NOTE POLITIQUE RETOUR AU TRAVAIL II ET ARRÊTÉS D'EXÉCUTION

ALTERNATIVES CIBLÉES POUR RETOUR AU TRAVAIL II

Message clé

Nous comprenons les objectifs du gouvernement fédéral tels qu'ils figurent dans l'accord de gouvernement : lutter contre le shopping d'attestations, renforcer la continuité, aborder la réintégration en temps utile et contrôler de manière ciblée les pratiques problématiques en matière de prescription.

Les outils proposés sont toutefois trop rigides, ne reposent pas sur des fondements scientifiques et risquent d'entraîner des soins inutiles, une insécurité juridique et une charge administrative supplémentaire pour le patient et le médecin traitant.

Nous proposons dès lors trois alternatives cohérentes, fondées sur le principe suivant : le soutien et la continuité des soins comme norme, et un contrôle ciblé lorsque cela s'avère nécessaire.

Les points problématiques du projet de loi actuel

Le projet de loi actuel traduit ces objectifs en trois mesures relatives au certificat d'incapacité de travail destiné à la mutualité. Selon nous, ces mesures tiennent insuffisamment compte de la réalité de la médecine générale :

- Seul le médecin détenteur du DMG peut attester l'incapacité de travail, sauf en cas de force majeure.
- À partir d'un certificat couvrant six semaines d'incapacité de travail, ou lorsque l'incapacité dépasse six semaines, le médecin généraliste doit demander l'avis d'un autre professionnel des soins de santé ou pouvoir présenter une lettre d'orientation.
- Le premier certificat est limité à une durée maximale de trois semaines.

Par ailleurs les restrictions dans la certification d'incapacité ne s'appliquent qu'aux médecins généralistes., induisant un risque d'affaiblissement et de contournement du rôle du médecin généraliste.

En outre, le projet de loi actuel manque largement sa cible, puisqu'il privilégie des mesures répressives au lieu de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de l'attestation par la grande majorité des prestataires de soins.

Principes essentiels d'une réglementation efficace

Les propositions actuelles ne s'inscrivent pas dans la vision précédemment validée du rôle du médecin traitant et semblent surtout reposer sur des mécanismes de contrôle, sans qu'un problème sous n'ait été démontré.

Les principes de départ essentiels sont les suivants :

- **Proportionnalité :** les différentes mesures doivent contribuer de manière démontrable à l'objectif poursuivi et ne peuvent créer une charge administrative disproportionnée pour la grande majorité des prestataires qui agissent avec soin.
- **Sécurité du patient et sécurité juridique :** le patient ne peut être confronté a posteriori à l'invalidité d'un certificat médicalement justifié en raison de règles de compétence imprécises.
- **Autonomie clinique :** le médecin traitant doit pouvoir s'écarter des délais indicatifs lorsque l'état de santé, la sécurité ou le contexte l'exige.

- **Responsabilité partagée en matière de réintégration :** la réintégration et la prévention d'incapacités de travail injustifiées exigent l'engagement du patient, de l'employeur, du médecin du travail, du médecin-conseil, des prestataires de soins et des pouvoirs publics. Les médecins généralistes partagent une responsabilité dans le processus de réintégration avec les médecins-conseils et les médecins du travail, à partir de la communication du diagnostic, qui relève du secret professionnel médical.
- **Minimisation des données :** seules les données nécessaires à l'évaluation, au suivi et à une collaboration sûre sont partagées. Les informations destinées à l'employeur restent séparées de celles destinées aux acteurs médicaux.
- **Applicabilité dans la pratique :** la réglementation doit correspondre à la réalité du terrain, notamment les services de garde, les remplacements et les systèmes numériques actuels.

Trois alternatives ciblées

Nous proposons trois alternatives.

Alternative 1 : continuité des soins au niveau de la pratique et du réseau

Remplacer le lien exclusif avec le détenteur individuel du DMG par une réglementation au niveau de la pratique de médecine générale qui assure le traitement. Tout médecin généraliste de cette pratique peut attester l'incapacité de travail lorsque les informations pertinentes du dossier sont suffisamment disponibles et que le suivi reste garanti au sein de la pratique. Le même principe peut s'appliquer à un réseau de soins formel ou fonctionnel qui utilise un dossier partagé ou accessible.

Reconnaître directement les contextes de soins habituels

Le remplacement pour cause de maladie, de vacances ou d'une autre indisponibilité temporaire, l'intervention dans le cadre du service de garde, les soins urgents et l'orientation interne au sein d'une pratique ne constituent pas des cas exceptionnels de force majeure, mais font partie de l'organisation normale des soins. Ils doivent être reconnus comme tels.

Remplacer la force majeure par des critères positifs et négatifs clairs

Une appréciation a posteriori d'une notion non limitative telle que la « force majeure » crée de l'incertitude pour le médecin et le patient. Un modèle plus opérationnel définit positivement les contextes de soins dans lesquels un autre médecin peut valablement prescrire et décrit de manière exhaustive les situations concrètes qui ne sont pas autorisées. Seules des situations d'abus clairement délimitées peuvent donner lieu à un refus ou à un contrôle. La charge de la preuve concernant l'organisation interne de la pratique ne peut incomber au patient.

S'il n'est pas opté pour une liste limitative indiquant les situations dans lesquelles il n'y a pas de force majeure, nous proposons d'ajouter, aux sept situations spécifiquement décrites dans le projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, une huitième catégorie résiduelle générale :

> *8° le titulaire se trouve dans d'autres circonstances comparables à celles visées aux points précédents, dans lesquelles il n'est objectivement et raisonnablement pas possible de consulter le médecin généraliste qui gère son dossier médical global.*

Une énumération limitative ne peut jamais prévoir toutes les situations de dispensation et d'organisation des soins. Une catégorie résiduelle restreinte évite qu'un certificat médicalement justifié ne puisse être établi uniquement parce qu'une situation concrète ne relève pas littéralement de l'une des sept catégories.

Rendre plus explicite le lien entre la deuxième et la première ligne

La pratique de médecine générale qui assure le traitement n'a généralement pas de visibilité sur les incapacités de travail prescrites par d'autres acteurs. Rendre ces informations visibles pour la pratique de médecine générale, dans le respect du secret professionnel et de la protection des données, constitue une exigence structurelle indispensable. À l'heure actuelle, l'impact d'une période d'incapacité de travail prescrite en deuxième ligne par un médecin spécialiste ou un autre acteur sur les délais applicables au médecin généraliste, par exemple le délai de six semaines ou la durée maximale du premier certificat, n'est pas clair.

Le lien avec la pratique de médecine générale peut également se perdre lorsque l'incapacité de travail est structurellement prescrite en deuxième ligne. Lorsqu'une incapacité de travail de longue durée est prescrite depuis la deuxième ligne, une concertation avec la pratique de médecine générale qui assure le traitement doit être demandée après un certain délai.

Alternative 2 : un suivi fondé sur la clinique, pas sur six semaines

Remplacer l'orientation automatique après six semaines par une réévaluation clinique à un moment médicalement pertinent. Le calendrier doit s'aligner sur des délais indicatifs scientifiquement étayés, qui constituent également la base des fiches Retour au Travail, et tenir compte de l'évolution de l'affection et de la situation du patient. Il convient de partir d'une liste d'affections pour lesquelles les données scientifiques sont suffisantes pour établir qu'un suivi ou une orientation dans les six semaines est nécessaire. Cela permet également d'éviter des dépenses inutiles et une mobilisation superflue de prestataires au sein des soins de santé.

Ne pas orienter automatiquement, mais procéder à une évaluation démontrable

Comme alternative à une orientation automatique, un moment d'évaluation obligatoire peut être instauré après le délai prévu. Le médecin traitant évalue avec le patient si des soins, un soutien ou une concertation supplémentaires sont nécessaires et enregistre le résultat. Cela ne doit pas toujours conduire à une orientation. La poursuite du suivi par le médecin généraliste, une demande d'avis ciblée, un rapport d'un prestataire déjà impliqué ou une notification ou concertation avec le médecin du travail ou le médecin-conseil via la plateforme TRIO peuvent également suffire. Un deuxième regard professionnel est ainsi possible lorsqu'il apporte une plus-value. Les listes d'attente rendent en outre l'orientation automatique peu pertinente.

L'aide la plus appropriée n'est pas nécessairement de nature médicale ou paramédicale

L'acteur pertinent n'est pas nécessairement un professionnel des soins de santé. En cas de séparation difficile, une médiation peut être plus utile ; en cas de problèmes sociaux, l'aide d'un assistant social peut être appropriée; en cas de problème d'organisation du travail, la clé se trouve peut-être chez le médecin du travail ou l'employeur. La réglementation doit donc décrire de manière fonctionnelle le type de soutien nécessaire et ne peut obliger le médecin généraliste à intégrer intégralement des avis non médicaux dans le DME.

Protection du médecin et du patient

- L'enregistrement du fait que l'entretien a eu lieu et de l'étape suivante convenue suffit comme contrôle de base.
- Le médecin n'est pas sanctionné parce qu'un patient ne suit pas un avis, qu'un autre acteur agit différemment ou que des soins adaptés ne sont pas disponibles à temps.
- En cas de violence intrafamiliale, de vulnérabilité psychique ou d'un autre contexte de sécurité, le médecin peut renoncer à une orientation, à une prise de contact ou à un partage large d'informations. La sécurité prime : une orientation ou un partage d'informations ne peut être imposé lorsque, compte tenu de la situation concrète, cela peut créer un risque réel pour la sécurité du patient.

Alternative 3 : possibilité de recourir, de manière facultative, à une fit note plutôt qu'à un certificat après trois semaines

Au lieu de limiter de manière générale la durée du premier certificat d'incapacité de travail à trois semaines, la fit note peut être utilisée de manière facultative pour assurer un suivi plus ciblé des patients dès le départ. La fit note décrit non seulement l'incapacité de travail, mais aussi les capacités fonctionnelles du patient, les éventuels points d'attention pour la réintégration et le moment de suivi indiqué. Le parcours de soins doit se concentrer sur le fonctionnement du patient, et non sur la durée du certificat, afin de soutenir la réintégration.

Les informations médicales pertinentes peuvent être partagées avec le médecin-conseil et le médecin du travail dans le respect du secret professionnel et des règles de protection des données. L'employeur ne reçoit pas le diagnostic, mais uniquement les informations nécessaires pour examiner d'éventuels aménagements ou une reprise partielle du travail. Le suivi précoce est ainsi intégré de manière structurelle, sans obliger chaque patient à revenir en consultation après trois semaines en l'absence de plus-value médicale nécessaire. Cela permet d'éviter des consultations inutiles, qui ont également un impact sur le budget des soins de santé.

Comparaison avec le projet de loi actuel

Le tableau ci-dessous compare les objectifs du projet de loi avec les alternatives qui, selon nous, permettent d'atteindre les mêmes objectifs politiques.

Mesure	Objectif politique	Alternative proposée
Médecin détenteur du DMG	Limiter le shopping d'attestations et renforcer la continuité des soins	Compétence au niveau de la pratique de médecine générale qui assure le traitement et du réseau de soins ayant accès au même dossier pertinent
Autre prestataire après six semaines	Éviter qu'une orientation nécessaire n'ait pas lieu	Évaluation clinique de la nécessité d'orienter sur la base de données scientifiques ; les données des fiches médicales déjà validées guident l'évaluation
Premier certificat limité à trois semaines	Stimuler un suivi et un contrôle précoces	Utiliser la fit note comme alternative facultative afin d'assurer un échange d'informations en temps utile entre les médecins impliqués dans la réintégration ; privilégier une politique tournée vers l'avenir

Défaillances fondamentales des trois mesures actuelles

Seul le médecin détenteur du DMG peut prescrire une incapacité de travail, sauf en cas de force majeure :

- Le lien exclusif avec le détenteur individuel du DMG tient insuffisamment compte des pratiques de groupe, des remplacements, des services de garde et du suivi partagé du dossier.
- Le lien avec le médecin généraliste détenteur du DMG peut inciter les médecins à reprendre le DMG afin d'éviter d'éventuelles sanctions. Comme le transfert d'un DMG est simple et peut se faire à l'insu du médecin détenteur initial et du patient, le médecin peut reprendre le DMG par crainte de sanctions et afin de pouvoir malgré tout délivrer un certificat d'incapacité de travail. La mesure risque ainsi non pas de réduire le shopping d'attestations, mais de le déplacer vers des transferts inappropriés de DMG. Le patient et la pratique de médecine générale initiale en supportent les conséquences, notamment une diminution des revenus, un suivi moindre et une moindre continuité des soins.

- Le DMG est facultatif. Lorsqu'un patient n'a pas de DMG, les projets considèrent qu'il y a toujours force majeure. Les mêmes restrictions ne s'appliquent donc pas à ce groupe de patients lorsqu'un médecin généraliste atteste une incapacité de travail. Cela crée une incitation pour les patients qui n'ont pas encore de DMG à ne pas en faire ouvrir un. Cette situation va à l'encontre de l'objectif de renforcer la continuité des soins et le suivi structurel par une pratique de médecine générale fixe.
- Une appréciation a posteriori de la « force majeure » crée une insécurité juridique et une charge administrative supplémentaire. Au moment de l'établissement du certificat, le médecin et le patient ne savent pas avec certitude si le médecin-conseil acceptera ultérieurement la situation comme cas de force majeure. Les conséquences d'une décision ultérieure selon laquelle il n'y avait pas force majeure au sens de la réglementation restent en outre imprécises. Le certificat devient-il alors invalide et la reconnaissance de l'incapacité de travail est-elle également compromise, même si le médecin a correctement constaté l'incapacité sur le plan médical ? Une énumération non limitative de situations qui ne constituent pas un cas de force majeure accroît cette incertitude. À l'inverse, une énumération limitative des situations qui constituent un cas de force majeure risque d'omettre des situations importantes et légitimes. Un système plus clair est donc nécessaire : il doit définir positivement les contextes de soins dans lesquels un médecin qui ne détient pas le DMG peut valablement attester et décrire de manière exhaustive les situations concrètes dans lesquelles aucun certificat d'incapacité de travail ne peut être délivré, tout en y associant des mesures politiques. Une option pourrait consister à limiter à quatre jours la durée maximale des certificats d'incapacité de travail délivrés au poste de garde de médecine générale.

Orientation à partir d'un certificat de six semaines :

- Le seuil général de six semaines est aveugle sur le plan clinique. Il n'est pas médicalement fondé et peut entraîner des coûts supplémentaires considérables pour les soins de santé. Une orientation après six semaines n'est ni médicalement pertinente ni scientifiquement indiquée pour chaque affection. Pour certaines affections musculosquelettiques, une intervention plus précoce peut être nécessaire, tandis que pour d'autres, une orientation ne devient utile que plus tard ou ne l'est pas du tout. Une obligation automatique d'orientation peut donc entraîner des consultations et des dépenses supplémentaires sans plus-value thérapeutique démontrable. Le moment d'une éventuelle orientation doit dès lors correspondre à la situation clinique individuelle et à des délais fondés sur les données probantes, tels que ceux des fiches Retour au Travail. Partir de ces fiches signifie que nous nous alignons toujours sur les données scientifiques tout en permettant le dialogue avec le patient sur l'importance d'un soutien.
- Un professionnel des soins de santé n'est pas l'acteur le plus indiqué dans chaque situation. Selon le problème sous-jacent, un thérapeute du deuil, un médiateur ou un assistant social peut offrir un soutien plus pertinent. La réglementation doit dès lors partir de la plus-value concrète du soutien et non uniquement du statut formel de l'acteur concerné. Dans ce cas également, toute absence de plus de deux semaines est signalée au médecin-conseil et, à l'avenir, au médecin du travail, ce qui permet la règle des quatre yeux. Ceux-ci peuvent demander des informations supplémentaires à la pratique de médecine générale qui assure le traitement lorsque la durée de l'incapacité de travail s'écarte de la durée moyenne habituelle.
- L'obligation d'orientation proposée tient insuffisamment compte des listes d'attente et ne garantit pas l'accès effectif à des soins ultérieurs. Si les délais d'attente sont longs, une lettre d'orientation pourra éventuellement suffire à remplir formellement l'obligation, sans que le traitement ou ne commence réellement. Le médecin généraliste ne peut en outre garantir que le patient suivra le parcours proposé.
- Il existe également un risque qu'un autre prestataire propose un parcours moins axé sur la réintégration, ce qui prolongerait la période d'incapacité de travail au-delà de ce que le médecin généraliste estime nécessaire.

Le premier certificat est limité à une durée maximale de trois semaines :

- Une durée maximale uniforme de trois semaines ne garantit pas une réévaluation sur le fond. Un médecin qui souhaite contourner la règle peut délivrer un premier certificat pour une courte période, puis le prolonger de six semaines ou davantage. Pour les médecins qui assurent un suivi soigneux de leurs patients, la mesure peut en revanche entraîner des consultations supplémentaires et des prolongations administratives sans gain de qualité potentiel. Dans de tels cas, une limite légale uniforme apporte peu à la pratique médicale existante et peut entraîner davantage de dépenses inutiles dans les soins de santé.
- Le risque existe que le shopping de certificats ne diminue pas, mais se déplace vers la deuxième ligne. Le shopping de certificats existe également auprès des médecins spécialistes. Les restrictions proposées ne s'appliquent qu'aux médecins généralistes. Les patients pourraient dès lors s'adresser plus rapidement à un médecin spécialiste pour obtenir un certificat d'incapacité de travail, au détriment de la continuité du suivi et avec des coûts plus élevés pour les soins de santé.

Avis de l'Ordre des médecins

L'Ordre des médecins souligne depuis longtemps la tension entre le traitement d'un patient et l'évaluation de son incapacité de travail par le médecin traitant. Ces deux tâches sont des missions médicales, mais elles poursuivent un objectif différent et exigent un rôle différent du médecin. Pour les accomplir de manière optimale, elles ne peuvent être confondues. Le médecin traitant doit avant tout évaluer l'état de santé, déterminer le traitement et conseiller le repos ou les adaptations médicalement nécessaires.

L'Ordre indique également qu'une obligation de certificat peut faire entrer inutilement des personnes dans le circuit médical, en particulier lors d'absences de courte durée ne nécessitant pas de soins médicaux. Dans cet avis, l'Ordre mentionne en outre qu'une large majorité de la délégation de l'époque était favorable à la suppression des certificats d'incapacité de travail de courte durée. Il précise explicitement que le médecin traitant reste celui qui se prononce, dans l'intérêt du patient, sur le traitement et l'éventuelle incapacité de travail.

Préciser dans la loi la finalité des sanctions

Lors de la concertation, le temps a manqué pour examiner les sanctions proposées. Il est toutefois essentiel pour nous que le texte de loi précise lui-même que ces sanctions visent des infractions pénales graves, dans lesquelles un certificat est sciemment délivré afin d'accorder indûment un avantage social. Elles ne peuvent en revanche servir à sanctionner des médecins uniquement parce que la durée d'un certificat d'incapacité de travail s'écarte statistiquement d'une moyenne.

Cette délimitation ne figure actuellement que dans l'exposé des motifs. Afin d'éviter toute ambiguïté, nous proposons de l'inscrire également explicitement à l'article 19 du projet de loi :

> *Art. 168/1. § 1er. Sans préjudice d'éventuelles poursuites disciplinaires, il est interdit aux prestataires de soins d'établir ou de faire établir, de délivrer ou de faire délivrer un certificat d'incapacité de travail, sans raison médicale objective ou sans examen médical préalable, sciemment et volontairement, dans le but d'ouvrir indûment le droit à un avantage social au sens de l'article 230, 1°, du Code pénal social.*

Dans l'exposé des motifs, nous souhaitons en outre qu'il soit précisé qu'une divergence d'appréciation médicale, une modification ou un retrait ultérieur de l'incapacité de travail par le médecin-conseil ou une autre instance compétente, ou un écart par rapport à la durée habituelle ou moyenne d'attestation ne constitue pas en soi une infraction à cette disposition.

Outre une définition claire des infractions, il importe que la loi prévoie des garanties suffisantes quant à la manière dont les médecins sont traités dans le cadre d'une procédure de sanction. À cet égard, il nous semble indiqué d'examiner plus avant quelle est la meilleure façon d'évaluer les dossiers avant qu'une sanction ne soit prononcée.

Un modèle primaire pourrait consister à élaborer des procédures comparables à celles développées par les commissions de profils. Les dossiers seraient d'abord examinés par un organe au sein duquel seraient représentés tant les pouvoirs publics que la profession, avec une attention particulière portée à l'amélioration de la qualité et aux mesures correctrices.

Un modèle secondaire pourrait, par analogie avec le régime prévu dans la loi-cadre pour la suspension d'un numéro INAMI, prévoir une procédure d'évaluation indépendante et composée de manière équilibrée. Le médecin concerné pourrait prendre connaissance du dossier, être entendu et faire l'objet d'une décision proportionnée à la gravité et à la nature de l'infraction.

Ces deux approches reposent sur le même principe : établir une distinction claire entre, d'une part, les médecins qui agissent de bonne foi ou dont l'évaluation médicale peut légitimement différer et, d'autre part, ceux qui délivrent sciemment et de manière répétée des certificats frauduleux.

Proposition pragmatique : inscrire une clause d'extinction dans la loi

Si le gouvernement met malgré tout en œuvre les mesures en grande partie sous leur forme actuelle, il convient d'inscrire dans la loi un délai d'évaluation des différentes mesures. Mieux encore, chaque nouvelle obligation légale devrait être temporaire et expirer automatiquement après une période déterminée, sauf si le gouvernement démontre, sur la base de données définies à l'avance, que les mesures atteignent les objectifs visés et que leurs effets secondaires sont acceptables. Une diminution du nombre de jours d'incapacité de travail ne suffit pas si elle s'accompagne d'une hausse du nombre de consultations et donc des dépenses, d'une détérioration de l'état de santé de la population ou d'un déplacement indésirable vers d'autres régimes, comme le chômage.

Définir au préalable les indicateurs de réussite

Déterminer les indicateurs à l'avance permet de fixer clairement ce que nous voulons atteindre et d'éviter qu'une discussion n'ait lieu a posteriori sur la nature exacte des objectifs. Une première proposition d'indicateurs figure ci-dessous.

Objectif	Indicateurs à suivre
Moins de shopping d'attestations	Certificats répétés auprès de prescripteurs non liés, après correction pour le contexte
Meilleure continuité	Dossiers comportant un plan de suivi et un retour d'information à la pratique de médecine générale qui assure le traitement
Soins appropriés en temps utile	Délai entre le besoin constaté et l'offre disponible, y compris les listes d'attente
Réintégration soutenue	Discussion en temps utile des possibilités et implication appropriée du médecin du travail ou du médecin-conseil
Contrôle proportionné	Rapport distinct des signaux, explications, audits et infractions avérées
Effets secondaires limités	Consultations supplémentaires, temps administratif, impact budgétaire, sécurité des patients et différences selon la forme de pratique ou la région

Repères pour les décisions futures

- Poursuivre la mesure uniquement lorsque l'objectif politique principal est atteint de manière démontrable.
- Les effets secondaires administratifs, financiers et cliniques doivent être acceptables.
- Tenir compte des différences entre les régions, les formes de pratique et les groupes de patients.
- En cas d'effet insuffisant, adapter la mesure ou la laisser expirer de plein droit.
- Publier l'évaluation de manière transparente.
- Élaborer, si nécessaire, des mesures alternatives en concertation avec les différentes organisations représentatives des professions.

Soussigné,

Au nom de,

Dr. Maaike Van Overloop, Présidente Domus Medica en Administratrice ViaCaro

Dr. Aurore Girard, Présidente SSMG

Dr. Michel Creemers, Président médecins généralistes ASGB

Dr. Anne Gillet, Administratrice GBO

Dr. Jos Vanhoof, Président VAS

Dr. Elodie Brunel, Administratrice ABSyM