



À l'attention :
Du Ministre fédéral des Affaires sociales et de
la Santé publique
Des services compétents de l'INAMI
Des organismes assureurs

22/12/2025

Avis relatif aux exigences administratives en cas de l'incapacité de travail

Table des matières

Obligations administratives en cas d'incapacité de travail	3
Début de l'incapacité de travail.....	3
Déclaration d'incapacité de travail.....	3
Feuille de renseignements	4
Enquête sur les personnes à charge	5
Quick scan	5
Activités autorisées	6
Activités pendant l'incapacité de travail	6
Vacances.....	8
Formation	9
Prolongation de l'incapacité de travail	10
Reprise partielle du travail.....	10
Procédure et possibilités après une incapacité totale de travail	11
Reprise complète du travail	11
Reprise partielle du travail avec autorisation du médecin-conseil après un jour d'arrêt complet .	11
Autres obstacles administratifs.....	12
Régime de la semaine de six jours.....	12
Plateforme TRIO.....	13
Impact des sanctions.....	14
Communication & digitalisation.....	14

Obligations administratives en cas d'incapacité de travail

Lorsqu'une personne se retrouve en incapacité de travail, elle est confrontée à de nombreuses obligations administratives, souvent nouvelles et qui s'ajoutent à la maladie elle-même. L'Observatoire part du point de vue de l'assuré. Aujourd'hui, en cas d'incapacité de travail, l'accent est encore trop mis sur la réglementation administrative comme point de départ : diverses obligations doivent être remplies, dans des délais précis, selon différentes modalités. Cela ne facilite pas la tâche de l'assuré pour garder une vue d'ensemble. Dans cet avis, nous souhaitons cartographier ces obligations administratives et formuler des recommandations pour plus d'efficacité, offrant ainsi plus de marge de manœuvre à l'assuré et, par conséquent, plus de temps pour le rétablissement.

Cet avis est une révision (partielle) de l'avis précédent sur les obligations administratives en cas d'incapacité de travail de 2022. Il est tenu compte des réglementations en vigueur et des réglementations prévues, dans la mesure où elles sont connues.

Début de l'incapacité de travail

L'assuré reçoit, dès le début et pendant son incapacité de travail, de nombreux documents à remplir et à renvoyer le plus rapidement possible. En outre, l'échange de données ne se fait pas encore de manière optimale - souvent en raison de réglementation complexe qui stipule explicitement que les données ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins. Cela entraîne parfois des demandes d'informations en double. Un meilleur échange de données profiterait tant à l'assuré qu'aux organismes assureurs.

Déclaration d'incapacité de travail

La déclaration (et la prolongation) de l'incapacité de travail se fait au moyen d'un '**certificat d'incapacité de travail**' rempli par le médecin et que l'assuré doit remettre à sa mutualité. À partir de 2026, des changements seront mis en œuvre qui donneront lieu aux options suivantes ::

- Via l'assuré lui-même : il remet le certificat rempli au médecin-conseil de la mutualité, soit en main propre (contre accusé de réception), soit par envoi postal (le cachet de la poste faisant foi) ; la plupart des mutualités offrent également la possibilité de le transmettre en ligne ; c'est une méthode efficace pour ceux qui sont habitués au digital, mais cela nécessite l'accès à un ordinateur, une connexion Internet et un scanner pour télécharger le document - ce qui est moins évident pour les publics vulnérables.
- Via le médecin traitant : celui-ci peut transmettre directement le certificat à la mutualité, s'il dispose d'un logiciel compatible (Mult-eMediatt). Pour l'instant, la fonctionnalité n'est disponible **que pour les médecins généralistes**, alors qu'il serait nécessaire de l'étendre aux médecins spécialistes. À partir de 2026, l'envoi électronique par les médecins généralistes sera obligatoire pour les incapacités de travail de plus de 14 jours et pour les prolongations. Le patient peut encore recevoir le certificat papier à destination de son employeur s'il en a besoin.¹

¹ [Mult-eMediatt : Transmettre un certificat d'incapacité de travail électronique.](#)

La date de déclaration ou de remise est cruciale pour l'assuré. En cas de déclaration ou de prolongation tardive, une sanction de 10 % de réduction de l'indemnité par jour de retard s'applique pour la période concernée.

Sous certaines conditions, lors d'une première déclaration ou prolongation tardive, la sanction n'est pas appliquée immédiatement². L'assuré est alors informé du retard et rappelé de respecter les délais lors de la prochaine déclaration. Cela évite des sanctions financières inutiles en cas d'oubli ponctuel, tout en renforçant la sensibilisation aux délais.

Les délais de déclaration concrets diffèrent selon le statut social. Pour les employés, le délai pour la première déclaration est de 28 jours calendaires (date de début de maladie + 27 jours), pour les ouvriers, 14 jours calendaires (date de début de maladie + 13 jours). Cette différence est liée à la durée du salaire garanti, qui varie selon le statut. Pour une prolongation, le certificat doit être remis dans les 7 jours calendaires (date de fin du premier certificat + 7 jours). Pour les indépendants, accueillants, chômeurs et personnes sans emploi (ex. contrat terminé), d'autres règles s'appliquent : la première déclaration doit être faite dans les 7 jours calendaires (date de début de maladie + 7 jours), la prolongation également dans les 7 jours (date de fin du premier certificat + 7 jours). Sauf en cas d'hospitalisation, où la déclaration doit être faite après la sortie de l'hôpital, il existe donc différents délais. Cela engendre de la confusion chez les personnes en incapacité de travail et, dans certaines situations, celles-ci peuvent percevoir cela comme un délai qui n'est pas toujours tenable. Bien que les délais aient été harmonisés autant que possible depuis 2022, il semble que cela ne soit pas toujours clair pour les patients en pratique. Un effort supplémentaire pour mieux communiquer sur ces délais et les simplifier autant que possible peut en améliorer la compréhension.

La sanction pour déclaration tardive ne peut être annulée que si l'assuré remplit deux conditions spécifiques.³ Certaines lettres informant de la sanction sont perçues comme plus graves que la sanction elle-même : bien que juridiquement nécessaires, la terminologie utilisée ne tient pas compte de la situation précaire de la personne en incapacité de travail. Pour ceux qui ne sont pas familiers avec ce type de correspondance, la communication peut sembler menaçante.

Enfin, ce qui est exactement considéré comme « force majeure » n'est clair. Certaines mutualités précisent ce qui n'est pas considéré comme force majeure (ex. information erronée ou courrier perdu), et certaines circulaires donnent des exemples (ex. cachet de la poste illisible)⁴, mais il reste flou pour les assurés de savoir quelles situations sont reconnues comme force majeure. L'indication de quelques exemples illustratifs peut contribuer à une plus grande transparence, à condition qu'il soit clairement indiqué que cette liste n'est pas exhaustive. Toutefois, cette exhaustivité limitée peut aussi engendrer de l'incertitude chez les assurés, notamment lorsqu'ils doutent que leur situation puisse être qualifiée de force majeure.

Feuille de renseignements

Après la reconnaissance de l'incapacité de travail, l'assuré reçoit une lettre de reconnaissance, éventuellement de manière digitale. Ensuite, une feuille de renseignements est envoyée, servant au

² Une mesure d'avertissement s'applique sous certaines conditions, ce qui signifie que les indemnités ne sont pas réduites de 10 % si la déclaration est tardive. Cet avertissement ne peut être appliqué qu' :

- une fois par période d'incapacité de travail (y compris une prolongation de l'incapacité de travail ou une rechute de l'incapacité de travail) et
- à condition que la durée du retard n'excède pas un mois. Ce mois est calculé de date à date.

³ Les conditions d'exonération de la sanction sont les suivantes : le manque à gagner dû au retard de déclaration s'élève à au moins 25 € et il existe un cas de force majeure OU un faible revenu du ménage. Dans ces cas, la situation est considérée comme « digne d'intérêt » au sens de l'article 9 du règlement du 16 avril 1997 (salariés) ou de l'article 58ter de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (travailleurs indépendants).

⁴ [Déclaration d'incapacité de travail - Déclaration tardive d'incapacité de travail - Régime des travailleurs salariés](#).

calcul des indemnités. La procédure (digitale ou papier) dépend de la mutualité et des préférences de communication de l'assuré. La feuille doit être complétée avec diverses informations, telles que plusieurs employeurs (le cas échéant), s'il s'agit d'un accident de travail, etc. Aucun délai fixe n'est imposé pour le retour de ce document ; il est simplement demandé de le faire « aussi vite que possible ».

L'employeur reçoit également une partie de la feuille de renseignements. Pour eux, la transmission digitale est obligatoire. En cas de chômage, des informations supplémentaires sont demandées via la feuille de renseignements « partie chômage ».

Il n'est pas clair quelles données demandées sont déjà disponibles ou pourraient l'être.

Cotisation de solidarité

À compter du 1^{er} janvier 2026, une contribution de solidarité sera demandée aux employeurs (à partir de 50 salariés) : l'employeur devra verser 30 % de l'indemnité pendant le deuxième et le troisième mois d'incapacité, à partir de 2027, une prolongation est prévue jusqu'au 4^e et au 5^e mois de l'incapacité de travail. Pour l'assuré, cela ne devrait rien changer - l'employeur paiera à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), tandis que le calcul et le paiement de l'indemnité continueront à être effectués par l'OA. Des étapes supplémentaires d'échange de données entre l'ONSS et la mutualité seront nécessaires, ce qui implique du travail supplémentaire. L'assuré ne doit pas subir les conséquences de cette nouvelle réglementation et de la procédure administrative entre l'employeur et l'ONSS qui y est liée, même dans des situations complexes comme une reprise partielle du travail à partir du deuxième mois, où le salaire sera composé de la rémunération pour les prestations, d'une partie de l'indemnité via la mutualité et d'une partie via l'employeur (à payer par l'employeur à l'OA)⁵. Il peut être utile d'envisager un mécanisme supplémentaire pour les situations dans lesquelles l'employeur ne paie pas (à temps) à l'ONSS, en accordant une attention particulière au contrôle des PME exonérées. De plus, cette règle ne doit pas entraîner de pression supplémentaire de la part des employeurs sur les employés.

Enquête sur les personnes à charge

La situation familiale de l'assuré en incapacité de travail a un impact sur le montant journalier de l'indemnité ; cette information est recueillie via une enquête sur la composition du ménage (formulaire 225). Cette enquête est détaillée et complexe pour l'assuré moyen. Pour les indépendants, elle a lieu dès le mois de début de l'incapacité. Pour les autres assurés, elle n'a lieu qu'à partir du quatrième mois, car l'indemnité est alors liée à la situation familiale. Il est important d'adapter cette enquête aux assurés, sans jargon complexe et avec les explications nécessaires.

Quick scan

Après dix semaines d'incapacité, l'assuré reçoit une invitation de sa mutualité pour remplir un questionnaire, le « quick scan » : un questionnaire médical obligatoire sur lequel le médecin-conseil se base pour évaluer le potentiel de travail de la personne et identifier les facteurs favorisant ou empêchant la reprise du travail. Le questionnaire doit être rempli en ligne dans un délai de deux semaines, sauf pour les assurés non digitalisés (qui reçoivent le questionnaire sur papier). En cas de non-réponse, un rappel est envoyé, puis le Coordinateur Retour-Au Travail prend contact. Si le questionnaire n'est toujours pas rempli, le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire convoque la personne pour un entretien où le questionnaire sera passé en revue. Si l'assuré ne se présente pas, le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire peut décider d'imposer une sanction : les

⁵ Une fois que l'assuré a repris le travail à au moins 21 %, la cotisation n'est plus due.

indemnités seront suspendues pour les personnes qui, sans motif valable, ne sont pas présentes à cette convocation pour n'avoir pas rempli le questionnaire.

Certaines exceptions existent, comme les maladies graves (liste déterminée par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité) ou un trajet de réintégration en cours via le médecin du travail.

RECOMMANDATION

L'Observatoire demande une attention accrue pour la charge administrative liée à l'incapacité de travail. Les assurés sont confrontés, dès le début et pendant leur incapacité, à de nombreux documents - papier ou digitaux, avec des délais stricts et parfois des procédures complexes. Cela s'ajoute aux défis médicaux et psychosociaux qu'ils rencontrent déjà. Pour améliorer l'expérience de l'assuré et éviter les erreurs ou déclarations tardives, il est essentiel de :

- Optimiser l'échange de données entre acteurs, afin d'éviter les demandes en double. Par exemple : pré-remplir la feuille de renseignements sur base des données déjà disponibles. Si certaines données existent au niveau de la sécurité sociale, les demander devrait en principe être superflu.
- Accélérer la digitalisation des processus, en veillant à l'accessibilité et au soutien des publics vulnérables.
- Renforcer le rôle des dispensateurs de soins dans le processus administratif, notamment via la déclaration automatique depuis le logiciel médical. Par exemple : extension de Mult-eMediatt aux médecins spécialistes et pour des périodes plus courtes d'incapacité, afin qu'ils puissent aussi déclarer directement.
- Simplifier et adoucir la communication sur les droits, obligations et sanctions, pour qu'elle soit compréhensible et moins stigmatisante. Par exemple : une lettre de sanction simplifiée, avec un support visuel (pictogrammes) et une version en langage clair, montrant aussi de l'empathie pour la situation de l'assuré.
- Garantir l'accessibilité des plateformes digitales, sites web et enquêtes.

Une approche plus intégrée, accessible et empathique peut alléger la charge administrative et contribuer à une gestion plus humaine de l'incapacité de travail (sur le plan administratif).

Activités autorisées

Activités pendant l'incapacité de travail

Pendant une période d'incapacité de travail, l'assuré social peut reprendre diverses activités. Une obligation s'applique toujours : toutes les activités doivent d'abord être complètement interrompues pendant au moins un jour et l'incapacité de travail doit être reconnue. Il existe différents types d'activités, chacune ayant des conséquences différentes. Les activités rémunérées ou le travail salarié sont traités dans d'autres paragraphes de cet avis.

Une première forme importante d'activité non rémunérée est le **volontariat**.⁶ Selon la loi, le volontariat est défini comme toute activité exercée sans rémunération et sans obligation au profit d'une ou plusieurs

⁶ Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

personnes (autres que la personne qui exerce l'activité), d'un groupe ou d'une organisation ou de la société dans son ensemble. De plus, cette activité doit être organisée par une organisation « autre que le cadre familial ou privé de celui qui exerce l'activité ».⁷ Enfin, la personne qui effectue du volontariat ne peut pas être employée (par exemple, sous contrat de travail) par cette organisation. Le volontariat peut être très varié en nature et en fréquence. Quoi qu'il en soit, en cas d'incapacité de travail, le volontariat doit être signalé au médecin-conseil.⁸ Ce dernier vérifiera si le volontariat est compatible avec l'état de santé général de l'intéressé, mais il n'est pas nécessaire d'attendre cette approbation pour commencer. Les indemnités de frais liées au volontariat ne sont pas prises en compte lorsqu'elles respectent les règles légales applicables au volontariat. Cela est souvent méconnu de l'assuré social et devrait lui être expliqué de manière proactive. L'autorisation est (généralement) accordée à partir d'une certaine date sans date de fin, il est alors indiqué « jusqu'à ce que je (le médecin-conseil) prenne une nouvelle décision ». L'Observatoire estime que le volontariat fait pleinement partie d'une réintégration et devrait donc également être encouragé.

Une deuxième possibilité est le travail associatif : les travailleurs peuvent, pendant leur temps libre, être employés par des associations sans but lucratif, des associations de fait ou des autorités publiques dans le secteur sportif et socioculturel, selon un régime avantageux avec exonération des cotisations de sécurité sociale. Un travailleur dispose d'un nombre maximal d'heures par an pour travailler sous ce régime favorable. Auparavant, cela relevait du « travail associatif » et du régime correspondant, depuis 2022 la réglementation a été modifiée.⁹ Il s'agit en fait d'un contrat de travail entre un employeur (l'organisation doit donc également s'identifier comme employeur) et un travailleur.

Selon les membres de l'Observatoire, le travail associatif pendant l'incapacité de travail entraîne régulièrement des difficultés :

- En cas d'incapacité de travail, une personne qui était déjà travailleur associatif avant la période d'incapacité peut reprendre cette activité relativement facilement. De plus, le délai de demande est également plus large (1 mois à compter de la date de déclaration d'incapacité de travail). Il suffit d'informer le médecin-conseil de la reprise. Ce dernier vérifiera si l'activité est compatible avec l'état de santé général et si, d'un point de vue médical, la personne concernée conserve une réduction de sa capacité de travail d'au moins 50 %. Le cumul des revenus du travail associatif et de l'indemnité d'incapacité de travail est possible.
- Commencer le travail associatif pour la première fois pendant l'incapacité de travail obéit à d'autres règles. Dans ce cas, l'assuré social doit demander l'autorisation préalable du médecin-conseil.

Outre le volontariat et le travail associatif, il existe d'autres formes d'activités non rémunérées, comme être parent d'accueil ou pompier volontaire. Il s'agit de cas spécifiques, où la poursuite de cette activité doit être signalée et approuvée par le médecin-conseil. L'assuré social doit alors faire remplir une « Déclaration d'une activité non rémunérée pendant une incapacité de travail » par le représentant de

⁷ Par « organisation », il est entendu : « toute association de fait ou personne morale de droit public ou privé, sans but lucratif, qui fait appel à des volontaires (étant entendu que, par association de fait, il y a lieu d'entendre toute association dépourvue de la personnalité juridique et composée de deux ou plusieurs personnes qui organisent, de commun accord, une activité en vue de réaliser un objectif désintéressé, excluant toute répartition de bénéfices entre ses membres et administrateurs, et qui exercent un contrôle direct sur le fonctionnement de l'association). »

⁸ [Circulaire OA n° 2019/133 du 16 avril 2019, rubrique 47ter/2 : Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires \(Moniteur belge du 29 août 2005, p. 37.309\) - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.](#)

[Circulaire OA n° 2024/304 du 28-10-2024 : Loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires \(Moniteur belge du 29 août 2005, p. 37.309\) - Conséquences pour l'assurance indemnités des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.](#)

⁹ Arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs - article 17.

l'organisation pour laquelle le travail est effectué. Dans l'attente de la réception de ce document, le paiement de l'indemnité d'incapacité de travail est suspendu sans délai.

Il convient également de mentionner l'aidant proche comme activité distincte telle que définie à l'article 100, § 1^{er}, de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Être aidant proche n'est pas la même chose que faire du volontariat, notamment parce qu'il ne s'agit souvent pas d'un choix délibéré et qu'il est souvent plus difficile à délimiter. Bien que cela n'ait pas d'impact sur l'indemnité, il est important que le médecin-conseil confirme au préalable que l'exercice de ces tâches de soins est compatible avec l'état de santé général de l'intéressé. Être aidant proche peut avoir une grande influence sur le rétablissement d'une personne, il est donc pertinent de le mentionner.

Enfin, il est également important d'aborder les **flexi-jobs**, bien qu'il s'agisse strictement d'une activité rémunérée. Un flexi-job permet aux travailleurs, sous certaines conditions, d'exercer une activité complémentaire de manière avantageuse en plus de leur emploi principal ou en tant que pensionné. En principe, un assuré peut travailler chez un autre employeur pendant une période de maladie ou d'incapacité de travail, y compris avec un flexi-job, à condition d'avoir été occupé au moins à 4/5^e au troisième trimestre précédent le flexi-job. Pour commencer effectivement, il faut demander l'autorisation du médecin-conseil, qui doit juger si le flexi-job est compatible avec l'état de santé de l'assuré (à condition que la personne concernée, d'un point de vue médical, conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %) ou s'il entrave le rétablissement. Un employeur ne peut pas empêcher un travailleur d'exercer un flexi-job, même pendant une maladie. Toutefois, dans un souci de coopération loyale et de transparence, il est conseillé aux employés d'informer leur employeur de leur intention d'effectuer un flexi-job, aussi pendant les périodes d'incapacité de travail.

En résumé, de nombreuses situations sont possibles dans lesquelles l'assuré social exerce des activités en plus d'un contrat de travail régulier - qu'elles soient rémunérées ou non. Presque chaque activité nécessite un formulaire de demande différent, avec ses propres règles et conséquences ; les différences ne sont pas toujours bien expliquées, ou l'accent est mis sur deux types : le travail rémunéré classique d'une part et le volontariat d'autre part. De plus, pour ceux qui ne sont pas familiers avec ce système, il n'est pas du tout évident de savoir qu'il s'agit de statuts différents, nécessitant donc une approche différente. Si l'on souhaite encourager un assuré social à reprendre ou à poursuivre une activité pendant une incapacité de travail, il faut, outre la nécessité d'une information complète et correcte, une charge administrative simple. En outre, chaque notification ou demande donne lieu à une autorisation distincte pour chaque activité. Il va de soi qu'un tel enchevêtrement administratif n'est guère propice et n'incite pas les personnes dans cette situation à reprendre une telle activité.

Vacances

Une personne en incapacité de travail doit, selon sa destination, d'abord obtenir l'autorisation du médecin-conseil. Dans certains cas, il suffit d'informer le médecin (pour l'Union européenne, l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège ou la Suisse). Des délais sont également liés à cette procédure, à savoir au plus tard quinze jours avant. Cela s'applique également à un séjour en Belgique. De plus, il est obligatoire de répondre à toute demande de contrôle de l'incapacité de travail. Au cours de la première année, ces contrôles sont prévus à des moments fixes, il faut donc en tenir compte.

En cas de maladie grave susceptible d'évoluer défavorablement à court terme, il est conseillé de demander au médecin une attestation autorisant un séjour à l'étranger. En cas d'hospitalisation ou d'autres frais médicaux urgents, la centrale d'alarme mutuelle Mutas peut demander cette attestation.

Dans un avis récent concernant les voyages pendant l'incapacité de travail¹⁰, plusieurs recommandations ont déjà été formulées pour réduire les obligations administratives, telles que l'exemption de l'obligation de notification/demande pour les voyages de moins de 21 jours ou une communication claire et en temps utile, y compris un délai raisonnable et uniforme dans lequel le médecin-conseil doit communiquer sa décision concernant l'autorisation de voyager à l'assuré social.

Formation

Une personne en incapacité de travail peut, sous certaines conditions, suivre une formation. Mais ici aussi, il existe des différences selon la situation :

- En principe, un assuré social en incapacité de travail doit demander l'autorisation pour des activités susceptibles d'avoir un impact sur son rétablissement. Ainsi, le médecin-conseil peut évaluer si les activités envisagées sont compatibles avec l'état de santé de la personne. Il n'est pas toujours évident pour l'assuré de savoir quand une demande est requise. Pour un programme de formation de loisir classique sans formation pratique ni stage, aucune approbation n'est nécessaire. Dans le cas d'un stage, une demande d'autorisation est obligatoire.
- Une reconversion ou une formation à visée professionnelle peut être entreprise à l'initiative de l'assuré, mais aussi dans le cadre d'un trajet Retour au Travail. Dans tous les cas, cela doit être discuté avec le Coordinateur Retour au Travail de la mutualité pour examiner les possibilités.

RECOMMANDATIONS

L'Observatoire constate que le système actuel concernant les activités autorisées pendant l'incapacité de travail est particulièrement complexe, avec des règles, formulaires et procédures différents selon le type d'activité (volontariat, activité non rémunérée, travail associatif, formation, vacances, etc.). Cette fragmentation entraîne confusion, obstacles administratifs et réticence chez les assurés sociaux à s'engager à nouveau, même lorsque cela serait favorable à leur rétablissement et à leur réintégration.

C'est pourquoi l'Observatoire recommande de :

- Harmoniser la réglementation et la simplifier autant que possible, avec des principes et procédures uniformes pour toutes les formes d'activité autorisée ;
- Centraliser les procédures de demande et d'autorisation via un guichet digital unique, lié à la mutualité, où l'assuré peut déclarer, suivre et gérer ses activités ; une alternative non numérique doit être maintenue pour que les assurés n'ayant pas les compétences digitales nécessaires puissent aussi avoir accès à ces informations ;
- Améliorer la communication, avec des informations claires, compréhensibles et proactives sur les droits et obligations, y compris les différences entre les statuts ;
- Réduire la charge administrative, notamment en supprimant les notifications en double et en introduisant des autorisations génériques lorsque cela est possible ;
- Adopter une approche positive, considérant l'exercice d'une activité pendant l'incapacité de travail comme une (première) étape vers le rétablissement - pour autant que cela soit compatible avec l'état de santé.

Un cadre transparent, simple et incitatif peut aider les assurés sociaux à rester actifs de manière sûre et significative pendant leur rétablissement.

¹⁰ [Avis sur la possibilité de voyager en cas d'incapacité de travail](#).

Prolongation de l'incapacité de travail

À titre de complément, il convient de mentionner que la prolongation de l'incapacité de travail entraîne également des démarches administratives. Toute personne qui n'est pas prête à reprendre le travail à la fin de sa période d'incapacité doit (pendant la première année) introduire à nouveau un certificat afin de faire prolonger la reconnaissance de l'incapacité de travail. Il est important d'indiquer sur ce certificat qu'il s'agit d'une prolongation. Ce certificat doit être partiellement complété par l'assuré et partiellement par le médecin, puis introduit de la même manière que le premier certificat, mais avec un délai plus court : dans les sept jours calendaires à compter du lendemain du début de la maladie ou de la prolongation. À partir du 1^{er} janvier 2026, les médecins généralistes seront tenus d'envoyer les certificats par voie électronique lors de la prolongation, et il n'y a rien de supplémentaire pour les assurés.

Reprise partielle du travail

Lorsqu'un assuré social est suffisamment rétabli pour reprendre le travail (partiellement), il peut demander **l'autorisation** du médecin-conseil pour reprendre partiellement le travail. Cette demande doit être faite (digitalement ou sur papier) au moins un jour avant la reprise - mais il n'est pas nécessaire d'attendre la réponse du médecin-conseil pour recommencer.

- L'autorisation du médecin-conseil est valable pour une durée maximale de deux ans - mais peut aussi être plus courte et ne doit pas nécessairement correspondre à la durée du certificat d'incapacité délivré par le médecin généraliste ou le spécialiste. Dans ce cas, l'assuré social doit tenir compte de deux dates différentes et les suivre.
- Le médecin-conseil peut également refuser (par exemple, s'il estime que le nombre d'heures de travail est trop élevé) ; dans ce cas, l'assuré doit immédiatement cesser de travailler, consulter à nouveau et éventuellement introduire une nouvelle demande.
- En cas de modification (par exemple, du nombre d'heures, d'un autre employeur), une nouvelle demande doit être introduite ; il en va de même pour une prolongation.

Le nouvel accord de gouvernement prévoit la possibilité pour le médecin traitant de délivrer une « *fit note* » ou certificat d'aptitude, dans lequel il est indiqué ce qu'une personne en incapacité de travail peut encore faire. Cela peut offrir des chances pour un retour au travail plus rapide et un dialogue plus constructif entre l'employé et l'employeur. Parallèlement, plusieurs points importants méritent notre attention : quel est le lien avec les procédures existantes, quel rôle joue le certificat dans le processus global et comment éviter des charges administratives supplémentaires pour les médecins et les patients ? Une *fit note* peut être un outil précieux, mais seulement si elle contribue à une approche du retour au travail axée sur les personnes et leur soutien. Il n'est pas encore clair quelles démarches administratives supplémentaires cela impliquera.

En outre, l'accord de gouvernement prévoit qu'à l'avenir, outre le médecin-conseil, le médecin traitant et le médecin du travail pourraient également donner l'autorisation pour une reprise partielle du travail. La manière dont la coordination administrative et les flux de données seront organisés n'est pas encore claire. Il est important que cela n'entraîne pas de complexité ou d'ambiguïtés supplémentaires dans la procédure.

Procédure et possibilités après une incapacité totale de travail

Lorsque la fin de l'incapacité de travail approche, plusieurs possibilités existent : soit l'assuré reprend le travail à temps plein, soit il ne le reprend que partiellement. Dans certains cas, il se peut aussi que l'assuré soit devenu chômeur entre-temps ou a opté pour un autre régime de travail.

Reprise complète du travail

Lorsqu'un assuré social est suffisamment rétabli pour reprendre le travail à temps plein, il doit, selon sa situation, informer la mutualité de cette reprise.

- Si l'assuré a été en incapacité de travail pendant moins d'un an (et qu'il y a donc une date de fin sur la reconnaissance de l'incapacité), il n'est nécessaire de signaler la reprise du travail que si celle-ci a lieu avant ou à la date de fin mentionnée sur la lettre de reconnaissance. Si la reprise a lieu le premier jour ouvrable après la date indiquée, aucune action n'est requise - l'indemnité s'arrête automatiquement.
- Si l'assuré a été en incapacité de travail pendant plus d'un an, la lettre de reconnaissance ne mentionne plus de date de fin, et il est alors toujours obligatoire de signaler la reprise du travail à la mutualité.

De plus, il existe des situations où des démarches administratives supplémentaires doivent être accomplies, par exemple si la personne est devenue chômeur pendant son incapacité de travail, ou si elle est engagée dans une procédure de recours (p. ex., en cas de non-reconnaissance de l'incapacité de travail).

Reprise partielle du travail avec autorisation du médecin-conseil après un jour d'arrêt complet

Toute personne qui, pour des raisons de santé, devrait travailler moins, a aujourd'hui deux options : soit réduire la durée du travail - ce qui a des conséquences négatives en matière de protection sociale - soit arrêter complètement toutes les activités pendant au moins un jour, demander la reconnaissance de l'incapacité de travail, puis reprendre partiellement le travail avec une autorisation a posteriori du médecin-conseil.

Bien que la seconde option semble théoriquement réalisable, elle implique de nombreuses démarches administratives à effectuer sous pression et dans un délai court : un certificat médical pour l'employeur, suivi d'un certificat dans lequel le médecin traitant atteste que le travail à temps partiel est possible malgré la maladie, un certificat pour le médecin-conseil, la reconnaissance de l'incapacité de travail, la demande de reprise partielle du travail - généralement accompagnée de l'approbation du médecin du travail et de l'employeur. De plus, l'effet psychologique de la reconnaissance de l'incapacité de travail ne doit pas être sous-estimé. Même si la personne peut reprendre le travail après un jour, la reconnaissance de l'incapacité de travail et la stigmatisation qui l'accompagne peuvent peser lourdement. Il convient également de se demander s'il ne faudrait pas prévoir un parcours préventif pour éviter une telle interruption.

Enfin, il existe actuellement un traitement inégal pour les travailleurs salariés qui reprennent le travail à temps partiel au cours du premier mois en vertu de l'article 100, §2¹¹. Ils ne perçoivent pas un salaire garanti complet comme les travailleurs salariés qui restent totalement en incapacité de travail, mais

¹¹ Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

seulement un salaire proportionnel aux heures travaillées, complété par une indemnité AMI. Cette indemnité est en outre réduite en fonction du nombre d'heures travaillées. Il en résulte généralement un revenu total inférieur au salaire garanti.

RECOMMANDATION

L'Observatoire constate que le système actuel de reprise du travail après une incapacité de travail n'est pas suffisamment adapté à la réalité des assurés qui souhaitent reprendre progressivement le travail. L'obligation de cesser complètement toute activité avant une reprise partielle constitue un obstacle inutile, tant sur le plan administratif que psychologique.

C'est pourquoi l'Observatoire recommande de :

- Simplifier les procédures administratives lors de la reprise du travail, avec des directives claires et uniformes pour la reprise complète ou partielle ;
- Supprimer l'obligation d'arrêt complet du travail avant une reprise partielle, et réfléchir à une réglementation permettant un parcours préventif et flexible pour adapter la situation professionnelle en temps utile ;
- Examiner comment permettre une reprise partielle du travail sans qu'une reconnaissance complète de l'incapacité de travail soit nécessaire au préalable, tout en maintenant une base juridique solide pour la protection des revenus ;
- Remédier aux incohérences du système, comme par exemple pour ceux qui reprennent leur travail à temps partiel pendant le premier mois ;
- Encourager la collaboration proactive entre le médecin-conseil, le médecin du travail, l'employeur et la mutualité, afin de permettre une reprise du travail sur mesure sans formalités superflues.

Une approche plus humaine, flexible et préventive de la reprise du travail contribue à une réintégration durable et évite des arrêts inutiles.

L'Observatoire demande de faciliter la reprise rapide du travail pendant l'incapacité de travail en réduisant la charge administrative. Il demande également que toute personne qui, pour raison de santé, doit réduire son temps de travail, ne soit plus obligée d'arrêter complètement toutes ses activités avant de reprendre partiellement le travail en combinaison avec une indemnité.

Autres obstacles administratifs

Régime de la semaine de six jours

Les indemnités dans le cadre de l'incapacité de travail sont actuellement calculées sur la base d'une semaine de six jours (du lundi au samedi). Le samedi est donc considéré comme un jour indemnisable. Ce système peut toutefois prêter à confusion : lorsqu'un médecin traitant fait se terminer une incapacité de travail un vendredi au lieu d'un dimanche, alors que l'employé travaille selon une semaine de travail traditionnelle du lundi au vendredi, l'assuré ne reçoit pas d'allocation pour le samedi.¹² Il en résulte que le montant total de l'indemnité ne correspond pas toujours au montant auquel la personne a droit dans son rythme de travail normal. Pour l'assuré social, cela signifie parfois une perte de revenu imprévue, même si l'incapacité de travail a été correctement évaluée. Il existe la possibilité d'obtenir

¹² Si un certificat expire le vendredi et que la prolongation commence le lundi, alors le samedi est bien couvert et payé.

une couverture rétroactive via un certificat complémentaire pour corriger la perte de revenu, mais cela nécessite de nouvelles démarches administratives.

RECOMMANDATION

L'Observatoire recommande en premier lieu de réexaminer le régime de la semaine de six jours et d'étudier s'il ne serait pas préférable de passer à un autre régime, compte tenu de la réalité actuelle du travail.

Si une telle réforme s'avère trop complexe à court terme, il est au moins nécessaire que les médecins traitants soient mieux informés et soutenus dans l'application du régime actuel de la semaine de six jours, et que les problèmes découlant d'incohérences dans le système concernant la date de fin puissent être corrigées facilement par la suite afin que les assurés ne subissent pas de perte de revenu injustifiée.

Plateforme TRIO

Début 2025, la plateforme TRIO¹³ a été créée dans le cadre de la responsabilité partagée des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins-conseils en matière de parcours de retour au travail et d'évaluation de l'incapacité de travail. Comme ils sont régulièrement en contact pour accompagner une personne en incapacité de travail, une plateforme de communication digitale sécurisée a été mise en place pour faciliter les contacts et l'échange d'informations. Bien que la personne en incapacité de travail doive donner son consentement pour permettre cet échange de données via cette plateforme, aucun accès ne lui est fourni. Le fait qu'ils ne puissent rien voir eux-mêmes pose problème pour la transparence et la participation : il est important qu'une plateforme entièrement conçue autour du patient fonctionne également en collaboration avec lui. Il n'est pas encore clair si et quel impact l'introduction de la plateforme TRIO aura sur la communication et/ou la charge administrative, et comment la personne en incapacité de travail en fera l'expérience, ni quelles seront les conséquences d'un retrait du consentement.

Dans l'avis précédent, il avait été demandé la création d'un guichet ou d'une plateforme permettant à l'assuré de consulter tous les documents liés à l'incapacité de travail et/ou à l'invalidité, ainsi que le suivi, la prolongation et les différents types de demandes. Un tel dossier consultable doit non seulement indiquer quelles informations sont encore nécessaires, mais aussi pourquoi et pour quand, complété par un aperçu des documents déjà reçus et des prochaines étapes pour l'assuré et la mutualité. Toutes les mutualités ne disposaient pas encore d'un tel guichet digital à ce moment-là, c'est pourquoi cela avait été recommandé comme prérequis.

RECOMMANDATION¹⁴ :

L'Observatoire recommande également d'accorder à l'assuré l'accès à la plateforme TRIO. Cet accès renforcerait la transparence et l'implication de la personne en incapacité de travail, et lui permettrait de participer activement à son parcours de retour au travail. La plateforme pourrait offrir à l'assuré un point central pour consulter les documents pertinents, suivre la communication entre médecins et obtenir un aperçu de l'avancement de son dossier.

¹³ Loi du 31 janvier 2025 établissant et organisant la plateforme TRIO. La plateforme TRIO est soutenue par le Conseil national du travail ([avis du CNT](#)) et par le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail ([avis du CSPPT](#)).

¹⁴ L'OBS a déjà formulé un avis concernant cet accès à la plateforme TRIO : [Accord de gouvernement et déclaration de politique en matière de Santé publique et Affaires sociales 2024-2029](#).

Impact des sanctions

Dans l'avis précédent de 2022, l'Observatoire avait demandé de prêter davantage attention à la situation concrète de l'assuré (malade) qui ne respecte pas les délais - une maladie a généralement déjà un impact important. Il avait été demandé de mieux tenir compte de l'impact et des conséquences de la sanction pour l'assuré, car cela donne l'impression d'une procédure à la hache. Il avait déjà été indiqué dans l'avis que trop peu de place était prévue pour réellement examiner la situation ou pour travailler de manière proactive et soutenir les personnes qui en ont besoin. Cependant, contrairement à l'avis précédent, les mesures et sanctions dans le nouvel accord de gouvernement sont encore plus strictes. Ainsi, ce n'est plus 2,5% mais 10% de l'indemnité qui est retenue lorsque le Quick scan n'est pas rempli ou que l'on ne se présente pas chez le coordinateur Retour au Travail sans justification valable. En outre, une suspension totale de l'indemnité suit en cas d'absence (sans justification valable) à un rendez-vous avec le médecin-conseil ou le médecin du travail. De cette manière, la pression (administrative) sur les personnes en incapacité de travail est accrue, ce qui ne favorise pas leur rétablissement.

Il est donc souhaitable de prévoir, en plus des sanctions, des alternatives positives axées sur l'accompagnement et la prévention. Une approche graduelle, axée initialement sur le contact et le soutien, et complétée par des efforts de sensibilisation auprès des personnes qui ne répondent pas, peut éviter que les personnes vulnérables ne soient inutilement pénalisées financièrement. Il est crucial d'établir une distinction claire entre manque de capacité et manque de volonté afin de garantir des mesures proportionnées.

RECOMMANDATION

L'Observatoire constate qu'une politique de sanctions n'est pas compatible avec l'objectif de rétablissement et de réintégration durable. Les sanctions renforcent la vulnérabilité des personnes en incapacité de travail et augmentent le risque de stress, d'incertitude et d'exclusion supplémentaire. Lorsque des sanctions sont appliquées, elles doivent l'être uniquement dans le but de fournir des conseils et un soutien, et non comme une simple punition. L'accent devrait être mis sur le travail de sensibilisation et l'offre d'une assistance accessible., afin que les personnes disposent de l'espace et des moyens nécessaires pour se rétablir et reprendre progressivement le travail.

Communication & digitalisation

Outre les procédures et documents spécifiques auxquels les personnes en incapacité de travail sont confrontées, il existe également quelques problèmes généraux qui rendent le processus encore plus lourd :

Premièrement, les délais pour accomplir les démarches administratives sont parfois très courts. Pour les personnes malades à domicile, il est déjà difficile de suivre leurs tâches quotidiennes, sans parler de remplir les documents à temps, de contacter les médecins ou les organismes, et d'envoyer correctement tous les documents. La pression pour agir rapidement s'ajoute à la charge physique et mentale de la maladie elle-même.

En outre, il manque une vue d'ensemble claire de tout ce qui attend la personne. Les assurés indiquent qu'il est difficile de savoir exactement quels documents ils doivent remplir, pour quand, et à qui ils doivent les remettre. Un plan d'étapes simple et clair - par exemple sous forme de chronologie ou de liste de contrôle - serait d'une grande aide.

La digitalisation accroît la commodité et la rapidité des processus administratifs, mais doit s'accompagner d'une inclusion digitale : les alternatives papier doivent rester disponibles sans conséquences néfastes, et un soutien accessible demeure nécessaire, comme des services d'assistance téléphonique ou des conseils gratuits via le CPAS, les organisations de quartier et les mutualités. Un soutien supplémentaire dans ce domaine est particulièrement nécessaire pour certains groupes cibles vulnérables.

Enfin, la communication est souvent truffée de références à la législation et à des articles de loi. Pour ceux qui ne sont pas familiers avec le langage juridique, cela rend l'information difficile à comprendre. Pour les personnes ayant des difficultés de compréhension, le langage complexe des lettres et des formulaires représente un obstacle, sapant leur confiance et leur persévérance et les amenant souvent à abandonner. Il est nécessaire d'avoir une communication claire, compréhensible et empathique, dans un langage accessible, sans références juridiques qui pourraient prêter à confusion. La communication doit également être accessible à tous les assurés, y compris ceux qui rencontrent des barrières linguistiques ou qui ont un faible niveau d'alphabetisation : outre la précision juridique, une version en langage clair est nécessaire, complétée par des aides visuelles telles que des pictogrammes et la possibilité d'explications verbales.

RECOMMANDATION

Pour alléger davantage la charge administrative des personnes en incapacité de travail, il est important non seulement d'améliorer les procédures elles-mêmes, mais aussi la manière dont l'information est présentée et suivie. C'est pourquoi l'Observatoire propose de:

- Mieux adapter les délais des obligations administratives à la réalité des personnes limitées physiquement ou mentalement par la maladie. Cela ne signifie pas nécessairement des délais plus longs, mais plutôt des procédures plus现实和 un meilleur accompagnement, afin de réduire la pression administrative sans retarder le paiement des allocations ;
- Fournir un plan d'étapes uniforme, complet et personnalisé, afin que chaque assuré, dans chaque situation, ait accès à un parcours clair avec les documents nécessaires, les échéances et les organismes concernés ;
- Formuler toute communication dans un langage clair et accessible. Si des références à des articles de loi ou à des termes juridiques complexes sont inévitables, elles doivent toujours être accompagnées d'une explication compréhensible en langage courant.

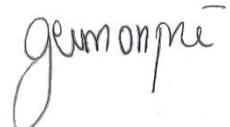
Une telle approche rend le système non seulement plus accessible, mais contribue également à renforcer la confiance de l'assuré dans le service.

Nous vous saurions gré de nous tenir informés de la suite donnée au présent avis.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.



Sophie Lanoy



Siska Germonpré

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

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