorsque le médecin-conseil voit un patient en incapacité de travail pour la première fois, il lui pose des questions dans deux sphères essentielles : c'est l'anamnèse médicale (« Comment allez-vous médicalement ? ») et l'anamnèse professionnelle (« Quel est votre marché de l'emploi ? »).[21]

Idéalement, le patient devrait avoir amené une lettre de son médecin traitant ainsi que des justificatifs ou des rapports spécialisés. Attention, il ne faut surtout pas sous-estimer l'impact de la lettre que nous adressons au médecin-conseil.

> Exemple : une lettre contenant la formulation suivante *« dépression chronique fluctuante légère à modérée depuis 10 ans avec risque de rechute plus élevé en cas de reprise du travail »* ne se décodera pas de la même manière que l'énoncé *« dépression aiguë modérée suite à... »*.

En effet, pour correspondre à l'article 100 §1 de la loi AMI, il faut qu'il s'agisse d'une nouvelle maladie ou qu'il y ait un motif d'aggravation ou des faits nouveaux, en ce qui concerne les maladies de longue date.

En outre, le risque de rechute n'est pas un motif de prolongation d'incapacité de travail.

Dans l'absolu, le médecin-conseil tente alors de faire un pronostic sur les possibilités de réinsertion au travail. Selon le cas, sont envisagés :

- une reprise dans le dernier poste : sans modification du poste ou avec une adaptation du poste,
- une reprise dans un autre poste chez le même employeur,
- une reprise chez autre employeur : du même métier ou d'un autre métier.

[19] Via tous les certificats d'incapacité de travail rédigés pour ce patient qui y sont scannés ainsi que les fins de reconnaissance d'incapacité « IMC » (imposées par le médecin-conseil).

[20] Via les données croisées de la Banque-Carrefour.

[21] La question se pose par rapport au dernier travail dans les 6 premiers mois d'incapacité de travail (règle des 6 mois, qui représente l'exception à l'article 100 §1er) et par rapport aux professions de référence après 6 mois d'incapacité de travail (voir plus loin).

Et, dès que l'état de santé du patient le permet, le médecin-conseil peut aider le patient à se réinsérer dans le milieu socio-professionnel.[22]

Ceci se fait en concertation avec le médecin traitant et le médecin du travail.

B.4/ La décision en fin de consultation

Le médecin-conseil prend sa décision en tenant compte des différents éléments déjà cités.

Comme sa décision est susceptible d'être contestée devant le Tribunal du Travail, il doit disposer dans son dossier de tous les éléments qui lui ont permis de prendre sa décision.

Soit la reprise semble possible, soit elle ne l'est pas.

Si la **reprise semble possible**, la question se pose alors de savoir si cette reprise sera totale ou partielle.

Dans la plupart des cas, la reprise totale ne pose pas de problème.

Cependant, la reprise partielle après une longue période d'incapacité de travail est souvent une bonne solution pour une reprise en douceur car progressive.

Dans les cas où, contrairement au médecin-conseil, le patient trouve que la reprise est impossible, il faudra que le médecin traitant rédige un rapport comprenant tous les éléments probants sur le plan médical. Le médecin-conseil peut parfois conditionner la prolongation de l'indemnité à une prise en charge plus optimale de son état (via le médecin traitant du patient ou autre).

En cas de désaccord avec une décision du médecin-conseil, une négociation directe est possible entre le patient, le médecin généraliste et le médecin-conseil, même si la décision ultime revient finalement au médecin-conseil.

En cas de désaccord non-résolvable à l'amiable, un recours au Tribunal du Travail peut s'envisager. Ce Tribunal du Travail intervient pour toute contestation concernant une décision d'un médecin-conseil en matière de sécurité sociale (soins de santé, indemnités, ...).

Dans le cas où la **reprise ne semble pas encore possible**, le médecin-conseil propose une nouvelle consultation dans un délai qu'il aura décidé pour réévaluer la situation. La date de la réévaluation correspond donc au moment où il serait raisonnable que le patient ait pu reprendre le travail.

Un rapport d'évolution peut être demandé par le médecin-conseil au(x) médecin(s) du patient (généraliste ou spécialiste) et, malgré la règle de base de la liberté thérapeutique du généraliste et du spécialiste, le médecin-conseil peut également contacter ceux-ci pour discuter de la situation, leur donner son avis, sans pour autant le faire en présence du patient, par principe de confraternité.

[22] En effet : *« Les médecins-conseils veillent (...) à la réinsertion socio-professionnelle (...). Ils prennent (...) toutes les mesures utiles et contactent, avec l'accord du titulaire, toute personne (...) susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de celui-ci. Le médecin-conseil participe au processus de réadaptation professionnelle (...) »* (article 153 de la Loi ASSI).

Dans le cas où finalement la **reprise semble impossible**, car il n'y a pas de poste adaptable, le médecin-conseil peut proposer au patient une réadaptation professionnelle. Il introduit alors, avec l'accord du patient, un dossier à la CSCMI (Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité) de l'INAMI qui décidera de marquer son accord ou pas.[23]

Il est important de savoir que cette réorientation professionnelle se fait sans déclassement, d'où la question que pourra poser le médecin-conseil au sujet du salaire net du patient qu'il rencontre, afin d'évaluer le niveau de son dernier métier.

B.5/ Suite de la vignette clinique

Pour en revenir à notre vignette clinique, le médecin-conseil a décidé de mettre fin à l'incapacité de travail du patient opéré de hernies inguinales pour la semaine suivant la convocation, l'estimant apte d'un point de vue médical à reprendre le travail avec un port de charges lourdes. Il lui a cependant laissé encore une semaine de répit pour se remettre complètement de son opération.

[23] Voir point 3.6. « La réadaptation socio-professionnelle ».

3.3. La règle des 6 mois

A/ La vignette clinique

Monsieur D, un patient de 39 ans, que je ne connais que depuis 3 mois, me consulte régulièrement pour des lombalgies pour lesquelles il est en incapacité de travail depuis 8 mois.

Au niveau de ses antécédents, on note qu'il a subi, il y a 2 ans, une intervention au niveau de la colonne lombaire pour une hernie discale provoquant des sciatalgies invalidantes. Il a maintenant une arthrodèse de L3 à L5 et les douleurs ont diminué.

Habituellement, il travaille en tant que manutentionnaire à la poste mais son ancien médecin traitant l'a mis en incapacité de travail il y a 8 mois pour des lombalgies importantes récidivantes suite à des ports de charges lourdes (déplacements de paquets de 15 kg). Il a déjà été convoqué par le médecin-conseil il y a 4 mois qui lui a confirmé son incapacité de travail, et ce, « jusqu'à la fin de l'année » (moment où il serait en incapacité de travail depuis 9 mois).

Aujourd'hui, il se présente à ma consultation, pris de panique, car le médecin-conseil l'a reconvoqué plus tôt qu'il ne pensait et a communiqué qu'il mettait fin au payement des indemnités d'ici une semaine. Pourtant, il avait cru comprendre qu'il pouvait rester en incapacité de travail pendant encore un bon mois. Il ne comprend pas ce changement d'avis et me montre un document du médecin-conseil qu'il a reçu par la poste lui signifiant la fin de son incapacité de travail.

B/ L'explication

B.1/ Les dispositions légales

Selon la Loi Coordonnée du 14.7.1994 :

« Art. 100. § 1er. ***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* ***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*** *. (...)*

Si ce travailleur a par ailleurs acquis une formation professionnelle au cours d'une période de rééducation professionnelle, il est tenu compte de cette nouvelle formation pour l'évaluation de la réduction de sa capacité de gain. Le Roi détermine les conditions ainsi que le délai dans lesquels l'incapacité de travail est réévaluée après un processus de réadaptation professionnelle. »

Ceci est la règle générale, qui évalue l'incapacité de travail du patient par rapport à son marché de référence.

Il y a cependant une exception à cette règle générale, toujours selon ce même article 100 :

*« Toutefois, pendant les **six premiers mois** de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de capacité de gain est évalué **par rapport à la profession habituelle de l'intéressé**, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance. »*

B.2/ Deux notions-clés

1) La notion de perte de 2/3 de capacité de gain[24]

La notion de perte de 2/3 de capacité de gain relève de l'expertise du médecin-conseil ou du médecin-inspecteur. Il n'existe pas d'échelle pour évaluer cette perte, il s'agit là plutôt d'une intime conviction que le patient est amoindri dans ses capacités. En pratique, un patient a perdu 2/3 de sa capacité de gain s'il est en incapacité de pouvoir fonctionner de manière valable et durable dans un poste de travail.

2) La règle des 6 mois

Comme dit plus haut, pendant les 6 premiers mois d'incapacité de travail, cette perte de capacité de gain est évaluée par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, c'est-à-dire par rapport à son dernier poste. On évalue donc l'incapacité de travail en tant que telle. C'est l'exception à la règle, qu'on appelle la « règle des 6 mois ».

La règle générale étant, qu'après 6 mois d'incapacité de travail, la perte de capacité de gain est évaluée par rapport au marché du travail de référence déterminé pour l'intéressé, c'est-à-dire par rapport à ses professions de référence. On évalue donc, en quelque sorte, les capacités restantes du patient, non plus par rapport à tel ou tel employeur, mais plutôt par rapport à une profession accessible (de manière générale). D'autres professions auxquelles la personne a accès, du fait de sa formation et de son expérience professionnelle, sont ainsi prises en compte que celle qu'elle exerçait au moment où elle est devenue inapte au travail.

B.3/ En pratique

En pratique, le médecin-conseil effectue toujours une anamnèse médicale et professionnelle.[25]

Après 6 mois, les réponses à ces questions, ainsi que l'ensemble du parcours de vie, permettront une évaluation individualisée et personnalisée de la personne afin de déterminer son marché du travail de référence. En effet, durant cette évaluation, le médecin-conseil tient compte du parcours scolaire et professionnel (métier habituel, métiers antérieurs, formations et expériences

[24] Cette notion n'est pas du ressort du médecin généraliste qui ne peut proposer qu'une incapacité totale de travail (de 100 %).

[25] Le médecin-conseil doit, entre autres, se poser les questions suivantes : Pendant les 6 premiers mois de l'ITT : *« Pourra-t-il encore faire son dernier métier ? »* (éventuellement avec adaptations). Après 6 mois d'ITT *: « Pourra-t-il encore faire un de ses métiers de référence ? »* ou *« Ne pourra-t-il plus faire aucun de ses métiers de référence ? »*.

professionnelles, ...) ainsi que de ses aptitudes particulières (notion de qualification acquise « sur le tas »).

Un concept très important à retenir est que la précision de l'évaluation est essentielle car il n'y aura pas de déclassement social. En effet, un patient avec un travail en lien avec telle formation et telle expérience ne doit pas reprendre un autre travail nécessitant une formation/expérience d'un niveau moindre sous prétexte qu'il devient, après 6 mois d'incapacité de travail, capable de faire n'importe quel autre travail. Il faut qu'il devienne capable de faire un travail de son niveau professionnel.

> Exemple : Un pâtissier avec une tendinite du tendon d'Achille ne supporte pas la douleur de la station debout prolongée. Il gagne habituellement 2500€ net/mois et est donc considéré comme un ouvrier spécialisé. L'évaluation de son incapacité de travail ne sera donc pas faite en comparaison avec des professions, par exemple, d'ouvriers manuels comme la manutention ou l'entretien.

A noter qu'une profession qui n'existe plus n'entre pas en considération dans l'évaluation (ex : garde-barrières) et que les capacités d'adaptations de la personne doivent être prises en compte (ex : travailleurs âgés).

B.4/ Suite de la vignette clinique

Pour en revenir à la situation de notre patient, le médecin-conseil semble, aux yeux de Monsieur D, avoir changé d'avis en cours de route. Ce n'est cependant pas le cas : le médecin-conseil a simplement changé de référence pour évaluer la personne quant à son incapacité de travail (dernier métier versus marché du travail de référence) et a donc mis fin à l'indemnisation de cette incapacité de travail car, bien qu'il continue à le juger inapte à travailler dans son poste habituel, il le juge maintenant capable de reprendre un travail dans ses professions de référence comme la fabrication et les traitements industriels, l'entretien et la réparation ou le conditionnement et le transport.

En effet, le document du médecin-conseil que mon patient a reçu par la poste, énonçant la fin de son incapacité de travail, stipulait que, suite à son examen clinique, le médecin-conseil estimait que Monsieur D *« n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi du 09/08/1963, coordonnée le 14/07/1994 »,* et ce, parce que ses *« lésions ou troubles fonctionnels (...) n'entraînent plus la réduction des 2/3 de [sa] capacité de gain évaluée dans [sa] catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de références visées à l'article 100 § 1er de la loi du 09/08/1963, coordonnée le 14/07/1994 »*. Le médecin-conseil a d'ailleurs ajouté que monsieur D était *« apte à reprendre un travail sans port de charges lourdes »*.

3.4. L'incapacité de travail primaire et l'invalidité

A/ La vignette clinique

Madame B, patiente de 36 ans au chômage, que je connais depuis un an et demi, est reconnue en incapacité de travail depuis 11 mois et 3 semaines. Elle présente des lombalgies irradiant principalement dans le membre inférieur droit depuis des années mais qui ont ressurgi suite à son deuxième accouchement. Actuellement ces douleurs sont bilatérales en alternance. Une résonance magnétique a été réalisée qui montre une importante hernie discale, probablement responsable de ses douleurs. Une prise en charge pluridisciplinaire a été mise en place avec une amélioration encore insuffisante.

Elle était venue me consulter la semaine passée afin que je lui rédige un rapport destiné au médecin-conseil car elle allait être convoquée. Elle revient aujourd'hui pour me donner des nouvelles et pour comprendre la suite des évènements.

Elle me raconte, qu'au cours de la consultation avec le médecin-conseil, ce dernier a effectivement reconnu son incapacité de travail *« mais qu'il allait envoyer un dossier à l'INAMI qui, suite à cela, pouvait me convoquer »*. *« En plus »*, elle a reçu un courrier stipulant qu'elle devenait *invalide* à partir de la semaine prochaine. Le médecin-conseil lui en avait effectivement parlé mais elle n'a pas osé lui demander ce que cela signifiait, d'où son interrogation à mon égard: *« Docteur, est-ce que ça veut dire que le médecin-conseil pense que je vais devenir handicapée ? »*.

B/ L'explication

B.1/ Les périodes d'incapacité de travail primaire et d'invalidité [1]

L'incapacité de travail est composée de deux périodes, à savoir l'incapacité de travail primaire et l'invalidité. L'état d'incapacité de travail doit être déclaré au médecin-conseil de la mutuelle au moyen d'un certificat médical rempli, daté et signé, motivant son incapacité.[26]

1) L'incapacité de travail primaire

La période d'incapacité de travail primaire prend cours à la date du début de l'incapacité de travail et dure maximum un an. Elle est constatée par le médecin-conseil lors d'une consultation et/ou sur base d'un certificat d'incapacité de travail rédigé par le médecin du patient (généraliste ou spécialiste).

Au niveau financier, l'indemnisation par l'assurance débute après l'octroi du salaire garanti éventuel à charge de l'employeur (correspondant au délai d'envoi du certificat médical[27]). Durant cette période d'incapacité primaire, le patient reçoit 60 % de son salaire. Pour le chômeur, le montant ne

[26] Voir point 3.1. « Le certificat d'incapacité de travail ».

[27] Voir tableau « Délais d'envoi du certificat médical » au point 3.1. « Le certificat d'incapacité de travail ».

peut pas dépasser, pendant les six premiers mois, l'allocation du chômage à laquelle il aurait droit s'il ne s'était trouvé en état d'incapacité de travail. Durant la période d'incapacité de travail primaire, le patient reçoit ces indemnités tous les 15 jours.

La période d'incapacité de travail primaire prend fin dès la reprise du travail et une période de repos de maternité interrompt une période d'incapacité de travail. Si le patient subit une rechute dans les 14 jours calendrier suivant la reprise, la période d'incapacité primaire est censée ne pas s'être interrompue.

2) L'invalidité

La période d'invalidité prend cours après un an d'incapacité de travail. Elle est constatée par le CMI (Conseil Médical de l'Invalidité) de l'INAMI sur base d'un rapport rédigé par le médecin-conseil.[28]

Au niveau financier, pour la détermination du montant des indemnités d'invalidité, il est tenu compte de la situation familiale du bénéficiaire et de la date de survenance de l'incapacité. Un titulaire ayant une (des) personne(s) à charge a droit à un taux d'indemnités fixé à 65 % de la rémunération. Pour les autres titulaires sans charge de famille, le taux de l'indemnité d'invalidité est réduit à 55 % (isolé) ou 40 % de la même rémunération plafonnée (en cas de cumul avec une allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire prévue pour les handicapés, etc.). Durant la période d'invalidité, le patient reçoit ces indemnités tous les mois.

Lors des périodes d'indemnités, il est interdit au patient de travailler, sauf dans une mesure limitée s'il a introduit la demande préalablement auprès de son médecin-conseil et obtenu l'autorisation (reprise partielle).[29] Si le patient subit une rechute dans les 3 mois suivant une reprise du travail, la période d'invalidité est censée ne pas s'être interrompue. Une période de repos de maternité interrompt une période d'invalidité.

B.2/ <u>Le Conseil Médical de l'Invalidité (CMI)</u>[30]

Durant la période d'incapacité primaire, le médecin-conseil de la mutuelle est habilité à reconnaître l'incapacité de travail et à en déterminer la durée.

Après 12 mois d'incapacité de travail, le patient entre en période d'invalidité. Le médecin-conseil envoie alors un dossier à la CSCMI avec une proposition de durée d'invalidité. À partir de ce

[28] On appelle souvent ce rapport « fiche rouge » pour les salariés et « fiche jaune » pour les indépendants.

[29] Voir point 3.5. « La reprise partielle du travail ».

[30] Pour rappel, le CMI, qui se situe au niveau du Service des Indemnités de l'INAMI, est composé de la CSCMI (Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité) qui siège à l'INAMI et des différentes CRCMI (Commissions Régionales du Conseil Médical de l'Invalidité), au nombre de 11, pour chaque province et la région bilingue de Bruxelles-Capitale. [ANNEXE 2]

moment-là, c'est le CMI de l'INAMI qui décide de la reconnaissance de l'invalidité ainsi que des prolongations ultérieures sur la base du rapport établi par le médecin-conseil.[31]

> Exemple 1 : Un patient a eu un accident de moto dont les séquelles sont une pseudarthrose du tibia. L'invalidité proposée ne sera donc pas à vie. Le médecin-conseil proposera donc dans son dossier une période d'invalidité de, par exemple, 3 mois (*« + 3 mois »*). A priori, le CSCMI marquera son accord par rapport à cette proposition.
>
> Exemple 2 : Un patient souffre d'une dépression. Si, par exemple, le médecin-conseil a noté dans son dossier *« dépression, prend des SSRI »*, le CSCMI risque fortement d'être insatisfait. A priori, le CSCMI convoquera le patient et cette convocation se fait dans le cadre d'une CRCMI.

En fait, le CMI se prononce au sujet de la situation et de la durée de l'invalidité. Il le fait en se basant sur le dossier, complété éventuellement par un examen médical. Dans chaque province, le CMI dispose d'une section, la CRCMI (Commission Régionale du CMI), qui effectue ces examens.

Chaque Commission Régionale est composée de trois médecins qui effectueront l'examen médical : un médecin-inspecteur du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI (qui est le président de la séance) et deux médecins-conseils de mutualités différentes (médecins nommés).[32]

Le médecin traitant peut accompagner le patient à la CRCMI et participer à la discussion (mais évidemment pas à la décision).

Lors de la séance, les médecins parcourent avec le patient son dossier ainsi que les documents médicaux soumis. La CRCMI peut poser des questions sur l'évolution de la maladie actuelle, les symptômes et le traitement suivi, mais aussi sur les antécédents médicaux ainsi que sur les études du patient ou sur sa carrière professionnelle, etc. (anamnèse médicale et professionnelle).

Au terme de cet entretien, un examen corporel est prévu, en fonction de l'état de santé du patient.

Sur base de l'examen et des documents médicaux, la CRCMI vérifie si le patient est apte à exercer un métier équivalent à un métier exercé dans le passé ou un autre métier qui est dans ses possibilités. Les médecins tiennent compte de(s) formation(s) du patient.

A la fin de la séance, la CRCMI peut émettre trois types d'avis. Elle peut constater l'existence de l'état d'invalidité et donc accepter la proposition du médecin-conseil de prolonger la reconnaissance de l'incapacité de travail jusqu'à une date donnée.[33] Elle peut refuser la proposition de prolongation

[31] Des discussions sont actuellement en cours entre les mutualités, l'INAMI et le Cabinet des Affaires Sociales pour confier au médecin-conseil lune plus grande responsabilité durant toute la période d'incapacité de travail, y compris donc après la première année. Des systèmes d'Audit et de Supervision seront prévus au sein de l'INAMI sur base des données qui leur seront obligatoirement communiquées par les Mutualités.

[32] Il est important de noter que le médecin-conseil qui se retrouve devant l'un de ses affiliés peut participer à l'anamnèse et à l'examen clinique de celui-ci mais pas à la discussion qui suit ni à la décision qui suit ; il reste en retrait.

[33] Dans ce cas, il n'y a pas de communiqué écrit au patient concernant la décision. L'INAMI informe la mutualité du patient pour que celle-ci continue à verser au patient ses indemnités.

de reconnaissance d'incapacité de travail.[34] En cas de désaccord, le patient peut introduire un recours auprès du Tribunal du Travail. Elle peut remettre un « avis partagé » lorsque l'unanimité n'est pas réalisée.[35]

B.3/ L'avis spécialisé imposé

La responsabilité de l'incapacité de travail et surtout de l'invalidité est partagée entre :

- le médecin prescripteur de l'incapacité de travail (généraliste ou spécialiste)
- le médecin-conseil de la mutuelle (qui est un expert de l'évaluation de l'incapacité de travail et qui a la responsabilité pour l'incapacité de travail de moins d'un an)
- et le CMI de l'INAMI (qui a la responsabilité pour l'incapacité de travail de plus d'un an).

Après un an d'incapacité de travail, suite, par exemple, à une maladie d'origine psychiatrique, il est nécessaire d'apporter la preuve, par un avis spécialisé, que les différents intervenants sont dans le bon par rapport à l'évaluation psychiatrique en question. Dans ce cas-ci, il ne s'agira donc pas d'une évaluation psychologique, mais bien psychiatrique, tout simplement parce qu'il n'existe pas de nomenclature dans les prestations de soins de santé pour les psychologues.

Ceci signifie qu'un médecin-inspecteur de l'INAMI peut, s'il a un doute par rapport à une fiche proposée par un médecin-conseil, demander à ce dernier un avis spécialisé pour l'aiguiller.

Concrètement, le médecin-inspecteur envoie une lettre au médecin-conseil lui explicitant cette demande, qui lui-même renvoie la demande au médecin généraliste qui connait mieux son patient. Et c'est la concrétisation d'un avis spécialisé.

Cette situation peut être mise en parallèle avec le remboursement des médicaments qui nécessite aussi parfois l'avis d'un spécialiste mais qui, pourtant, pourrait tout à fait être du ressort du médecin généraliste.

[34] Dans ce cas, la décision est communiquée au patient : soit en fin de séance, et le patient signe un document de notification de la décision « pour réception » (mais cela ne signifie pas du tout que le patient est d'accord avec cette décision) ; soit par lettre recommandée, si le patient ne souhaite pas signer la décision pour réception en fin de séance. Ce document confirme la fin de son incapacité de travail et donc la fin du paiement de ses indemnités d'incapacité de travail dans les 3 jours ouvrables. Suite à cette décision, le patient doit reprendre son travail ou s'inscrire au chômage.

[35] Dans ce cas, le dossier est renvoyé à la CSCMI qui prendra donc la décision finale à la majorité simple (article 184 de l'Arrêté Royal d'exécution du 3.7.1996 de la Loi Coordonnée du 14.7.1994).

3.5. La reprise partielle du travail

A/ La vignette clinique

Un patient de 43 ans qui a subi une intervention chirurgicale pour un cancer de l'œsophage, il y a environ 5 mois, suite à quoi, il a perdu une vingtaine de kilos. Cela est dû aux douleurs ressenties lors de la déglutition de ses repas et aux multiples séances de chimiothérapie et de radiothérapie qui ont suivi.

Aujourd'hui, il se présente à ma consultation et a repris un peu de poids. Il pèse 42 kg pour 165 cm, se rétablit doucement mais reste relativement faible. Il voudrait, cependant, reprendre une activité *« afin de ne pas rester sans rien faire »* mais ne se sent pas capable de reprendre son dernier travail à temps plein. Il a entendu parler de « travail à mi-temps » et souhaiterait avoir des renseignements à ce sujet ainsi que mes conseils.

B/ L'explication

B.1/ Les dispositions légales

Concernant la reprise partielle, il faut se référer à l'article 100 § 2 de la Loi Coordonnée du 14.7.1994 (Loi relative à l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités), selon laquelle :

> *« Est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 p.c. (...) »*

ainsi qu'à l'article 230 § 2 de l'Arrêté Royal du 3.7.996 (portant sur l'exécution de la Loi Coordonnée du 14 juillet 1994), selon laquelle :

> *« Pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité professionnelle au cours de l'incapacité, le titulaire doit en faire la demande, préalablement à toute reprise d'activité, au médecin-conseil de son organisme assureur qui peut accorder l'autorisation pour autant qu'elle (l'activité, NDLR) soit compatible avec l'affection en cause.*

Ainsi, les conditions de base pour une reprise partielle sont les suivantes, il faut :

- une reconnaissance d'incapacité de travail au sens de l'article 100§1 de la Loi ASSI avec donc une cessation de toutes les activités de minimum un jour (y compris pour les personnes avec plusieurs temps partiels, les indépendants accessoires, …),

- un taux d'incapacité d'au moins 50 % d'un point de vue médical, c'est-à-dire qu'une justification médicale est nécessaire pour l'instauration de cette reprise partielle (le but n'étant pas de prolonger une incapacité de travail qui n'existerait plus),

- une compatibilité de l'activité avec la santé de l'intéressé, c'est-à-dire que l'activité ne doit pas mettre en péril la santé du patient.

Il importe que le patient fasse la demande de cette autorisation au médecin-conseil, avec la communication de toutes les données relatives au travail qu'il souhaite exécuter (la nature du travail, le nombre d'heures de travail par semaine, les jours où le patient souhaite travailler, l'employeur, ...) car l'INAMI est très exigeant vis-à-vis de la précision de l'autorisation quant aux conditions de la reprise.

En outre, sont indispensables à la mise en place de cette reprise partielle : l'accord de l'employeur (l'employeur peut refuser pour n'importe quel motif) en concertation avec le médecin du travail, et le fait d'avoir prévenu le médecin-conseil au plus tard la veille de la reprise (premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise) et, dans le même délai, avoir introduit auprès de lu*i* une demande d'autorisation d'exercer cette activité au cours de l'incapacité. [11]

Pour mémoire, dans le cadre d'une reprise partielle, une autorisation du médecin-conseil **est nécessaire** pour :	Cependant, dans le cadre d'une reprise partielle, une autorisation du médecin-conseil **n'est pas nécessaire** pour :
- toute <u>activité professionnelle</u> partielle comme salarié ou indépendant - tout <u>soin</u> à des personnes âgées ou à des enfants (sauf s'il s'agit de membre de sa famille) *Ex : garde-malade, baby-sitter* - toute activité avec une « <u>valeur économique</u> », au sens d'une augmentation du patrimoine *Ex : refaire sa toiture* - tout travail bénévole <u>hors législation spécifique</u>, avec ou sans rémunération *Ex : pompier volontaire ; volontaire dans une ASBL dont l'activité n'est donc pas réellement connue* - tout suivi de cours <u>avec</u> stage en entreprise - toutes <u>activité en politique</u> (sauf conseiller communal) *Ex : bourgmestre, échevin, président de CPAS.*	- une <u>participation normale à la vie citoyenne</u> *Ex : sortir ses poubelles, soigner un membre de sa famille ; avoir des contacts sociaux (comme faire des visites ou rencontrer des malades ou des handicapés)* - les <u>tâches ménagères</u> habituelles de sa propre famille et l'entretien normal de sa propre maison - le travail <u>bénévole au sens de la loi sur le volontariat</u>[36] *Ex : travail dans toutes les ASBL qui entrent dans cette législation* - le suivi de formations ou de cours <u>sans</u> stage.

Tableau largement inspiré de la présentation « Une reprise partielle après un cancer » du Dr Seinlet (Société de Médecine Générale) et du Dr Laurent (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) lors du colloque « Et le boulot, ça va ? » du 10/11/2012. Powerpoint intitulé « 2012_Divers_Vignette3.pdf » et disponible sur le site de la SSMG pour ses membres.

En cas de doute, il est évidemment possible de poser la question au médecin-conseil de sa mutuelle.

B.2/ <u>Plus concrètement</u>

Pour commencer, il faut sortir de l'amalgame linguistique qui survient souvent au sujet de la notion du « travail à mi-temps ». Le pourcentage de minimum 50% de perte de capacité, mentionné

[36] Pour faire du volontariat, le patient en incapacité de travail ne doit pas obligatoirement obtenir une autorisation du médecin-conseil. En effet, *« le travail volontaire au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité, à condition que le médecin-conseil constate que cette activité est compatible avec l'état de santé général de l'intéressé »* (article 100 de la Loi Coordonnée du 14.7.1994).

par la législation, se rapporte à la situation médicale du patient et non pas au temps de travail autorisé par le médecin-conseil.[37] Ainsi, il est préférable de parler de « reprise du travail à temps partiel » ou de « reprise partielle ».

Pour la plupart des patients qui arrivent au terme d'une période d'incapacité de travail, la reprise totale de leur ancienne activité professionnelle se fait sans encombre. Cependant, pour les patients qui ne peuvent pas reprendre immédiatement leur ancien travail à temps plein, cette reprise est beaucoup moins évidente. La reprise partielle pourrait alors être une solide aide à la réinsertion socio-professionnelle de ces personnes (voir l'analyse faite par l'INAMI à ce sujet en juin 2012 [ANNEXE 4]). La possibilité de reprise du travail à temps partiel, prévue par l'ASSI, est donc, pour un bon nombre de cas, une bonne étape intermédiaire entre l'incapacité totale de travail et la reprise d'un travail à temps plein. On parle alors de « reprise progressive ». Dans certains autres cas, la reprise du travail à temps partiel sera le maximum que pourra réaliser le patient. Il s'agira alors d'une « reprise partielle de longue durée ».

L'avantage principal de l'employeur est que celui-ci ne doit pas payer de salaire garanti en cas d'absence du travailleur pendant une reprise partielle puisque, dans ce cas-là, la mutuelle reprendra entièrement son rôle d'indemnisation.

Les avantages pour le patient sont nombreux. Il y a des avantages sur le plan médical (réduction du temps de travail) mais aussi social (maintien des contacts sociaux et de l'insertion dans le monde du travail), familial (sentiment d'utilité et de respect, image positive par rapport à l'entourage) et économique (« autonomie » financière). Pour information, d'un point de vue financier, le patient perçoit un peu plus que pendant l'incapacité de travail totale mais un peu moins que pendant le travail complet. Les indemnités dont bénéficie un titulaire son éventuellement réduites en fonction du montant du revenu professionnel issu du travail autorisé.[38]

En principe, l'intéressé doit être à nouveau convoqué par le médecin-conseil pour un examen médical 6 mois après la reprise de l'activité autorisée pour évaluer, entre autres, si le travailleur répond toujours aux critères de l'article 100 et si le travail autorisé n'a, effectivement, toujours pas de conséquence sur l'état de santé du patient.[39]

[37] Par exemple, un 3/4 temps, un 4/5e ou autre peut être envisagé selon les aspirations du patient et les possibilités de l'employeur

[38] Pour les petits salaires, la reprise partielle est très intéressante car un cumul complet est possible, dans certaines limites, entre les indemnités de maladie et le salaire du travail à temps partiel ; pour les salaires moyens, il se peut qu'une reprise partielle n'apporte pas d'avantage financier par rapport à la somme perçue en cas d'incapacité complète ; pour les hauts salaires, une reprise partielle peut être plus élevée que les indemnités de maladie. Ainsi, l'influence sur le montant de l'indemnité de maladie augmente à mesure que le revenu professionnel est plus élevé (article 230 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996).

[39] Néanmoins, cet examen peut avoir lieu à une date ultérieure si les données du dossier médical de l'intéressé le permettent.

3.6. La réadaptation socio-professionnelle

A/ La vignette clinique

Monsieur H, 28 ans, est préparateur sportif passionné de haut niveau. Cependant, l'année passée, suite à une diminution soudaine de la motricité de son bras droit, on lui a diagnostiqué une sclérose en plaque. Depuis, il a noté que ses crises sont devenues plus fréquentes lorsqu'il fournit des efforts physiques importants, raison pour laquelle il est en incapacité de travail depuis 8 mois.

Monsieur H est une personne au caractère bien trempé, qui ne veut se laisser abattre en aucun cas. Il s'est énormément renseigné sur sa maladie, en connait donc son évolution en théorie ainsi que son pronostic. Il refuse néanmoins de rester en incapacité de travail et souhaite *« se reconvertir »*.

En effet, il aime le contact avec les jeunes et *« motiver les troupes »*, c'est pourquoi il pense à devenir enseignant dans le secondaire inférieur, métier avec lequel il avait fortement hésité avant de devenir préparateur sportif. Le médecin-conseil lui a parlé d'une possible réadaptation professionnelle.

B/ L'explication

B.1/ La terminologie [12]

Outre la reprise partielle du travail, la réinsertion socio-professionnelle d'un patient en incapacité de travail peut prendre la forme d'une « réhabilitation » ou d'une « réorientation / réadaptation » professionnelles. Dans les deux cas, la réinsertion socio-professionnelle permet une réintégration de la personne en incapacité de travail dans le circuit professionnel soit via un réajustement de son niveau de connaissances, soit via l'acquisition de nouvelles qualifications. Cette réinsertion peut également apporter des avantages sur le plan social, psychologique, professionnel et financier.

La « réhabilitation professionnelle » s'adresse aux titulaires en incapacité de travail dont l'état de santé leur a fait perdre la capacité d'exercer leur dernier métier mais qui ont conservé des capacités pour leur marché de référence. Elle vise l'acquisition de nouvelles compétences dans le cadre de cette profession de référence et les nécessaires « remises à niveau » de ces personnes. On parle d'adaptation des qualifications de celles-ci à une nouvelle situation. Ces personnes sont donc aptes à travailler (par exemple, par une familiarisation avec le poste de travail, ou par une remise à niveau des connaissances dans une profession de référence).

La « réorientation professionnelle » ou « réadaptation professionnelle » s'adresse aux titulaires dont l'état de santé leur a fait perdre la capacité d'exercer leur dernier métier ainsi que leurs professions de référence, mais qui ont conservé la capacité d'exercer une autre profession

(capacité résiduelle). Elle vise l'acquisition de compétences nécessaires à l'exercice d'une nouvelle profession et les nécessaires formations de ces personnes. On parle d'acquisition d'une nouvelle qualification grâce à une formation. Ces personnes sont donc en incapacité complète de travail tant qu'elles n'ont pas acquis de nouvelles compétences.

Il faut donc garder à l'esprit qu'une personne inapte au travail n'est pas inapte à tout et qu'elle garde des possibilité de se développer et d'acquérir de nouvelles qualification ou de nouvelles compétences.

B.2/ Le dossier de réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle concerne toute personne qui a perdu plus de 2/3 de sa capacité de gain sur son marché du travail de référence. Elle peut donc déjà démarrer pendant la période d'incapacité de travail primaire car plus longue est la période d'incapacité de travail sans activité, moins grandes sont les chances de réinsertion socio-professionnelle.[40]

Le rôle du médecin-conseil est fondamental dans la réadaptation professionnelle. Pour rappel, toute demande de réinsertion professionnelle doit passer par lui. En effet, c'est le médecin-conseil qui va introduire un dossier de demande, le « Dossier de Réadaptation Professionnelle »[41], à la CSCMI (Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité) de l'INAMI pour approbation.

Ceci se fait suite à une phase d'orientation au cours de laquelle un examen d'orientation professionnelle (avec un médecin, un ergologue, un psychologue, ...) évalue la motivation du patient, ses aspirations et les possibilités d'aboutir à une formation qualifiante sur le marché de l'emploi en tenant compte des possibilités propres au patient. Elle vérifie également si les conditions médicales sont compatibles avec ces aspirations.[42]

Si la requête est acceptée, le patient passe en phase de réadaptation professionnelle qui est valable pour un an.

Après quoi, il passe dans la troisième phase, qui est la phase d'évaluation et de prolongation éventuelle.

---

[40] Au niveau de la fréquence, par exemple à la Mutualité Chrétienne, il y a de 350 à 400 patients en cours de réadaptation professionnelle par an.

[41] Le Dossier de Réadaptation Professionnelle est composé de plusieurs rubriques qui seront remplies au fur et à mesure de l'avancement dans les phases du processus. Y sont repris, entre autres : l'identification des demandeurs (patient et médecin-conseil), les données médicales du patient, ses données socio-professionnelles, ses données sociales, l'examen d'orientation professionnelle, le programme concret de réadaptation professionnelle et son accompagnement, les frais (intervention de l'organisme assureur et éventuelles autres instances), l'avis final, les éventuelles prolongation, modification ou cessation du projet et enfin l'évaluation de la période de réintégration (à la fin de cette phase et après 6 mois).

[42] Pour la phase d'orientation (phase 1), ce Dossier de Réadaptation Professionnelle est également destiné au centre d'orientation ou de réadaptation professionnelle concerné.

B.3/ Les types de formation

Les types de formations possibles sont les suivantes : toute forme de scolarité qui mène à une qualification précise, tout contrat spécial d'apprentissage avec stage en entreprise ou une réadaptation dans un centre de réadaptation professionnelle spécialisé ou dans d'autres centres comme le C.T.R. (Centre de Traumatologie et de Réadaptation). A noter que, dans le cadre de la réinsertion socio-professionnelle, ce genre de centres ne sont pas légion ; d'autant plus que le C.T.R. ne s'occupe, en général, pas de former le patient à une nouvelle orientation.[43]

Pour ces formations, suite à une nouvelle convention[44], les mutuelles peuvent donc dorénavant aussi faire appel à des organismes comme Actiris (Bruxelles), l'ONEM, le FOREM et l'AWIPH (Wallonie) ainsi que le VDAB (Flandre).[45] Il s'agit alors d'une collaboration où tout le monde est gagnant [13] car ces structures ont donc l'avantage de déjà fonctionner correctement en orientant et en proposant la formation adéquate.

B.4/ Le point de vue financier

En cas d'approbation de la prise en charge du programme de réadaptation professionnelle par le CSCMI, la branche « réadaptation professionnelle » de l'Assurance Indemnités de l'INAMI couvre l'ensemble des frais inhérents à la formation de l'intéressé.

Au niveau légal, il y a également la « présomption légale d'incapacité de travail » qui prévoit la continuité du versement des indemnités d'incapacité de travail au patient durant toute la période de réadaptation professionnelle acceptée par la CSCMI.

En effet, selon l'article 239 § 2 de l'arrêté royal de l'ASSI du 3.7.996, l'indemnisation de l'incapacité de travail du patient est acquise lors de cette procédure de réadaptation :

> *« Sont censés maintenir le degré d'incapacité de travail requis, les titulaires en état d'incapacité de travail, pendant la période au cours de laquelle ils suivent un programme de rééducation fonctionnelle approuvé par le Collège des médecins-directeurs, ou un programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité. »*

De plus, il existe également des avantages qui sont octroyés par l'INAMI pendant et à la fin de la formation. Ainsi, le titulaire peut bénéficier d'une prime de 5 € par heure de formation effectivement suivie et, si le programme s'achève avec succès, l'intéressé a droit à une allocation forfaitaire de fin de formation de 500 €, aussi appelée allocation ou prime de succès.

---

[43] Sauf pour les traumatisés médullaires.

[44] Cette convention représente la première étape de concrétisation de la collaboration entre l'INAMI et les différents services pour l'emploi et la formation ainsi que les services pour l'intégration des personnes handicapées en Wallonie.
En Flandre, une convention similaire a également déjà été signée en début 2011. Le processus pour la Région bruxelloise et la Communauté germanophone est encore en cours de procédure.

[45] Actiris (anciennement Orbem) : Office Régional Bruxellois de l'EMploi / ONEM : Office National de l'EMploi / FOREM : Service Public Wallon de l'EMploi et de la FORmation / VDAB : Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (Office Flamand de l'Emploi et de la Formation professionnelle) / AWIPH : Agence Wallone pour l'Intégration des Personnes Handicapées.

A noter qu'une sanction de diminution de 10% des indemnités existe si un patient fait preuve d'une très mauvaise volonté par rapport à une formation professionnelle proposée et acceptée.

Au terme d'une réadaptation réussie, la personne aura donc acquis de nouvelles qualifications. Le médecin-conseil devra en tenir compte pour évaluer l'aptitude à reprendre le travail.

3.7. Les formulaires de remboursement des médicaments

A/ La vignette clinique

Madame Z est une patiente de 68 ans sous morphine pour des douleurs chroniques. Des laxatifs semblent indispensables pour lui permettre de pallier la constipation inévitable engendrée par ces opiacés. Cependant la patiente m'avoue ne pas avoir les moyens d'acheter chaque semaine une boite de laxatifs pour la soulager.

Je me dis qu'il devrait y avoir quelque chose de prévu à cet effet pour l'aider financièrement et cherche un éventuel formulaire de remboursement. Après de nombreuses recherches infructueuses, je me rends compte qu'il n'y a rien de prévu pour ce cas particulier et je sais qu'une simple demande de remboursement écrite sur du papier à lettre sera refusée.

Je contacte alors la centrale de l'organisme assureur de ma patiente mais je n'arrive pas à négocier avec la personne que j'ai en ligne pour qu'un remboursement de ces laxatifs puisse être octroyé à ma patiente, et ce, même en partie, tant qu'un formulaire officiel (inexistant!) n'est pas rempli comme il se doit.

B/ L'explication

B.1/ La Commission de Remboursement des Médicaments (CRM)

Au niveau du Service des Soins de Santé de l'INAMI :

« La Commission de Remboursement des Médicaments formule des propositions d'extension de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, donne des avis en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques et formule des propositions de règles interprétatives concernant ce remboursement. » [6]

Pour un certain nombre de médicaments, les demandes de remboursements se font selon des critères précis. Il est important de noter que ceux-ci sont décidés à l'INAMI et pas par l'INAMI.

En effet, l'organe paritaire décisionnel pour les critères de remboursement est composé de médecins praticiens, de pharmaciens, de représentants des organismes assureurs et de membres disposant d'un mandat académique dans des universités belges et d'une connaissance spécialisée en pharmacologie.

Les propositions de remboursements ne se font donc pas par le médecin-conseil, mais s'exercent plutôt par un groupe de travail permanent au niveau du Service des Soins de Santé de l'INAMI.

Au final, c'est le Ministre des Affaires Sociales qui « décide ». Il s'agit d'une exception au système car il n'y a pas de passage par le Comité d'Assurance.

B.2/ Les Conseils Techniques

En effet, pour d'autres secteurs, la procédure est la suivante. Au niveau du Service des Soins de Santé :

> *« Les Conseils Techniques (médical, dentaire, pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'hospitalisation, des implants) formulent notamment des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé. » [6]*
>
> Prenons un exemple : le cas de remboursement des soins de santé qui concerne la kinésithérapie
>
> 1) La proposition des remboursements se fait par le *Conseil Technique de la Kinésithérapie (C.T.K.)* où siègent des kinésithérapeutes, des médecins et des représentants des mutuelles.
>
> 2) L'avis part au *Comité de l'Assurance* qui est composé des dispensateurs de soins (il y a, au moins, un représentant de chaque secteur dont : médecine générale, médecine spécialisée, kinésithérapie, art infirmier, dentisterie, logopédie, représentant de chaises roulantes, ...), des mutualités et des représentants de l'industrie du médicament (dont l'avis est consultatif). Ce Comité décide alors d'approuver ou non les propositions.
>
> 3) Cette décision est ensuite envoyée au *Cabinet des Affaires Sociales* à qui revient la décision finale (en pratique, il n'arrive qu'exceptionnellement qu'il refuse les décisions prises par le Comité d'Assurance).
>
> 4) En cas d'avis positif, la décision part au *Moniteur Belge* qui publie la décision sous forme d'un Arrêté Royal d'exécution.

Ainsi, les décisions partent d'organes où les dispensateurs de soins sont présents et ont leur mot à dire.

B.3/ La demande de remboursement des médicaments et le(s) formulaire(s) nécessaire(s)

Et en pratique ? Comment trouver *le* formulaire dont on a besoin ? Et s'il n'existe pas, que faire ?

La première étape, facile et rapide, pour trouver un formulaire de remboursement est d'aller le chercher sur le site internet du C.B.I.P (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) (www.cbip.be). En quelques clics, les formulaires de remboursements des médicaments les plus courants sont ainsi aisément retrouvés. [ANNEXE 5]

Le site internet de l'INAMI (Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité) (www.inami.be) peut également nous aider dans cette recherche de formulaire de demande de remboursement. [ANNEXE 6]

Dans les cas où le formulaire n'existe pas, ou tout simplement si nous n'arrivons pas à trouver le formulaire ad hoc, il est important de savoir qu'il existe un Service Administratif dans chaque mutuelle[46] qui permet d'avoir facilement une réponse par contact téléphonique. Ce service

[46] Voir point 6. « Annexes / Outils Pratiques ».

est composé de secrétaires qui aident les médecins-conseils dans les demandes qui sont introduites.

Lorsqu'un médecin traitant fait appel à ces Services de l'Administration Médecin-Conseil, les employés sont chargés soit d'apporter une réponse immédiate, lorsque cela est possible, soit de demander de quel sujet il s'agit et de quel assuré il s'agit.

A ce stade, le secrétaire administratif est peut-être déjà apte à nous répondre (ex : envoyer par fax le formulaire en question).

Si nécessaire, il peut contacter le médecin-conseil concerné qui, dans les cas où il n'y a pas de réglementation applicable, peut, au vu des éléments communiqués, se charger de trouver une piste de solution. Sans oublier que le médecin-conseil n'a pas de pouvoir de dérogation par rapport aux décisions prises à l'INAMI mais qu'il a le devoir de chercher une solution ou, du moins, d'ouvrir les pistes possibles à la situation problématique qui lui est présentée.

Il est important de signaler les horaires auxquels nous sommes joignables pour le médecin-conseil afin qu'il puisse facilement nous contacter.

Dans les cas où il n'y a pas de solution, le médecin généraliste peut se charger d'envoyer un dossier à la mutuelle qui l'enverra à son tour au Conseil Technique concerné ou éventuellement au Fonds Spécial de Solidarité.

B.4/ <u>Le Fonds Spécial de Solidarité (FSS)</u>

Ce Fonds Spécial de Solidarité trouve naissance dans les années 90 où apparaissent plusieurs demandes d'interventions pour des traitements particuliers ou des médicaments spécifiques qui, n'ayant pas encore fait l'objet de négociations, ne sont pas encore repris dans la nomenclature mais n'en sont, néanmoins, pas moins dignes d'intérêt.

> *« Le FSS est un filet de protection supplémentaire à la couverture "ordinaire" de l'assurance soins de santé. (...) C'est le Collège des médecins-directeurs qui décide d'accorder des interventions et qui en fixe le montant. Ce Collège est composé des médecins directeurs (ou de leurs représentants) de chaque organisme assureur et de médecins de l'INAMI. (...) Le Collège des médecins-directeurs peut accorder une intervention financière dans le cadre du Fonds Spécial de Solidarité pour les prestations inscrites sur la liste limitative des prestations médicales innovantes.» [19]*

Le Fonds Spécial de Solidarité est donc géré par l'INAMI dans le Service des Soins de Santé au niveau du Collège des Médecins-Directeurs des Organismes Assureurs.

Il dispose d'un budget annuel limité, ce qui signifie que le respect de toutes les conditions particulières sont cependant nécessaires, entre autres, une prestation médicale : d'un intérêt vital, ayant prouvé son efficacité et peu fréquente, intéressant un petit nombre d'assurés.[47]

[47] Indication rare, maladie rare qui nécessite des soins continus et complexes ; demande portant sur des dispositifs médicaux et/ou des prestations qui sont des techniques médicales innovantes - à l'exclusion des médicaments -, de maladie chronique très lourde chez l'enfant, de soins administrés à l'étranger.

Aussi, avant de faire appel au Fonds Spécial de Solidarité, le patient doit avoir épuisé toutes les possibilités de remboursement : assurance obligatoire soins de santé, autre législation relative aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux personnes handicapées et assurances privées (assurance hospitalisation, assurance complémentaire...) en Belgique ou ailleurs dans le monde.

A noter qu'il ne s'agit pas de l'Aide Aux Malades qui est propre à chaque mutuelle et qui trouve sa place dans le cadre de l'assurance complémentaire. En effet, celle-ci couvre des éléments de soins de santé normalement non-couvertes par l'assurance obligatoire.

B.5/ Suite de la vignette clinique

Dans un premier temps, je me suis donc rendue compte que les laxatifs n'étaient pas remboursables de manière classique chez ma patiente.

J'ai donc contacté un médecin-conseil d'une mutuelle qui m'a exposé plusieurs options : l'introduction d'un dossier à la mutualité, qui pourra proposer une préparation magistrale ; l'introduction d'un dossier au Fonds Spécial de Solidarité et la recherche au niveau de l'assurance complémentaire (Fonds d'Aide aux Malades).

Dans un second temps, celui-ci m'a également proposé, en cas d'échec de ces options, d'écrire au président Conseil Technique concerné[48] ou d'introduire un dossier via la mutualité, qui enverra le dossier au secrétariat national, afin d'envisager la possibilité d'une évolution de la nomenclature.

[48] A l'INAMI : Avenue de Tervueren 211 -1150 Bruxelles.

4. COLLABORATION ENTRE MÉDECIN-GÉNÉRALISTE ET MÉDECIN-CONSEIL

Les champs de collaboration couvrent tout ce qui concerne l'incapacité de travail et les soins de santé du patient.

4.1. Quels sont les facteurs limitants de cette collaboration / communication ?

Voici quelques facteurs limitants fréquents sur lesquels il est possible d'agir.

A/ La crainte réciproque / la méconnaissance de l'autre

Du point de vue du médecin généraliste, de manière générale, celui-ci pourrait parfois redouter de faire perdre son temps au médecin-conseil, de passer pour un ignorant ou tout simplement de se faire contrôler. Du point de vue du médecin-conseil, celui-ci pourrait craindre de donner un avis qui serait mal utilisé par le généraliste, tout simplement parce qu'il n'a pas tous les éléments en main.

Le médecin généraliste devrait pouvoir donner toute l'information en sa possession au médecin-conseil lorsqu'il lui pose une question (c'est-à-dire ne rien lui « cacher » de ce qu'il sait au sujet du patient). Le médecin-conseil pourra alors répondre au mieux avec la mention *« dans le cas que vous me décrivez, je réponds... ».*

De manière générale, la méconnaissance de l'autre peut faire que l'on ait cette appréhension réciproque. De notre place de généraliste, il est toujours possible d'améliorer le système en ayant une meilleure information sur le rôle, autre que celui de contrôle, du médecin-conseil, c'est-à-dire accentuée sur son rôle d'information, de conseil et de guide.

B/ L'élément temps/disponibilité

Cet élément est un faux facteur limitant car prendre du temps à l'instant présent, c'est en gagner par après. On pourrait dès lors parler « d'investissement » du temps de chacun.

C/ La difficulté de contact avec le médecin-conseil

Lorsque le médecin généraliste essaye de contacter le médecin-conseil et que celui-ci n'est pas disponible, il ne faut évidemment pas considérer cela comme un affront.

Des procédures existent dans chaque organisme assureur pour prendre note de l'appel et pour en assurer le suivi.

En effet, lorsqu'un médecin a une question précise, il peut la poser au service administratif qui, s'il ne sait pas y répondre à l'instant présent doit demander : le nom de l'affilié, le nom du médecin et son numéro de téléphone. Ne surtout pas oublier de donner un créneau horaire où le médecin-conseil peut nous recontacter.

Dans les cas où le secrétariat ne pose pas ces questions, à nous de lui communiquer spontanément ces informations. Le tout est de savoir que cette procédure existe mais qu'elle n'est pas systématiquement appliquée.

D/ L'ignorance de l'identité du médecin-conseil par le généraliste

Le généraliste est souvent mis en difficulté quand il ne sait pas à qui il doit s'adresser. Dans les cas où une question concerne un médecin-conseil en particulier sur un sujet particulier, l'identité du médecin-conseil est, en effet, indispensable.

Il faut savoir que l'administration de la mutuelle peut toujours aider d'une manière ou d'une autre les dispensateurs de soins à retrouver le nom d'un médecin-conseil (via le lieu et le jour d'une convocation, via le problème de remboursement et l'identité de l'affilié concerné, etc).

4.2. Qu'est-ce qui pourrait améliorer cette collaboration ?

Quelques pistes d'amélioration de cette collaboration ont été décrites plus haut, en lien avec les facteurs limitants les plus fréquents.

Il faut ajouter à cela que cette meilleure collaboration pourrait se faire en « dé-diabolisant » le médecin-conseil et en rassurant nos patients qui sont convoqués chez lui. N'oublions pas l'impact que peut avoir notre réaction (verbale ou non-verbale) pour le patient qui nous annonce être convoqué par le médecin-conseil. En effet, lors de mes co-consultations avec le Docteur Debaene, médecin-conseil « de terrain », j'ai été frappée par l'appréhension et/ou l'agressivité que présentaient déjà certains patients avant même de commencer la consultation proprement dite. Le climat était en général tendu sauf pour les patients qui avaient été au préalable rassurés soit par leur médecin traitant, soit par une expérience antérieure. Tenter de mettre le patient dans de bonnes dispositions à la consultation me semble donc un point primordial.

Les divers contacts entre les généralistes et les médecins-conseils via les GLEM (Groupe Local d'Evaluation Médicale), les « Dodécagroupes », les formations continues, etc, permettent des échanges et peuvent également démystifier le rôle du médecin-conseil et le faux a priori que l'on pourrait avoir sur sa fonction « contrôleuse ».

4.3. Et en pratique, comment communiquer mieux ?

Même s'il n'y a pas de méthode définie pour cette communication, tous les moyens sont bons, pourvu que l'on reste disponible et ouvert à ceux-ci.

En premier lieu, il serait judicieux de privilégier le contact téléphonique qui n'est pas assez fréquent en pratique. De plus, le contact direct permet souvent de mieux se connaitre et de favoriser toute communication future.

Ensuite, le courrier a évidemment une place importante dans cette communication. La lettre destinée au médecin-conseil peut être envoyée par voie postale ou tout simplement remise en mains propres au patient qui doit se présenter à une convocation du médecin-conseil. Cette note tient une fonction primordiale dans la bonne prise en charge du patient. Il ne faut surtout pas sous-estimer l'impact que celle-ci peut avoir sur la compréhension de la situation par le médecin-conseil.

De plus, le médecin-conseil est souvent demandeur d'un maximum d'éléments médicaux car il est nécessaire qu'il puisse prouver tout élément contenu dans tout dossier.

En parallèle, il est possible de proposer au patient de tenir un « carnet de bord » avec toutes les informations (numéros de téléphone ou de fax, adresses mails, etc.) concernant les différents intervenants (généraliste, médecin-conseil, médecin du travail, syndicat, avocat, psychologues, spécialistes) qu'il rencontre dans le cadre de ses soins de santé, et ce, afin de faciliter la communication entre ceux-ci à son profit.

Enfin, la voie électronique peut être envisagée ; certainement pour toutes les questions d'ordre général (c'est-à-dire sans nommer le patient concerné) ou pour convenir d'un créneau horaire pour un contact téléphonique mais éventuellement pour les questions nécessitant le secret médical dans le futur (lorsqu'il existera une manière sécurisée de le faire). Des projets sont à l'étude concernant une « chatbox » destinée aux généralistes, médecins-conseils et médecins du travail.

5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Après une partie théorique concernant le système de sécurité sociale et le médecin-conseil, les thématiques les plus fréquentes en médecine générale ont été abordées en pratique via des vignettes cliniques. Des pistes pour une meilleure collaboration entre le médecin généraliste et le médecin-conseil ont ensuite été proposées ainsi que des outils pratiques en annexe.

Je n'ai certainement pas été exhaustive mais ai plutôt choisi de reprendre sept situations cliniques courantes qu'il me paraissait important de connaître.

Au bout de ce travail, je me sens déjà beaucoup plus à l'aise dans ce domaine vis-à-vis des patients. Je me suis donc davantage rendue compte de l'importance de ces connaissances dans notre métier de médecin généraliste ainsi que celle de la vision globale du patient, c'est-à-dire organique, psychique et socio-économique, qui est primordiale dans notre bonne prise en charge de celui-ci.

Au cours de l'écriture de ce travail, j'ai senti un intérêt majeur pour collaborer davantage, autant de la part des médecins généralistes que de la part des médecin-conseils ; ce qui m'a semblé de très bon augure pour le futur. Le sentiment fondamental que tout le monde est gagnant dans l'amélioration de la communication pour une meilleure collaboration pour le bien du patient est également quelque chose qui m'a très fort marquée.

Au niveau des perspectives, il me semblerait que ce travail ainsi que ses applications pratiques pourraient servir d'outils à la formation continue et être mis à disposition à un plus grand nombre de médecins, notamment sur internet.

La réflexion en lien avec ce travail pourrait mener à une réévaluation du contenu des cours en relation avec cette matière, éventuellement en partant de vignettes cliniques qui me paraissent de loin plus concrètes par la mise en lien direct de la théorie avec la pratique.

Dans la lignée du travail du Dr Darville sur le médecin du travail et de ce travail sur le médecin-conseil, on pourrait imaginer que d'autres médecins en formation s'intéressent, via un TFE, à d'autres fonctions mal connues telles que celles du médecin d'assurance, du médecin-contrôle de l'employeur, du médecin du chômage, du médecin des allocations familiales, etc.

Enfin, grâce à ce travail, j'espère vous avoir permis de faire plus ample connaissance avec ce confrère qu'est le médecin-conseil, confrère dont on entend beaucoup parler mais que l'on ne rencontre que trop rarement en pratique et ainsi, plutôt que d'avoir le sentiment de travailler l'un contre l'autre, d'avoir favorisé le fait de travailler ensemble pour le bien de nos patients.

6. ANNEXES / OUTILS PRATIQUES

6.1. Outils pratiques

Pour commencer, voici deux outils pratiques à destination des médecins généralistes.

Il y a tout d'abord une proposition de modèle-type de dépliant en triptyque intitulé «Mieux connaître le Médecin-Conseil de la Mutuelle, c'est mieux aider son patient » à proposer sur un site informatisé (en collaboration avec la SSMG ?) qui reprend les grands points de ce TFE.

Ensuite, un dépliant en diptyque reprenant les coordonnées (adresse, numéros de téléphone, numéros de fax, courriels, sites en ligne) de l'INAMI, des mutualités privées principales et des mutualités publiques avec leur éventuel lien URL qui envoie l'utilisateur vers une fenêtre permettant le téléchargement d'un certificat d'incapacité de travail propre à la mutuelle en question.

LES 3 PRINCIPAUX RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les principaux régimes de la Sécurité Sociale sont :
- le régime des travailleurs **salariés** (contrat de travail) et assimilés (chômeurs, etc.),
- le régime des travailleurs **indépendants**,
- le régime du secteur public (**fonctionnaires**).

L'INSTITUT NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

L'INAMI est composé de 4 services opérationnels :
1) Service des **Soins de Santé**
2) Service des **Indemnités**
3) Service d'**Evaluation et de Contrôle Médicaux**
4) Service du **Contrôle Administratif.**

À noter qu'un 5e service se met en place : celui du Fonds des Accidents Médicaux.

LES MISSIONS DU MÉDECIN-CONSEIL

Le médecin-conseil est principalement connu pour les missions suivantes :
- le **contrôle** de l'incapacité de travail,
- le **contrôle** des prestations de santé,

mais il a également et surtout les missions suivantes :
- le **conseil**, l'**information** et le **guide** des assurés sociaux,
- l'**information** aux dispensateurs de soins,
- le **rôle social** (filet social, acteur du réseau de la Sécurité Sociale, orientation des mutualités sur des choix de politiques de santé).

LE CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

La rédaction d'un certificat d'ITT. Idéalement, il faut en rédiger deux :
1) l'un, **destiné à l'employeur** (date de début et date de fin ; aucune donnée médicale donc sans diagnostic),
2) l'autre, **destiné au médecin-conseil de la mutuelle,** (date de début uniquement ; et diagnostic ou symptomatologie).

Le délai d'envoi du certificat médical à la mutuelle.
- **28 jours** calendrier, pour :
  - > les employés
  - > les indépendants
- **14 jours** calendrier, pour :
  - > les ouvriers
- **48 heures**, pour :
  - > les chômeurs et assimilés
  - > les gardien(ne)s d'enfants qui sont affilié(e)s auprès d'un service reconnu ou subventionné
  - > les patients qui sortent de l'hôpital
  - > les patients qui souffrent d'une rechute (concerne les ITT pendant les 14 jours qui suivent l'ITT précédente en période d'incapacité primaire).

Il est important de savoir que l'ITT est constatée par le médecin-conseil mais qu'elle est indemnisée dès la réception par celui-ci d'un certificat rédigé en bonne et due forme.

LA CONVOCATION CHEZ LE MÉDECIN-CONSEIL

La date de la convocation. Celle-ci correspond au moment où il serait raisonnable que le patient ait pu reprendre le travail (importance de la précision du diagnostic donné a médecin-conseil).

La consultation. Idéalement, le patient doit apporter une lettre de son médecin traitant ainsi que des justificatifs ou des rapports spécialisés. ! L'assuré est tenu de réagir aux convocations au risque de se voir privé d'indemnités s'il ne collabore pas !

LA RÈGLE DES 6 MOIS

Pendant les 6 premiers mois, l'incapacité de travail est évaluée par rapport au dernier poste de l'intéressé (pour autant que l'affection qui cause l'incapacité de travail ait une chance d'évolution favorable ou de guérison).

Après 6 mois, l'incapacité de travail est évaluée par rapport aux professions de référence de l'intéressé.

L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL 1AIRE ET L'INVALIDITÉ

La période d'incapacité de travail primaire prend cours à la date du début de l'incapacité de travail et dure maximum un an. Elle est constatée par le **médecin-conseil** lors d'une consultation sur base d'un certificat d'incapacité de travail.

La période d'invalidité prend cours après un an d'incapacité de travail. Elle est constatée par le **CMI** de l'INAMI sur base d'un rapport rédigé par le médecin-conseil.

Le Conseil Médical de l'Invalidité (CMI) est composé :
- de la **CSCMI** (Commission Supérieure du CMI) qui siège au Service des Indemnités de l'INAMI.

  Elle composée des médecins-conseils des différentes mutualités, des médecins-inspecteurs du Service des Indemnités de l'INAMI et des médecins-inspecteurs du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI ;
- des différentes **CRCMI** (Commissions Régionales du CMI) qui effectuent les examens médicaux jugés nécessaires par le CSCMI pour chaque province et la région de Bruxelles.

  Elle est elle-même composée de deux médecins de mutualités différentes ainsi que d'un médecin de l'INAMI.

LA REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL

Les conditions de base pour une reprise partielle sont :
- une cessation de toutes les activités de minimum un jour
- le maintien d'une incapacité de travail avec un taux d'incapacité d'au moins 50 % d'un point de vue médical
- une compatibilité de l'activité avec la santé de l'intéressé.

Il faut également :
- l'accord de l'**employeur** (l'employeur peut refuser pour n'importe quel motif) ;
- et avoir prévenu le **médecin-conseil** au plus tard la veille de la reprise (l'autorisation du médecin-conseil restant de mise).

LA READAPTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Pour qui ? Elle s'adresse aux titulaires dont l'état de santé leur a fait perdre la capacité d'exercer leur dernier métier ainsi que leurs professions de référence, mais qui ont conservé la capacité d'exercer une autre profession.

Pour quoi ? Elle vise l'acquisition de compétences nécessaires à l'exercice d'une nouvelle profession et les nécessaires formations de ces personnes.

La présomption légale d'incapacité de travail. La loi prévoit que ces personnes restent en incapacité complète de travail durant toute la période de réadaptation professionnelle acceptée par la CSCMI et donc la continuité de l'octroi de leurs indemnités d'incapacité de travail.

Les incitants financiers. Outre le maintien de ses indemnités, le patient a droit à une prime horaire de 5 € ainsi qu'à une prime de fin de réadaptation professionnelles de 500 € devant permettre une réinsertion plus aisée.

LES FORMULAIRES DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Les formulaires de remboursement de certains médicaments sont disponibles en ligne :
- sur le **site du C.B.I.P** (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique) (www.cbip.be)
- ou sur le **site de l'INAMI** (Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité) (www.inami.be)

En cas de difficulté, il faut savoir qu'il existe un **Service Administratif** dans chaque mutuelle qui peut nous aider.

Dans les cas où il n'y a pas de réglementation applicable, ce service a la possibilité de contacter le **médecin-conseil** concerné qui peut se charger de trouver une piste de solution.

Dans les cas où il n'y a pas de solution, le médecin généraliste peut se charger d'envoyer un dossier à la mutuelle qui l'enverra à son tour au **Conseil Technique** concerné ou éventuellement au **Fonds Spécial de Solidarité**.

Réalisation : Dr DIEP Huynh Y-Nhi
Image : DIEP Tu Ky Son
04/2013

Mieux connaître le Médecin-Conseil de la Mutuelle, c'est mieux aider son patient

Vers une meilleure connaissance
du Médecin-Conseil de la Mutuelle
par le Médecin Généraliste
pour une meilleure communication
au profit du patient

INAMI et Mutualités principales de Bruxelles	Téléphones et Fax	Courriels et Sites en ligne	Certificats d'ITT téléchargeables *(Mise à jour au 17/04/2013)*
INAMI			
Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité Avenue de Tervueren 211 -1150 Bruxelles	Tel.: 02 739 71 11 Fax: 02 739 72 91	communication@inami.fgov.be www.inami.be	
Mutualités Chrétiennes (1)**			
Alliance nationale des mutualités chrétiennes (100) Chaussée de Haecht 579, B.P. 40 – 1031 Bruxelles	Tel.: 02 246 41 11 Fax: 02 243 20 99	alliance@mc.be www.mc.be	http://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/maladie-accident/incapacite/envoi_certificat.jsp
Mutualité Saint-Michel (135) Boulevard Anspach 111-115 - 1000 Bruxelles	Tél.: 02 501 58 58 Fax: 02 501 58 38	st.michel@mc.be	
Mutualités Neutres (2)**			
Union nationale des mutualités neutres (200) Chaussée de Charleroi 145 - 1060 Bruxelles	Tel.: 02 538 83 00 Fax: 02 538 50 18	info@unmn.be www.mutualites-neutres.be	Pas de certificat téléchargeable.
Symbio. La Mutualité Neutre (206) Avenue de Tervueren 68-70 - 1040 Bruxelles	Tel.: 02 733 97 40 Fax: 02 743 16 94	info@symbio.be www.symbio.be	
Mutualités Socialistes (3)**			
Union nationale des mutualités socialistes (300) Rue Saint-Jean 32-38 - 1000 Bruxelles	Tel.: 02 515 02 11 Fax: 02 515 02 07	unms@mutsoc.be www.mutsoc.be	https://www.fmsb.be/formalites-a-remplir-1
Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant (306) Rue du Midi, 111 - 1000 Bruxelles	Tél.: 02 506 96 11 Fax: 02 514 59 26	mail@fmsb.be	
Union nationale des mutualités libérales (4)**			
Union nationale des mutualités libérales (400) Rue de Livourne 25 - 1050 Bruxelles	Tel.: 02 542 86 00 Fax: 02 542 86 99	info@libmut.be www.libmut.be	Pas de certificat téléchargeable.
Mutualité Libérale du Brabant (403) Place de la Reine 51-52 - 1030 Bruxelles	Tel.: 02 209 48 42 Fax: 02 219 01 54	medi@mut403.be www.mutlibbrab.be	
Mutualités Libres (5)**			
Union nationale des mutualités libres (500) Rue St-Hubert 19 – 1150 Bruxelles	Tel.: 02 778 92 11 Fax: 02 778 94 00	info@mloz.be www.mloz.be	www.securex-mutualite.be/export/sites/default/securex-mut-galleries/securex-mut-attachments/Document_Center_FR/MUT65.pdf
EUROMUT – Mutualité Libre (509) Bd Louis Mettewie 74-76 - 1080 Bruxelles	Tel.: 02 444 41 11 Fax: 02 444 49 99	info@euromut.be www.euromut.be	
PARTENAMUT (527) Bd Anspach 1 - 1000 Bruxelles	Tél.: 02 549 76 00 Fax: 02 223 44 72	www.partenamut.be	
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (600)			
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité Rue du Trône 30 (boîte A) - 1000 Bruxelles	Tel.: 02 229 35 00 Fax: 02 229 35 58	info@caami-hziv.fgov.be www.caami-hziv.fgov.be	Pas de certificat téléchargeable.
Service Médical	Tel.: 02 229 34 96		
Caisse des soins de santé de la SNCB Holding (900)			
Caisse des soins de santé de la SNCB Holding Rue de France 85 - 1060 Bruxelles	Tel.: 02 525 35 57 Fax: 02 525 35 61	900.css-kgv@B-Holding.be	Pas de certificat téléchargeable : Concerne plutôt la Caisse des Indemnités de la SNCB Holding (qui n'est pas dans le régime légal)
Cellule de Gestion Médecin-Directeur	Tel.: 02 525 35 51 Tel.: 02 525 25 62		

6.2. Annexes

ANNEXE 1 : LES TROIS PRINCIPAUX RÉGIMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1) Le régime des travailleurs salariés [1][14][15]

L'ONSS (Office National de Sécurité Sociale) est l'organisme de perception principal. Il perçoit les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs salariés.

Le régime belge de sécurité sociale couvre donc, au moyen de ces cotisations ainsi que d'autres moyens financiers, les sept branches de la sécurité sociale qui disposent chacune d'un organisme semi-public (« institution parastatale »), à savoir :

- l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) qui gère l'assurance soins de santé et indemnités, le service des prestations étant effectué par des organismes assureurs (comme les mutuelles) ;

- l'ONEM (Office National de l'EMploi), les allocations de chômage étant payées par des organismes payeurs (comme les syndicats) ;

- l'ONP (Office National des Pensions) ;

- le FMP (Fonds des Maladies Professionnelles) ;

- le FAT (Fonds des Accidents du Travail ;

- l'ONAFTS (Office Nationale des Allocations Familiales des Travailleurs Salariés) ;

- l'ONVA (Office National des Vacances Annuelles).

A noter que l'Aide Sociale n'appartient pas à la sécurité sociale entendu dans un sens restrictif, mais fait partie de la protection sociale totale de la population belge (allocations pour handicapés, revenu d'intégration sociale, allocations familiales garanties et revenu garanti pour personnes âgées).

2) Le régime des travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants s'affilient auprès d'une Caisse d'Assurances Sociales. Ces caisses ont pour mission de percevoir les cotisations et le cas échéant de les récupérer par voie judiciaire.

L'INASTI (Institut Nationale d'Assurance Sociales pour Travailleurs Indépendants) est compétent pour tout ce qui concerne l'assujettissement et les obligations des travailleurs indépendants. Les recettes globales sont centralisées par l'INASTI qui répartit les recettes entre les trois secteurs pour lesquels les travailleurs indépendants sont assurés, à savoir : les soins de santé et les indemnités d'incapacité de travail et de maternité, gérés également par l'INAMI ; les allocations familiales, redistribuées par les Fonds d'Assurance Sociale ; les pensions, payées par

l'ONP (Office National des Pensions). L'INASTI examine les demandes de pensions et communique la décision d'octroi ou de refus.

3) Le régime du secteur public

Ce régime ne couvre pas toutes les branches de la sécurité sociale (il n'y a, par exemple, pas d'allocations de chômage).

Il concerne deux groupes : le personnel local et provincial et les autres. Pour ceux qui appartiennent à la première catégorie, c'est l'ONSSAPL (Office National de Sécurité Sociale pour les Administrations Provinciales et Locales) qui est l'instance principale de perception et de paiement. Pour les fonctionnaires qui ne sont pas employés par une administration provinciale ou locale, ce sont les autorités agissant comme employeur qui financent les prestations sociales.

ANNEXE 2 : LES QUATRE SERVICES OPÉRATIONNELS DE L'INAMI ET LEUR ORGANE DE GESTION [16]

1) Le Service des Soins de Santé (SDSS)

L'INAMI y élabore les conditions pour le remboursement des prestations de santé et les médicaments, et il en détermine les tarifs (exemple : l'INAMI détermine les montants d'une consultation chez un soignant et du remboursement partiel par la mutualité).

Ce service est composé, entre autres :

- du Comité de l'Assurance soins de santé
- de la CRM (Commission de Remboursement des Médicaments)
- des Conseils Techniques (médical, dentaire, pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'hospitalisation, des implants)
- du Collège des Médecins-Directeurs.

2) Le Service des Indemnités (SI)

L'INAMI y détermine les conditions pour pouvoir obtenir différentes indemnités (maladie, accident, maternité, paternité, adoption) et le calcul des montants de ces indemnités. Cela concerne toute la population active (salariés et indépendants).

Il ouvre également un dossier d'invalidité pour les personnes malades depuis plus d'un an et peut les convoquer pour un examen médical.

Ce service est composé, entre autres :

- de médecins-inspecteurs du SI qui vérifient si les conditions de l'indemnisation des assurés en incapacité de travail sont bien respectées par les médecins-conseils dans le cadre de l'assurance indemnité.
- du CMI (Conseil Médical de l'Invalidité) qui se prononce sur la reconnaissance de l'incapacité de travail en période d'invalidité (au-delà d'un an d'incapacité de travail) et qui est composé lui-même :
  - > de la CS-CMI (Commission Supérieure du CMI) qui siège à l'INAMI
  - > et des différentes CR-CMI (Commissions Régionales du CMI) de chaque province et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale
- du CTM (Conseil Technique Médical).

3) Le Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (SECM)

L'INAMI a pour mission de contrôler aussi bien les mutualités que les professionnels de la santé. Ce contrôle garantit que le système d'assurance belge reste de qualité et financièrement viable. Ce sont, en premier lieu, les professionnels de la santé et les mutualités qui doivent appliquer correctement les règles de l'assurance soins de santé et indemnité. Il importe aussi que le

citoyen fournisse les renseignements exacts pour vérifier son droit au remboursement des frais médicaux et aux indemnités.

L'INAMI veut également informer les professionnels de la santé de manière optimale afin d'assurer des soins de qualité suivant les règles de l'assurance et d'éviter des erreurs administratives.

Ce service est également composé, entre autres :

- des médecins-inspecteurs du SECM qui vérifient si les conditions de remboursement sont bien respectées par les dispensateurs de soins et par les médecins-conseils dans le cadre de l'assurance soins de santé (ce ne sont pas les mêmes médecins-inspecteurs du SI car le SECM nécessite des compétences spécifiques différentes),

- de médecins-inspecteurs responsables de l'évaluation de l'assurance des soins de santé,

- de médecins-inspecteurs responsables de l'information des dispensateurs de soins, de donner des avis et de coordonner la communication externe du SECM.

4) Le Service du Contrôle Administratif (SCA)

La Commission Technique du SCA, composée des représentants des organismes assureurs et des représentants du SCA, veille à la bonne gestion administrative de chaque organisme assureur et à l'application uniforme de la réglementation en matière de soins de santé indemnité au profit des assurés sociaux.

ANNEXE 3 : DROITS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN-CONSEIL ET DE L'ASSURÉ SOCIAL [10]

1) Les droits et obligations du médecin-conseil

Le médecin-conseil a des droits (via son statut) mais il a également des obligations morales et humaines, matérielles, professionnelles et déontologiques.

Les **obligations morales et humaines** qui sous-tendent l'exercice du médecin-conseil sont : l'impartialité, la probité intellectuelle et morale (droiture quant à la loi et à la morale), le respect de la personne dans son droit, la patience et la diligence (soin vigilant, recherche exacte et promptitude d'action), le respect de la dignité humaine et professionnelle dans sa relation avec l'assuré et donc, l'abstention de tous propos qui puisse compromettre cette dignité ou heurter les convictions politiques, philosophiques ou religieuses de l'assuré, l'information du cadre juridique de sa mission, l'assurance d'avoir un langage clair et compréhensible par l'affilié, la circonspection (vigilance par rapport aux actions et aux commentaires quant aux circonstances).

Le bon exercice de la mission du médecin-conseil se font dans les **obligations matérielles** suivantes : des locaux bien équipés comportant le matériel nécessaire garantissant la confidentialité des données médicales (tant au niveau de l'archivage ou du traitement de celles-ci, qu'au niveau du dialogue singulier entre l'assuré social et le médecin-conseil) ainsi que l'interdiction au médecin-conseil d'exercer sa mission dans le cabinet médical d'un établissement de soins ou dans un cabinet médical privé.

Les **obligations professionnelles** qui sous-tendent l'exercice du médecin-conseil sont : l'acquisition et le maintien de sa compétence tant médicale que médico-légale, la limitation de son champ de compétence à son domaine d'expertise, le respect des textes législatifs en vigueur, l'indépendance vis-à-vis de son organisme assureur quant aux décisions médicales, l'interdiction d'exposer aux autorités administratives de son organisme assureur les considérations d'ordre médical qui motivent les décisions qu'il prend, le respect du droit d'une défense contradictoire dans le chef de l'assuré ainsi que le respect des règles et des délais administratifs en matière de convocation, de notification de décision (notification par lettre recommandée du refus pour des raisons médicales en incapacité de travail et notification par lettre normale du refus d'intervention en matière de soins de santé, tous deux avec mention des possibilités d'appel ainsi que les formes et les délais), d'échanges de données, etc.

Le médecin-conseil peut : communiquer aux instances médicales, sanitaires et médico-sociales tous les renseignements pratiques statistiques anonymisés, susceptibles d'aider à l'accomplissement de leur mission ; prendre toutes les dispositions pour soumettre les bénéficiaires aux examens nécessaires à sa mission de contrôle (dans tous les cas, les résultats des examens spéciaux sont communiqués au médecin traitant) ; refuser une mission lorsque son impartialité risque d'être mise en cause, notamment par des liens extra-professionnels avec l'affilié.

Les **obligations déontologiques** qui sous-tendent l'exercice du médecin-conseil sont :

- le secret médical, c'est-à-dire que le médecin-conseil respecte, dans la transmission des données médicales nécessaires à faire valoir les droits sociaux, le principe de la proportionnalité (principe d'adéquation des moyens à un but recherché) et la finalité de ces renseignements,

- les règles de confraternité c'est-à-dire que le médecin-conseil exerce sa mission en liaison avec le médecin traitant, autant au niveau de l'aspect médical (recherche des possibilités de préciser le diagnostic et d'améliorer la thérapeutique) qu'au niveau de l'aspect administratif (obligation de réponse du médecin-conseil à toute demande de renseignements formulée par le médecin traitant à l'occasion d'une décision qu'il a prise).

Cependant, le médecin-conseil ne peut s'immiscer dans le traitement du médecin traitant, ni le modifier.

Aussi, les discussions entre confrères seront d'ordre purement technique, d'égal à égal, en respectant l'éventuel avis divergent. A aucun moment du débat, le médecin-conseil ne portera des jugements de valeur ou dérivera vers des attitudes ou situations polémiques.

2) Les droits et obligations de l'assuré social

L'assuré social a des droits : il peut se faire assister à la consultation du médecin-conseil par son médecin ou une autre personne de son choix, il peut se faire excuser à une convocation moyennant une justification médicale dont seul le médecin-conseil est en mesure d'apprécier le fondement, il est informé des voies de recours pour chaque décision de refus en annexe de la décision avec les modalités d'application et la liste des Tribunaux du Travail compétents et à jour, il peut porter plainte en cas d'accueil ou de traitement inapproprié.

L'assuré social a également des obligations : il a le devoir de se soumettre au contrôle par le médecin-conseil, sous peine d'une sanction (suppression de l'octroi des indemnités), il a également le devoir de faire la preuve de la réalité de son incapacité de travail. C'est dans ce cadre que l'assuré est convoqué à la consultation du médecin-conseil, afin d'y être soumis à un examen physique et, si nécessaire, d'y apporter des renseignements complémentaires soit anamnestiques soit sous forme de rapports / examens médicaux spécialisés.

ANNEXE 4 : L'ANALYSE DE L'INAMI [17]

Selon une étude du 4 juin 2012 faite par le Service des Indemnités l'INAMI et portant sur les *« Reprises de travail à temps partiel autorisées par les médecins conseils pour les travailleurs salariés en incapacité de travail »* pour la période 2009-2010 [16], on remarquera que :

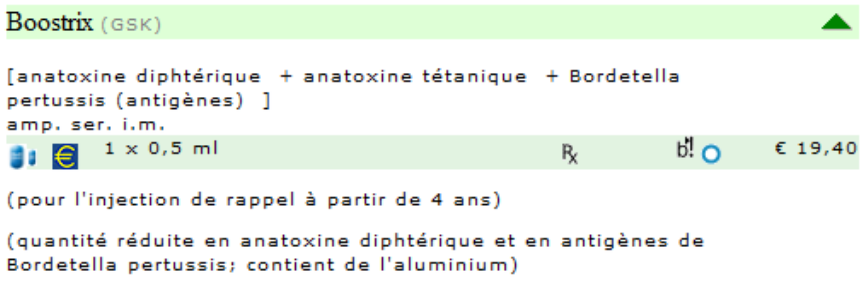
> *« L'octroi d'une autorisation pour réintégrer les titulaires salariés en incapacité de travail via une activité à temps partiel est un instrument utile et fort utilisé par les médecins-conseils.*
>
> *En 2010, 39.341 titulaires en incapacité de travail ont fait usage de la possibilité d'un travail à temps partiel. »*
>
> *« Les troubles psychiques constituent 30,55 % du nombre total d'autorisations. Les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif représentent 22,77 % du nombre d'autorisations. Pour les problèmes oncologiques, ce pourcentage est de 10,82 %.»*
>
> *« Plus de 75 % des titulaires qui entament une activité à temps partiel le font pendant la période d'incapacité de travail primaire. Les autres (24,44 %) entrent dans le système lorsqu'ils sont déjà invalides. »*

Un certain nombre de conditions influencent clairement les résultats au niveau de la réinsertion :

> *« Plus vite le médecin-conseil décide d'autoriser un titulaire salarié à commencer une activité à temps partiel, plus grandes sont ses chances de reprendre son activité. »*
>
> *« Plus courte est la période de reprise autorisée de travail à temps partiel, plus grandes sont les chances de reprise de l'activité. »*
>
> *« Des volumes de travail soutenus entre 10 et 35 heures par semaine, avec un pic entre 15 et 30 heures, donnent les meilleures chances de reprise de travail à temps plein. »*
>
> *« Les principaux groupes de maladies qui sont à l'origine de l'entrée en invalidité* (principalement les troubles psychiques, NDLR) *sont également les groupes de maladies pour lesquels les résultats en matière de reprise de travail sont problématiques. »*

ANNEXE 5 : EXEMPLE : RECHERCHE DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA SPÉCIALITÉ BOOSTRIX ® ; SUR LE SITE DU C.B.I.P.

Sur la page d'accueil du site, cliquer sur la lettre « B » dans la recherche par nom de spécialité. Dans la nouvelle fenêtre, rechercher et cliquer sur le nom de la spécialité. Une nouvelle fenêtre apparait alors avec les informations suivantes :



Dans notre cas, c'est en cliquant sur « b! » puis sur « Formulaire de demande » de la nouvelle fenêtre que nous arriverons au formulaire de demande de remboursement que nous recherchions.

Cela ne vaut, évidemment, que pour les médicaments ayant une autorisation de remboursement.

Pour rappel, en ce qui concerne les catégories de remboursement, les médicaments sont classés en fonction de leur utilité sociale et thérapeutique. La quote-part varie en fonction de la catégorie de remboursement à laquelle appartient le médicament. Ces différentes catégories sont :

- la Catégorie A : les médicaments d'importance vitale pour les patients (traitement de maladies comme le cancer, le diabète, l'épilepsie,…). Ces médicaments sont gratuits pour le patient

- la Catégorie B : les médicaments thérapeutiques (il s'agit entre autres des antibiotiques)

- la Catégorie C : les médicaments agissant sur les symptômes (par exemple certains inhibiteurs d'acide gastrique). Catégorie Cs : par exemple le vaccin contre la grippe. Catégorie Cx : par exemple les contraceptifs

- la Catégorie D : les médicaments qui ne sont pas remboursés. Le patient en paie donc intégralement le prix.

ANNEXE 6 : EXEMPLE : RECHERCHE DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA SPÉCIALITÉ BOOSTRIX® ; SUR LE SITE DE L'INAMI

Sur la page d'accueil du site, choisir « Médicaments » dans l'onglet « Médicaments et autres fournitures pharmaceutiques ».

Dans la nouvelle fenêtre (http://www.inami.fgov.be/drug/fr/drugs/index.htm), apparait un encadré « Accès direct ».

Il est possible alors d'arriver à ce que l'on cherche via le lien « Formulaires de demande réglementaires » qui nous amène à une nouvelle fenêtre reprenant la « liste récapitulative des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles l'autorisation de remboursement ne peut seulement être délivrée qu'après une demande sur base d'un formulaire de demande réglementaire, publié au Moniteur Belge ».

7. REMERCIEMENTS

- Un tout grand merci à mes parents, qui m'ont toujours soutenue dans tous mes projets avec leur force tranquille et leur confiance, ainsi qu'à Anh Hai. Tu seras toujours dans mes pensées et mon cœur.

- Mille mercis au Docteur Breugelmans Anne, promotrice, maître de stage adjoint et collègue à long terme. Merci pour ton éclairage, tes conseils et tes relectures mais également pour ton enthousiasme et ta motivation vis-à-vis du sujet. Ton soutien, ta gentillesse et ton réconfort me sont chers au quotidien.

- Un énorme merci au Docteur Van houte Yves, médecin-directeur du Département Médical de la

Mutualité Chrétienne. Merci pour votre disponibilité et votre ouverture lors de nos rencontres ainsi que pour vos relectures mais aussi, et surtout, merci d'avoir partagé votre savoir ; votre passion pour le sujet m'a impressionnée et m'a motivée à vouloir faire de mon mieux pour faire ressortir le côté « information et avis » du médecin-conseil face à son côté « contrôle ».

- Merci au Docteur Debaene Philippe, médecin-conseil principal de la Fédération Saint-Michel et de la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon, qui m'a permis de participer à ses consultations et de lui poser toutes les questions que je souhaitais.

- Merci au Docteur Hubert Olivier, maître de stage principal et collègue à long terme. Outre pour ta relecture, je souhaite te remercier d'être toujours autant à l'écoute, tant d'un point de vue professionnel que personnel, et de toujours te soucier de notre bien-être. Merci d'être le maître de stage pédagogue que tu es et d'être l'homme ouvert et bienfaisant que tu es.

- Merci au Docteur Beuken Guy, au Docteur De Cartier Thomas, au Docteur Crucifix Jean, au Docteur Provost Myriam, au Docteur Van Gils Pierre-Yves et au Docteur Sautreau Coralie pour leur avis complémentaire à ceux du Docteur Breugelmans Anne et du Docteur Hubert Olivier concernant le choix de mon sujet et son contenu.

- Merci à tous mes collègues de la Maison Médicale Horizons pour votre soutien dans les jours difficiles et votre adaptabilité. C'est un bonheur de pouvoir travailler avec vous.

8. BIBLIOGRAPHIE

[1] FPS Social Security (Service Public Fédéral de Sécurité Sociale), *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale*, Février 2012, disponible sur : http://www.socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/alleswat-je-altijd-al-wilde-weten-over-de-sociale-zekerheid-in-belgie.htm. Consulté le 28/04/2013.

[2] INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), *Missions de l'INAMI*, 2010, disponible sur : http://www.riziv.fgov.be/presentation/fr/missions/index.htm. Consulté le 28/04/2013.

[3] L'Etat Belge, *Loi coordonnée du 14 juillet 1994*, disponible sur : http://www.inami.be/information/fr/regulation/law/index.htm.

[4] L'Etat Belge, *Arrêté royal du 3 juillet 1996*, disponible sur : http://www.inami.fgov.be/information/fr/regulation/KBAR19960703/index.htm.

[5] L'Etat Belge, *20 JUILLET 1967. - Arrêté royal n° 35 portant le statut et le barème des médecins-conseil chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la [loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994]*, disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl.

[6] Conseil national de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale*, Janvier 2013, disponible sur : http://www.ordomedic.be/fr/code/contenu/. Consulté le 28/04/2013.

[7] L'Etat Belge, *8 DECEMBRE 1992. - Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel,* disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1992120832.

[8] L'Etat Belge, *22 AOUT 2002. - Loi relative aux droits du patient*, disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245

[9] L'Etat Belge, *11 AVRIL 1995. - Loi visant à instituer "la charte" de l'assuré social*, disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1995041144&table_name=loi

[10] D. Zamurovic, *Charte du médecin-conseil*, Mars 2011, disponible sur le site de la CAAMI (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité) : http://www.caami-hziv.fgov.be/faq-adviserendgeneesheer-F.htm#info. Consulté le 28/04/2013.

[11] L'Etat Belge, 12 MARS 2013. - Arrêté royal 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, Publication du Moniteur Belge du mardi 2 avril 2013, disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2013/04/02_1.pdf#Page70.

[12] FEB (Fédération des Entreprises de Belgique), INAMI - Task Force 'Incapacité de travail', édition 2011-2012, disponible sur : http://vbo-feb.be/fr-be/Dossiers/Securite-sociale/Incapacite-de-travail-et-maternite/INAMI---Task-Force-Incapacite-de-travail-/. Consulté le 28/04/2013.

[13] JD, Améliorer la réinsertion socio-professionnelle, dans En Marche, n°1489, du 24 janvier 2013, p. 3; disponible sur : http://www.enmarche.be/Services_En_Marche/en%20marche%20PDF/2013/NUMERO1489.pdf. Consulté le 28/04/2013.

[14] CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale), Le régime belge de sécurité sociale (salariés) - « Organisation du régime Belge de Sécurité Sociale », 2011, disponible sur : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique_s1.html. Consulté le 28/04/2013.

[15] INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), L'INAMI sous la loupe, 2007, disponible sur : http://www.riziv.fgov.be/presentation/fr/publications/prospectus/index.htm. Consulté le 28/04/2013.

[16] INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), *Organes de gestion de l'INAMI*, 2010, disponible sur : http://www.riziv.fgov.be/presentation/fr/organes/index.htm. Consulté le 28/04/2013.

[17] Service des Indemnités de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), *Reprises de travail à temps partiel autorisées par les médecins conseils pour les travailleurs salariés en incapacité de travail,* Juin 2012, disponible sur : http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study60/index.htm.

[18] INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité), *Fonds Spécial de Solidarité*, Février 2006, disponible sur : http://www.riziv.fgov.be/care/fr/infos/solidarity/index.htm. Consulté le 28/04/2013.

TABLE DES MATIERES

ABSTRACT 3

1. INTRODUCTION 4

1.1. Choix du sujet 4

1.2. Objectifs 4

1.3. Méthodologie 5

2. DOMAINE DU MÉDECIN-CONSEIL 7

2.1. Historique des mutuelles et mise en contexte 7

A/ Historique [1] 7

B/ Mise en contexte 8

2.2. Formation, statut et missions du médecin-conseil 10

A/ Formation du médecin-conseil 10

B/ Statut du médecin-conseil 10

C/ Missions du médecin-conseil 11

3. VIGNETTES CLINIQUES 16

3.1. Le certificat d'incapacité de travail 16

A/ La vignette clinique 16

B/ L'explication 16

3.2. La convocation chez le médecin-conseil 18

A/ La vignette clinique 18

B/ L'explication 18

3.3. La règle des 6 mois 22

A/ La vignette clinique 22

B/ L'explication 22

3.4. L'incapacité de travail primaire et l'invalidité 25

A/ La vignette clinique 25

B/ L'explication 25

3.5. La reprise partielle du travail 29

A/ La vignette clinique 29

B/ L'explication 29

3.6. La réadaptation socio-professionnelle 32

A/ La vignette clinique 32

B/ L'explication 32
3.7. Les formulaires de remboursement des médicaments 36
A/ La vignette clinique 36
B/ L'explication 36
4. COLLABORATION ENTRE MÉDECIN-GÉNÉRALISTE ET MÉDECIN-CONSEIL 40
4.1. Quels sont les facteurs limitants de cette collaboration / communication ? 40
A/ La crainte réciproque / la méconnaissance de l'autre 40
B/ L'élément temps/disponibilité 40
C/ La difficulté de contact avec le médecin-conseil 40
D/ L'ignorance de l'identité du médecin-conseil par le généraliste 41
4.2. Qu'est-ce qui pourrait améliorer cette collaboration ? 41
4.3. Et en pratique, comment communiquer mieux ? 42
5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 43
6. ANNEXES / OUTILS PRATIQUES 44
6.1. Outils pratiques 44
6.2. Annexes 48
ANNEXE 1 : LES TROIS PRINCIPAUX RÉGIMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 48
ANNEXE 2 : LES QUATRE SERVICES OPÉRATIONNELS DE L'INAMI ET LEUR ORGANE DE 50
GESTION [16] 50
ANNEXE 3 : DROITS ET OBLIGATIONS DU MÉDECIN-CONSEIL ET DE L'ASSURÉ SOCIAL 52
[10] 52
ANNEXE 4 : L'ANALYSE DE L'INAMI [17] 54
ANNEXE 5 : EXEMPLE : RECHERCHE DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA 55
SPÉCIALITÉ BOOSTRIX ® ; SUR LE SITE DU C.B.I.P. 55
ANNEXE 6 : EXEMPLE : RECHERCHE DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR LA 56
SPÉCIALITÉ BOOSTRIX® ; SUR LE SITE DE L'INAMI 56
7. REMERCIEMENTS 57
8. BIBLIOGRAPHIE 58
TABLE DES MATIERES 60