

## IV. Directives aux médecins conseil pour l'organisation du contrôle et de l'évaluation de l'incapacité de travail

### Cadre

La loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 80, 8<sup>o</sup> prévoit que les Comités de gestion de l'assurance indemnités fixent les directives pour l'organisation du contrôle de l'incapacité de travail, sur la base des propositions formulées par le Conseil médical de l'invalidité, après avis du Conseil technique médical visé à l'article 85 de la loi coordonnée susdite.

Lors de sa séance du 3 juillet 2015, la Commission Supérieure du Conseil médical de l'invalidité a approuvé l'avis du Conseil technique médical (note CS 2015/09).

En date du 9 juillet 2015, le Comité de gestion de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, et celui des travailleurs indépendants ont fixé les directives en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> août 2015. Jusqu'à cette date, les directives qui avaient été fixées par le Comité du Service d'évaluation et du contrôle médical restent d'application.

L'objectif de ces nouvelles directives consiste en l'optimisation de la qualité de l'évaluation de l'incapacité de travail et des droits dérivés ; entre autres, l'indemnisation et l'accès aux trajets de réinsertion socio-professionnelle.

Outre ces directives, et comme mentionné au chapitre 1<sup>er</sup>, le médecin-conseil doit également respecter les dispositions relatives à la loi coordonnée du 14 juillet 1994, à l'arrêté royal du 3 juillet 1996, au Règlement des indemnités du 16 avril 1997, à l'arrêté royal du 20 juillet 1971 concernant les travailleurs indépendants et conjoints-aidants, ainsi que les dispositions visées par la loi du 11 avril 1995 relative à la Charte de l'assuré social.

CHAPITRE 1.	INTRODUCTION
CHAPITRE 2.	CONDITIONS / ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL
CHAPITRE 3.	ÉQUIPE MÉDICO-SOCIO-ADMINISTRATIVE
CHAPITRE 4.	ROLE DU MÉDECIN-DIRECTEUR
CHAPITRE 5.	DÉLÉGATION
CHAPITRE 6.	GESTION DU CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (CIT)
Article 1.	Réception du CIT ou d'une attestation d'incapacité de travail
Article 2.	Examen du CIT en vue d'une "reconnaissance de l'incapacité de travail (I.T.)"
Article 3.	Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail
Article 4.	Fixation de la date du début de l'incapacité de travail
Article 5.	CIT incomplet
Article 6.	Reconnaissance en cas de rechute
CHAPITRE 7.	ÉVALUATION DE L'I.T.
Article 7.	Points importants lors de l'évaluation d'une incapacité de travail
Article 8.	Domage réparé en vertu d'une autre législation
Article 9.	Données utiles pour évaluer l'incapacité de travail
Article 10.	Prévention secondaire de l'incapacité prolongée
CHAPITRE 8.	LE DOSSIER MÉDICAL
CHAPITRE 9.	CONVOCATION À LA CONSULTATION
Article 11.	Principe du contact avec l'assuré
Article 12.	Organisation d'une consultation
Article 13.	Date de convocation et tenue de l'agenda
Article 14.	Organisation administrative des convocations
Article 15.	Convocation d'urgence consécutive à la réception du CIT
CHAPITRE 10.	CONSULTATION DU MÉDECIN-CONSEIL
Article 16.	Consultation du médecin-conseil
Article 17.	Accompagnement dans le trajet de réintégration professionnelle
CHAPITRE 11.	TRANSMISSION DES DONNÉES NÉCESSAIRES AU CONSEIL MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ (CMI)
Article 18.	Participation à la collecte de données nécessaires aux flux
Article 19.	Proposition d'entrée en invalidité
Article 20.	Prolongation de l'invalidité
Article 21.	Rechute en invalidité
Article 22.	Flux INFO: demande d'info par un médecin-inspecteur
Article 23.	Flux "incapacité primaire"
Article 24.	Délais des flux particuliers

**CHAPITRE 12. REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ (RTTP)**

- Article 25. Principes généraux
- Article 26. Modalités décisionnelles pour les travailleurs salariés
- Article 27. Modalités décisionnelles pour les travailleurs indépendants
- Article 28. Contenu et qualité du flux RTTP
- Article 29. Conditions à remplir pour toute autorisation de reprise partielle d'activité
- Article 30. Date de fin d'activité autorisée
- Article 31. Horaires
- Article 32. Fin de l'autorisation

**CHAPITRE 13. ABSENCE AU CONTRÔLE SANS JUSTIFICATION VALABLE**

- Article 33. Application de l'article 134, § 2 ou l'article 24
- Article 34. Levée et annulation de l'article 134, § 2 ou l'article 24
- Article 35. Fin de reconnaissance suite à un article 134, § 2 ou un article 24 de longue durée

**CHAPITRE 14. EXAMEN EN CAS DE REPRISE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE****CHAPITRE 15. MODALITÉS DE COMMUNICATION**

- Article 36. Notifications et motivations des décisions aux assurés

**CHAPITRE 16. PLAN DE RÉINTÉGRATION****CHAPITRE 17. COLLABORATION AVEC LES TIERS****CHAPITRE 18. DISPOSITIONS****CHAPITRE 1. INTRODUCTION**

Ces directives sont élaborées dans le souci de favoriser la qualité optimale du travail des médecins-conseils dans leurs missions d'évaluation de l'incapacité de travail des assurés et des droits qui en découlent, à savoir les indemnités et l'accès aux trajets de réintégration professionnelle compatibles avec leur état de santé et leurs capacités restantes. Cette qualité concerne aussi bien l'accueil des assurés et le respect de leur dignité que les soutiens apportés aux médecins-conseils dans l'exercice de leur profession de manière à augmenter le temps disponible au service des assurés.

Le médecin-conseil établit une relation de confiance avec les assurés. Cette relation est basée sur un respect mutuel des personnes et des lois.

Dans le cadre de ses missions, le médecin-conseil veille à l'application correcte des dispositions légales de la Loi AMI coordonnée du 14 juillet 1994, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, du Règlement des Indemnités du 16 avril 1997, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et de la Loi du 11 avril 1995.

Le terme "médecin-conseil" désigne le médecin-conseil ou l'ensemble des collaborateurs de l'équipe médico-socio-administrative telle que décrite au chapitre 3 sauf mention contraire.

## CHAPITRE 2. CONDITIONS / ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Dans l'optique d'un accueil optimal des assurés et afin d'assurer au médecin-conseil l'infrastructure nécessaire à l'exercice de sa mission, l'organisme assureur met à disposition :

- une salle d'attente et des locaux de consultation pouvant accueillir correctement au moins 2 personnes par cabinet médical et permettant la réalisation d'un examen clinique complet
- l'accès aux assurés à mobilité réduite (en voiturette, notamment) doit être garanti. Des toilettes doivent leur être accessibles
- les locaux médicaux sont chauffés, ventilés, correctement éclairés, insonorisés et comportent un point sanitaire
- l'équipement médical, bureautique, informatique (Soft-, Hardware et réseau), ... doit être en état de fonctionnement, performant et fiable de manière à faciliter le travail du médecin-conseil
- le personnel constitutif de l'équipe médico-socio-administrative.

L'organisme assureur est responsable de la mise à disposition de ces moyens afin que les consultations puissent se dérouler dans des conditions sereines et sécurisées (sécurité du médecin-conseil vis-à-vis des tiers y compris) et dans le respect de la confidentialité due au patient.

L'organisme assureur doit mettre à disposition du médecin-conseil toutes les informations relatives à l'assuré dont il a besoin dans l'exercice de sa mission.

Lorsque le médecin-conseil constate qu'il ne peut pas faire dûment son travail du fait du manque d'un point ou l'autre mentionné ci-dessus, il en informe le médecin-directeur.

## CHAPITRE 3. ÉQUIPE MÉDICO-SOCIO-ADMINISTRATIVE

Le médecin-conseil s'appuie sur une équipe de collaborateurs compétents, formés et qualifiés pour l'épauler dans ses missions.

Cette équipe est composée notamment de paramédicaux, infirmières, kinésithérapeutes, collaborateurs administratifs, travailleurs sociaux, ...

Tout accès aux données médicales ne peut se faire que sous couvert d'une délégation en bonne et due forme.

## CHAPITRE 4. RÔLE DU MÉDECIN-DIRECTEUR

Le médecin-directeur est le supérieur hiérarchique et fonctionnel des médecins-conseils et des autres collaborateurs relevant de sa direction.

Le médecin-directeur est responsable de la coordination, de l'organisation du travail, des cabinets médicaux, du suivi de la qualité des prestations des médecins-conseils, du respect du secret médical et des données sensibles à caractère personnel.

Le médecin-directeur veille aux conditions de travail des médecins-conseils sur le plan de leur environnement de travail et veille à ce que les outils et le personnel, nécessaires à l'exécution de leurs missions, soient mis à leur disposition.

Le médecin-directeur est l'interface de collaboration entre les instances externes et internes à l'organisme assureur et les médecins-conseils dans l'exécution de leurs missions.

En cas de litige, le médecin-directeur peut faire appel aux instances compétentes de l'INAMI.

## CHAPITRE 5. DÉLÉGATION

Le médecin-conseil se réfère aux directives spécifiques du Comité du SECM.

## CHAPITRE 6. GESTION DU CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (CIT)

### *Article 1. Réception du CIT ou d'une attestation d'incapacité de travail*

Toute attestation d'incapacité de travail est réceptionnée par le médecin-conseil et porte la date de réception.

Chaque CIT ou attestation d'incapacité de travail qui peut éventuellement mener à la reconnaissance d'incapacité de travail ( documents pour maladie professionnelle, accident de travail, chômage, mention contact maladie contagieuse,...) tant pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs indépendants, doit immédiatement être enregistrée, dès qu'elle arrive à la mutualité.

Un fax, une photocopie ou un courriel (e-mail) ne peuvent pas être acceptés comme un CIT mais la date de réception de ce document peut servir comme date de réception du CIT original pour autant que ce dernier soit reçu ultérieurement.

Chaque attestation recevra un numéro de suite unique dans l'enregistrement continu et traçable, en plus de l'identification de l'assuré. Ce numéro de suite doit être soit un numéro par année soit un numéro par jour. La liste des numéros de suite doit pouvoir être présentée ou consultée à la simple requête des services compétents de l'INAMI.

### *Article 2. Examen du CIT en vue d'une "reconnaissance de l'incapacité de travail (I.T.)"*

Les éléments minimaux pour reconnaître l'incapacité de travail sont vérifiés, à savoir :

- l'identification de l'assuré social
- le diagnostic ou la symptomatologie
- la période d'I.T (début + fin)
- l'identification du prescripteur.

Pour les déclarations de l'incapacité de travail d'un travailleur salarié en cas de séjour ou de résidence à l'étranger, le médecin-conseil se réfère à la circulaire organisme assureur spécifique à cette situation.

### *Article 3. Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail*

La décision de reconnaissance de la date de début et de la durée de l'incapacité de travail doit pouvoir être retrouvée dans le dossier de l'assuré avec le numéro de suite et la date de réception.

Les refus de reconnaissance sont toujours signifiés à l'assuré par le biais d'une notification dûment motivée. Les refus pour raison médicale sont consignés dans le dossier médical.

Toute décision du médecin-conseil est notifiée dans les délais fixés par le Règlement des Indemnités.

### *Article 4. Fixation de la date du début de l'incapacité de travail*

La date du début de l'incapacité de travail est fixée par le médecin-conseil qui prend sa décision en tenant compte de tous les éléments en sa possession, notamment les dates mentionnées par le médecin traitant sur le CIT, la notification de l'entreprise d'assurance contre les accidents du travail, la notification d'inaptitude au travail délivrée par le bureau de chômage, la feuille de renseignements de l'employeur et, pour le travailleur indépendant, la date mentionnée sur la déclaration sur l'honneur.

Si une date différente de celle mentionnée sur le CIT est fixée, la justification est consignée dans le dossier.

Toutefois, la date du début de l'incapacité de travail (et pour autant que l'incapacité satisfasse aux critères de la Loi) ne peut être contestée par le médecin-conseil dans les cas dûment établis ci-dessous :

- la période d'hospitalisation dans un établissement hospitalier reconnu par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, ou dans un hôpital militaire
- les périodes définies à l'article 239, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, pendant lesquelles il est interdit au titulaire de se rendre au travail parce qu'il a été en contact avec une personne atteinte d'une des maladies contagieuses visées au même article
- lorsque l'incapacité est constatée par une notification d'inaptitude au travail délivrée par le bureau du chômage ainsi que dans le cas de la notification de l'entreprise d'assurance contre les accidents du travail.

#### *Article 5. CIT incomplet*

##### **Identité ou signature du prescripteur fait défaut**

Chaque CIT doit porter la signature du prescripteur et permettre l'identification de celui-ci.

Lorsque le CIT ne comprend pas suffisamment d'informations pour permettre d'identifier le prescripteur signataire, il faut néanmoins considérer le CIT comme ayant été reçu valablement.

Toutefois, la reconnaissance de l'incapacité de travail est refusée jusqu'à ce que l'identité du prescripteur ait été établie et le CIT signé.

Si le médecin-conseil peut identifier avec certitude le prescripteur (p. ex. en reconnaissant l'écriture, suite à un contact téléphonique avec l'assuré ou avec le prescripteur, ...), le médecin-conseil notera ces informations dans le dossier et le refus de reconnaissance de l'incapacité de travail pourra alors être levé.

##### **L'identification de l'assuré fait défaut**

Si le médecin-conseil ne dispose pas de l'identité de l'assuré, il ne peut pas prendre de décision. Un tel CIT ne peut dès lors pas être considéré comme reçu.

##### **Le diagnostic ou les symptômes font défaut**

Lorsqu'il n'y a pas de diagnostic, ni de symptômes mentionnés, ni de code diagnostique, le CIT est considéré comme réceptionné, mais l'incapacité de travail ne peut être reconnue tant que les données requises ne sont pas à la disposition du médecin-conseil.

Le médecin-conseil prendra une des décisions suivantes en respectant les délais prévus dans le Règlement des indemnités :

- recueillir des renseignements complémentaires avant de prendre une décision
- décider du refus de reconnaissance.

##### **Le début et/ou la fin d'IT font défaut**

Si la date de début de l'incapacité de travail n'est pas mentionnée sur le CIT, la date du cachet de la poste ou - à défaut de cachet de la poste - la date de réception du CIT peut être prise en considération comme date de début.

Si la date de fin fait défaut, le médecin-conseil peut fixer lui-même la durée de reconnaissance de l'incapacité de travail en fonction des éléments en sa possession ou la refuser.

#### *Article 6. Reconnaissance en cas de rechute*

Lors d'une rechute après une reprise de travail spontanée, le médecin-conseil examine s'il y a suffisamment de nouveaux éléments pour motiver une nouvelle reconnaissance de l'incapacité de travail.

Lors d'une rechute après une décision de fin de reconnaissance de l'incapacité de travail, le médecin-conseil examine les éléments fournis et motive lui-même de façon circonstanciée chaque décision dans le dossier médical.

### CHAPITRE 7. ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (I.T.)

#### *Article 7. Points importants lors de l'évaluation d'une incapacité de travail*

Lors de l'évaluation de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités, le médecin-conseil tient toujours compte de deux objectifs :

- l'application correcte des dispositions légales et réglementaires
- la réintégration professionnelle optimale de l'assuré en incapacité de travail. Le médecin-conseil examine systématiquement s'il est possible d'envisager la réintégration de l'intéressé à l'avenir.

Pour rappel :

Pour les travailleurs salariés le médecin-conseil vérifie que l'article 100 s'applique et plus particulièrement :

- s'il existe un lien causal entre "la survenue ou l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels" et "l'arrêt de toute activité sauf travail volontaire"
- si, suite à un état antérieur, l'assuré avait déjà avant sa déclaration d'I.T. 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.

Pour les travailleurs indépendants (art. 19), le médecin-conseil vérifie les éléments suivants lors de la reconnaissance de l'incapacité de travail tant sur la base de la déclaration de l'incapacité de travail qu'après réception du questionnaire avec la déclaration sur l'honneur :

- s'il existe un lien causal entre les "lésions ou troubles fonctionnels" et "la cessation des activités"
- si toutes les activités professionnelles ont été arrêtées.

Outre les antécédents médicaux, scolaires et professionnels de l'assuré pour évaluer l'incapacité de travail *in concreto*, le médecin-conseil doit prendre connaissance :

- des éléments *médicaux* nouveaux qui motivent l'entrée en incapacité de travail et sa prolongation
- des éléments *sociaux et environnementaux* qui peuvent soit faire obstacle au retour au travail, soit le faciliter.

#### *Article 8. Dommage réparé en vertu d'une autre législation*

Après avoir vérifié si l'assuré répond à l'article 100 ou à l'article 19, le médecin-conseil veille à la bonne application de l'article 136, § 2 pour un travailleur salarié ou l'article 29 pour un travailleur indépendant.

#### *Article 9. Données utiles pour évaluer l'incapacité de travail*

Pour évaluer l'incapacité de travail et pour fixer la date de la 1<sup>re</sup> convocation, le médecin-conseil consulte et intègre les données du CIT, les données socioprofessionnelles à disposition et les données administratives suivantes sur les 4 dernières années :

- identité de l'assuré : nom, prénom, date de naissance et, si possible, le statut social et sa dernière profession
- dates du début et de la fin de chaque période d'incapacité pour laquelle il y a eu une déclaration, que cette incapacité ait donné lieu ou non à la perception d'indemnités
- absence le jour de la convocation pour examen (reprise du travail spontanée, empêchement justifié, art. 134, § 2 ou art. 24)
- nature de la fin des périodes d'incapacité de travail (reprise du travail spontanée ou décision de fin de reconnaissance)
- autorisations pour l'exercice d'une activité
- accidents du travail
- maladies professionnelles
- accidents avec tiers responsable
- les refus de reconnaissance.

L'organisme assureur doit mettre les moyens nécessaires à disposition pour la consultation de ces données.

#### *Article 10. Prévention secondaire de l'incapacité prolongée*

Outre la reconnaissance de l'IT, le médecin-conseil porte une attention particulière à la détection des cas à risque d'incapacité prolongée et procède à l'évaluation de l'incapacité de travail et des capacités restantes. Il évalue systématiquement les possibilités de proposer un trajet de réintégration.

À cette fin, le médecin-conseil s'appuie notamment sur :

- les guides d'aide à l'évaluation élaborés par le Conseil technique médical et approuvés par le Conseil médical de l'invalidité
- la circulaire organisme assureur concernant les niveaux de l'évaluation de l'incapacité de travail et les trajets de réintégration qui y sont associés.



## CHAPITRE 8. LE DOSSIER MÉDICAL

Le médecin-conseil enregistre de manière précise :

- les données médicales
- le raisonnement médico-socio-professionnel qui motive le niveau de l'évaluation de retour au travail
- le pronostic médical
- la nécessité d'établir un plan d'actions et les actions envisagées et/ou engagées pour la réintégration socio-professionnelle de l'assuré
- les motivations des décisions prises par le médecin-conseil.

## CHAPITRE 9. CONVOCATION À LA CONSULTATION

### *Article 11. Principe du contact avec l'assuré*

D'une manière générale, le premier contact du médecin-conseil avec un assuré incapable de travailler doit être précoce et doit avoir lieu au plus tard avant la fin du troisième mois. Ce premier contact peut avoir pour forme une convocation à une consultation ou une demande de renseignements préparatoire à une consultation ultérieure.

Lorsque le médecin-conseil possède tous les éléments médicaux, sociaux et administratifs nécessaires et suffisants, ce contact peut être différé dans les cas de pathologie avec répercussions fonctionnelles sévères bien identifiées et justifiant une période plus longue de l'incapacité de travail.

Lorsque les données médicales permettent de conclure qu'une réintégration n'est plus envisageable, ce contact n'est pas obligatoire.

### *Article 12. Organisation d'une consultation*

Une convocation à une consultation médico-socio-professionnelle ne doit être planifiée que lorsqu'elle est utile, nécessaire et présente une plus-value médico-socio-professionnelle.

Certaines informations peuvent être utilement récoltées via d'autres canaux (ex. questionnaire papier, contact téléphonique, ...).

L'organisation d'une consultation répond, entre autres, à l'une ou plusieurs des motivations suivantes :

- lorsqu'il s'agit d'assurés qui ne reprendront pas le travail spontanément et pour lesquels le médecin-conseil évalue qu'une reprise est ou sera possible
- lorsqu'il s'agit d'assurés qui présentent un risque d'incapacité de travail prolongée nécessitant un accompagnement
- la consultation est utile pour l'assuré, le médecin-conseil ou l'équipe médico-socio-administrative.

### *Article 13. Date de convocation et tenue de l'agenda*

Sur base des données de santé, du CIT (diagnostic ou symptômes et durée de l'I.T.) et des données administratives disponibles, le médecin-conseil fixe, si nécessaire, une date de convocation à l'assuré :

- en s'appuyant sur les guides d'aide à l'évaluation pour les groupes de pathologies spécifiques définis par le Conseil technique médical (CTM)
- en l'absence de guides : en fonction de la sévérité des répercussions fonctionnelles, la durée prévue pour l'incapacité de travail, la nécessité d'élaborer des trajets de réintégration avec l'assuré
- dans les cas où il faut porter une attention particulière en raison des antécédents de l'assuré: notifications de fin, recours auprès des Tribunaux du travail, suspicion d'état antérieur, absence de capacité de gain, ...

Dans les cas où le médecin-conseil possède les éléments permettant de constater qu'une réintégration ne sera plus possible dans aucun des métiers accessibles à l'assuré, il peut ne pas convoquer l'assuré.

Le médecin-conseil est responsable de la tenue du planning des convocations.

### *Article 14. Organisation administrative des convocations*

La suppression d'une plage de consultation initialement prévue ne peut être faite que selon les instructions du médecin-directeur.

La convocation est adressée à l'assuré au plus tôt 21 jours calendrier avant la date de la convocation prévue.

### *Article 15. Convocation d'urgence consécutive à la réception du CIT*

Le médecin-conseil doit convoquer l'assuré dans les meilleurs délais (maximum 30 jours calendrier après la date de réception du CIT) dans les cas suivants :

- en cas de suspicion d'état antérieur ou d'absence de capacité de gain
- en cas de rechute après notification de décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail.

Au cas où le médecin-conseil ne respecte pas ce délai, il en motive la raison dans le dossier.

## **CHAPITRE 10. CONSULTATION DU MÉDECIN-CONSEIL**

### *Article 16. Consultation du médecin-conseil*

Les collaborateurs du médecin-conseil préparent la consultation en recueillant entre autres :

- les renseignements socio-professionnels
- les rapports médicaux
- les renseignements administratifs
- l'historique des incapacités de travail
- les coordonnées du médecin-traitant

et trie les informations fournies par :

- l'assuré
- l'employeur
- le conseiller en prévention - médecin du travail
- le médecin traitant
- le conseiller référent du service régional ou communautaire.

Les membres de l'équipe médico-socio-administrative peuvent avoir accès au dossier médical qu'ils peuvent compléter. Le médecin-conseil veille à ce que ses collaborateurs respectent le secret médical et ne prennent aucune initiative d'exercice illégal de l'art de guérir.

Sur base des renseignements recueillis, le médecin-conseil établit la nécessité d'une consultation et en fixe la date.

Dans les cas d'assurés à risque d'incapacité prolongée ou dans les cas prévus à l'article 15, la consultation est essentielle et le médecin-conseil doit personnellement :

- revoir /consolider les données socio-professionnelles
- procéder à un examen clinique en relation avec les plaintes justifiant l'incapacité de travail actuelle
- déterminer avec précision les répercussions fonctionnelles et les capacités restantes
- vérifier si l'assuré répond ou non à l'article 100, § 1<sup>er</sup> / article 19
- discuter avec l'assuré d'une réintégration socio-professionnelle avec établissement en concertation d'un plan de réintégration avec un échéancier.

Lors de la consultation, l'identité de l'assuré est vérifiée, si nécessaire sur base de preuves comme des pièces d'identité légales.

En cas de doute sur l'identité d'un assuré et si la vérification ne peut être effectuée faute de documents probants (carte d'identité ou passeport), le médecin-conseil applique l'article 134, § 2 ou l'article 24 si travailleur indépendant qui sera levé dès que la preuve de l'identité est établie.

#### *Article 17. Accompagnement dans le trajet de réintégration professionnelle des titulaires reconnus incapables de travailler*

Sur base des activités préparatoires de l'équipe médico-socio-administrative et/ou d'un premier contact, le médecin-conseil lui-même évalue les limitations fonctionnelles du titulaire et les capacités restantes et prend des initiatives en matière de réintégration socio-professionnelle.

Les facteurs, facilitant ou freinant la réussite du processus de réintégration professionnelle, doivent pouvoir être identifiés le plus rapidement possible.

Le médecin-conseil prend toutes les mesures utiles et contacte notamment avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réintégration professionnelle de celui-ci, à savoir le médecin traitant, l'employeur, le conseiller en prévention, le médecin du travail ainsi que les autres conseillers en prévention du Service de prévention et de protection au travail, le conseiller référent des organismes régionaux ou communautaires compétents en matière de formation et d'emploi.

## CHAPITRE 11. TRANSMISSION DES DONNÉES NÉCESSAIRES AU CONSEIL MÉDICAL DE L'INVALIDITÉ (CMI)

### *Article 18. Participation à la collecte de données nécessaires aux flux*

Le médecin-conseil doit communiquer ses décisions et toutes les données nécessaires aux flux dans les meilleurs délais de façon à ce que l'administration de l'organisme assureur puisse les envoyer dans les délais réglementaires.

### *Article 19. Proposition d'entrée en invalidité*

Le médecin-conseil communique la proposition d'entrée en invalidité à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée au CMI au plus tôt 2 mois avant et au plus tard 30 jours calendrier avant la date de début de la période d'invalidité.

Pour les indépendants, qui selon le médecin-conseil, répondent à l'article 19 mais ne répondent pas à l'article 20, les délais de transmission sont les mêmes.

### *Article 20. Prolongation de l'invalidité*

Le médecin-conseil communique la proposition de prolongation de l'invalidité à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée au plus tôt 2 mois avant et au plus tard 30 jours calendrier précédant l'expiration de la période pour laquelle l'état d'invalidité a été reconnu.

### *Article 21. Rechute en invalidité*

En cas de rechute en invalidité, le médecin-conseil est compétent pour reconnaître l'état d'invalidité pour une période maximale de 30 jours calendrier à compter de la date de la rechute.

Le médecin-conseil communique sa décision et le cas échéant sa proposition à la direction médicale pour qu'elle soit envoyée le plus rapidement possible et au plus tard 30 jours calendrier après la date de réception du certificat de rechute.

### *Article 22. Flux INFO : demande d'info par un médecin-inspecteur dans le cadre de l'évaluation d'un dossier d'invalidité*

Le médecin-conseil communique endéans les 5 jours ouvrables l'information demandée pour qu'elle soit envoyée via les flux au CMI.

### *Article 23. Flux "incapacité primaire"*

Le médecin-conseil communique à la direction médicale la situation au premier jour du septième mois de l'assuré en incapacité primaire pour qu'elle soit transmise au CMI.

### Article 24. Délais des flux particuliers

Le médecin-conseil communique les informations nécessaires à la direction médicale pour que les flux ci-dessous soient envoyés au CMI au plus tard 15 jours calendrier après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance de l'évènement par le médecin-conseil :

Flux	Délai
Régularisation demande de passage INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation prolongation INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation rechute INV + fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Régularisation après Tribunaux du travail ou autre	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Prolongation après travail non autorisé (art. 101 – 23 <sup>ter</sup> )	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Fin	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance
Application article 134, § 2 / 24 par le M-C	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Levée article 134, § 2 / 24 par le M-C	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil ou la prise de connaissance
Début ATP	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil
Fin ATP	15 jours après la date de la décision du médecin-conseil

## CHAPITRE 12. REPRISE PARTIELLE D'ACTIVITÉ (RTTP)

### Article 25. Principes généraux

Les reprises partielles de travail doivent être encouragées, car elles maintiennent le lien entre l'assuré et l'activité professionnelle et favorisent les reprises complètes de travail.

Chaque fois que le médecin-conseil estime possible une reprise partielle d'activité, il en informe l'assuré et l'encourage à reprendre au maximum de ses possibilités.

Dans le cadre de l'article 100, § 2, lorsque l'assuré informe le médecin-conseil d'une reprise partielle de travail, le médecin-conseil prend lui-même la décision d'autorisation ou de refus dans les délais les plus courts possibles et au plus tard dans les 30 jours ouvrables.

Pour les travailleurs indépendants, dans le cadre des articles 23 et 23<sup>bis</sup> l'accord préalable à la reprise d'activité professionnelle reste obligatoire.

### Article 26. Modalités décisionnelles pour les travailleurs salariés

Dans le cadre de l'article 100, § 2, le médecin-conseil note au dossier le volume et la nature du travail autorisé ainsi que le type d'horaire à prester. Il fixe la date de début d'autorisation de reprise partielle de travail.

- a. Dans les cas où la reprise partielle a pour objectif une réintégration professionnelle complète, le médecin-conseil évalue lui-même l'incapacité de travail au sens de l'article 100 en fonction de l'évolution médicale attendue. Dès que la reprise complète est possible (l'assuré ne répond plus à l'art. 100, § 2) et si l'assuré n'a pas repris spontanément son activité complète, le médecin-conseil lui-même met fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail. Le médecin-conseil lui-même met donc fin à l'article 100, § 2 à condition que l'assuré exerce effectivement l'activité autorisée.
- b. Lorsque le médecin-conseil accorde lui-même l'autorisation pour une durée indéterminée et si l'assuré cesse son activité partielle pour une période supérieure à 6 mois, le médecin-conseil réévalue la situation.
- c. Des activités sans valeur économique ou tout à fait occasionnelles ne nécessitent pas d'autorisation.

L'appréciation de la nécessité d'une autorisation est de la compétence du médecin-conseil lui-même.

Les situations sont cependant très diverses et doivent mener à une analyse au cas par cas suivant la description de ce que l'assuré veut faire. Le médecin-conseil note précisément l'information dans le dossier et, si nécessaire, délivre l'autorisation.

En cas de litige ou de différence d'appréciation entre instances de contrôle, le médecin-conseil doit lui-même mettre ses notes en rapport avec les déclarations de la personne et son appréciation de l'activité à la disposition du contrôleur social ou du médecin-inspecteur.

#### *Article 27. Modalités décisionnelles pour les travailleurs indépendants*

Dans le cadre de l'article 23, et pour autant que le titulaire reste reconnu en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, le médecin-conseil lui-même, donne un accord pour l'exercice d'une activité professionnelle, compatible avec l'état de santé, en vue de la réintégration complète de l'assuré.

Chacune des périodes d'autorisation porte sur une période maximale de 6 mois et peut être prolongée jusqu'à 18 mois au total.

Le médecin-conseil note au dossier la nature, le volume et les conditions d'exercice et fixe la durée de l'accord.

Dans le cadre de l'article 23bis, et pour autant que le titulaire reste en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, le médecin-conseil lui-même, donne un accord pour reprendre une activité sans objectif de réintégration complète au sens de l'article 23 ou si la réintégration complète au terme de l'exercice d'une activité autorisée au sens de l'article 23 a échoué.

Le médecin-conseil lui-même détermine la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité et fixe la date de début d'autorisation.

Le médecin-conseil procède à un examen médical au moins tous les 6 mois afin de contrôler l'état d'incapacité de travail, à moins que les éléments figurant au dossier médical justifient un examen à une date ultérieure.

### Article 28. Contenu et qualité du flux RTTP

Le flux contient toutes les données relatives aux demandes, autorisations, refus et modifications en matière d'activités autorisées, d'activités non autorisées et de travail de volontaire connu.

Le médecin-conseil est responsable du contenu et de la qualité des données encodées dans le flux.

Toutes les données doivent être communiquées dans le flux dans un délai de 8 jours calendrier.

Toutes les décisions en matière d'autorisations, de refus et de modifications d'activités, ainsi que toutes les annotations en matière de travail volontaire doivent être mentionnées dans le dossier le jour de la décision. Cette information doit être mise à la disposition du contrôleur social, de l'inspecteur social ou du médecin-inspecteur dans le cas d'un éventuel contrôle.

Toutefois, une exception est prévue en ce qui concerne les informations relatives aux horaires et aux numéros d'entreprise et ONSS. Le numéro ONSS et le numéro d'entreprise doivent être transmis dans un délai de 8 jours calendrier à partir du moment où l'organisme assureur dispose de ces informations. Les horaires sont communiqués dans un délai de 8 jours calendrier. Exceptionnellement, ce délai peut être étendu à 30 jours calendrier maximum. La raison de cette prolongation du délai doit être mentionnée dans le dossier.

### Article 29. Conditions à remplir pour toute autorisation de reprise partielle d'activité pour les travailleurs salariés et indépendants

Pour pouvoir bénéficier d'une autorisation d'activité, l'assuré doit avoir cessé toutes ses activités pendant au moins 1 jour.

### Article 30. Date de fin d'activité autorisée

- Régime général :  
la mention d'une date de fin de l'autorisation est facultative
- Travailleurs indépendants :  
la date de fin de l'autorisation pour les travailleurs indépendants dépend de la base légale. Elle est obligatoire pour l'article 23 et facultative pour l'article 23bis.

### Article 31. Horaires

On distingue 3 types d'horaires :

#### **Horaire fixe :**

Un horaire fixe doit être mentionné dans tous les cas où cela s'avère possible. Il faut mentionner un horaire fixe avec mention des jours et des heures de travail ainsi que le volume, exprimé en heures par semaine.

#### **Horaire fixe avec temps de travail flexible :**

Il y a un horaire fixe mais seules les heures de début et de fin des plages horaires journalières sont fixées. Dans les limites de ces plages horaires, l'assuré peut utiliser le volume maximum autorisé par jour de manière flexible (par ex. : heures flottantes). Le volume, exprimé en heures par semaine, doit toujours être mentionné.

**Horaire variable :**

Pour des raisons médicales ou organisationnelles, l'horaire est déterminé en fonction des nécessités. Dans ces cas-là, il n'est pas possible de mentionner un horaire fixe et on ne sait pas au préalable à quels moments l'assuré prestera le volume maximum autorisé par semaine. Il faut uniquement mentionner dans le flux qu'il s'agit en l'occurrence d'un horaire variable et il ne faut pas transmettre d'horaire détaillé. Le volume, exprimé en heures par semaine, doit toujours être mentionné. Pour le travailleur salarié, l'horaire détaillé presté doit être à la disposition chez l'employeur.

En cas de travail volontaire, il ne faut pas mentionner de volume ni d'horaire.

*Article 32. Fin de l'autorisation*

Toute interruption dans le flux correspond à une décision effective qui non seulement doit être mentionnée dans le flux mais qui doit aussi être notifiée par écrit à l'assuré. Cette notification n'est pas nécessaire dans les cas où l'assuré a mis lui-même fin à sa reprise partielle ou à son incapacité de travail.

Puisqu'une autorisation est uniquement valable pour la période d'incapacité de travail en cours, toute "fin d'incapacité de travail" met également d'office fin à l'autorisation. Cela ne nécessite pas de communication écrite distincte. En cas de rechute une nouvelle autorisation est requise.

Si l'assuré cesse son activité partielle pour une période supérieure à 6 mois, le médecin-conseil réévalue la situation.

**CHAPITRE 13. ABSENCE AU CONTRÔLE SANS JUSTIFICATION VALABLE***Article 33. Application de l'article 134, § 2 ou l'article 24*

Dans les cas où le médecin-conseil constate que l'assuré ne répond pas aux obligations de contrôle qui lui sont imposées, le médecin-conseil applique l'article 134, § 2 de la Loi coordonnée ou l'article 24 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 pour les travailleurs indépendants, et ceci aussi longtemps que le bénéficiaire ne répond pas à ces obligations.

Ces "obligations de contrôle" sont entre autres :

- se présenter suite à une convocation du médecin-conseil
- collaborer à tout contact ou à l'examen du médecin-conseil
- présenter des rapports ou des documents suite à la demande du médecin-conseil.

L'application de l'article 134, § 2 ou de l'article 24 entraîne une conséquence grave pour l'assuré qui se voit privé de ressources. Le médecin-conseil veille à ce qu'elle soit appliquée avec discernement et dans un objectif préventif de récurrence.

*Article 34. Levée et annulation de l'article 134, § 2 ou l'article 24*

Le médecin-conseil examine les motifs invoqués par l'assuré et les notes dans le dossier médical avec la date de prise de contact par l'assuré. À partir du moment où l'assuré est effectivement disponible pour le contrôle, l'article 134, § 2 ou l'article 24 est levé (l'art. 134, § 2 ou 24 reste d'application jusqu'au jour précédent celui où l'assuré est effectivement disponible pour le contrôle).

Pour la période qui précède, le médecin-conseil peut annuler l'application de l'article 134, § 2 ou 24 sur base des motifs soumis par l'assuré. (L'application de l'art. 134, § 2 ou 24 est alors annulé à partir de la date de début de son application).



Le médecin-conseil est compétent pour lever ou annuler l'application de l'article 134, § 2 ou l'article 24 suite à une décision qu'il a prise ou qui a été prise par un autre médecin-conseil du même organisme assureur, après concertation éventuelle avec ce dernier.

Toute décision doit être dûment motivée dans le dossier médical.

#### *Article 35. Fin de reconnaissance suite à un article 134, § 2 ou l'article 24 de longue durée*

Le médecin conseil applique immédiatement l'article 134, § 2 / 24 pour tout assuré qui ne se présente pas ou refuse de se soumettre sans justification valable aux obligations de contrôle prévues à l'article 33 de ces directives et pour lesquelles il a été convoqué par voie recommandée.

Le médecin conseil lui-même met fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail si l'article 134, § 2 / 24 perdure sans justification valable durant un délai de 60 jours calendrier à compter de la date de l'examen prévu.

En cas de convocation par envoi ordinaire préalable, et que l'assuré ne se présente pas ou refuse de se soumettre sans justification valable aux obligations de contrôle prévues à l'article 33 de ces directives, les indemnités sont suspendues et un courrier d'information est adressé à l'assuré. Cet assuré sera convoqué par envoi recommandé pour un examen qui doit avoir lieu endéans les 30 jours ouvrables à compter de la date de la 1<sup>re</sup> convocation (par pli ordinaire).

### **CHAPITRE 14. EXAMEN EN CAS DE REPRISE DE TRAVAIL NON AUTORISÉE**

Le médecin-conseil lui-même procède à un examen médical dans les 30 jours ouvrables à compter de la date de réception à l'organisme assureur de la constatation de l'exercice d'une activité non autorisée d'un titulaire reconnu incapable de travailler et évalue l'incapacité de travail au moment de l'examen dans le cadre d'une application de l'article 101 ou de l'article 23<sup>ter</sup>.

### **CHAPITRE 15. MODALITÉS DE COMMUNICATION**

#### *Article 36. Notifications et motivations des décisions aux assurés*

Le médecin-conseil communique ses décisions dans les délais et les formes conformes au Règlement des indemnités à l'assuré et à l'administrateur de biens s'il échet, par envoi ordinaire pour les décisions favorables et par envoi recommandé ou en main propre contre accusé de réception pour les décisions défavorables.

Toutes les décisions défavorables sont motivées de manière à ce qu'elles puissent être comprises par l'assuré et plus particulièrement s'il s'agit d'une décision de fin de reconnaissance d'incapacité de travail.

La notification doit clairement identifier le médecin-conseil qui a pris la décision et doit respecter la législation sur l'emploi des langues.

Un envoi recommandé sera envoyé à l'adresse renseignée par la Banque Carrefour et par pli ordinaire si l'adresse de résidence diffère.

### **CHAPITRE 16. PLAN DE RÉINTÉGRATION**

Le médecin-conseil gère lui-même le processus d'évaluation et de réintégration de l'assuré en incapacité de travail au travers d'une approche intégrée et multidisciplinaire.

Il collabore avec tous les acteurs concernés, coordonne les activités, veille à l'application et au respect des réglementations et statue sur la situation spécifique de chaque assuré.

Le médecin-conseil élabore un plan d'action individualisé basé sur l'évolution attendue de l'incapacité de travail en cours et en assure le suivi en fonction de l'état de santé du titulaire et des facteurs socioprofessionnels et psychosociaux.

Le plan d'action et son évolution sont consignés dans le dossier et à disposition des instances de contrôle.

#### **CHAPITRE 17. COLLABORATION AVEC LES TIERS**

Le médecin-conseil veille à faciliter les échanges avec les confrères et consœurs, en particulier les médecins traitants et les conseillers en prévention, médecins du travail ainsi que les autres conseillers en prévention du Service de prévention et de protection au travail, le secteur thérapeutique, les équipes locorégionales dédiées à la réintégration,... Il respecte les règles de la déontologie et le statut du médecin-conseil.

#### **CHAPITRE 18. DISPOSITIONS**

Ces directives-ci remplacent dans leur intégralité celles édictées par le Comité du SECM en matière d'incapacité de travail.



Circulaire O.A. n° 2015/274 - 4bis/1 du 14 septembre 2015.