I. Les obstacles à l'accompagnement des malades de longue durée

Pénurie de médecins-conseils – Soutien de l'équipe multidisciplinaire - Plateforme TRIO - Impliquer le médecin traitant – Fit note - Accords de coopération renforcés

Question n° 341 posée le 8 juillet 2025 au vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, par Madame la Représentante DE KNOP[1]

Lors d'une concertation avec l'Union nationale des Mutualités libres, plusieurs obstacles structurels à la réinsertion des malades de longue durée ont été soulevés. Les parties concernées se heurtent à des défis pratiques et légaux.

1. En raison de la pénurie de médecins-conseils, les patients ne reçoivent pas toujours l'accompagnement adéquat. Quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à cette pénurie ?
2. Il existe une incertitude quant à savoir lequel des trois médecins concernés doit poursuivre l'accompagnement lorsqu'un patient ne se présente pas activement. Qui endosse la responsabilité et de quelle manière comptez-vous communiquer clairement avec les médecins, de sorte qu'ils soient bien informés à ce sujet ?
3. La réglementation relative aux médecins du travail et celle relative aux médecins-conseils semblent se contredire parce qu'elles relèvent de différentes législations. Quelles mesures comptez-vous prendre pour remédier à cette discordance ?
4. À peine 20.000 des 550.000 malades de longue durée sont accompagnés vers un retour au travail. Comment détermine-t-on qui est admissible à un tel accompagnement et est-il prévu d'augmenter ce nombre ?
5. La coopération entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le FOREM et le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) ne semble pas suffisamment harmonisée. De quelle manière souhaitez-vous améliorer cette harmonisation, de sorte que les malades de longue durée puissent être accompagnés plus rapidement et plus efficacement vers une reprise du travail ?

Réponse

Afin de remédier à la pénurie de médecins-conseils, j'ai mis en oeuvre, depuis le 1er janvier 2024, une réforme de l'assurance indemnités. Celle-ci permet à un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un psychologue clinicien ou un infirmier, en tant que membre de l'équipe multidisciplinaire au sein de l'organisme assureur, de soutenir le médecin-conseil dans l'évaluation de l'incapacité de travail ainsi que dans l'estimation du potentiel de travail et la catégorisation y liée. Ces collaborateurs sont également chargés d'accorder la prolongation de l'autorisation délivrée par le médecin-conseil pour la reprise du travail pendant la période d'incapacité, ainsi que d'évaluer le besoin d'aide d'un tiers en vue de l'octroi de l'allocation forfaitaire pour assistance d'un tiers.

1. Bulletin n° 029, Chambre, session ordinaire 2025-2026, p. 178.

De plus, une modification de l'arrêté royal 35 a été publiée le 22 septembre dernier. Les adaptations permettent à un plus grand nombre de médecins d'exercer la profession de médecin-conseil. Grâce à cette modification, les organismes assureurs (O.A.) peuvent par exemple recruter un médecin-conseil à temps partiel. Par ailleurs, l'âge de la retraite pour les médecins-conseils a été aligné sur celui des salariés.

Lors de l'élaboration de nouvelles réglementations et procédures, toutes les cellules stratégiques, les administrations et les groupes de parties prenantes concernés se concertent. L'objectif est toujours d'obtenir la meilleure coordination possible. Pour faciliter et renforcer la collaboration et la communication entre les médecins-conseils, les médecins du travail et les médecins traitants, j'ai par exemple développé la plateforme TRIO. Celle-ci est opérationnelle depuis le 19 février 2025. Cette plateforme numérique sécurisée est destinée à l'échange d'informations médicales entre ces trois acteurs dans le cadre des trajets de retour au travail (ReAT), mais aussi dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail. La plateforme permet également de consulter les données clés relatives à la gestion d'un trajet ReAT. Des réglementations futures prévoient encore un renforcement de la concertation et de l'échange de données entre les différents acteurs, dans lequel la plateforme TRIO jouera un rôle central.

La réforme précitée que j'ai effectuée dans l'assurance indemnités vise également à garantir un suivi régulier des assurés par le médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire, par l'organisation de contacts physiques et une évaluation régulière du potentiel de travail, c'est-à- dire la capacité d'un assuré reconnu en incapacité à exercer un travail adapté, compte tenu de son état de santé. Cette évaluation prend en compte tant le potentiel actuel que les possibilités futures, et permet de classer l'assuré dans une catégorie déterminée, ce qui conditionne le lancement éventuel d'actions de retour au travail.

Outre cette réforme, des réglementations futures prévoient de nombreuses mesures pour accompagner davantage d'assurés reconnus en incapacité dans leur retour au travail. Je tiens à souligner que les trajets proposés par les services de l'emploi, les 20.000 que vous mentionnez dans votre question, ne sont qu'une des façons de réaliser un trajet vers l'emploi. Les reprises partielles du travail, les trajets de réintégration informels et formels dans le cadre du Code du bien-être au travail, le trajet via les chèques ReAT et les formations de reconversion classiques sont également des formes de trajets ReAT.

Une autre réforme visant à favoriser davantage l'adhésion à un trajet consiste à impliquer davantage le médecin traitant dans le processus. Ainsi, le médecin traitant devra examiner la possibilité d'un travail adapté ou différent lors de la prescription ou de la prolongation d'un certificat d'incapacité. Dans la *fit note*, il pourra indiquer, de manière facultative, ce que le travailleur en incapacité est encore capable de faire. Le médecin traitant peut discuter du contenu de cette note avec le médecin du travail, qui évaluera les possibilités concrètes de travail adapté ou différent dans l'entreprise concernée.

Par ailleurs, le médecin du travail devra informer le plus rapidement possible le travailleur en incapacité des possibilités de reprise du travail. Pour ce faire, il devra recevoir les informations sur l'incapacité de la part du médecin traitant. Le médecin du travail devra également évaluer le potentiel de travail d'un travailleur en incapacité depuis au moins huit semaines. Si ce potentiel existe, l'employeur demandera au médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration, au plus tard six mois après le début de l'incapacité.

En cas de reprise partielle du travail, une autorisation du médecin traitant ou du médecin du travail sera équivalente à celle du médecin-conseil.

Le médecin-conseil ou le membre de l'équipe multidisciplinaire est tenu d'orienter tout assuré sans contrat de travail et disposant d'un potentiel de travail vers le Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, le FOREM, ACTIRIS ou l'Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft. L'assuré devra alors obligatoirement s'inscrire auprès du service régional de l'emploi dans un délai de 14 jours.

Dans le cadre de la collaboration avec les services régionaux de l'emploi, je prévois des accords de coopération renforcés. Ces nouveaux accords contiendront des objectifs ambitieux et miseront sur une trajectoire de croissance pour ce qui est d'atteindre activement et de réintégrer les travailleurs en incapacité de longue durée. Ils stipuleront que les demandeurs d'emploi reconnus en incapacité, inscrits auprès des services régionaux, seront activement contactés avec une offre concrète (p. ex. une invitation à un entretien) au plus tard un mois après leur inscription. Le service de l'emploi devra en outre proposer à chaque personne inscrite un trajet personnalisé.

L'ensemble de ces mesures vise à accompagner davantage d'assurés reconnus en incapacité (avec un potentiel de travail) lors de leur retour au travail.