onafhankelijke ziekenfondsen / mutualités libres

Journée AFISTEB - 15 octobre 2026

Réintégration 3.0

“Le regard du médecin-conseil”

Mutualités Libres / Onafhankelijke Ziekenfondsen
www.mloz.be

Dr Julien DISTEXHE – Médecin-conseil MLOZ

“Reintegration 3.0” MDTR ?

Trajet de réintégration 3.0 : (1/1/2026)

L'accord du gouvernement fédéral 2025-2029 prévoit un plan global de prévention et de réinsertion des malades de longue durée.

objectif = permettre un retour au travail plus rapide et plus durable des collaborateurs en incapacité de travail.

Prévention de l’absentéisme

“Il ne faut pas attendre que l’incapacité survienne pour prendre des mesures”.

le travailleur qui risque de tomber en IT peut demander à l’employeur d’examiner si un aménagement de son poste de travail et/ou un travail adapté ou un autre travail sont possibles afin d’éviter un arrêt de travail

La politique de gestion de l'absentéisme inscrite dans le règlement de travail

L'entreprise doit mettre en place une procédure formelle de maintien du contact avec le travailleur en incapacité. Cette-ci doit au minimum prévoir :

- par qui le travailleur sera contacté
- la fréquence de ces contacts

ATTENTION : cela ne vise en aucun cas à vérifier si l'incapacité est justifiée, mais bien à préparer le retour au travail du collaborateur en IT

Sollicitation d’une visite de pré-reprise (réintégration informelle) par l’employeur

La législation permet désormais à l’employeur de demander au médecin du travail d’inviter le travailleur en incapacité à une visite de reprise du travail

Le travailleur n’a pas l’obligation d’accepter cette invitation

Ce qui est plus en lien avec notre législation en AMI !

Modification de la procédure de constatation d'inaptitude définitive (force majeure médicale)

La période minimale d'incapacité pour initier une procédure de constatation d'inaptitude définitive est **réduite de 9 à 6 mois**.

Attention : le trajet de réintégration doit être clôturé avant de lancer cette procédure.

Le trajet de réintégration

Peu de changements.

Les modifications concernent :

- Les conditions de demande de trajet

- Les modalités d'invitation à l'évaluation de réintégration désormais être envoyées par recommandé.

-> **Renforcement de l'information du médecin-conseil de la mutualité**

Si le médecin-conseil était déjà informé après 3 absences du travailleur, désormais il devra également l'être après 2 absences.

Sanctions en cas de non-respect

Dans le chef de l'employeur occupant 20 travailleurs ou plus:

en cas de non lancement d'un trajet de réintégration malgré l'existence d'un potentiel de travail = risque de sanction (amende pénale ou administrative).

Dans le chef du travailleur :

le médecin-conseil peut sanctionner l'absence aux rendez-vous d'évaluation de réintégration, conformément à la législation AMI

L’estimation du potentiel de travail après 8 semaines

A partir de la 8e semaine d’incapacité, l’employeur doit informer la médecine du travail pour qu’elle puisse estimer le potentiel de travail du collaborateur.

Evaluation = sur base des informations disponibles du médecin traitant et du médecin-conseil.

Le médecin du travail prendra également en compte un questionnaire rempli par le travailleur.

Si un potentiel de travail est identifié, l’employeur peut demander au médecin du travail:

d’inviter le travailleur à une visite de pré-reprise du travail OU de démarrer un trajet de réintégration

Si l’employeur occupe 20 travailleurs ou plus et que son travailleur a un potentiel de travail , **il a l’obligation de démarrer un trajet de réintégration** au plus tard 6 mois après le début de l’incapacité.

Definition :

Potentiel de travail =

« La capacité présumée d'un travailleur en incapacité de travail à effectuer un travail adapté ou autre, évaluée sur la base d'informations relatives à l'état de santé et aux possibilités du travailleur, en vue du démarrage éventuel d'un trajet de réintégration par l'employeur ».

= Estimation de la capacité présumée à reprendre le travail

cette hypothèse peut être confirmée ultérieurement (lors de la visite de pré-reprise du travail ou lors de l'évaluation de réintégration).

Que pour les travailleurs en incapacité de travail, et non pour les travailleurs qui ont repris le travail (à temps partiel/progressivement).

L'estimation sur base des:

- des informations disponibles sur l'état de santé et les possibilités sans procéder à un examen médical
- certificat d'incapacité de travail (avec diagnostic/durée présumée de l'incapacité de travail)
- un questionnaire rempli par le travailleur
- des informations issues d'entretiens avec le travailleur ou provenant de la mutuelle)

Cette estimation est effectuée par un infirmier (spécialement formé à cet effet) ou par le conseiller en prévention-médecin du travail.

PAS de contrôler de l'incapacité de travail, mais de vérifier s'il peut être utile d'envisager une reprise du travail

Historiquement :

- Le médecin du travail évaluait principalement l'in/aptitude au poste.
- Le médecin-conseil évaluait l'incapacité de travail au sens de l'assurance maladie.
- Le médecin traitant gérait le traitement.

Les rôles étaient relativement cloisonnés.

Avec le potentiel de travail, le médecin du travail ne se limite plus à dire : « Apte » ou « inapte » au poste.

Il cherche désormais à identifier : « Quelles capacités restent disponibles malgré la maladie ? »

“Reintegration 3.0” du MC ?

Statut et missions du MC

Statut et missions du MC

1. **Soins de santé**

- Remboursements médicaments, kiné, logopédie, …

2. **Incapacité de travail**

- **Contrôle de l'incapacité de travail** :

  respect de la législation -> décision de prolonger ou fin RIT

- **Superviser la réintégration** (de la personne en incapacité de travail)

  évaluer les « capacités résiduelles »/potentiel de travail

  orientation s/n vers un RTWC pour un parcours de réintégration ou une reconversion professionnelle

Statut et missions du MC

3. Autres

- Sanction : par exemple en cas d'absence d'examen de contrôle (art 134§2)
- Décision sur la nécessité d'une aide à la tierce personne (ATP)
- Accord de séjour à l'étranger en dehors de l'UE
- …

Contrôle de l’incapacité de travail :

Quand réaliser ces évaluations ?

Controle physique par MC/PARA

- 10 semaines : envoi questionnaire pour “quickscan”
- Au plus tard dernier jour 4eme mois : 1e CP chez PARA (avec première catégorisation)
- Pendant le 7e mois: CP MC ou PARA
- Pendant le 11e mois (passage): CP MC ou PARA
- Prolongation: CP MC ou PARA

Nécessité de voir 1XMC pendant la premiere année IT

L’article 100§1 (IT –Régime Général/salarié)

“Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l’aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu’ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu’une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l’activité professionnelle exercée par l’intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu’il a ou qu’il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle”

Référence professionnelle:

- 6 premiers mois: la dernière profession exercée (profession habituelle) pour autant que l’affection causale soit susceptible d’évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance
- Après 6 mois: les métiers de référence selon les métiers exercés ou ses Formations

  => SON marché du travail (tenir compte de métiers actuels et réels)

L’article 100§1 (IT –Régime Général/salarié)

Critères pour la reconnaissance :

- la cessation de toutes les activités
- qui est la conséquence directe du début ou de l’aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels (le lien causal).
- les lésions ou troubles fonctionnels entraînent une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur à un tiers (il doit être question d’une incapacité de travail de minimum 66 %).

L'article 100§1 (IT –Régime Général/salarié)

Attention :

- Conséquence directe du début ou de l'aggravation:
  - ➢pas pour lésions ou troubles fonctionnels anciens et sans aggravation
    - ➢ notion d' **état antérieur** (ex : handicap de naissance mais ayant travaillé)

- Réduction de la capacité de gain:
  - ➢« *pour perdre un portefeuille, il faut avoir eu un portefeuille* »
    - ➢notion d'état antérieur de **non capacité de gain** (handicapé de naissance n'ayant jamais été capable travaillé)
    - ➢Bon de cotisation – anamnèse « études et professions »

➢ Un assuré au **chômage de longue durée et qui n'a jamais travaillé** n'est pas considéré d'office comme n'ayant jamais eu une capacité de gain et inversement être inscrit au chômage n'est pas la preuve d'une capacité de gain.

L’article 19 et 20 (IT –Régime indépendant)

Article 19 = incapacité primaire (<1 an)

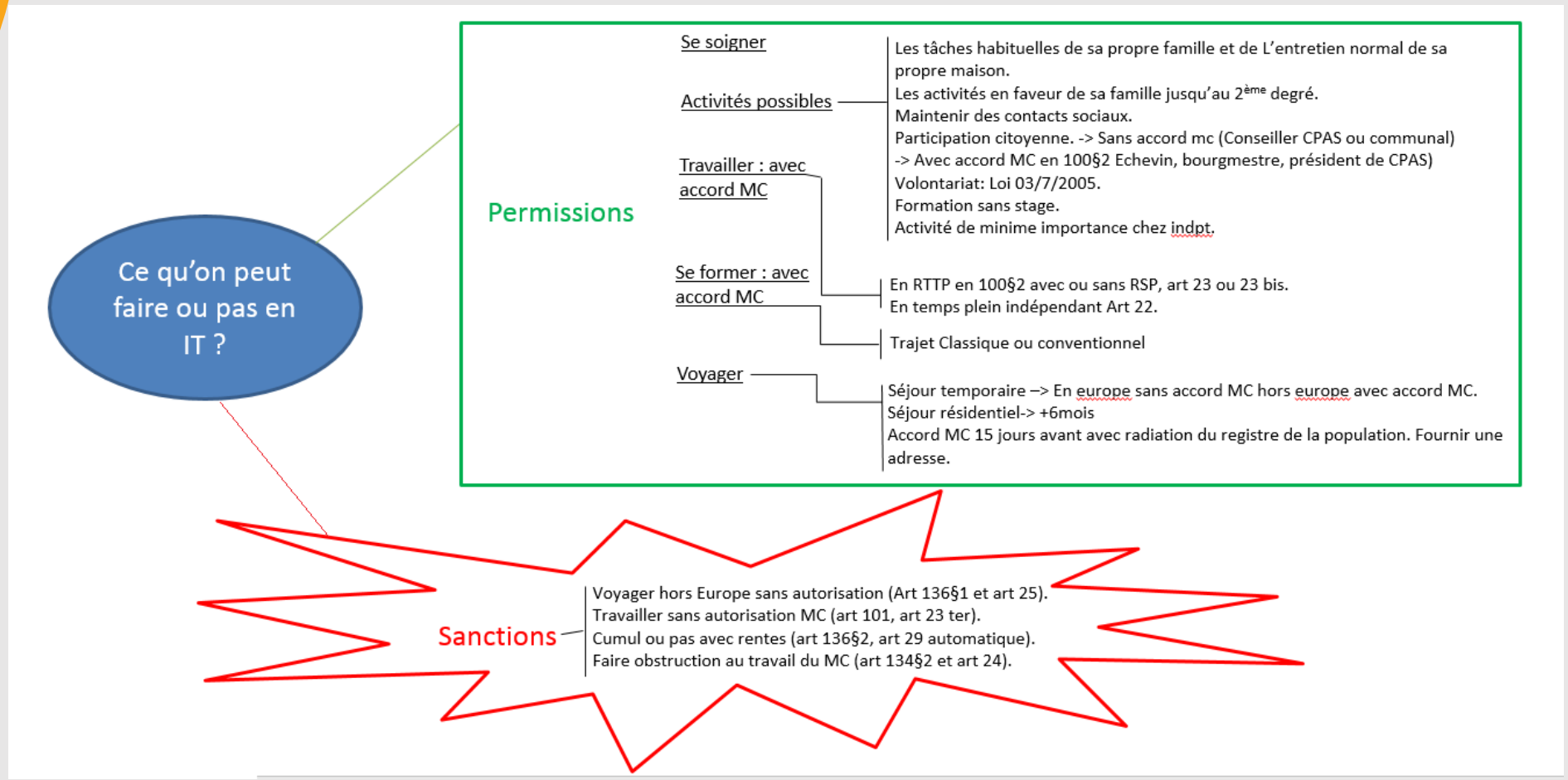
- Cessation totale pour sa dernière activité indépendante.
- Relation causale avec lésions ou troubles fonctionnels mais pas en conséquence directe (avoir présenté une pathologie, travailler et cesser plus tard).
- Si plus d’activité professionnelle: n’est plus apte pour l’activité indépendante exercée en dernier lieu (ex: directeur de cirque en faillite se prépare pour être coach en entreprise et fait un infarctus).
- Notion de **minime importance**: à évaluer « in concreto »
  - ✓Jurisprudence: il faut que l’activité maintenue ne rende pas viable économiquement l’activité professionnelle ou qu’elle soit résiduaire, limitée, réduite ou accessoire.

L’article 19 et 20 (IT –Régime indépendant)

Article 20 = invalidité (>1 an)

- Après 12 mois d’IT, on envisage tous les métiers dont il pourrait être chargé équitablement (sa condition, son état de santé, formation professionnelle ou rééducation professionnelle).

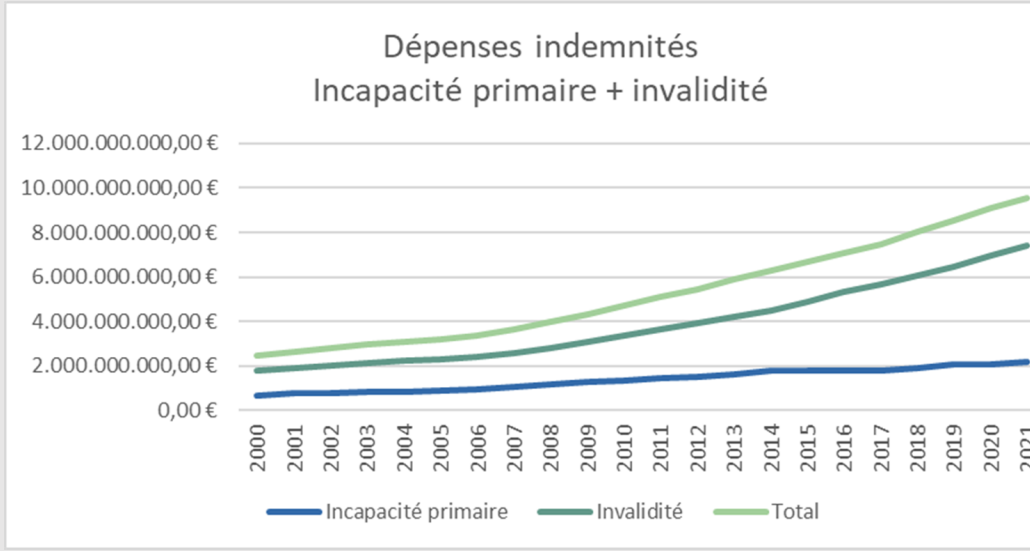
Que peut on faire ou pas en IT ?



Levier d’aide à la réintégration de la personne en incapacité de travail

Quelques chiffres ?

- **+/- 500.000 entrées en incapacité primaire/an.**
- **+/- 576643 invalides fin 2025**

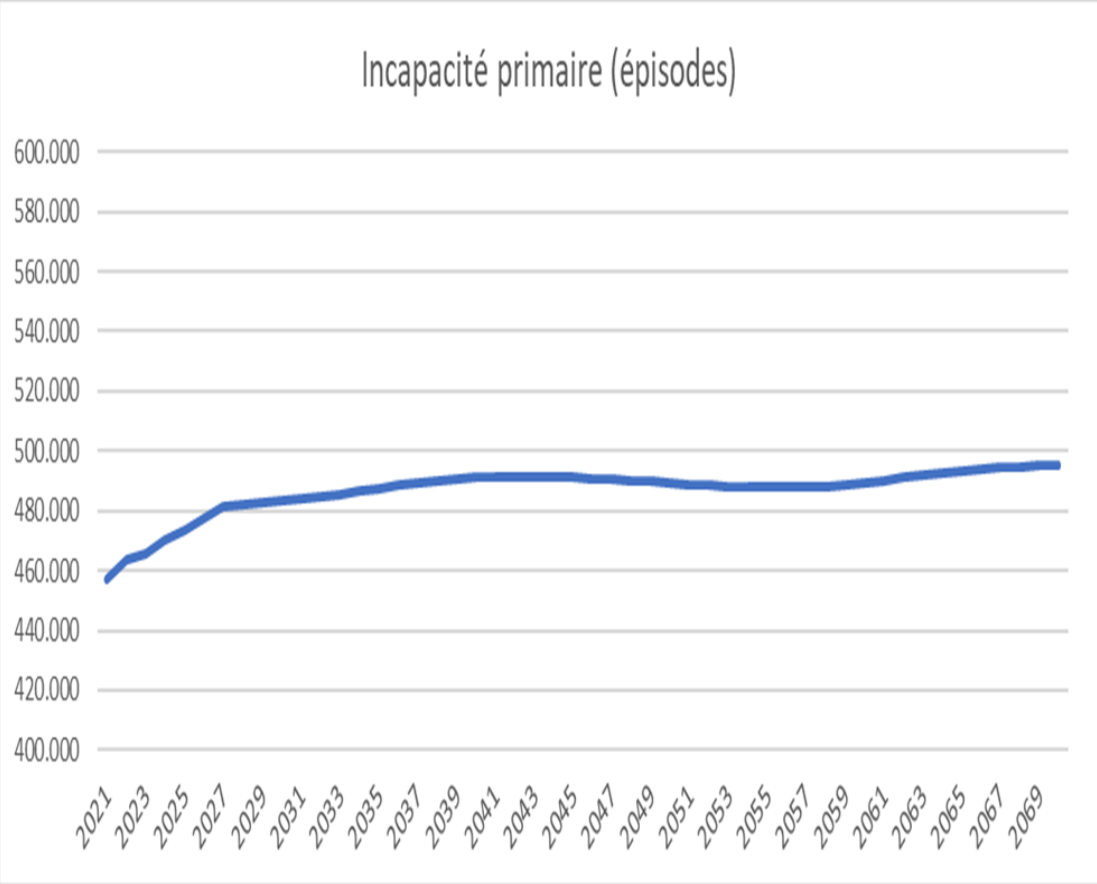


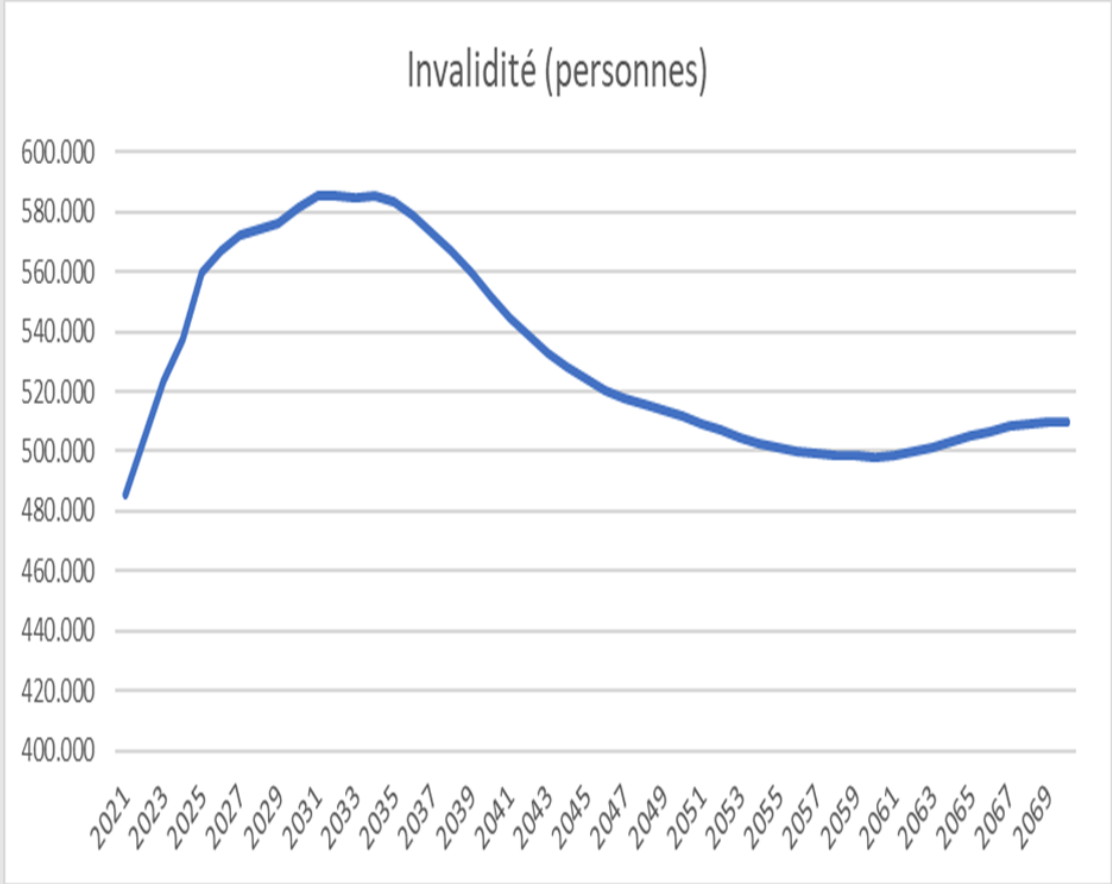
- **Après 6 mois d'IT 50% des assurés avec contrat perdent leur emploi ou ne retrouvent pas leur poste de travail. Après 12 mois c'est 75%.**
- **Après 3 ans d'IT, 95% des personnes ne retravailleront plus.**

➢ **Agir tôt.**

➢ **Aide à la réinsertion professionnelle.**

Pronostic bureau du plan





FRIT ou RTO

La Fin de Reconnaissance de l'Incapacité de Travail ou la Reprise Obligatoire du Travail doit être considéré comme un outil de retour direct au travail et pas comme une sanction à l'égard de l'assuré. C'est aussi parfois un acte thérapeutique.

Importance:

- Après 6 mois d'IT 50% des salariés ne retrouvent pas leur poste de travail.
- Après 12mois c'est 75%.
- 95%des assurés qui dépassent 3 ans d'incapacité de travail ne retravailleront plus jamais.
- L'IT est un risque de paupérisation et de mauvaise santé.

Formation non-qualifiante

Exemples:

- remise à niveau en français, un cours de langue, informatique pour débutants,…
- Un cours de gestion-accès à la profession: il n'y a pas de stage
- Le permis de conduire B.
- Etc…

À noter que dès qu'il y a un stage, il faut un formulaire de RTTP.

Volontariat

Le volontariat n’est pas considéré comme une activité au sens de l’article 100, loi de 2005 dans circulaire aux OA.

En principe le MC ne refuse que s’il estime que la personne n’a pas la santé pour faire cette action sociale.

La reprise « spontanée » à temps partiel – salariés

Le mi-temps médical n'existe pas dans la loi, c'est une reprise à temps partiel.

Les critères sont repris dans l'article 100§2:

- Avoir encore au moins 50% de perte de capacité médicale.
- Il faut d'abord répondre à l'article 100§1

Reprise « spontanée » à temps partiel – indépendants

Directives de la circulaire OA 2015-188 suite:

- Article 23 bis:
  - Vise une reprise partielle longue (indépendant ou salarié).
  - L'accord peut être maximum 5 ans.
  - Il n'y a pas de présomption d'incapacité de travail

La demande se fait avec le formulaire légal

- Depuis 01/01/2023, le caractère préalable de l'autorisation du médecin-conseil dans le régime indépendant n'est plus applicable.

RéOrientation Professionnelle : Généralités

Conditions:

- Être en ordre d'assurabilité
- Répondre à l'article 100 ou aux articles 19 et 20 au moment du démarrage du trajet
- Être à risque d'être écarté **pour longtemps** du monde du travail (pas nécessairement définitivement)
- Être volontaire pour suivre une formation et se réorienter

ROP

2 trajets:

- Classique
- Conventionnelle

Chaque trajet comporte 3 phases:

- Orientation
- Formation
- Réintégration

Avis du MC -> envoi ensuite CSCMI pour décision finale

ROP: bénéfices assurés

ORIENTATION : (en principe 6 mois)

- pas de présomption d'IT
- frais de déplacement

FORMATION : (la durée de la formation)

- Plus de Présomption d'IT
- coût d'inscription
- frais de déplacement (+ matériel + séjour)
- prime horaire (5€/h), allocation de réussite (500€) (l'allocation de réussite et la prime de formation sont supprimées pour les demandes à partir du 01/01/24)

REINTEGRATION : (en principe 6 mois)

- pas de présomption d'IT mais le MC ne peut pas évaluer l'assuré par rapport à ses nouvelles compétences qu'au bout des 6 mois
- frais de déplacement

RPRO: choix relatif de trajet

Classique

- L'assuré a une idée précise
- Un bilan d'orientation n'est pas indispensable
- Réintégration professionnelle peu ou pas nécessaire

Convention

- Il existe une convention de collaboration entre l'INAMI et des partenaires
- L'assuré n'a pas une idée précise
- Bilan d'orientation ou de compétence est nécessaire
- Phase de réintégration professionnelle nécessaire

TRAJETS ET ACTEURS-CLÉS POUR UNE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT UNE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

INAMI

Route A



À l'initiative de la mutualité

En incapacité de travail depuis plus ou moins d'1 an, avec capacités restantes et envie d'un retour au travail.

Route B



À l'initiative de la personne en incapacité de travail

En incapacité de travail depuis plus ou moins d'1 an, avec capacités restantes et envie d'un retour au travail.

Route C



À l'initiative de la personne en incapacité de travail

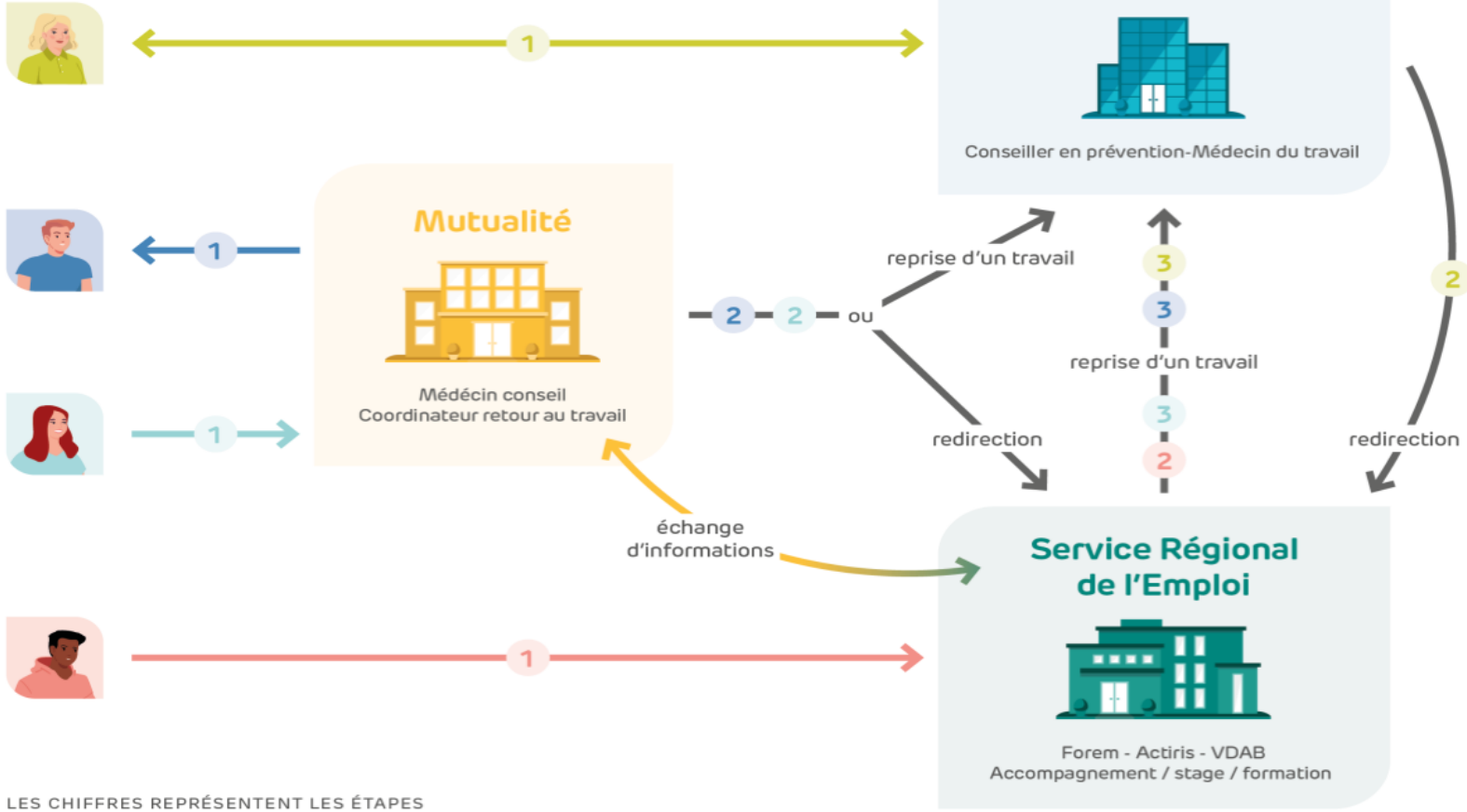
En incapacité de travail depuis plus d'1 an, avec capacités restantes et envie d'un retour au travail.

Route D



À l'initiative du conseiller en prévention-médecin du travail ou de la personne en incapacité de travail

En incapacité de travail depuis plus ou moins d'1 an, après un trajet infructueux de réintégration chez son employeur, avec capacités restantes et envie d'un retour au travail.



LES CHIFFRES REPRÉSENTENT LES ÉTAPES

Rôle du CRAT/RTWC

Le « trajet retour au travail »

[I – Loi (prog) (I) 19-12-14 – M.B. 29-12 – éd. 2 – art. 153] (°) § 1er/1. [R – Loi 12-12-21 – M.B. 17-12 – art. 2] (°°) [Le "Coordinateur Retour Au Travail" au sein de la mutualité débute, en concertation avec le titulaire reconnu en incapacité de travail et le médecin-conseil, un "Trajet Retour Au Travail" si une réintégration peut être envisagée pour ce titulaire au vu de ses capacités restantes. [M – Loi 20-12-23 – M.B. 28-12 – art. 6] (°°°) Un "Trajet Retour Au Travail" visé à l'alinéa précédent concerne tout trajet qui a pour but de soutenir le plus rapidement possible le titulaire reconnu incapable de travailler en mettant en place un accompagnement adapté en vue de l'exercice d'un emploi correspondant à ses possibilités et ses besoins sous la coordination du "Coordinateur Retour Au Travail", après [un renvoi par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire, selon le cas] sur la base d'une évaluation de ses capacités restantes ou à la demande du titulaire lui-même. Le cas échéant, un plan de réintégration multidisciplinaire est élaboré, après concertation approfondie entre le titulaire, le "Coordinateur Retour Au Travail", le médecin-conseil et tous les autres acteurs concernés durant un trajet de réintégration visant la réinsertion socio-professionnelle dans le cadre d'un tel "Trajet Retour Au Travail". Ce plan fait l'objet d'un suivi régulier.



La loi du 12 décembre 2021 instaure le «Trajet de retour au travail» dans le régime salarié à partir du 1 Janvier 2022 , un nouveau role au sein des mutuelles est créé : Le coordinateur retour au travail (CRaT) . Pour le régime independent c'est depuis le 1er Janvier 2023 : la loi du 12 Janvier 2023.

Ce nouveau role et les nouveaux types de trajets «Retour au travail» renforcent et améliorent les synergies entre les partenaires de la convention INAMI.

<u>Le CRaT :</u>

- devient la personne qui fait le lien entre les assurés sociaux en trajet et les partenaires de la convention.
- est la personne de contact de la Mutuelle dans le cadre des trajets Retour au Travail.
- va suivre le trajet Retour au Travail de l'assure social.

Fonctions principales du CRAT



Rôle de coordination

Le CRAT accompagne les affiliés en incapacité de travail pour faciliter leur réinsertion professionnelle durable.

Garantir une communication transparente et empathique avec l'affilié est essentiel dans ce processus.

Présenter les options de reprise ou de réorientation et informer sur les droits et obligations des affiliés.

Le CRAT facilite la communication entre les affiliés et les partenaires clés pour un retour au travail efficace.

Accompagnement et planification

Il organise des entretiens et présente des options de reprise ou de réorientation adaptées aux besoins de chacun.

Suivi et cohérence

Le CRAT assure un suivi régulier pour garantir la cohérence et l'efficacité du processus de retour au travail.

Levée des obstacles

Il aide à surmonter les obstacles administratifs et organisationnels freinant la réinsertion professionnelle.

Le regard du MC

Atouts de la réintegration 3.0

Une meilleure prévention de la désinsertion professionnelle

C'est probablement le grand intérêt.

Plus l'absence se prolonge :
- plus les capacités diminuent ;
- plus les facteurs psychosociaux prennent de l'importance ;
- plus le retour devient difficile.

Identifier précocement :
- les ressources ;
- les compétences transférables ;
- les adaptations possibles ;

permet potentiellement d'éviter certaines incapacités chroniques.

Differences MC/MDTR pour un « retour au travail »

MC	MDTR
1. Evaluation seulement en incapacité	1. Evaluation en incapacité seulement si pré-repise/TRI/C4FMM
2. Notion de in/capacité restantes	2. Notion in/aptitude
3. Infos pour l'evaluation plus « facile » à avoir	3. Difficile parfois d'avoir des infos pour l'évaluation
4. RG/TI	4. Pas TI
5. Aucune infos de l'employeur sur le pourquoi IT ?	5. Infos sur poste/employeur/collègue (risque IT)
6. Notion d'IT avec différences avant et après 6 mois d'IT (ensemble professions possibles)	6. On statue sur le poste/risque dans l'entreprise

Differences MC/MDTR pour un « retour au travail »

On évalue différemment : IT n’est pas inaptitude

-> Compréhension des lois et des systèmes d’évaluation par les affiliés/employés

Les limites

1. Risque de confusion entre capacité théorique et capacité réelle

C'est probablement mon principal point de vigilance.

Un potentiel de travail n'est pas forcément une capacité effective à reprendre.

Exemple :

Un patient :

- dépressif sévère ;
- sous traitement ;
- avec ralentissement psychomoteur.

Le médecin du travail peut identifier un potentiel théorique :

travail léger, sans stress, temps partiel.

Mais ce potentiel peut être totalement inexploitable sur le marché réel ou au moment présent.

Comme médecin-conseil, notre rôle reste d'apprécier :

- la capacité fonctionnelle actuelle ;
- et non une capacité hypothétique future.

Les limites

2. . Une possible pression vers le retour au travail

Certains assurés risquent d'interpréter :
« vous avez un potentiel de travail » comme :
« vous êtes apte au travail ».
Ce n'est pas la même chose.

Une personne peut :

- conserver certaines capacités ;

- tout en restant médicalement incapable au sens de l'article 100 §1.

L'existence d'un potentiel n'annule pas automatiquement l'incapacité.

Conclusions

le potentiel de travail est pour nous une information supplémentaire très pertinente, mais qu'il ne remplace absolument pas l'évaluation médico-légale de l'incapacité au
sens des articles 100, 19 ou 20.

Notre mission reste d'apprécier la perte réelle de capacité de
gain, sur base d'éléments fonctionnels
objectivables et non sur le seul constat qu'un potentiel résiduel existe.

Cela nous pousse toutefois à davantage documenter les capacités restantes et à intégrer plus précocement la réflexion
retour au travail dans nos évaluations.