

Le certificat médical en matière d'Assurance Maladie-Invalidité

Medical certificate in Sickness and Disability Insurance Area

F. Falez

Laboratoire de Médecine Légale, Faculté de Médecine, U.L.B.

RESUME

Les médecins sont appelés à remplir des certificats dans le cadre de l'Assurance Maladie-Invalidité.

Les certificats d'incapacité de travail justifient la mise au repos d'un travailleur, nécessitée par son état de santé. Elle fait ainsi partie de l'arsenal thérapeutique du médecin. L'incapacité de travail est définie différemment dans les deux grands régimes de l'assurance : le régime des travailleurs salariés, encore appelé régime général, et le régime des travailleurs indépendants.

Dans les deux régimes, il est important que le médecin traitant informe le médecin-conseil de la mutualité de manière aussi précise que possible. En faisant ainsi, il aide son patient à faire face aux obligations de contrôle que lui impose la législation. L'utilisation de modèles réglementaires est fortement conseillée car elle guide le médecin dans la manière de compléter un certificat de façon efficace.

Les certificats rédigés pour obtenir des remboursements de soins de santé doivent faire l'objet des mêmes préoccupations. Ils visent à ouvrir un droit d'accès aux soins pour les patients qui en ont besoin.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 337-41

ABSTRACT

Physicians have to complete medical certificates required by the sickness and incapacity insurance in Belgium.

Certificate for incapacity for work allows the worker to take a rest needed by his health state. It is a part of the medical treatment.

Incapacity for work is defined differently in the two main social legislations in our country : the legal frame concerning employed workers and the other one concerning free workers. In both legislations however, it is important that practitioners give the useful information to the advisor doctor of the insurance sickness fund. Making so, he helps his patient with coping with the controls imposed by the law. Using official forms is not compulsory but helps the physician to complete correctly an incapacity for work certificate.

In health care area, certificates are needed to obtain reimbursement of treatments. The same concern will guide the practitioner when he completes these certificates.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 337-41

Key words : incapacity, certificate, sickness fund, assessment

INTRODUCTION

La rédaction de certificats médicaux dans le cadre de l'Assurance Maladie-Invalidité fait partie de l'activité de tout médecin. Elle fait d'ailleurs partie de l'art de soigner. Un certificat médical ouvre des droits sociaux qui permettent au patient de bénéficier de remboursements de soins de santé ou d'un repos nécessaire à son traitement dans le cadre de l'incapacité de travail.

La formation des médecins reste cependant insuffisante en matière de sécurité sociale. Cette formation insuffisante mène à une mauvaise formulation des certificats et à des conflits évitables avec les médecins-conseils et les médecins inspecteurs.

Certifier une incapacité de travail nécessite de connaître les critères médico-légaux qui définissent ce qu'est une incapacité de travail. En général, les médecins n'ont qu'une formation partielle de l'évaluation

médico-légale. D'autre part, les certificats visant à ouvrir un droit de remboursement nécessitent l'utilisation de la nomenclature des soins de santé et de divers règlements légaux.

Un certificat a pour objectif d'ouvrir un droit. Le droit n'existe que dans le cadre des textes légaux. Ce droit entraîne automatiquement des dépenses pour la société. Le présent texte a pour objectif d'essayer de rendre les critères légaux compréhensibles aux médecins et d'attirer leur attention sur l'impact économique des décisions qu'ils prennent en matière de certificats.

Il est utile de rappeler que la déontologie médicale précise les devoirs des médecins dans ce domaine.

- L'article 58 stipule que " *les exceptions légales (au secret professionnel) concernent notamment dans les limites expressément prévues, les cas énumérés ci-dessous.*

Le médecin apprécie en conscience si le secret professionnel l'oblige néanmoins à ne pas communiquer certains renseignements. (...)

b) *La communication aux médecins-conseils des organismes assureurs en matière de l'Assurance Maladie-Invalidité et dans les limites de la consultation médico-sociale, de données ou des renseignements médicaux relatifs à l'assuré*".

- L'article 67 stipule dans son deuxième alinéa que " *lorsque le certificat est demandé par le patient dans le but d'obtenir des avantages sociaux, le médecin est autorisé à le lui délivrer en faisant preuve de prudence et de discrétion dans sa rédaction ou éventuellement à le transmettre, avec son accord ou celui de ses proches, directement au médecin de l'organisme dont dépend l'obtention des avantages sociaux*" .

ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE EN BELGIQUE

Les régimes de l'assurance maladie**

Nous nous limiterons dans le présent texte aux deux grands régimes de l'assurance. Le *régime général* concerne l'ensemble des travailleurs salariés. Le *régime des travailleurs indépendants (TI)* concerne l'ensemble des travailleurs indépendants.

Les branches de l'assurance maladie

La branche *soins de santé* concerne les soins de santé remboursables. Elle représente la part la plus importante des dépenses de l'assurance. La branche *indemnités* concerne l'indemnisation de l'incapacité de travail. Celle-ci se subdivise, dans les deux régimes, en deux grandes parties : *l'incapacité de travail primaire* que l'on définit comme une incapacité dont la durée est inférieure à un an et *l'invalidité* qui est une incapacité de travail de durée supérieure à un an.

LE CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Le régime général

Définition de l'incapacité de travail (Loi coordonnée du 14 juillet 1994)

L'incapacité de travail est définie à l'article 100 de la loi. De manière didactique, le patient doit répondre aux critères suivants au début de son incapacité de travail.

- ***Il doit avoir cessé toute activité*** : il s'agit aussi bien de l'activité professionnelle que de toute autre activité telle qu'un travail bénévole au sein d'une A.S.B.L. par exemple. Toutefois, l'assuré social peut continuer les activités d'un bon père de famille préservant son patrimoine.
- ***En conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une incapacité de gain de plus des deux tiers*** dans la dernière profession exercée par l'assuré social. Ceci signifie qu'au début de l'incapacité primaire, l'évaluation de l'incapacité de travail se fait en fonction de la profession exercée par le travailleur au moment où débute l'incapacité. S'il est au chômage au moment où débute l'incapacité, l'évaluation se fait au regard de la profession exercée juste avant l'inscription à l'O.N.Em. De plus, il doit exister un lien de causalité entre le début ou l'aggravation de lésions ou troubles fonctionnels et la cessation d'activité qu'ils entraînent. Ici apparaît la notion d'*état antérieur*. Une incapacité de travail ne peut être reconnue pour un état de santé qui permet à l'assuré social de travailler et qui ne se modifie pas. Par exemple, le fait pour un travailleur handicapé de perdre son emploi pour motif économique, ne permet pas de lui reconnaître une incapacité de travail si son handicap n'est pas aggravé.

Délais légaux pour introduire un certificat. Modèle officiel du certificat d'incapacité (Règlement " indemnités " du 16 avril 1997)

Le certificat d'incapacité de travail doit être introduit auprès du médecin-conseil de la mutualité du travailleur au plus tard le deuxième jour civil qui suit le début de celle-ci. C'est une obligation absolue si l'assuré social est au chômage. Toutefois, pour les assurés sociaux qui ont un emploi, ce délai est porté à 14 jours pour les ouvriers et 28 jours pour les employés. Il n'y a pas de contrôle de l'incapacité de travail par la mutualité durant les périodes de salaire garanti.

En cas de déclaration tardive, les jours de retard ne seront pas indemnisés, sauf dans les cas dignes d'intérêt. Pour éviter de tels retards, il est conseillé d'adresser un certificat au médecin-conseil de la mutualité dès le début de l'incapacité, quel que soit le statut de l'assuré social.

Il est préférable d'utiliser le formulaire légal pour déclarer l'incapacité, mais il n'est pas obligatoire. Ce

*Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale.

**On consultera avec bonheur le site www.inami.fgov.be

formulaire est fourni par le patient qui en reçoit toujours un exemplaire de sa mutualité. Il n'est pas nécessaire d'avoir un diagnostic précis : la loi prévoit en effet qu'une incapacité puisse résulter de troubles fonctionnels. Il est important cependant de motiver l'incapacité de travail. En effet, le médecin-conseil de la mutualité doit obligatoirement convoquer le patient à une consultation de contrôle. Le délai de convocation tiendra compte de la sévérité des lésions. Si le médecin traitant ne donne aucune motivation, le médecin-conseil de la mutualité devra **impérativement** convoquer l'assuré dans les délais les plus brefs. Il est nécessaire de rappeler ici que le médecin-conseil de la mutualité et *ses collaborateurs administratifs* sont tenus par le secret professionnel. Le médecin traitant rend donc service à son patient en informant le médecin-conseil aussi complètement que possible, dans les limites de la déontologie médicale.

Il est aussi utile de rappeler que la date du début de l'incapacité doit correspondre à la date de cessation des activités.

Lorsqu'un assuré est hospitalisé, l'hospitalisation entraîne l'incapacité de travail par présomption. Cette présomption cesse avec la sortie de l'hôpital. Il est donc impératif de rédiger un certificat d'incapacité à la sortie de l'hôpital si l'incapacité de travail persiste.

Il est important aussi de signaler si les sorties sont autorisées ou non. Lorsque les sorties sont interdites, l'assuré social doit se tenir à son domicile. Cette obligation dure cinq jours à dater de la remise du certificat d'incapacité à se déplacer.

De même, si l'assuré social est incapable de se rendre à la consultation du médecin-conseil, le médecin traitant justifiera cette incapacité de se déplacer et elle sera valable pour une durée de 5 jours, sauf stipulation contraire sur le certificat.

Le régime des travailleurs indépendants (TI)

Définition de l'incapacité de travail (A.R. du 20 juillet 1971)

L'incapacité de travail est définie à l'article 19 de cet A.R. Didactiquement, elle peut être schématisée de la manière suivante.

- Le travailleur indépendant a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches afférentes à son activité professionnelle.
- La cessation de l'activité résulte de lésions ou de troubles fonctionnels.
- Il n'exerce aucune autre activité professionnelle ni comme travailleur indépendant, ni comme aidant, ni toute autre activité.
- S'il n'exerçait plus d'activité professionnelle au moment où il est devenu incapable de travailler, l'incapacité de travail est évaluée en fonction de sa dernière activité de travailleur indépendant.

On remarque des différences avec le régime

général.

- La notion d'aggravation n'existe pas dans le régime des TI. Cependant, on imagine mal que des lésions ou troubles fonctionnels qui permettent l'activité deviennent un motif d'incapacité en l'absence d'aggravation.
- L'incapacité à accomplir les tâches de travailleur indépendant doit être totale. Ceci ne signifie toutefois pas que l'assuré indépendant doit être grabataire ! Comme le travailleur salarié, le travailleur indépendant peut poursuivre les activités d'un bon père de famille qui préserve son patrimoine.

Délai d'introduction du certificat. Modèle de déclaration

Le délai d'introduction du certificat d'incapacité de travail pour un TI est de 28 jours à partir du lendemain du début de l'incapacité de travail. En cas de retard, les jours de retard ne seront pas indemnisés, sauf dans les cas dignes d'intérêt.

Comme pour les travailleurs salariés, l'utilisation du formulaire officiel n'est pas obligatoire. Elle est souhaitable et les mêmes soucis d'information du médecin-conseil habiteront le médecin traitant.

Les règles en cas d'hospitalisation sont les mêmes que pour les travailleurs salariés.

Enjeux économiques*

Un certificat d'incapacité de travail ouvre le droit à une indemnisation de cette incapacité. Ce droit reste ouvert tant que l'assuré social n'a pas repris ses activités soit spontanément, soit par décision du médecin-conseil. *Il est donc inutile d'adresser des certificats de prolongation à la mutualité (mais bien chez l'employeur).* Le médecin doit garder à l'esprit que ses décisions ne doivent entraîner que des dépenses justifiées à charge de l'assurance. Il s'agit d'un devoir légal défini à l'article 73 de la loi du 14 juillet 1994 et aux articles 99 à 103 du Code de déontologie. Les quelques données ci-dessous pourront lui faire prendre conscience des enjeux. On se rappellera que ces dépenses viennent en plus du salaire garanti.

Régime général

Les indemnités versées en 1997 s'élevaient à 544.093.222 € et celles versées en 2001 à 741.539.597 €, soit une augmentation de 26,73 % en cinq ans, plus élevée que l'inflation.

Le Tableau 1 montre l'évolution de la population assurée, du nombre d'incapacités déclarées, de leur durée moyenne et des dépenses qui en résultent, année par année depuis 1997. On constate une augmentation plus rapide des dépenses par rapport au nombre d'assurés. En 1997, la dépense ramenée à l'ensemble de la population assurée était de 173,71 € par personne cotisante et en 2001 elle est de 220,13 €.

*Source : INAMI.

Tableau 1 : Evolution de la population assurée et de l'incapacité primaire.

Années	Evolution de la population	Nombre d'incapacités	Durée moyenne des incapacités	Dépenses en incapacité primaire
1998/1997	2,11 %	2,36 %	5,25 %	8,47 %
1999/1998	1,46 %	2,37 %	4,50 %	7,07 %
2000/1999	2,02 %	2,92 %	4,47 %	7,18 %
2001/2000	1,75 %	1,30 %	5,36 %	9,48 %

Tableau 2 : Etiologie de l'incapacité de travail primaire.

Pathologies	Fréquence 1997	Fréquence 1998	Fréquence 1999
Troubles psychiques	27,2 %	28,4 %	28,9 %
Système ostéo-articulaire	24,7 %	25,3 %	24,8 %
Tumeurs	10,1 %	10,1 %	10,1 %
Cardiovasculaires	10,4 %	9,9 %	9,8 %
Accidents	9,7 %	9,8 %	10,2 %
Autres	17,9 %	16,5 %	16,2 %
Total	100 %	100 %	100 %

Tableau 3 : Evolution de la population et de l'incapacité primaire dans le régime des TI.

Année	Evolution de la population	Evolution du nombre de jours	Evolution des dépenses
1998/1997	0,02 %	- 1,67 %	- 0,69 %
1999/1998	- 0,16 %	- 2,85 %	- 1,64 %
2000/1999	0,79 %	1,65 %	3,47 %
2001/2000	0,27 %	67,61 %	69,84 %

La tendance générale est à l'augmentation de la durée des incapacités. La durée moyenne passe de 55,67 à 58,47 jours pour les hommes et de 60,87 à 65 jours pour les femmes. L'augmentation plus rapide chez les femmes est peut-être liée au vieillissement de la population féminine dont l'âge de la retraite a été prolongé de 60 à 65 ans. L'augmentation des dépenses est liée à l'augmentation du nombre des jours indemnisés et de l'indexation des indemnités. L'indemnité journalière moyenne passe en effet de 29,05 € à 32,71 € entre 1997 et 2001.

Le Tableau 2 montre les grandes causes d'incapacité relevées de 1997 à 1999. On notera la prédominance des troubles psychiques des maladies du système ostéo-articulaire, des tumeurs, des troubles cardiovasculaires et des accidents.

Régime des TI

Les indemnités versées en 1997 étaient de 11.6333.767 € et de 19.970171 € en 2001, soit une augmentation de 71,66 %. Il faut noter qu'avant 2001, la période d'incapacité non indemnisable pour un TI était de 3 mois et que cette carence est passé à 1 mois en 2001.

Le nombre de TI est stable, passant de 489.332

en 1997 à 493.863 en 2001. Le Tableau 3 montre l'évolution de la population assurée, du nombre de jours de maladie indemnisés en incapacité primaire et des dépenses totales.

La forte poussée des dépenses en 2001 est liée à la diminution de la période de carence survenue cette année-là. Les incapacités longues ont été indemnisées plus précocement. En outre, des incapacités plus courtes ont sans doute été indemnisées alors qu'elles ne l'étaient pas précédemment.

Le montant journalier moyen (hommes, femmes, aidants) de l'indemnisation est en outre passé de 15,21 € en 1997 à 16,04 €.

LES CERTIFICATS EN SOINS DE SANTE

Certains soins de santé ne sont remboursés qu'après accord du médecin-conseil. Citons en exemples, les médicaments du chapitre IV, les soins de kinésithérapie ou encore les forfaits de soins pour personnes dépendantes en institution et à domicile.

L'obligation de rédiger des certificats dans ce domaine est ressentie comme une lourde corvée par le corps médical. Mais les médecins-conseils additionnent tous les certificats rédigés dans ce domaine.

La rédaction de ces certificats nécessite le plus grand soin. L'expérience montre que les litiges qui surviennent entre le médecin traitant et le médecin-conseil sont généralement évitables. Ils résultent le plus souvent d'une rédaction incomplète des certificats.

Rappelons ici que les remboursements sont souvent liés à la loi du tout ou rien : l'assuré doit remplir toutes les conditions requises pour obtenir le remboursement. Le médecin-conseil ne peut en aucun cas interpréter la législation. Si toutes les conditions requises ne sont pas remplies, il est obligé de refuser le remboursement. Le médecin traitant doit donc vérifier dans la nomenclature des soins de santé, les conditions de remboursement des soins nécessités par son patient. Il s'agit parfois d'une recherche difficile, toujours fastidieuse. En cas de doute, le médecin traitant peut toujours obtenir un contact direct avec un médecin-conseil et obtenir les renseignements nécessaires. Il est inutile d'introduire une demande de remboursement qui ne respecte pas les critères légaux : elle est vouée au refus inéluctable de la part du médecin-conseil.

Pour illustrer la charge de travail engendrée par cette administration, citons en exemple le rapport concernant " les soins de santé en Belgique, défis et opportunités " commandité par M. de Galand. Il relève qu'en 1998, le nombre de demandes dans le cadre du chapitre IV introduites auprès des deux plus grandes mutualités s'élevait à 2 millions et que le nombre de refus s'élevait à 7,5 %. Ceci montre la faible proportion de litiges possibles. D'autre part, on calculera rapidement que chaque médecin-conseil doit traiter plus de 10.000 demandes par an soit près de 450 par jour de travail !

CONCLUSIONS

La rédaction de certificats dans le cadre de l'Assurance Maladie-Invalidité est une contrainte administrative qui pèse sur le corps médical.

Une société ne peut fonctionner sans une administration. Dans le cas qui nous préoccupe, les médecins doivent penser que ces actes administratifs sont constitutifs de l'acte thérapeutique. En ouvrant des droits aux assurés sociaux, ils leur permettent d'accéder aux soins que leur santé justifie ; la mise au repos par une incapacité de travail en fait partie. Cette réflexion aidera le corps médical, je l'espère, à surmonter la réticence inéluctable à compléter des formulaires administratifs.

Correspondance et tirés à part :

F. FALEZ
Faculté de Médecine, U.L.B.
Laboratoire de Médecine Légale
Route de Lennik 808 CP 629
1070 Bruxelles

Travail reçu le 27 avril 2004 ; accepté dans sa version définitive le 25 juin 2004.