

# **La définition et l'évaluation de la capacité de gain en matière d'allocation de remplacement de revenus**

Prof. Daniel DUMONT, Prof. Philippe MAIRIAUX et Dr Jean-Pierre  
SCHENKELAARS

Rapport pour le compte du SPF Sécurité sociale

Version finale

Cahier spécial des charges n° 2021-DGHAN-STUDY

**Phase 1 : analyse de la situation existante**

Juin 2023

Université libre de Bruxelles  
Faculté de droit et de criminologie  
Centre de droit public et social  
<http://droit-public-et-social.ulb.be>

A la suite du lancement d'un marché public par la direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, les auteurs des lignes qui suivent, réunis dans un consortium administrativement logé au sein du Centre de droit public et social de l'ULB, ont été mandatés pour réaliser une étude sur la perte de capacité de gain en matière d'allocation de remplacement de revenus. Le présent rapport clôture la première des deux phases de l'étude. Réalisée au cours d'une période de six mois, entre juin et novembre 2022, cette première phase de la recherche a été consacrée à la description et à l'analyse de la situation existante. Son objectif a été d'apporter un éclairage sur la grande hétérogénéité des décisions actuellement prises par l'administration en matière d'évaluation de la capacité de gain des demandeurs de l'allocation de remplacement de revenus, et sur ses facteurs explicatifs. Centrée sur l'existant, cette phase est donc, et à dessein, exempte de dimension prospective et propositionnelle, laquelle formera par contre le cœur de la seconde phase à venir.

Le premier chapitre procède à une analyse de la réglementation, de son évolution et de la jurisprudence (I.) ; le second rend compte du résultat d'entretiens avec une série d'acteurs clés ainsi que de l'analyse d'un échantillon de dossiers problématiques (II.) ; le troisième présente les résultats d'une enquête anonyme par questionnaire auprès de tous les médecins en charge des évaluations de la perte de capacité de gain. Le premier chapitre (p. 3-40) est dû à Daniel Dumont, juriste ; le second (p. 41-63), à Philippe Mairiaux et Jean-Pierre Schenkelaars, médecins ; le troisième (p. 64-76), aux trois chercheurs. Le consortium assume conjointement la responsabilité de l'ensemble du rapport. Les trois chapitres sont suivis par un certain nombre d'annexes (p. 77-174).

Une première version du rapport, qui ne comportait pas encore son troisième chapitre, a été présentée et discutée au sein du comité d'accompagnement de l'étude le 13 décembre 2022.

# **I. Analyse historique, réglementaire et jurisprudentielle**

Daniel DUMONT

Professeur de droit de la sécurité sociale à l'Université libre de Bruxelles  
Centre de droit public et social

## **Introduction : démarche de recherche**

### **A. La genèse et l'objet des allocations aux personnes handicapées : une vue d'ensemble diachronique**

1. La formation de la législation : des estropiés et mutilés aux personnes handicapées, ou du médical vers l'économique et le social
  - a) Les allocations aux handicapés (1969) : le handicap comme déficience fonctionnelle
  - b) Des prestations repensées... à moitié (1987) : le handicap comme absence de capacité de gain et comme absence d'autonomie
2. Les textes applicables : la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et ses arrêtés d'exécution, une réglementation vieillie

### **B. L'encadrement juridique de la condition d'octroi propre à l'allocation de remplacement de revenus : la réduction de la capacité de gain**

1. La capacité de gain, une notion économique...
2. ... à apprécier au regard du standard de référence décontextualisé de « la personne valide »
3. L'évaluation de la réduction de capacité de gain, une boîte noire
4. Une circulaire ministérielle qui ne résout rien

## **Conclusion**

## Introduction : démarche de recherche

Le volet juridique de la première phase a consisté en une analyse, la plus exhaustive possible, de la législation, de ses arrêtés d'exécution, des travaux parlementaires, des décisions de justice et des chroniques de jurisprudence publiées ainsi que de la doctrine relatifs à l'évaluation de la capacité de gain des candidats à l'allocation de remplacement de revenus. Ont également été pris en considération les documents juridiques internes qui ont pu être mis à disposition par le commanditaire, mais étant entendu que ces documents se sont limités en substance à un manuel compilant les notes de service rédigées par l'administration. Compte tenu de ce que l'ensemble de ce matériau demeurerait au final assez limité, ou en tout cas peu éclairant pour la problématique qui est la nôtre, le matériau initialement retenu a été élargi dans deux directions. Premièrement, il a été décidé de donner à l'analyse un important tour diachronique, afin de revenir sur la législation qui a précédé celle aujourd'hui applicable et d'identifier les enseignements qui se dégagent de cette évolution. Deuxièmement, nous avons également dépouillé un large échantillon de jurisprudence inédite extrait de l'ensemble des décisions de justice rendues au cours de l'année 2021, mis à notre disposition par l'administration.

Adossées à ces différentes sources, les pages qui suivent proposent un aperçu de la généalogie puis une analyse du cœur de la législation fédérale relative aux allocations aux personnes handicapées. Il s'agit d'une législation qui souffre de la réputation, loin d'être totalement usurpée, d'être difficile d'accès et obscure – comme dans bien d'autres secteurs de la sécurité sociale. Elle souffre d'ailleurs d'un large désintérêt en doctrine<sup>1</sup>. C'est pourquoi la présente étude s'est essayée à identifier

---

<sup>1</sup> En termes d'état de l'art, l'exposé du régime juridique des allocations aux personnes handicapées le plus complet et détaillé est celui proposé dans leur ouvrage de référence par M. DUMONT et N. MALMENDIER, avec la collaboration de G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, 2<sup>ème</sup> éd., Waterloo, Kluwer, coll. « Etudes pratiques de droit social », 2019, 540 p., qui renseigne – et repose sur le dépouillement de – un large *corpus* de jurisprudence inédite (exclusivement) francophone. Pour des présentations plus concises, voir ce qui est dit du régime juridique des allocations aux personnes handicapées dans les deux grands manuels de droit de la sécurité sociale : du côté francophone, J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, 2<sup>ème</sup> éd., Bruxelles, Larcier, coll. « Droit actuel », 2014, n° 651 à 674, p. 676 à 697 ; du côté néerlandophone, J. VAN LANGENDONCK avec la collaboration de F. LOUCKX, Y. JORENS et Y. STEVENS, *Handboek socialezekerheidsrecht*, 10<sup>ème</sup> éd., Anvers-Cambridge, Intersentia, 2020, n° 1641 à 1663, p. 487 à 492. Adde le chapitre consacré aux allocations aux personnes handicapées par Charles-Eric Clesse dans son livre sur la définition et l'évaluation de l'incapacité dans les différentes branches de la sécurité sociale concernées : C.-E. CLESSE, *L'expertise en droit social*, 2<sup>ème</sup> éd., Waterloo, Kluwer, coll. « Etudes pratiques de droit social », 2017, n° 369 à 467, p. 159 à 205, qui repose sur le *corpus* jurisprudentiel renseigné dans une édition antérieure de leur ouvrage par Michel Dumont et Nicole Malmendier. S'agissant de la jurisprudence, les décisions, bien qu'abondantes, sont rarement publiées et donc dans leur immense majorité inédites. Les *Chroniques de droit social/Sociaalrechtelijke Kronieken* publient un numéro contenant une sélection de décisions récentes en matière d'allocations aux personnes handicapées approximativement tous les deux ans, tandis que le *Journal des tribunaux du travail* n'en publie presque plus jamais. Le principal moyen de prendre connaissance de la jurisprudence non publiée des juridictions de fond, à tout le moins francophones, est de consulter la rubrique consacrée aux allocations aux personnes handicapées dans la banque de données Terra Laboris, bien connue des praticiens du droit social : [www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2307](http://www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2307) (Banque de données/Sécurité d'existence/Personnes handicapées). S'agissant de la jurisprudence néerlandophone inédite, on y trouve des références dans le chapitre consacré aux allocations aux personnes handicapées au sein des

l'essence du système en vigueur, de nature à en mettre au jour les sous-bassements historiques et les fondamentaux juridiques<sup>2</sup>. A cet effet, nous avons procédé en deux temps.

Dans la première section, nous sommes parti à la recherche d'une réponse à la question de savoir qui est, fondamentalement, la personne handicapée dans l'esprit du législateur social, par le biais d'un parcours diachronique au fil des textes législatifs successifs, en quête de la représentation implicite du handicap qui affleure à travers la réglementation. L'exercice, indispensable pour saisir la logique du système actuel, a conduit à mettre en évidence les éléments de rupture et de continuité en l'espace d'un peu moins d'un siècle, ainsi que les pierres d'achoppement qui marquent par leur persistance. A ce stade, et afin d'avoir une focale large, nous avons couvert chacune des deux prestations instituées par la législation fédérale relative aux allocations aux personnes handicapées : l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration (A.).

Dans la foulée de cet exercice de contextualisation, nous sommes entré dans le cœur du sujet. Nous avons repris et approfondi notre interrogation directrice - qu'est-ce qu'une personne confrontée au handicap selon la sécurité sociale ? - mais cette fois à partir d'une analyse juridique détaillée du noyau dur de la réglementation actuellement en vigueur, laquelle date de 1987<sup>3</sup>. Là, la question a été investiguée par le biais d'un « zoom » plus technique sur la principale condition moyennant laquelle celle des deux allocations qui nous intéresse, l'allocation de remplacement de revenus, est accordée. A travers cette condition d'octroi, se lit, en creux, la définition du handicap retenue par le système. Nous nous sommes essayé à en identifier les contours précis, par le biais d'une analyse la plus exhaustive possible de la documentation juridique disponible (B.).

Disons-le d'emblée : l'exercice n'aboutit pas à des conclusions très satisfaisantes. Même en s'efforçant de faire sortir du sang des pierres, on est largement conduit à constater que le flou le plus total règne. De l'ensemble de notre parcours, il se dégagera en effet qu'à l'invitation « dessine-moi une personne handicapée »<sup>4</sup>, la réponse du législateur social est confuse, sinon en théorie en tout cas en pratique, peut-être en raison avant tout de l'absence d'une réflexion poussée jusqu'à son terme sur la question de savoir ce qu'est le handicap et comment le saisir. Comme on le

---

*Ontwikkelingen van de sociale zekerheid* proposés tous les cinq ans par l'Institut voor Sociaal Recht de la KU Leuven, depuis l'exercice 1996-2001 : pour la dernière période couverte en date, voir G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, n° spécial « Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2011-2016 » (dir. J. Put et Y. Stevens), 2016, p. 601-666.

<sup>2</sup> Le présent texte s'appuie sur des analyses antérieurement proposées, mais entretemps substantiellement approfondies, dans D. DUMONT, « Les allocations fédérales aux personnes handicapées : 'dessine-moi une personne handicapée' », *Les grands arrêts en matière de handicap* (dir. I. Hachez et J. Vrieling), préface de F. Tulkens, Bruxelles, Larcier, coll. « Grands arrêts », 2020, p. 459-492.

<sup>3</sup> Pour la référence aux textes aujourd'hui applicables, voir les notes n° 16 et n° 23 et 24.

<sup>4</sup> Allusion est ici faite à une étude du juriste Jos Viaene (1928-2012), pionnier dans l'étude des interactions entre droit social et médecine d'assurance sociale : J. VIAENE, « Dessine-moi un enfant handicapé », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 20, n° 2, 1978, p. 133-156.

verra à l'occasion de notre rétrospective historique puis lors de l'analyse de la condition d'octroi actuelles de l'allocation de remplacement de revenus, la représentation de la personne handicapée sur laquelle repose fondamentalement la législation sociale est aujourd'hui datée, en particulier au regard de la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées de 2006, laquelle constitue aujourd'hui le standard de référence en matière de handicap.

## **A. La genèse et l'objet des allocations aux personnes handicapées : une vue d'ensemble diachronique**

Avant d'entrer dans le détail de la législation qui organise aujourd'hui la protection sociale contre le risque du handicap, il est utile, en guise de contextualisation, d'esquisser d'abord une rapide vue d'ensemble diachronique de la matière, à la recherche de l'identité de celui que le législateur dénomme et labellise « handicapé » sans nulle part chercher à définir le handicap. A cet effet, nous nous pencherons sur la genèse des allocations aux personnes handicapées, dont l'objet a substantiellement évolué depuis les prémices de l'entre-deux guerres jusqu'à l'adoption de la législation de 1987, mais sans aller jusqu'à rompre totalement avec le modèle médical du handicap (1.). Nous ferons ensuite le relevé des textes applicables au terme de cette évolution, textes qui ont mal vieilli tout en étant aujourd'hui délaissés (2.).

### *1. La formation de la législation : des estropiés et mutilés aux personnes handicapées, ou du médical vers l'économique et le social*

Les allocations aux personnes handicapées visent à garantir un socle minimum de ressources aux personnes considérées comme en situation de handicap et qui ne disposent pas de revenus suffisants. Il s'agit donc, en guise de première caractérisation grossière, d'une forme de « minimex » pour les personnes handicapées.

Les allocations aux personnes handicapées sont des prestations sociales de nature assistancielle : elles relèvent de ce sous-ensemble du système de sécurité sociale qu'est l'aide sociale, laquelle rassemble les différentes prestations dites non contributives et résiduaire. Ce sont des allocations non contributives, d'abord, car à la différence des principales assurances sociales (assurance chômage, pension de retraite, indemnités d'incapacité de travail, ...), leur octroi n'est pas conditionné à l'exigence d'avoir travaillé et cotisé pendant un certain temps. En revanche, et c'est en cela qu'elles sont résiduaire, cet octroi est subordonné à la réalisation préalable d'une enquête sur les revenus, dans la mesure où il faut prouver être dans un état de besoin pour y avoir accès, c'est-à-dire disposer de revenus inférieurs à certains seuils. Les allocations aux personnes handicapées s'adressent donc aux personnes qui sont confrontées, et au handicap, et à la pauvreté – soit un public certes fort hétérogène mais souvent précaire.

Historiquement, les allocations à destination des personnes qui affrontent le handicap et l'absence de revenus constituent les deuxièmes des différentes prestations assistancielles à avoir été instituées, en 1969. Quelques mois après la création de l'ancêtre de l'actuelle garantie de revenus aux personnes âgées – la

GRAPA, dans le jargon –, soit le revenu minimum accordé aux personnes qui ont atteint l'âge de l'admission à la pension et qui ne disposent pas de ressources suffisantes, le législateur a mis en place un ensemble d'allocations « aux handicapés », dénommés « les moins-valides » (*de minder-validen*) dans la version néerlandaise de la loi<sup>5</sup>. Là où l'(actuelle) GRAPA constitue le complément assistanciel des pensions contributives, les allocations aux personnes handicapées forment, au sein de la sécurité sociale, le complément non contributif de l'assurance indemnités – la mutuelle, dans le langage courant –, laquelle couvre l'incapacité de travail des personnes qui se sont ouvert des droits à un revenu de remplacement par leur travail et leurs cotisations. A la différence des indemnités d'incapacité de travail, ces allocations s'adressent aux personnes qui, précisément, n'ont pas été en mesure de s'ouvrir des droits contributifs par une activité professionnelle, en tout cas pas dans un passé récent, en raison d'une capacité de travail fortement réduite voire nulle.

a) Les allocations aux handicapés (1969) : le handicap comme déficience fonctionnelle

Substituées aux premières allocations « aux estropiés et mutilés » qui avaient été mises en place durant l'entre-deux guerres, que nous laisserons ici de côté, les allocations aux handicapés de 1969 consistaient en un ensemble complexe comprenant non moins de cinq prestations<sup>6</sup>. Des distinctions étaient opérées selon la nature du handicap et l'âge de l'intéressé. Si toutes les allocations étaient allouées à la condition que l'intéressé dispose de ressources insuffisantes, l'allocation proprement dite, sa condition d'octroi médicale et son montant ainsi que son mode de calcul n'étaient en revanche pas les mêmes selon que, en particulier, l'on avait affaire à un handicap physique (moteur, langagier, sensoriel, ...) ou à une incapacité « d'une nature différente », par exemple mentale<sup>7</sup>.

Dans le premier cas de figure, l'allocation principale, l'allocation dite ordinaire, était octroyée à la condition d'être atteint d'une incapacité de travail permanente d'au moins 30% et son montant variait en fonction du taux d'incapacité<sup>8</sup>. Dans le second cas de figure, la personne handicapée pouvait percevoir l'allocation dite spéciale, mais à la condition d'être atteint d'une incapacité permanente de 100% ; cette allocation s'élevait, elle, à un montant fixe<sup>9</sup>. En 1975, la condition d'incapacité permanente requise pour l'allocation spéciale sera abaissée à 65%, le budget nécessaire ayant été dégagé, et le montant de l'allocation établi en fonction du taux

---

<sup>5</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, *M.B.*, 15 juillet 1969, depuis abrogée et remplacée par la loi citée à la note n° 16. Son principal arrêté d'exécution était l'arrêté royal du 17 novembre 1969 portant règlement général relatif à l'octroi d'allocations aux handicapés, *M.B.*, 1<sup>er</sup> décembre 1969, en partie remplacé, pour les demandes introduites à partir de 1975, par l'arrêté royal du 24 décembre 1974 relatif aux allocations ordinaires et spéciales de handicapés, *M.B.*, 28 décembre 1974.

<sup>6</sup> Pour un aperçu de ce système, X. DE BEYS, *Vos droits face à la sécurité sociale*, Bruxelles, Vie ouvrière, 1981, p. 349 à 365 et p. 417 à 430. Pour une analyse centrée sur la notion d'incapacité sous-jacente à la réglementation et ses modalités d'évaluation, J. VAN STEENBERGE, *Schade aan de mens*, vol. I, *Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het recht*, Anvers-Amsterdam, Maarten Kluwer, 1975, p. 387 à 395.

<sup>7</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, respectivement art. 2, § 1<sup>er</sup>, et art. 9.

<sup>8</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, art. 4, 4<sup>o</sup>, et art. 5.

<sup>9</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, art. 10, 3<sup>o</sup>, et art. 11.

d'incapacité. Dans les deux cas de figure, l'incapacité de nature temporaire ne donnait droit à aucune intervention.

Pour tenter de réduire la difficulté d'évaluer de manière cohérente l'incapacité (permanente) de travail, qui était rapidement apparue comme l'un des principaux obstacles rencontrés déjà sous l'empire de l'ancienne législation relative aux estropiés et mutilés, le Conseil supérieur des handicapés, l'organe consultatif créé en 1967 au sein du ministère de la Prévoyance sociale, ancêtre de l'actuel Conseil supérieur national des personnes handicapées<sup>10</sup>, avait reçu pour tâche d'établir un « guide-barème médical » et de le soumettre à l'approbation du ministre de la Prévoyance sociale<sup>11</sup>. Ce guide-barème devait cadrer la manière dont les médecins du ministère jaugent le degré de dépréciation professionnelle. Curieusement, le Conseil supérieur nouvellement institué s'était contenté de soumettre à l'approbation du ministre, s'agissant de l'allocation ordinaire, un renvoi au premier guide-barème qui avait été adopté dans les dernières années d'existence de la législation relative aux allocations aux estropiés et mutilés, à la fin des années 1950<sup>12</sup>, tandis qu'aucun barème n'avait été adopté pour ce qui concerne l'allocation spéciale.

L'ancien guide-barème, laissé donc d'application pour l'appréciation du handicap physique, prévoyait que l'évaluation médicale de l'invalidité par les médecins du ministère « a pour objet d'apprécier le degré d'incapacité permanente de travail des requérants sans référence à une profession déterminée ». Et d'ajouter que « l'expertise s'attache à évaluer l'influence de la déficience sur la fonction elle-même, à l'exclusion de toute considération professionnelle, sociale, psychologique ou autre »<sup>13</sup>. L'incapacité fonctionnelle résultant d'infirmités était donc mesurée *in abstracto*, sans aucun égard pour le contexte, même professionnel, le cas échéant, dans lequel évoluait la personne handicapée. Ce n'était donc en réalité pas l'incapacité de travail qui était ainsi jaugée, mais bien plutôt l'incapacité tout court – à supposer que, conceptuellement, ceci veuille dire quelque chose... Dans la foulée, le guide-barème « tarifait » les déficiences selon un système de pourcentages prédéterminés, par le biais d'une longue énumération contenant plus d'une centaine de codes : la perte d'une phalange du pouce représentait ainsi (toujours) une incapacité de 10% ; l'aphasie congénitale, 20% ; le nanisme, 50% ; la perte totale des mouvements d'un membre inférieur par ankylose de toutes les articulations, 65% ;

---

<sup>10</sup> Arrêté royal du 10 novembre 1967 portant création d'un Conseil supérieur des handicapés, *M.B.*, 14 novembre 1967, depuis abrogé et remplacé par l'arrêté royal du 9 juillet 1981 portant création d'un Conseil supérieur national des handicapés, *M.B.*, 12 août 1981, lui-même modifié, s'agissant de son intitulé et de la terminologie employée, par un arrêté royal de 2006 qui a substitué partout au terme « handicapé » la formule « personne handicapée », ainsi que cela avait été fait quelques années plus tôt dans la législation relative aux allocations (voir la note n° 26).

<sup>11</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, art. 24, § 1<sup>er</sup>, et 2.

<sup>12</sup> Arrêté ministériel du 24 mars 1970 portant approbation du guide-barème médical en vue de l'estimation des incapacités de travail donnant droit aux allocations ordinaires et complémentaires de handicapés, *M.B.*, 26 mai 1970.

<sup>13</sup> Arrêté ministériel du 19 mars 1959 portant approbation du guide-barème médical des incapacités résultant des infirmités donnant droit aux allocations d'estropiés, mutilés, aveugles, sourds et muets, *M.B.*, 21 avril 1959, annexe, art. II, A, al. 1<sup>er</sup>. Ce guide-barème avait été établi par la Commission d'aide sociale aux estropiés, mutilés, aveugles, sourds et muets qui a précédé le Conseil supérieur des handicapés.



etc. Dans la ligne directe de la philosophie de la législation relative aux allocations aux estropiés et mutilés, le handicap continuait donc d'être conceptualisé avant tout comme une altération des possibilités de fonctionnement du corps qui affecte, de manière permanente, la mobilité, la vue, l'audition ou la parole.

Ce trait sera encore durci par un arrêt de la Cour de cassation de 1982 qui condamnera sèchement la prise en compte, dans l'évaluation de l'incapacité, de facteurs professionnels, sociaux ou psychologiques, et de l'incidence du handicap sur le potentiel économique de l'intéressé<sup>14</sup>. Défendue par certains plaideurs qui contestaient la conformité du guide-barème à la loi de 1969, cette approche plus holistique conduisait à appréhender la personne dans son ensemble et au sein de son environnement. A rebours de cette approche, la Cour a assis la ligne jurisprudentielle selon laquelle il appartient à l'administration et au juge de s'en tenir au handicap « pur et simple », compris dans une perspective que l'on pourrait qualifier de mécaniciste et décontextualisée. Ce faisant, elle avait indirectement mis à néant la théorie selon laquelle le concept d'incapacité de travail devrait s'appréhender de la même manière en allocations aux handicapés qu'en matière d'invalidité, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, c'est-à-dire en cherchant à mesurer la perte concrète de potentiel économique sur le marché de l'emploi au vu de toutes les caractéristiques de la personne.

La dernière allocation, insérée dans la législation en 1972-1973, consistait en une allocation pour l'aide d'une tierce personne<sup>15</sup>. Octroyée en plus de l'allocation de base - ordinaire ou spéciale - destinée à pallier l'incapacité de travail, à celles et ceux qui satisfaisaient à sa condition d'octroi propre, elle avait pour objet distinct de compenser l'impossibilité d'accomplir seul certains actes essentiels de la vie quotidienne. Son montant variait en fonction du degré de besoin de l'aide d'une tierce personne. Ce degré de besoin était lui-même évalué en fonction d'un certain nombre de critères, tels que la possibilité de se déplacer, de se nourrir, d'assurer son hygiène ou de communiquer, pour chacun desquels des points étaient attribués. Le degré de besoin de l'aide d'une tierce personne, et donc le montant de l'allocation, était ainsi déterminé par l'importance de la perte d'autonomie qui découle du handicap. Au vu des critères d'évaluation retenus, une appréhension plus relationnelle du handicap avait ainsi été introduite dans la législation, mais greffée sur un socle strictement physiologico-médical, puisque l'allocation pour l'aide d'une

---

<sup>14</sup> Cass. (3<sup>de</sup> k.), 22 novembre 1982, *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 25, n° 2, 1983, p. 327, commentaire (laconique et plutôt approbateur) P. VAN DAMME, « La validité juridique du guide-barème médical utilisé pour les allocations aux handicapés » ; *R.W.*, 1982-1983, col. 2382, note (circonstanciée et très critique) J. VAN STEENBERGE, « De evaluatie van arbeidsongeschiktheid in de wetgeving inzake minder-validen ». Avant cet arrêt, le second auteur avait défendu le caractère non conforme du guide-barème à la lettre comme à l'esprit de la loi : J. VAN STEENBERGE, *Schade aan de mens*, vol. I, *Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het recht*, op. cit., p. 389, 391 et 395.

<sup>15</sup> Loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, art. 2, § 4, et arrêté royal du 17 novembre 1969 portant règlement général relatif à l'octroi d'allocations aux handicapés, art. 43bis, introduits en 1973, en remplacement d'un premier texte de 1972 à l'existence éphémère. Pour un commentaire, H. BUCKINX, « De gewijzigde wetgeving betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan minder-validen », *R.W.*, 1973-1974, col. 646 à 648. Les textes légal et réglementaire étaient complétés par une circulaire ministérielle du 11 juillet 1973 déterminant le guide pour l'évaluation du degré de besoin en aide d'une tierce personne, *M.B.*, 14 juillet 1973.

tierce personne était ouverte uniquement aux bénéficiaires de l'allocation ordinaire ou spéciale.

b) Des prestations repensées... à moitié (1987) : le handicap comme absence de capacité de gain et comme absence d'autonomie

La législation est entièrement refondue deux décennies plus tard, avec l'adoption de la loi du 27 février 1987 qui règle encore la matière aujourd'hui<sup>16</sup>. Le principal objectif poursuivi a été de simplifier fortement la législation antérieure<sup>17</sup>, en réduisant le nombre d'allocations et en leur conférant un même champ d'application personnel ainsi qu'en rapprochant les modes de comptabilisation des ressources propres. Il a aussi, et en fait surtout, consisté à mieux appréhender et à partir désormais des besoins des personnes handicapées elles-mêmes, en délaissant la question de la cause et de la nature du handicap au profit de celle de son incidence pour la personne handicapée<sup>18</sup>. Sur cette base, la réforme a assigné un objet nettement distinct à chacune des allocations, destinées à couvrir la diversité des besoins concrets susceptibles de résulter du handicap.

A l'occasion du changement de législation, la terminologie employée du côté néerlandophone a été revue, le vocable *gehandicaptten* – déjà d'usage du côté francophone depuis 1969 – étant substitué à *minder-validen*. Certains y ont vu, à l'époque, le signe d'un « changement de mentalité » et d'un abandon du présupposé selon lequel « les personnes concernées seraient 'moindres' que les personnes valides »<sup>19</sup>. Le législateur, lui, n'a apporté aucune explication à ce changement lors des débats au parlement.

---

<sup>16</sup> Loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés, *M.B.*, 1<sup>er</sup> avril 1987. Les arrêtés d'exécution sont renseignés plus loin (voir les notes n° 23 et 24). Pour des commentaires approfondis et des discussions critiques de l'ensemble de la (à l'époque) nouvelle législation, voir B. VAN BUGGENHOUT, « De hervorming van de tegemoetkomingen », *Het nieuw gehandicapttenrecht. Commentaar bij de nieuwe wetgeving en recente evoluties in het beleid* (collectif), Bruges, die Keure, coll. « Recht en sociale hulpverlening », 1988, p. 5-20 et surtout l'étude séminale de J. HUYS, « Wanneer komen de gehandicaptten ons tegemoet? Een kritische commentaar bij de nieuwe wetgeving op de tegemoetkomingen voor gehandicaptten », *Chron. D.S.*, 1989, p. 283-295. Voir aussi les contributions rassemblées dans les actes de la journée d'études organisée en 1990 par l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux : *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, n° 3-4, « Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés », 1990, p. 119-175. Pour une paraphrase des textes, P. HALLEMANS, « Exposé de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et de l'A.R. du 6 juillet 1987 en portant exécution », *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 1988, p. 89-98 et W. VAN EECKHOUTTE, « De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicaptten. Algemene inleiding en evaluatie », *J.T.T.*, 1990, p. 281-286. Il faut encore y ajouter, pour une identification des représentations du handicap qui animent la loi et une discussion de ses outils de mesure, l'étude pionnière de L. MAROY, « Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicaptten », *Chron. D.S.*, 1987, p. 169-175.

<sup>17</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 1985-1986, n° 488/1, p. 1.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 2. Cet aspect est davantage accentué et développé par B. VAN BUGGENHOUT, « De hervorming van de tegemoetkomingen », *op. cit.*, p. 7, 11 et 12 (l'article est signé en qualité de cheffe de cabinet de la secrétaire d'État à la Politique des handicapés).

<sup>19</sup> W. VAN EECKHOUTTE, « De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicaptten », *op. cit.*, p. 281.

Au niveau des dispositifs, les allocations aux handicapés sont demeurées des prestations de nature résiduaire, accordées à la condition que la personne handicapée ne dispose pas de revenus suffisants. Le grand changement opéré a consisté à réduire les allocations à deux, du moins dans un premier temps : l'allocation de remplacement de revenus, d'une part, et l'allocation d'intégration, de l'autre – l'ARR et l'AI, pour les initiés –, et à dissocier nettement l'une de l'autre en termes de dommage pris en charge. Tel est l'acquis majeur de la réforme.

Fruit d'une forme de fusion des anciennes allocations ordinaire et spéciale, l'allocation de remplacement de revenus, d'abord, s'adresse à toutes les personnes handicapées (sans plus faire de distinction selon que le handicap est de nature physique ou mentale) dont la capacité de gain sur le marché du travail est substantiellement altérée. Elle vise à procurer un socle de ressources minimum, par le biais d'un revenu plancher dont le montant est fixe. Elle arrête le seuil d'incapacité de travail requis à 66%, sans plus exiger que cette incapacité soit permanente – ce qui posait beaucoup de difficultés au vu de la nature souvent évolutive du handicap –, et donc sans plus non plus faire varier le taux exigé en fonction du type de handicap. Sous cet angle, crucial, l'ouverture et la simplification opérées par la loi de 1987 sont manifestes.

Celle-ci est allée clairement à l'encontre de la logique de l'ancien guide-barème et de la jurisprudence de la Cour de cassation de 1982, qui cherchaient à saisir l'incapacité de travail à partir d'un tarif préétabli appliqué sans considération pour l'incidence concrète des lésions, soit une forme de « contradiction dans les termes »<sup>20</sup>. Cela étant, plusieurs commentateurs ont, dès le départ, souligné le caractère fort évanescent de la balise unique désormais retenue pour accorder un revenu minimum en raison du handicap, soit le critère de la réduction de la capacité de gain à un tiers de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner sur le marché du travail. Le recentrage de l'objet de l'allocation, de la compensation de la déficience fonctionnelle vers l'indemnisation de la perte de capacité de gain, n'a pas été prolongé par l'adoption d'un instrument de mesure efficace de cette perte. Nous y reviendrons en détail dans l'analyse de la condition d'octroi de l'ARR (*infra*, B).

Quant à l'autre allocation, l'allocation d'intégration, elle reprend largement la logique de l'ancienne allocation pour l'aide d'une tierce personne, en ce qu'elle est destinée aux personnes handicapées confrontées à l'absence ou à la réduction de leur autonomie dans la vie quotidienne. Elle vise à compenser les surcoûts qui en découlent, par le biais d'un soutien pécuniaire dont le montant grandit à mesure que la réduction d'autonomie est significative. Par contre, et là aussi c'est une évolution très significative, son octroi est désormais déconnecté de la reconnaissance préalable d'une capacité de gain insuffisante : à la différence du système antérieur, les deux nouvelles allocations sont indépendantes l'une de l'autre, dans l'idée que le besoin d'équipements spécifiques n'est pas nécessairement strictement proportionnel à l'incapacité professionnelle. Partant, elles sont entièrement cumulables. Il n'empêche que des critiques ont été formulées, ici aussi, quant à l'absence de fondement

---

<sup>20</sup> J. VAN STEENBERGE, « De evaluatie van arbeidsongeschiktheid in de wetgeving inzake mindervaliden », *op. cit.*, col. 2389.

scientifique du système de mesure concrète de la perte d'autonomie. La présente recherche étant centrée sur l'ARR, nous ne développerons toutefois pas ces critiques ici<sup>21</sup>.

Bien qu'elles soient l'une comme l'autre non contributives et accordées sous condition de ressources, les deux allocations instituées sont donc de nature différente : l'allocation de remplacement de revenus s'apparente à un revenu de remplacement, là où l'allocation d'intégration constitue un revenu de complément. L'une et l'autre ne poursuivent en effet pas la même finalité et couvrent chacune un risque social distinct – d'où, justement, leur caractère cumulable. La première cherche à pallier l'absence de revenus, ou en tout cas de revenus suffisants, normalement tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, tandis que la seconde a pour vocation de permettre de faire face aux charges additionnelles qui résultent du handicap dans la vie quotidienne et qui affectent la sécurité d'existence même en présence d'un revenu professionnel ou d'un revenu minimum.

Il faut constater que, depuis, deux définitions juridiques différentes du handicap coexistent en réalité au sein de la législation relative aux allocations, puisque si l'ARR et l'AI s'adressent au même cercle de bénéficiaires potentiels et sont soumises à un mode de comptabilisation des ressources propres qui est proche, chacune repose en revanche sur une condition, respectivement, économique- ou socio-médicale bien distincte. Cette condition a trait à la capacité de gain en rapport avec le marché du travail pour l'une, et à l'autonomie dans la vie quotidienne pour l'autre. C'est moins le type et la cause du handicap que ses conséquences concrètes qui importent, désormais. Il s'agit là d'une reconceptualisation majeure.

\* \* \*

En guise de bref bilan de cette rétrospective trop hâtive, une constante est manifeste dans les dispositifs, en plus de leur nature assistancielle : le principal déclencheur de l'octroi d'un soutien pécuniaire minimum a toujours été l'altération, plus ou moins marquée, de la capacité de travail, mais la définition et l'évaluation concrète de celle-ci demeurent une véritable boîte noire. Centrale depuis le départ, la notion n'a donc en même temps jamais été fort cadrée, faute d'avoir été sérieusement conceptualisée par le législateur. Tout au plus les textes laissent-ils entrevoir, tout au long du vingtième siècle, une forte emphase de l'optique physiologico-médicale. Les germes d'une relativisation forte de celle-ci, en direction d'une approche plus économique de l'incapacité, ont été posés par le législateur de 1987 mais sans que celui-ci aille jusqu'au bout du processus. Une vraie rupture, en revanche, peut être mise au crédit de la loi de 1987 qui consiste à avoir découplé l'accès à la compensation de la perte d'autonomie dans la vie quotidienne, l'autre grand dommage susceptible de résulter du handicap, de la reconnaissance préalable d'une incapacité de travail. Par ailleurs, se loge dans les modalités d'évaluation de ce second dommage une forme d'appréhension plus relationnelle et contextualisée du handicap.

---

<sup>21</sup> Sur la notion de réduction de l'autonomie et son instrument d'évaluation, voir, pour une synthèse, D. DUMONT, « Les allocations fédérales aux personnes handicapées : 'dessine-moi une personne handicapée' », *op. cit.*, p. 481 à 491, et les références mobilisées.

## 2. Les textes applicables : la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et ses arrêtés d'exécution, une réglementation vieillie

Trente ans plus tard, le siège de la matière est toujours la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Il ne s'agit en réalité que d'une loi-cadre, complétée par plusieurs arrêtés d'exécution. Hors dispositions finales et abrogatoires, la loi du 27 février 1987 ne contient guère qu'une vingtaine de dispositions. Surtout, lesdites dispositions se limitent en définitive à peu de choses. On y trouve bien une énumération des allocations aux personnes handicapées ainsi que la formulation de la condition d'octroi centrale de chacune. Quelques principes de base y sont également posés, en particulier s'agissant du champ d'application personnel du dispositif et de son caractère assistanciel. Mais pour le reste, les dispositions délaissent entièrement au Roi le soin de régler des aspects aussi centraux que les critères d'évaluation de la réduction de la capacité de gain et du manque d'autonomie, soit les contours précis de la principale condition d'octroi de chacune des différentes allocations<sup>22</sup>.

Une bonne partie de la matière se trouve donc dans les arrêtés d'exécution de la loi. Deux arrêtés en particulier doivent être pointés. Le plus important est un arrêté de 1987 qui porte sur les deux allocations (fédérales) aux personnes handicapées, l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration<sup>23</sup>. Un arrêté ultérieur et distinct de 2003 règle toute la procédure d'octroi des allocations<sup>24</sup>, c'est-à-dire le processus par le biais duquel les demandes sont introduites et traitées puis les allocations payées.

---

<sup>22</sup> Sur l'évidement du principe de légalité en matière de sécurité sociale, dont on trouve ici une nouvelle illustration, D. DUMONT, « Que reste-t-il du principe de légalité en droit de la sécurité sociale ? Sécurité sociale et démocratie parlementaire », *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2017, n° 1-2, « Aux sources du droit social. En hommage à Micheline Jamoulle/Sociaal recht, over bronnen en herbronnen. Als eerbetoon aan Micheline Jamoulle » (dir. D. Dumont et F. Dorsssemont), p. 113-146. Dans le même sens, et pour un point sur les évolutions jurisprudentielles postérieures à l'étude précitée, I. HACHEZ et L. TRIAILLE, « Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels : la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins », *La légalité. Un principe de la démocratie belge en péril ?* (dir. L. Detroux, M. El Berhoumi et B. Lombaert), Bruxelles, Larcier, coll. « Bibliothèque de droit public », 2019, p. 179-231. Adde encore J. VELAERS, *De Grondwet. Een artikelsgewijze commentaar*, deel I, op. cit., n° 19 à 26, p. 439 à 443. Ces études convergent pour critiquer l'évolution de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle qui a conduit à vider de toute sa substance le principe de légalité déduit de l'article 23 de la Constitution, alors que celui-ci fait expressément de la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels fondamentaux une matière réservée au législateur, au sens formel du terme. Pour une discussion des critiques avancées par les premiers auteurs précités, M. VRANCKEN, « Le principe de légalité de l'article 23 de la Constitution en matière de droits économiques, sociaux et culturels », *Droits fondamentaux et pauvreté/Grondrechten en armoede* (revue en ligne), 2022, n° 4, « L'article 23 de la Constitution », p. 85-100.

<sup>23</sup> Arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, *M.B.*, 8 juillet 1987. L'arrêté était dénommé arrêté royal portant exécution de la loi du 27 février 1987 jusqu'à la création, en 1990, de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

<sup>24</sup> Arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des [sic] allocations aux personnes handicapées, *M.B.*, 27 juin 2003.

L'ensemble du dispositif a fait l'objet d'un toilettage important, légistique et de fond, entre 2002 et 2003, lorsque Frank Vandembroucke était ministre des Affaires sociales du gouvernement dit arc-en-ciel<sup>25</sup>. La loi elle-même a été largement réécrite, par le biais d'une loi-programme. Celle-ci a conduit à la systématisation du vocable « personnes handicapées » en lieu et place de « handicapés ». Similairement, l'expression *gehandicapt* a été remplacé par la formule *personen met een handicap* dans la version en néerlandais. Le législateur ne s'est à nouveau pas expliqué sur ce changement, sinon en faisant état d'une préoccupation pour la « correction de la langue »<sup>26</sup>. On notera que depuis, c'est le vocable *personen met een beperking* qui tend à s'imposer du côté flamand. Pour le reste, les changements opérés n'ont pas été négligeables : relâchement des conditions de nationalité sous la contrainte des engagements internationaux et européens qui lient l'Etat belge et de leurs évolutions ; refonte des modalités de prise en compte des ressources et du découpage des catégories de bénéficiaires basées sur la situation familiale ; renforcement des droits des usagers dans la procédure administrative. Ces évolutions ne sont pas anecdotiques, mais elles n'ont pas touché à l'architecture du dispositif, laquelle est toujours celle de 1987, elle-même en partie héritée des dispositifs antérieurs. Par ailleurs, ces évolutions sont assez proches de celles qu'ont connues d'autres prestations d'aide sociale à la même époque.

Sous le gouvernement Di Rupo (2011-2014), alors que Philippe Courard était secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, des travaux en vue d'une réécriture complète de la législation, réclamée avec insistance par le Conseil supérieur national des personnes handicapées, ont été entamés mais n'ont pas abouti<sup>27</sup>. L'ambition était de remettre l'ouvrage entièrement sur le métier<sup>28</sup>, en vue notamment de le conformer à la philosophie inclusive de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, laquelle venait à l'époque d'être ratifiée et d'entrer en vigueur. Un document intitulé « Des allocations qui n'handicapent pas » avait été préparé par le cabinet en vue d'initier une large consultation publique avec le secteur et de faire émerger des priorités qui font consensus<sup>29</sup>. Au terme de celle-ci, une synthèse des quelques 300 contributions reçues avait été établie<sup>30</sup>, et une évaluation socio-économique de la législation commanditée à la KU Leuven<sup>31</sup>. Sur la base de ces différents éléments, une note avait été élaborée par le secrétaire d'Etat et présentée,

---

<sup>25</sup> Pour une présentation détaillée de tous les changements opérés, M. DUMONT, « Nouveautés pour les personnes handicapées », *Actualités de la sécurité sociale. Évolution législative et jurisprudentielle* (coord. M. Dumont), Bruxelles, Larcier, coll. « Commission université-palais », 2004, p. 569-616.

<sup>26</sup> Projet de loi-programme (I), exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 2002-2003, n° 50 2124/001, p. 87.

<sup>27</sup> Ces travaux sont brièvement évoqués par G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.*, p. 608 et 609.

<sup>28</sup> L'accord de gouvernement évoquait « une réforme globale du régime », afin, entre autres, « de moderniser les critères d'évaluation du handicap » : accord de gouvernement, *Doc. parl.*, Chambre, 2011-2012, n° 53 0020/001, p. 158.

<sup>29</sup> « Des allocations qui n'handicapent pas. Une consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées », document de discussion, 2012, 16 p.

<sup>30</sup> Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, « Synthèse des contributions récoltées dans le cadre de la consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées », 2012, 61 p.

<sup>31</sup> B. VERMEULEN *et al.*, *Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkoming*, rapport pour le compte du SPP Politique scientifique et du SPF Sécurité sociale, Leuven, KU Leuven, LUCAS (Centrum voor zorgonderzoek en consultancy), 2012, 185 p.

avec l'appui de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales Laurette Onkelinx, au conseil des ministres qui proposait une série de réorientations importantes : révision des critères d'identification du handicap, de manière à évaluer plus finement la réduction de la capacité de gain et la réduction d'autonomie ; refonte des modalités de prise en compte des ressources personnelles et de celles du ménage, dans le but de ne plus pénaliser la reprise d'un travail ni la mise en couple ; relèvement des montants, en vue de mieux lutter contre la pauvreté ; simplification de la procédure administrative, afin de réduire le non-recours aux droits ; etc<sup>32</sup>. Le cabinet a ensuite commencé à préparer une refonte globale de la réglementation, en concertation avec le Conseil supérieur national des personnes handicapées. Mais au terme de la législature, aucun texte n'avait pu être finalisé et déposé au parlement.

Malgré la demande insistante du Conseil supérieur que la réforme soit menée à bien sur la base des travaux déjà entamés<sup>33</sup>, le chantier n'a pas été repris par le gouvernement fédéral suivant, le gouvernement Michel (2014-2019), sous lequel, à l'exception d'un rétrécissement du cercle des bénéficiaires censuré par la Cour constitutionnelle pour violation du principe de non-régression déduit de l'article 23 de la Constitution<sup>34</sup>, la réglementation est globalement demeurée en l'état.

## **B. L'encadrement juridique de la condition d'octroi propre à l'allocation de remplacement de revenus : la réduction de la capacité de gain**

A présent, voyons de plus près la condition centrale de la loi qui est relative à l'allocation de remplacement de revenus, celle qui tourne autour de l'appréhension juridique du handicap. Chacune des deux allocations, l'ARR et l'AI, dispose logiquement de sa condition d'octroi propre, compte tenu de leur objet distinct. Il est frappant de constater que la doctrine spécialisée continue de parler de l'« aspect médical » de la réglementation pour désigner de manière globale ce volet de la matière<sup>35</sup>, sans doute en écho au fait qu'il s'agit des conditions dont l'évaluation,

---

<sup>32</sup> Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, « Evaluation de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et principes d'une réforme globale du régime », note au conseil des ministres, 2013, 10 p.

<sup>33</sup> Conseil supérieur national des personnes handicapées, *Mémoire en vue de la formation du gouvernement fédéral suite aux élections de mai 2014*, Bruxelles, CSNPH, 2014, p. 10 et 11.

<sup>34</sup> Il s'agit de la soumission de l'éligibilité à l'ARR au respect d'une condition de passé de résidence de dix ans, décidée en 2018. Pour la référence au texte et une analyse critique, voir D. DUMONT, « La condition de passé de résidence introduite en matière d'allocations aux personnes handicapées : un recul inconstitutionnel, sur fond de processus législatif fort peu soigneux », *J.T.T.*, 2019, p. 409-412. La Cour constitutionnelle a fait droit au recours en annulation introduit par la Ligue des droits humains : C.C., 12 mars 2020, n° 41/2020. La mesure avait également été critiquée pour son incompatibilité avec différents instruments en matière de non-discrimination et de libre circulation des personnes : H. VERSCHUEREN, « De nieuwe verblijfsduurvoorwaarde voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming aan personen met een handicap : juridisch drijfzand », *J.T.T.*, 2018, p. 401-416 (1<sup>ère</sup> partie) et p. 421-428 (2<sup>ème</sup> partie).

<sup>35</sup> M. DUMONT, « Les allocations aux handicapés : l'aspect médical », *Actualités du droit*, 1993, n° 4, « Actualités de la sécurité sociale », p. 833-837 ; P. PETRE, « La condition d'incapacité de travail en allocation de remplacement de revenus. Étude juridique », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 37, n° 1, 2001, p. 195 ; D. DESAIVE et M. DUMONT, « L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ? », *Regards croisés sur la sécurité sociale* (dir. F.

concrètement, est du ressort des médecins du SPF Sécurité sociale – ou désignés par celui-ci. La formule laisse entrevoir la prégnance, dans les représentations comme dans les pratiques, de l’appréhension médicale traditionnelle du handicap. Il faut dire que le législateur de 1987, tout en amorçant une rupture avec elle, n’est pas allé jusqu’au bout du processus de reconceptualisation du handicap, en particulier en matière d’allocation de remplacement de revenus, ainsi qu’on va le voir maintenant plus en détail.

La philosophie de l’allocation de remplacement de revenus est de fournir un revenu minimum pour les personnes qui, en raison d’un handicap, ne peuvent pas se procurer un revenu (suffisant) par leur travail<sup>36</sup>.

La loi exprime la condition d’octroi propre à l’ARR de la manière suivante : l’allocation de remplacement de revenus est accordée à la personne éligible « dont il est établi que l’état physique ou psychique a réduit sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu’une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail »<sup>37</sup>. Pour percevoir l’allocation de remplacement de revenus, il faut donc souffrir d’un état de santé de nature à réduire la capacité de gain à un tiers au maximum de ce qu’« une personne valide » peut gagner sur « le marché général du travail » en exerçant « une profession ». Contrairement à ce que prévoyaient les législations antérieures à celle de 1987, aucune distinction n’est plus faite selon l’origine ou la nature du handicap. Ce qui importe est l’incidence concrète des affections en termes d’aptitude à s’insérer sur le marché de l’emploi et à en tirer un revenu. Le degré exact de handicap n’importe plus non plus, dans la mesure où le montant de l’allocation n’est plus fonction du taux d’incapacité. L’allocation est octroyée ou refusée selon une logique du tout ou rien

Par ailleurs, la loi précise que le « marché général du travail » à prendre en considération pour jauger la capacité de gain « ne comprend pas les entreprises de travail adapté »<sup>38</sup>. Les entreprises de travail adapté (E.T.A.) sont ce que l’on appelait autrefois, sous l’empire de l’ancienne législation sur le reclassement des personnes handicapées, les « ateliers protégés ». La dénomination exacte et le cadre juridique de ces structures varient désormais selon les entités fédérées compétentes. Leur non-prise en compte dans le maniement de la notion de marché général du travail est

---

Etienne et M. Dumont), Liège, Anthemis, coll. « Commission université-palais », 2012, p. 303 ; M. DUMONT et N. MALMENDIER, avec la collaboration de G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, op. cit., p. 67 ; J. BARTHOLOME, « Quelques points d’attention relatifs à la réglementation des allocations aux personnes handicapées », *Questions choisies en droit de la sécurité sociale* (dir. Q. Detienne et H. Mormont), Liège, Anthemis, coll. « Commission université-palais », 2021, p. 205. Voir aussi, entre autres exemples plus anciens, la communication présentée « à l’attention des médecins-inspecteurs chargés d’effectuer des expertises médicales en matière d’allocations aux handicapés » par le docteur R. DEBERDT, « Accueil et contact lors de l’examen médical de demandeurs d’allocation », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 33, n° 3-4, 1991, p. 169-176.

<sup>36</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 1985-1986, n° 488/1, p. 1. Voir aussi B. VAN BUGGENHOUT, « De hervorming van de tegemoetkomingen », op. cit., p. 13.

<sup>37</sup> Loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, art. 2, § 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>.

<sup>38</sup> Loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, art. 2, § 1<sup>er</sup>, al. 2.



logique, dans la mesure où il s'agit de structures destinées spécifiquement aux personnes dont les capacités professionnelles sont réduites. Evaluer la capacité de gain en en tenant compte aurait pour conséquence d'exclure de l'allocation des personnes handicapées qui travaillent dans l'emploi dit protégé précisément en raison d'une capacité professionnelle amoindrie. L'exercice d'un emploi de ce type ne fait donc pas obstacle à la reconnaissance de l'ARR. En revanche, la perception d'une rémunération influera sur le montant de l'allocation octroyée, compte tenu de la nature résiduaire de celle-ci<sup>39</sup>.

Plus de trois décennies après l'adoption de la loi, la signification exacte de la notion de capacité de gain réduite des deux tiers, et plus encore la façon de mesurer concrètement celle-ci, demeurent une véritable énigme pour la science juridique belge – alors qu'il s'agit à l'évidence d'une pièce tout à fait centrale dans le dispositif. La notion fait songer, et à dessein, au critère retenu en assurance indemnités pour mesurer l'incapacité de travail (1.), mais elle s'en démarque sur un point essentiel en particulier (2.), et c'est dans cet écart que se loge le mystère persistant (3.). Une circulaire ministérielle a été adoptée en 2018 pour clarifier la donne mais sans guère y parvenir (4.).

### *1. La capacité de gain, une notion économique...*

Au premier abord, le critère de reconnaissance de l'ARR est assez proche de celui qui ouvre le droit aux indemnités d'incapacité allouées par l'assurance indemnités des travailleurs salariés.

Pour ces travailleurs, l'incapacité de travail est reconnue par le médecin-conseil et indemnisée par la mutuelle lorsqu'ils font face à une réduction de leur capacité de gain des deux tiers au moins. C'est le fameux seuil des 66%, présent dans la législation depuis que le risque d'invalidité fait l'objet d'une couverture obligatoire par la sécurité sociale, soit depuis 1945. A l'époque, ce seuil, dont le caractère un peu arbitraire est bien connu, fut importé des assurances sociales développées en Allemagne par Bismarck à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>40</sup>. Cette proximité avec l'assurance indemnités des salariés a été explicitement revendiquée par le législateur de 1987, qui a accentué sa volonté d'aller vers une uniformisation progressive du concept

---

<sup>39</sup> Pour une analyse détaillée du mode de comptabilisation des ressources en matière d'allocations fédérales aux personnes handicapées, en ce compris le système des abattements, voir D. DUMONT *et al.*, « La sélectivité des prestations : les mécanismes de cumul des allocations avec d'autres ressources financières ou une activité », *Questions transversales en matière de sécurité sociale 2* (coord. D. Dumont), Bruxelles, Larcier, coll. « UB<sup>3</sup> », 2021, n° 363 à 389, p. 412 à 445.

<sup>40</sup> J. VIAENE, « Het begrip 'verloren verdienvermogen' in het sociaal recht », *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2001, p. 323 ; J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap. Transversaal overzicht doorheen het Belgisch recht*, Gand, Larcier, coll. « Bibliotheek sociaal recht », 2011, p. 125 ; S. CLAESKENS et W. VAN DAMME, « Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid : mogelijkheden tot re-integratie in de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen », *Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht* (dir. A. Van Regenmortel, L. De Meyer et V. Vervliet), Bruges, die Keure, coll. « Recht en sociale zekerheid », 2015, p. 279, note infrapaginale n° 17, et les références citées.

d'incapacité de travail<sup>41</sup>. Cela implique, avait précisé le législateur, que comme en assurance indemnités – assurance invalidité, à l'époque –, ce n'est pas « la capacité de travail purement physique » qui est déterminante, mais bien « la faculté de gagner [sa vie] »<sup>42</sup>. Le risque couvert n'est donc pas la diminution de l'intégrité physique mais la plausibilité de ne pas (re)trouver de travail rémunéré. Sur le plan de la cohérence du système, cette proximité a un sens, dans la mesure où les allocations aux personnes handicapées constituent le complément non contributif de l'invalidité (*supra*, A, 1).

Dans le sillage de l'adoption de la loi, certains commentateurs avaient relevé la rupture manifeste opérée au regard de la logique du régime antérieur, incarnée par le guide-barème médical et la jurisprudence de la Cour de cassation qui en avait raidi le tropisme mécaniciste (*supra*, A, 1)<sup>43</sup>. Dans son (premier) avis sur le projet de loi, le Conseil supérieur national des personnes handicapées avait « [pris] acte de ce que l'évaluation proposée dans le projet de loi s'écarte des barèmes et tend vers une évaluation médico-économique, qui n'est plus exclusivement physique »<sup>44</sup>. A rebours de la conception selon laquelle le handicap consisterait en une déficience exclusivement interne à la personne, susceptible d'être mesurée *in abstracto* sur la base d'un tarif figé, la législation de 1987 marquait une inflexion manifeste vers la conception plus économique de l'incapacité partagée par les autres branches de la sécurité sociale concernées : c'est l'aptitude à gagner sa vie par son activité professionnelle qui importe depuis.

Là où en matière de risques professionnels, on cherche à saisir l'atteinte à cette aptitude par la fixation d'un taux précis d'incapacité, dont dépend le montant des indemnités d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'assurance indemnités et les allocations aux personnes handicapées, elles, reposent sur une logique binaire, opérant un partage entre aptes et pas aptes, basé sur le dépassement d'un seuil déterminé<sup>45</sup>. Une personne qui ne dispose pas d'une capacité de gain d'un tiers au moins est juridiquement considérée comme incapable de travailler ou handicapée, et se verra attribuer des indemnités d'incapacité ou l'ARR à ce titre, sans que l'on cherche, compte tenu de l'absence de barème, à quantifier avec précision l'ampleur exacte de l'incapacité professionnelle.

---

<sup>41</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, rapport, *Doc. parl.*, Sénat, 1986-1987, n° 335/2, p. 19.

<sup>42</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 1985-1986, n° 448/1, p. 4.

<sup>43</sup> L. MAROY, « Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten », *op. cit.*, n° 5, p. 170 et n° 9, p. 171. Un peu plus tard, M. DUMONT, « Les allocations aux handicapés : l'aspect médical », *op. cit.*, p. 835.

<sup>44</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, rapport fait au nom de la commission de l'Emploi et de la politique sociale, annexe II, avis du Conseil supérieur national des handicapés du 10 janvier 1983 concernant le projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, *Doc. parl.*, Chambre, 1985-1986, n° 448/4, p. 35.

<sup>45</sup> Cette coexistence de deux approches distinctes de l'incapacité au sein de la sécurité sociale belge, recouvrant chacune plusieurs branches, a été bien mise en évidence et cartographiée par Paul Palsterman dans une étude lumineuse : P. PALSTERMAN, « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale. Approche transversale », *Invalidité, incapacité et handicap professionnel. Analyse transversale en ONEm, AMI, accidents du travail, maladies professionnelles, droit commun et revenu garanti* (dir. M. Matagne), Amay, Medialoh, 2007, p. 277.

2. ... à apprécier au regard du standard de référence décontextualisé de « la personne valide »

Au-delà de ce point de rencontre important, le secteur des indemnités et celui du handicap ne se confondent toutefois pas sur le plan des conditions d'octroi. Et c'est là que les difficultés commencent. Outre le caractère, respectivement, contributif et non contributif de l'un et de l'autre secteurs (*supra*, A, 1), deux différences majeures doivent être mises en exergue.

Premièrement, l'assurance indemnités, en tout cas celle des travailleurs salariés, requiert, pour que l'incapacité de travail soit établie, que la réduction de la capacité de gain résulte d'une cessation des activités qui fasse suite à la survenance, ou à l'aggravation, de lésions ou de troubles fonctionnels<sup>46</sup>. Il faut, en clair, que l'interruption des activités fasse directement suite à une détérioration de l'état de santé. La mutuelle ne va pas intervenir s'il apparaît que l'arrêt du travail ne résulte pas de l'apparition ou de l'accentuation d'un problème de santé, mais s'explique en réalité par une incapacité de travail préexistante. C'est toute la problématique dite de l'« état antérieur »<sup>47</sup>. Les personnes qui, avant le début de leurs activités professionnelles et l'acquisition de la qualité de titulaire de l'assurance indemnités, présentaient en fait déjà une aptitude au travail insuffisante sont considérées comme ne répondant pas aux conditions d'octroi des indemnités d'incapacité, compte tenu de la nature assurancielle de celles-ci. C'est à ce titre que la preuve d'une véritable insertion sur le marché du travail, préalable à la survenance des troubles de santé, est requise. L'exercice d'un emploi à temps très partiel, de courte durée ou fort allégé, comme en connaissent certaines personnes affectées par un handicap, au lieu d'attester une capacité de travail, est parfois considéré au contraire comme l'indice d'un échec à intégrer le marché de l'emploi, et donc d'une incapacité préexistante<sup>48</sup>.

Pareil réquisit ne se retrouve évidemment pas dans les dispositions relatives à l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus, dans la mesure où celle-ci s'adresse en bonne partie aux personnes qui, précisément, ont toujours eu, ou depuis longtemps, une capacité de travail fortement altérée voire nulle en raison d'un handicap. Par conséquent, il n'y a pas lieu de chercher à établir une aggravation de l'état de santé au regard d'un état antérieur qui, lui, témoignait d'une aptitude suffisante à intégrer durablement le marché du travail. A la différence des indemnités de mutuelle, l'ARR peut parfaitement être accordée à une personne qui

---

<sup>46</sup> Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.*, 27 août 1994, art. 100, §1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>. Pour ce qui concerne le statut social des travailleurs indépendants, arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, *M.B.*, 7 août 1971, art. 19, al. 1<sup>er</sup> (incapacité primaire) et art. 20 (invalidité), qui n'exigent formellement pas que la cessation de l'activité résulte directement des troubles ou lésions.

<sup>47</sup> Sur cette problématique épineuse, qui suscite beaucoup de difficultés, P. PALSTERMAN, « Assurance obligatoire soins de santé et indemnités : la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés) », *Regards croisés sur la sécurité sociale, op. cit.*, p. 895 à 909, et l'étude de L. Verbruggen parue dans le *Bulletin* de l'INAMI qui y est citée pour un point sur la jurisprudence.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 899 et 900.

n'a jamais exercé, ni même été en mesure d'exercer un jour, une activité professionnelle. Il en va du reste souvent ainsi.

Si, conceptuellement, l'exigence d'une capacité de travail antérieure à l'arrêt de l'activité peut se concevoir au regard de la logique de l'assurance indemnités, et ainsi constituer l'une des lignes de partage entre celle-ci et le secteur des allocations aux personnes handicapées, il faut bien voir ce que, en pratique, les débats relatifs à l'absence d'état antérieur peuvent parfois avoir de réellement byzantins. C'est que la décision du médecin-conseil de la mutuelle d'indemniser ou non un travailleur qui sollicite les indemnités d'incapacité pour ce motif implique d'opérer une comparaison entre l'état de santé de l'assuré au jour de l'examen – ou de l'expertise, en cas de litige ensuite porté en justice – et celui que cet assuré était censé avoir avant d'entamer le travail. Pareille comparaison médicale *a posteriori* charrie évidemment son lot d'incertitude, quand ce n'est pas d'arbitraire, tant il est loin d'être évident de reconstituer après coup la situation médicale initiale. On pense notamment aux troubles d'ordre psychiatrique et à leur incidence, qui sont susceptibles de fort fluctuer au fil du temps et ne traduisent pas nécessairement une inaptitude « innée » au travail.

Deuxièmement, et cette seconde différence avec l'assurance indemnités est cruciale, la réduction de capacité de gain n'est pas mesurée, dans l'un et l'autre secteurs, au regard du même point de référence. Si le pivot-couperet de 66% est commun aux deux réglementations, il n'est pas appliqué à l'aune du même standard de comparaison. Dans le secteur des indemnités des travailleurs salariés, le niveau de l'altération de la capacité de gain est en effet évalué par rapport à « la profession habituelle de l'intéressé » durant les six premiers mois de l'incapacité<sup>49</sup>. C'est donc au regard des autres travailleurs accomplissant l'activité professionnelle précise que l'assuré social exerçait avant de tomber en incapacité, que la déperdition est jaugée : quelle rémunération l'assuré social peut-il encore espérer obtenir, en dépit de ses lésions, par rapport au niveau du revenu moyen de ses pairs ? Après six mois, le point de référence est quelque peu élargi mais demeure individualisé, dans la mesure où l'amointrissement des deux tiers au moins doit alors être établi au regard « 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 »<sup>50</sup>. Si, à partir de six mois et au-delà, le standard de comparaison est ainsi élargi au groupe des professions, au pluriel, dans lequel l'assuré social, par son activité, se situe ou s'est situé – ou, par sa formation, pourrait se situer –, il reste requis d'évaluer ce que l'assuré peut gagner par son travail en tenant compte de sa « condition », c'est-à-dire de sa situation personnelle en termes d'âge, de parcours, de formation, de niveau de revenu, de possibilité de réorientation, etc. On considère traditionnellement que l'évaluation de la capacité de gain doit être faite en prenant comme contrainte que le retour du travailleur sur le

---

<sup>49</sup> Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, art. 100, § 1<sup>er</sup>, al. 6.

<sup>50</sup> Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, art. 100, § 1<sup>er</sup>, al. 1<sup>er</sup>.

marché de l'emploi ne peut pas se faire dans des conditions de nature à entraîner pour lui une forme de « déclassement social ».

Les règles sont un peu différentes dans le statut social des travailleurs indépendants, mais elles expriment également l'exigence d'une appréciation individualisée de l'incapacité de travail. Au cours de la période d'incapacité dite primaire, c'est-à-dire durant la première année d'incapacité, l'incapacité, qui doit être totale, se mesure au regard de l'activité professionnelle exercée par l'indépendant<sup>51</sup>. Il faut donc avoir entièrement perdu, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, l'aptitude à poursuivre les tâches afférentes à l'activité que l'on assumait jusque-là. Au cours de la période dite d'invalidité, c'est-à-dire au-delà d'un an d'incapacité, l'incapacité de travail est reconnue se poursuivre lorsque, en plus d'avoir dû mettre fin à l'accomplissement de son activité, l'indépendant apparaît n'être pas en mesure non plus d'exercer une quelconque autre activité professionnelle « dont il pourrait être chargé équitablement, tenant compte notamment de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle »<sup>52</sup>. Comme chez les salariés après six mois, la norme de comparaison est donc élargie, ici après un an, puisque l'incapacité de travail n'est plus seulement appréciée par rapport aux tâches concrètement exercées avant le début de l'incapacité mais au regard de toute activité professionnelle, étant entendu toutefois que l'aptitude à exercer une quelconque activité doit être jaugée en tenant compte de la « condition » de l'indépendant. De cette façon, on cherche à nouveau à prévenir le risque que le travailleur indépendant victime d'un problème de santé puisse être amené à subir une forme de déclassement.

En dépit des différences entre les salariés et les indépendants, ainsi qu'entre le début de l'incapacité et sa poursuite, différences qui appelleraient bien des précisions et font du reste l'objet de nombreuses discussions en jurisprudence comme en doctrine<sup>53</sup>, une constante est que l'amointrissement de la capacité professionnelle se mesure toujours, en sécurité sociale assurancielle, de manière – plus ou moins – individualisée. Et c'est sur ce plan que les allocations aux personnes handicapées se démarquent substantiellement. Dans le secteur du handicap, le critère d'appréciation de l'incapacité est aussi comparatif, depuis 1987, mais il est beaucoup plus voire totalement décontextualisé. Si l'on doit s'y préoccuper également de la capacité de gain, c'est-à-dire de la capacité en rapport avec le marché de l'emploi, et non plus de la capacité strictement corporelle coupée de son environnement, on cherche en revanche à appréhender le degré de capacité de gain en prenant comme point de référence l'aptitude d'« une » personne valide qui exerce « une » profession sur « le » marché de l'emploi, soit un modèle-type totalement abstrait.

---

<sup>51</sup> Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, art. 19, al. 1<sup>er</sup>.

<sup>52</sup> Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, art. 20, al. 1<sup>er</sup>.

<sup>53</sup> Pour un aperçu, voir notamment, outre l'étude citée à la note n° 45, S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Larcier, coll. « Droit social », 2009, p. 263 à 276 pour le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés et p. 374 à 378 pour le statut social des travailleurs indépendants, et les nombreuses références jurisprudentielles et doctrinales citées.

Qu'est-ce à dire exactement ? Qu'est-ce, d'ailleurs, qu'une personne « valide » ? La réglementation ne donne pas la moindre précision à ce sujet, pas davantage que les travaux préparatoires de la loi de 1987, hormis les quelques indications fugaces que nous avons relevées plus haut (*supra*, 1), lesquelles indiquent un abandon, théoriquement en tout cas, de l'approche exclusivement médicale originaire au profit d'une optique médico-économique. Pour le reste, la notion ne fait l'objet d'aucun cadrage réglementaire. Il faut le souligner : on ne trouve pas la moindre indication dans la réglementation – pas un mot.

Sans doute pour cette raison, les manuels de sécurité sociale, bien que volumineux en général, sont fort peu diserts au sujet de l'évaluation de la capacité de gain en matière d'ARR. Ainsi, Jef Van Langendonck se limite à pointer, de façon assez elliptique, la proximité entre le seuil des 66% et le pivot équivalent en assurance maladie<sup>54</sup>. Après avoir exposé ce qui différencie tout de même l'exigence d'une réduction des deux tiers de la capacité de gain en ARR avec la notion d'incapacité propre à l'assurance indemnités, Jean-François Funck, quant à lui, conclut que « les critères d'évaluation sont à ce jour assez imprécis »<sup>55</sup>. Dans le *Praktijkboek sociale zekerheid*, enfin, on lit, comme points de repère : « Van belang zijn de concrete mogelijkheden van de persoon om te functioneren op de algemene arbeidsmarkt, rekening houdend met zijn of haar resterende mogelijkheden en met de noodzaak aan aanpassingen aan de werkplek en/of de nood aan begeleiding en structuur. Dat een persoon werkt (al dan niet in een maatwerkbedrijf) is niet doorslaggevend om de erkenning van de vermindering van het verdienvermogen tot 1/3 of minder te weigeren »<sup>56</sup>.

En l'absence de véritable cadrage, la notion reste vulnérable à des retours, en pratique, à la conception médicale étroite de l'invalidité, faute de grille de lecture alternative. Encore au début des années 2000, on pouvait ainsi lire sous la plume d'un auteur, conseiller au ministère des Affaires sociales – l'actuel SPF Sécurité sociale –, que la personne valide au regard de laquelle la réduction de capacité de gain doit être mesurée doit se comprendre au sens du barème officiel belge des invalidités (BOBI) de l'après-guerre, selon lequel l'« homme valide » est celui qui « peut coordonner et utiliser d'une façon complète ses facultés, sa force, ses mouvements en vue d'une activité » et d'après lequel « c'est cette validité qui doit servir de comparaison afin d'apprécier l'importance des atteintes qui peuvent y être portées par blessure, infirmité ou maladie »<sup>57</sup>. Disons-le sans détours : pareille lecture nous paraît totalement contraire à la *ratio* de la loi de 1987.

---

<sup>54</sup> J. VAN LANGENDONCK avec la collaboration de F. LOUCKX, Y. JORENS et Y. STEVENS, *Handboek socialezekerheidsrecht*, op. cit., n° 1646 et 1647, p. 488.

<sup>55</sup> J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, op. cit., n° 658, p. 681 et 682.

<sup>56</sup> T. OPGENHAFFEN, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *Praktijkboek sociale zekerheid 2022. Voor de onderneming en de sociale adviseur* (dir. J. Put, V. Verdeyen et Y. Stevens), Malines, Kluwer, 2022, n° 1942, p. 963.

<sup>57</sup> P. PETRE, « La condition d'incapacité de travail en allocation de remplacement de revenus », op. cit., p. 200.

Rétrospectivement, il est intéressant de constater que la balise particulièrement abstraite retenue avait fait l'objet de critiques convergentes et assez vives chez certains des juristes comme des médecins qui s'étaient penchés sur la loi dans la foulée de son adoption.

Dans son étude fondatrice, Jos Huys avait ainsi manifesté une déception certaine au vu de l'écart entre la philosophie générale de l'ARR et son opérationnalisation pratique, plus précisément entre l'abandon par le législateur de l'idée d'une évaluation purement psycho-physique de l'incapacité et l'adoption d'un instrument de mesure de l'incapacité à son estime fort peu praticable. Déjà notoirement compliquée en assurance indemnités, la comparaison par un médecin entre la capacité de gain résiduaire du demandeur et celle d'un travailleur de référence l'est encore bien plus, soulignait J. Huys, s'agissant de personnes handicapées qui, bien souvent, n'ont pas d'antécédents professionnels, et qu'il faut ensuite mettre au regard du standard fictif d'une personne valide (« laquelle ? âgée de vingt ou de cinquante ans ? homme ou femme ? ») exerçant une profession (« laquelle ? celle de femme de ménage ou de professeur d'université ? ») sur le marché général du travail (« lequel ? celui de la région ou également un autre ? »). Et l'auteur de conclure, un peu dépité, que le changement de réglementation se résumait, s'agissant de l'ARR, à « un coup pour rien », relevant encore que le changement d'optique annoncé risquait d'autant plus de demeurer théorique que, en pratique, la mesure de la dévalorisation économique à effectuer désormais était confiée aux médecins du ministère, qui appliquent depuis toujours une évaluation barémique, c'est-à-dire attribuent des pourcentages prédéterminés aux lésions<sup>58</sup>.

Dans la même veine, la docteure Renée Portray, fondatrice de l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux, et qui a été membre du Conseil supérieur national des personnes handicapées, avait elle aussi manifesté sa perplexité : « ce qui me paraît (...) difficile à comprendre et à expliquer, c'est la façon dont on peut évaluer le tiers de la capacité de gain. Pour quelle profession ? Pour quel travail ? Pour quel salaire ? (...) Comment l'évaluer ? A mon sens, ceci ne correspond à rien de précis »<sup>59</sup>.

Dans le même sens encore, Michel Dumont se demandait, plus de cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi, « comment le médecin va évaluer le handicap et s'il ne va pas en fait se fonder sur un barème tel que le BOBI »<sup>60</sup>.

Par ailleurs, il faut signaler aussi que n'a jamais été mise en œuvre la possibilité pour la personne handicapée de demander que l'évaluation soit réalisée par une équipe

---

<sup>58</sup> J. HUYS, « Wanneer komen de gehandicaptten ons tegemoet ? », *op. cit.*, p. 288 à 290.

<sup>59</sup> R. PORTRAY, « Évaluation du handicap », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, n° 3-4, « Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés », 1990, p. 148. Voir aussi les constats de terrain relayés par deux membres de l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux : C. CARDYN et E. BUYSSE, « Problèmes pratiques concernant les allocations aux personnes handicapées », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, n° 3-4, « Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés », 1990, p. 166-167.

<sup>60</sup> M. DUMONT, « Les allocations aux handicapés : l'aspect médical », *op. cit.*, p. 835, note infrapaginale n° 3.

pluridisciplinaire. Initialement inscrite dans l'arrêté d'exécution de 1987<sup>61</sup>, cette faculté, dont l'opérationnalisation nécessitait une intervention complémentaire du Roi<sup>62</sup>, avait suscité beaucoup d'espoirs auprès des observateurs de l'époque. Ceux-ci avaient été nombreux à y voir un élément déterminant en vue de rendre effective la rupture avec le paradigme médical étroit qui animait la législation antérieure<sup>63</sup>. Le regard complémentaire d'un assistant social, d'un infirmier, d'un ergologue ou d'un psychologue, par exemple, était en effet perçu comme une condition indispensable pour que, réellement, l'évaluation ne se base plus seulement sur les carences fonctionnelles considérées isolément mais prenne aussi et surtout la pleine mesure de leurs répercussions concrètes dans la vie économique et sociale de la personne handicapée. La mise en place des équipes pluridisciplinaires n'a toutefois pas été activée, essentiellement pour des raisons d'ordre budgétaire semble-t-il<sup>64</sup>, avant de sombrer dans l'oubli.

Lors de l'adoption de l'arrêté royal de 2003 qui a recodifié la procédure d'octroi et été substitué aux dispositions y relatives des textes antérieurs (*supra*, A, 2), il a été prévu que la diminution de capacité de gain ou d'autonomie est constatée « par un médecin désigné ou par un team [sic] multidisciplinaire »<sup>65</sup>, sans autre précision. A lire le texte, on pourrait croire que les équipes plurielles annoncées en 1987 ont été mises sur pied... mais il n'en est rien, faute de mesures concrètes en ce sens du ministre des Affaires sociales, chargé de l'exécution de l'arrêté. Partant, c'est aujourd'hui encore un médecin seul, de l'administration ou désigné par celle-ci, qui procède à l'évaluation du dommage. Anticipant le *statu quo* à venir au vu des premiers signaux politiques qui avaient suivi l'adoption de la loi, Jos Huys, décidément assez critique

---

<sup>61</sup> Arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, art. 16, al. 2, abrogé en 2003. Voir la note n° 65.

<sup>62</sup> Arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, art. 41. Pour cette raison, la cour du travail de Gand avait dû, en 1990, réformer un jugement du tribunal du travail de Courtrai rendu un an plus tôt dans lequel ce tribunal avait désigné un collègue d'experts pluridisciplinaire, composé d'un psychiatre, d'une psychologue et d'une infirmière sociale, pour procéder à une évaluation de la perte d'autonomie - en matière d'allocation d'intégration, donc : voir les décisions non publiées évoquées par G. WEGGE, « La jurisprudence néerlandophone concernant l'application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés et les arrêtés d'exécution », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 34, n° 1-2-3, 1992, p. 22 et 23. Et l'auteur, mais qui était fonctionnaire au sein de l'administration, de ponctuer son compte rendu par cette affirmation : « L'expérience des procédures comparables pour l'aide d'une tierce personne montre qu'une expertise multidisciplinaire n'est pas vraiment nécessaire pour obtenir une bonne évaluation médicale ».

<sup>63</sup> L. MAROY, « Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten », *op. cit.*, n° 14, p. 173, n° 19, p. 174 et n° 22, p. 175 (l'auteur y voyait même « l'innovation la plus importante » de toutes) ; B. VAN BUGGENHOUT, « De hervorming van de tegemoetkomingen », *op. cit.*, p. 15 ; J. HUYS, « Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet ? », *op. cit.*, p. 291 ; W. VAN EECKHOUTTE, « De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten », *op. cit.*, p. 283. Adde C. CARDYN et E. BUYSSE, « Problèmes pratiques concernant les allocations aux personnes handicapées », *op. cit.*, p. 167. Voir toutefois l'avis plus réservé de R. PORTRAY, « Évaluation du handicap », *op. cit.*, p. 151, qui soulignait le coût d'un tel changement et le surcroît de lenteur qu'il était susceptible d'induire dans le traitement des dossiers.

<sup>64</sup> Voir la réponse à une question parlementaire de 1990 citée par W. VAN EECKHOUTTE, « De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten », *op. cit.*, p. 283.

<sup>65</sup> Arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des [sic] allocations aux personnes handicapées, art. 10, §2, al. 1<sup>er</sup>.



sur les écarts entre les ambitions de la réforme, qu'il partageait à tous points de vue, et les moyens mis en œuvre pour lui donner corps, avait dit redouter « à nouveau un coup d'épée dans l'eau »<sup>66</sup>. Puisque le vieux modèle médical doit être remis sur le métier, il paraît logique de se demander, a-t-il été souligné, pourquoi le handicap demeure encore et toujours évalué uniquement par des médecins<sup>67</sup>.

### 3. L'évaluation de la réduction de capacité de gain, une boîte noire

A l'époque, un espoir résidait toutefois dans l'habilitation qui avait été faite au Roi de préciser par arrêté les critères d'évaluation de la capacité de gain<sup>68</sup>. L'exposé des motifs indiquait que l'évaluation de l'incapacité allait être « adaptée aux nouvelles conceptions en la matière » et élaborée avec le concours de spécialistes<sup>69</sup>. Cette habilitation n'a toutefois jamais été activée, avant d'être finalement abrogée, dans l'indifférence et sans véritable explication<sup>70</sup>, lors du toilettage du texte par loi-programme en 2002 (*supra*, A, 2).

Il semble pourtant que des travaux avaient bien été entamés, à l'occasion d'une première évaluation de la loi, au début des années 1990. Un indice en ce sens est la modification de la loi opérée en 1992, par le biais d'une loi portant des dispositions diverses, qui prévoyait que l'on ne fasse à l'avenir plus référence ni à la notion de personne valide, ni à celle de marché général du travail pour mesurer la capacité de gain. Dans les travaux préparatoires de la modification, concomitante au cinquième anniversaire de la loi, on lit notamment ceci : « Les contacts que [la ministre de l'Intégration sociale, Laurette Onkelinx, a] eus avec les médecins chargés de l'évaluation confirment les difficultés que ceux-ci éprouvent pour interpréter des critères trop vagues ». La ministre avait ensuite fait référence à des réflexions en cours, présentées comme sur le point d'aboutir, qui investiguaient la possibilité d'opter pour un système de points, comme dans le cadre de l'allocation d'intégration, plutôt que pour une bipartition entre aptes et inaptes autour d'un seuil fixe. Elle avait aussi indiqué que l'intention était de tenir compte, dans l'évaluation du handicap, des critères utilisés par l'Organisation mondiale de la santé<sup>71</sup>. La disposition révisée, qui devait être mise en œuvre par un arrêté d'exécution la précisant, n'est toutefois jamais entrée en vigueur, faute d'arrêté, de sorte qu'on en

---

<sup>66</sup> J. HUYS, « Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet ? », *op. cit.*, p. 292.

<sup>67</sup> G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.*, p. 622. Et l'auteur de poursuivre : « Een handicap, ontstaan in de interactie tussen beperkingen en een materieel en immaterieel onaangepaste omgeving, kan minstens evengoed worden vastgesteld door maatschappelijke assistenten of ergotherapeuten ».

<sup>68</sup> Loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, art. 9 originaire, abrogé en 2002.

<sup>69</sup> Projet de loi relatif aux allocations aux handicapés, exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 1985-1986, n° 448/1, p. 7.

<sup>70</sup> Projet de loi-programme (I), exposé des motifs, *Doc. parl.*, Chambre, 2002-2003, n° 50 2124/001, p. 95.

<sup>71</sup> Projet de loi portant des dispositions sociales et diverses, rapport, *Doc. parl.*, Sénat, 1992-1993, n° 526/2, p. 30 et 32. Bea Van Buggenhout, qui avait continué à suivre de près l'évolution de la législation dont elle était la mère, relate aussi, à propos de cette modification, que « het was de bedoeling (...) om zowel het criterium als de wijze van evalueren aan te passen aan de hand van de resultaten van een onderzoek dat aan enkele deskundigen werd opgedragen » : B. VAN BUGGENHOUT, « Wetgeving i.v.m. gehandicapten », *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1990-1996* (dir. D. Simoens et J. Put), Bruges, die Keure, 1996, p. 928.

est finalement revenus au texte originaire – et à son flou. Il ne semble pas y avoir de trace du contenu des travaux qui avaient été menés au début des années 1990, pourtant présentés comme avancés.

Parallèlement, trois décennies de jurisprudence n’ont guère apporté de lumière, ou fort peu, sur le point qui nous occupe. Nous n’avons ainsi pas connaissance du moindre arrêt de la Cour de cassation par lequel celle-ci en serait venue à indiquer quelque orientation générale, peut-être faute de pourvoi lui ayant donné l’occasion de le faire. Au vu des jugements et arrêts des juridictions de fond dont il est rendu compte en doctrine, le travailleur valide exerçant une profession sur le marché général de l’emploi au regard duquel la dépréciation de la capacité professionnelle doit être jaugée, demeure décidément un personnage bien évanescent. Ainsi, des nombreuses décisions (francophones) épinglées dans leur ouvrage de référence par les magistrats du travail Michel Dumont et Nicole Malmendier<sup>72</sup>, aucun enseignement très net ne se dégage, sinon, et après le constat que « les difficultés d’appréciation (...) sont patentées »<sup>73</sup>, un appel de principe fort général à évaluer la perte de capacité de gain « avec bon sens »<sup>74</sup>.

Les quelques chroniques de jurisprudence antérieures, qui mentionnent de la jurisprudence inédite, ainsi que les jugements et arrêts publiés permettent d’aller un peu plus loin, et de clarifier l’un ou l’autre point. Au premier titre, on dispose principalement des survols relatifs à la matière des allocations aux personnes handicapées proposés par Gianni Loosveldt dans les *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid* publiés tous les cinq ans<sup>75</sup>. On dispose également d’un aperçu de la production prétorienne (francophone) des années 1990<sup>76</sup>. On ne trouve par contre rien sur la question qui nous intéresse dans une chronique concomitante réalisée du côté néerlandophone<sup>77</sup>, pas davantage que dans un nouveau survol réalisé, deux décennies plus tard, au début des années 2020<sup>78</sup>. Les seuls autres dépouillements de jurisprudence disponibles remontent au début des années 1990. Ils avaient été réalisés au sein de l’administration elle-même et ne font écho à aucune décision

---

<sup>72</sup> M. DUMONT et N. MALMENDIER, avec la collaboration de G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, *op. cit.*, p. 71 à 82.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 77.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 78.

<sup>75</sup> G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan gehandicapten : wetgeving en rechtspraak », *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1996-2001* (dir. D. Simoens et J. Put), Bruges, die Keure, 2001, p. 1088 et 1089 ; *ID.*, « Personen met een handicap : federale en Vlaamse tegemoetkomingen. Wetgeving en rechtspraak », *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2001-2006* (dir. J. Put, D. Simoens et E. Ankaert), Bruges, die Keure, 2006, p. 542 (néant, pour cette période-là, sur le point qui nous intéresse) ; *ID.*, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, n° spécial « Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011 » (dir. J. Put et V. Verdeyen), 2011, p. 708 ; *ID.*, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.*, p. 624 et 625.

<sup>76</sup> M. DUMONT, « Chronique de jurisprudence : les allocations aux handicapés. Évolution de la jurisprudence des dernières années et modifications récentes de la loi ainsi que des arrêts d’exécution », *Chron. D.S.*, 2001, p. 288.

<sup>77</sup> J. MAES, « Recente rechtspraak betreffende gehandicapten », *R.W.*, 2000-2001, p. 713-719.

<sup>78</sup> J. BARTHOLOME, « Quelques points d’attention relatifs à la réglementation des allocations aux personnes handicapées », *op. cit.*

relative à la notion et à l'évaluation du handicap<sup>79</sup>. Quant à la jurisprudence consultable, les décisions en matière d'allocation de remplacement de revenus publiées dans les revues – soit celles qui ont en principe été sélectionnées pour leur intérêt – portent souvent sur le mode de comptabilisation des ressources propres, notamment l'année de référence, la prise en compte des capitaux résultant de l'obtention de dommages et intérêts et le système des abattements. Mais nous avons tout de même pu identifier une poignée de jugements et arrêts relatifs spécifiquement à la problématique de la capacité de gain<sup>80</sup>. La base de données (francophone) Terra Laboris contient, relativement à cette même problématique, dix décisions<sup>81</sup>. L'intranet de la DG Personnes handicapées, accessible au personnel en charge des évaluations, en met en exergue trois<sup>82</sup>. Juportal, la base de données du pouvoir judiciaire, ne renseigne aucune décision pertinente pour nous<sup>83</sup>.

Enfin, du stock de 259 documents non classés reçus de l'administration, nous avons pu extraire 147 décisions de justice, toutes rendues en 2021, touchant directement à l'évaluation de la capacité de gain<sup>84</sup>. Ce nombre ne comprend pas les cas, nombreux,

---

<sup>79</sup> G. WEGGE, « La jurisprudence néerlandophone concernant l'application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés et les arrêtés d'exécution », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 34, n° 1-2-3, 1992, p. 3-33 et J. RAIHER, « Aperçu de la jurisprudence francophone de [sic] la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 36, n° 2, 1994, p. 537-581 (on y lit, p. 579 : « Les recours médicaux n'ont pas retenu mon attention ; ils présentent peu d'intérêt d'un point de vue juridique »).

<sup>80</sup> La recherche a été faite au départ du moteur Jura, qui renseigne un peu plus de 120 décisions judiciaires publiées en matière d'ARR, réparties entre 1990 et 2022. Les décisions pertinentes pour nous sont : C. trav. Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 23 février 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, note D. PLAS ; C. trav. Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 25 mars 1998, *Chron. D.S.*, 2003, p. 288 ; C. trav. Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39 ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 3 décembre 2012, *Chron. D.S.*, 2014, p. 481 (sommaire) ; trib. trav. Gand, section Courtrai (5<sup>ème</sup> ch.), 3 juin 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260.

<sup>81</sup> [www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2440](http://www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2440) (noté, ci-après, « Terra Laboris » pour marquer la provenance) : trib. trav. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 26 novembre 2008, S.F. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 5370/06 ; C. trav. Liège, section Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, D.J. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 36.489/2009 ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 5 mai 2014, C.N. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2013/AB/566 ; trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 18 décembre 2015, X. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 14/2087/A ; trib. trav. fr. Bruxelles (9<sup>ème</sup> ch.), 11 février 2016, X. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 11/15709/A ; trib. trav. Hainaut, division Charleroi (8<sup>ème</sup> ch.), 27 juin 2017, M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 13/4509/A ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 11 juillet 2017, M.W. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2017/AB/352 ; trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 28 mars 2018, V.D. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 17/6903/A ; trib. trav. Hainaut, division La Louvière (8<sup>ème</sup> ch.), 18 mai 2018, L. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 13/3558/A ; trib. trav. Liège, division Namur (5<sup>ème</sup> ch.), 4 juin 2018, B.C. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/1238/A.

<sup>82</sup> <http://wikihand.wikidot.com/fr:textes-juridiques> (noté, ci-après, « Wiki Hand » pour marquer la provenance) : C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 8 janvier 2018, S.J. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2016/AB/1021 ; trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 30 mai 2018, F.A. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/9520/A ; trib. trav. Liège, division Namur (5<sup>ème</sup> ch.), 4 juin 2018, B.C. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/1238/A.

<sup>83</sup> <https://juportal.be>.

<sup>84</sup> Le matériau brut reçu comprenait également des courriers d'avocat, des décisions portant exclusivement sur l'évaluation de la perte d'autonomie en matière d'allocation d'intégration, quelques jugements relatifs aux critères de nationalité au départ desquels est délimité le champ d'application personnel des allocations aux personnes handicapées, d'autres relatifs à la détermination de la catégorie familiale sur la base de laquelle est fixé le montant des allocations, d'autres encore constatant que la demande est devenue sans objet ou actant que le demandeur souhaite se désister,

dans lesquels la juridiction se limite à désigner un expert judiciaire, d'une part, ou à avaliser un calcul du montant de l'allocation proposé par l'administration, consécutivement à l'entérinement d'un rapport d'expertise favorable au demandeur, d'autre part. En guise de point de repère, 2005 jugements et 118 arrêts ont été rendus au cours de cette même année à la suite de l'introduction d'un recours contre une décision de la DG Personnes handicapées, toutes matières confondues – donc ARR et AI, mais aussi carte de stationnement et avantages sociaux et fiscaux divers<sup>85</sup>. Le *corpus* dépouillé comprend très majoritairement des jugements de première instance, mais il compte également 6 arrêts rendus en appel. Géographiquement, les décisions sélectionnées émanent de tous les sièges du pays, à l'exception de ceux du Brabant wallon et d'Eupen. Si toutes les divisions de chaque arrondissement ne sont pas systématiquement représentées, l'échantillon paraît tout de même suffisamment diversifié en termes de provenance et de rôle linguistique. Dans la majorité des cas, la décision n'est porteuse d'aucun enseignement de fond, dans la mesure où elle se limite à entériner de façon laconique un rapport d'expertise préalablement sollicité par la juridiction pour se faire éclairer, sans que rien ne soit dit ni du contexte ni du contenu du rapport, de sorte que rien ne peut en être inféré. Les décisions instructives sont celles dans lesquelles des extraits du rapport d'expertise sont reproduits, avant d'être suivis par une discussion. Au sein de notre échantillon, ces décisions sont au nombre de 44 – et massivement en provenance du tribunal du travail d'Anvers, dont les jugements sont plus circonstanciés que les autres.

Il est encore à noter que, de manière générale, les juridictions du travail donnent raison à l'assuré social dans approximativement un litige sur deux contre la DG Personnes handicapées<sup>86</sup>. Dans les 2005 jugements rendus en 2021, tous motifs confondus, 1004 recours ont ainsi été déclarés fondés et ont débouché sur une condamnation de la DG<sup>87</sup>, donc dans un tout petit peu de plus de 50% des cas. C'est là un taux de « réussite » qui, sous réserve de plus amples investigations comparatives, apparaît *a priori* particulièrement élevé dans le paysage de la sécurité sociale.

Au départ de l'ensemble de ce matériau prétorien, l'on voit quelques questions limitées resurgir régulièrement. De façon frappante, elles tendent à être tranchées plutôt dans le même sens.

La question la plus récurrente dans notre échantillon est celle de savoir si la possibilité de gagner sa vie par son travail, et donc la présence d'une capacité de gain suffisante, est attestée par l'exercice, qu'il soit passé ou présent, d'une activité professionnelle déterminée, généralement à temps partiel ou dans le cadre d'un emploi aménagé. De façon constante, la jurisprudence compilée considère que ce peut éventuellement être un indice, mais en aucun cas un élément de nature à

---

ainsi que des jugements en double. Les décisions de justice reçues directement de l'administration sont notées ci-après « DG Han » pour marquer la provenance.

<sup>85</sup> Information communiquée par M. Luc Blomme, responsable de la gestion des statistiques au sein de la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, par un email du 1<sup>er</sup> décembre 2022.

<sup>86</sup> F. FALEZ, « Une approche nouvelle des situations de handicap et de leurs implications en évaluation pour l'expert médical », *Chron. D.S.*, 2019, p. 105, au départ des données de l'année 2016.

<sup>87</sup> Information communiquée par M. Luc Blomme, par un email du 1<sup>er</sup> décembre 2022.

fonder, à lui seul, un rejet de la demande<sup>88</sup>. Il faut en effet avoir à l'esprit, est-il souligné, que même si la personne en situation de handicap travaille, il n'empêche que ses chances sur le marché du travail sont susceptibles d'être fortement altérées. A la différence de ce que prévoit la réglementation de l'assurance indemnités des travailleurs salariés, la définition de l'incapacité propre à l'ARR ne comprend du reste pas d'exigence de cessation de l'activité. Par ailleurs, l'impact de la présence d'un revenu professionnel, réduit ou plus significatif, est réglé par les dispositions sur la prise en compte des ressources – soit le principe général du non-cumul et le système dérogatoire des abattements. Par conséquent, la présence d'un revenu ne doit pas interférer dans l'évaluation de l'incapacité. G. Loosveldt appuie cette solution : « Uit de Wet '87 ondubbelzinnig volgt dat het uitoefenen van een professionele activiteit nooit kan volstaan om een aanvraag om een IVT te verwerpen »<sup>89</sup>.

Qu'en est-il quand, inversement, l'intéressé n'a jamais travaillé ? Cela suffit-il à établir une absence de capacité de gain ? C'est un indice sérieux en ce sens, mais qui, à nouveau, ne suffit pas à lui seul, pour les mêmes raisons. En soi, il est donc envisageable que le demandeur ne travaille pas mais soit malgré tout inéligible à l'ARR<sup>90</sup>. Avant de statuer en ce sens, il faut toutefois faire l'exercice de se représenter tous les efforts et les aptitudes qu'implique l'exercice d'un travail productif<sup>91</sup>. Il ne suffit donc par exemple pas de constater qu'une personne contribue à l'entretien du ménage du lieu où elle habite pour en inférer qu'elle pourrait être technicienne de surface : pour exercer une profession, et avant cela rechercher efficacement de l'emploi, il faut être en mesure d'effectuer des démarches, de se déplacer, d'avoir certaines aptitudes organisationnelles, de savoir interagir avec des collègues et une clientèle, d'avoir un certain « rendement », etc<sup>92</sup>. De même, le médecin ne peut pas admettre des problèmes de surdité significatifs, entraînant la nécessité de porter un appareil auditif des deux côtés, appareils qui ne permettent toutefois d'interagir qu'en face-à-face et non en groupe, et entravant significativement la capacité à

---

<sup>88</sup> C. trav. Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 25 mars 1998, *Chron. D.S.*, 2003, p. 288 ; trib. trav. Gand, 22 septembre 2009, R.G. n° 00/177239/A, inédit, cité par G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2006-2011), p. 708 ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 3 décembre 2012, *Chron. D.S.*, 2014, p. 481 (sommaire) ; trib. trav. Gand, section Courtrai (5<sup>ème</sup> ch.), 3 juin 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260 ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 11 juillet 2017, M.W. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2017/AB/352, Terra Laboris ; trib. trav. Hainaut, division La Louvière (8<sup>ème</sup> ch.), 18 mai 2018, L. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 13/3558/A, Terra Laboris ; trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 30 mai 2018, F.A. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/9520/A, Wiki Hand ; trib. trav. Liège, division Namur (5<sup>ème</sup> ch.), 4 juin 2018, B.C. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/1238/A, Wiki Hand ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 17 février 2021, N.Q. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/1464/A, DG Han (dans cette affaire, le tribunal relève que le médecin-inspecteur de la DG Personnes handicapées avait dans un premier temps procédé à une évaluation négative, motivée par la considération « werkt meer dan 1/3 », mais sans lui-même se prononcer sur cette justification, en raison d'une nouvelle décision prise ultérieurement par l'administration).

<sup>89</sup> G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2011-2016), p. 624.

<sup>90</sup> Trib. trav. Charleroi (8<sup>ème</sup> ch.), 10 mai 2011, R.G. n° 08/5249/A, inédit, cité par G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2011-2016), p. 624 ; nous n'avons pas pu consulter nous-même ce jugement.

<sup>91</sup> C. trav. Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39.

<sup>92</sup> C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 8 janvier 2018, S.J. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2016/AB/1021, Wiki Hand.

apprendre le néerlandais, tout en considérant que l'obstacle rencontré est « culturel » et « socialo-familial », de sorte que la personne, malgré ses facultés réduites, devrait pouvoir travailler dans le ménage, le jardinage, la cuisine ou l'accueil d'enfants : en raison de la difficulté à interagir efficacement ainsi que de l'absence de formation, l'aptitude concrète de la personne à décrocher un travail est infime<sup>93</sup>. Dans la même ligne toujours, il n'est pas cohérent d'admettre la présence de problèmes psychiatriques très lourds, de nature à rendre « difficile et même pratiquement impossible » l'obtention d'un emploi seul, avant d'estimer que l'intéressé doit recevoir une « nouvelle chance » et qu'une mise au travail devrait malgré tout être possible moyennant un encadrement individualisé<sup>94</sup>. Le médecin de l'administration ne peut donc pas se contenter de considérer qu'un travail lui paraît possible *in abstracto*. Il doit se demander si l'exercice d'une activité lucrative est réellement possible et réaliste pour la personne.

Si l'on cherche à théoriser ceci, ce n'est donc pas l'exercice ou non d'un travail à un moment donné qui est en soi déterminant pour ouvrir l'éligibilité, mais la présence – ou l'absence – d'une faculté générale de gagner sa vie par une activité professionnelle. Partant, il y a lieu de s'accrocher à la démarche consistant à chercher à déterminer, souvent de façon contre-factuelle, si l'intéressé, au vu de ses handicaps, est à même d'exercer effectivement une activité professionnelle ne requérant pas de qualification déterminée ni d'aménagement particulier<sup>95</sup>. C'est un critère plus décontextualisé, et donc plus sévère, que celui retenu par l'assurance indemnités<sup>96</sup>. Mais les juridictions du travail semblent tout de même appeler à ne pas apprécier cette capacité de façon totalement désincarnée, en annulant les refus d'ARR dans le chef de personnes dont il apparaît, au vu de leur état de santé et de leur situation de vie, que l'accès au marché de l'emploi est ou est devenu pour elles illusoire<sup>97</sup> – ce qui,

---

<sup>93</sup> Trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 2 juin 2021, H.Z. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1898/A, DG Han.

<sup>94</sup> Trib. trav. Gand, division Alost (5<sup>ème</sup> ch.), 13 juillet 2021, G.D.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/895/A, DG Han, ici au sujet d'un rapport d'expertise judiciaire.

<sup>95</sup> C. trav. Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39, en particulier la note infrapaginale n° 5.

<sup>96</sup> C. trav. Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 23 février 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, note D. PLAS ; trib. trav. fr. Bruxelles (9<sup>ème</sup> ch.), 11 février 2016, X. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 11/15709/A, Terra Laboris, où une reconnaissance antérieure d'incapacité de gain au sens de l'ARR « sert la cause » de l'assuré social sollicitant une admission à l'assurance indemnités, par le biais d'un raisonnement *a fortiori* (« Si madame est reconnue incapable de travailler par rapport à toutes les professions du marché de l'emploi, elle est forcément incapable de travailler par rapport au groupe plus restreint que constitue l'ensemble des métiers accessibles en raison de sa formation ou de son expérience professionnelle »).

<sup>97</sup> Trib. trav. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 26 novembre 2008, S.F. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 5370/06, Terra Laboris ; trib. trav. Hainaut, division Charleroi (8<sup>ème</sup> ch.), 27 juin 2017, M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 13/4509/A, Terra Laboris. Dans le premier arrêt de cour à avoir été publié en matière d'évaluation de la capacité de gain, la cour du travail d'Anvers avait confirmé un jugement défavorable au demandeur, après avoir accentué la différence entre les standards de référence mobilisés dans les secteurs du handicap et des indemnités, mais non sans souligner que « dat wil evenwel niet zeggen dat (...) een gehandicapte zou mogen gerefereerd worden naar een of ander beroep dat in zijn situatie niet passend zou moeten voorkomen. Het moet gaan om een beroep dat, rekening gehouden met de handicap en de economische werkelelijkheid, open zou kunnen staan voor de gehandicapte » : C. trav. Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 23 février 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, note D. PLAS. A l'appui de cette ligne, M. DUMONT, « Chronique de jurisprudence : les allocations aux handicapés. Évolution de la jurisprudence des dernières années et modifications récentes de la loi ainsi que des arrêts d'exécution », *op. cit.*, p. 288.

soit dit en passant, rend plus ténue la frontière entre les deux versants, assistanciel et assuranciel, de la protection sociale contre le risque d'incapacité. Est-ce que, pour la personne, et compte tenu de ses caractéristiques propres, un accès au marché de l'emploi paraît crédible ? Négativement, il faut être, pourrait-on dire, non pas totalement mais dans une large mesure empêché d'accomplir un travail rémunérateur, et cela au vu de sa position médico-économique.

Par ailleurs, les juges ont parfois été amenés à souligner que l'administration n'est pas fondée à refuser les allocations au motif que l'intéressé risquerait de « s'installer dans la dépendance ». Un refus préventif basé sur cette considération morale ajoute au texte légal une exigence que celui-ci ne contient pas. A titre d'exemple, le tribunal du travail de Gand a ainsi été amené à écarter un rapport dans lequel l'expert avait déclaré que « een erkenning als arbeidsongeschikte persoon zeker niet de beste oplossing zou zijn » et signifierait « een veroordeling (...) tot een levenslange afhankelijkheid van een uitkering », avant de constater, sous l'angle médico-économique, qui est celui de la réglementation, une absence de capacité de gain significative<sup>98</sup>. Dans un cas isolé toutefois, mais en appel, une juridiction semble avoir statué en sens un peu contraire. La cour du travail d'Anvers a en effet confirmé un jugement qui avait entériné un rapport d'expertise négatif pour le demandeur, étant entendu que ce rapport imputait les problèmes de santé rapportés à un « mode de vie passif » et au non-suivi des conseils formulés par les médecins traitants de faire davantage d'activité physique<sup>99</sup>. Ce rapport, au vu à tout le moins de ce qui en est dit, était pourtant juridiquement fragile, dans la mesure où il établissait par ailleurs que l'assuré social était en mauvaise condition physique, souffrant notamment de maux de dos et d'épaule significatifs. A tout le moins la discussion a-t-elle été (trop) peu située sur le terrain de la présence ou non d'une capacité de gain.

Par identité de motif, l'ARR ne peut pas être refusée à quelqu'un qui poursuit ou envisage de poursuivre des études ou une formation, sur la base de l'argument que ces études ou cette formation vont lui ouvrir des perspectives professionnelles<sup>100</sup>. Ce qui importe, à nouveau, est la présence ou non d'une capacité de gain suffisante au moment de la demande d'allocation, pas la capacité telle qu'elle sera peut-être relevée au terme du parcours éducatif en cours ou projeté.

Enfin, une question de nature procédurale, plus périphérique pour nous mais néanmoins d'une grande importance pratique, affleure encore dans certains jugements : un octroi de l'ARR limité dans le temps est-il possible ? L'administration semble considérer que la durée de validité de la décision médicale peut toujours être bornée *ex ante* dans le temps, de sorte qu'il arrive que l'allocation soit accordée pour une durée circonscrite dès le départ. L'arrêt royal de 2003 qui encadre la procédure d'octroi des allocations aux personnes handicapées n'offre pourtant pas de base juridique très nette pour fonder cette pratique. Certes, il est bien sûr toujours possible

---

<sup>98</sup> Trib. trav. Gand, section Courtrai (5<sup>ème</sup> ch.), 3 juin 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260.

<sup>99</sup> C. trav. Anvers, section Anvers (6<sup>ème</sup> ch.), 9 novembre 2021, G.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2021/AA/61.

<sup>100</sup> C. trav. Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 31 mars 2014, R.G. n° 2014/AL/56, inédit, cité par G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2011-2016), p. 624 ; nous n'avons pas pu consulter nous-même cet arrêt.

de procéder à une révision du droit à l'allocation, notamment lorsque le bénéficiaire ne répond plus à la condition de capacité de gain réduite<sup>101</sup>, mais cela implique qu'un processus de révision soit enclenché par l'administration et qu'un nouvel examen ait lieu. En ce sens, la jurisprudence donne à voir plusieurs cas dans lesquels le tribunal rejette une demande de limitation dans le temps de l'octroi de l'ARR formulée par le médecin de la DG Personnes handicapées, ou suggérée par l'expert judiciaire, en soulignant qu'il appartient à l'administration de procéder à une nouvelle évaluation, le moment venu, si elle dispose d'éléments qui l'amènent à penser que l'allocataire pourrait cesser de satisfaire aux conditions<sup>102</sup>.

Au-delà de ces quelques points de repère, le flou demeure. Pour faire simple, tout se passe comme si la jurisprudence contribuait à baliser la façon dont l'incapacité ne peut *pas* être appréhendée, tandis le mode d'emploi « positif », lui, demeure beaucoup plus fuyant. C'est que, dans les jugements, on ne trouve en général, mis à part ce qui vient d'être dit, pas beaucoup plus, sur le plan juridique, que des entérinements du rapport de l'expert désigné. Peu est généralement relaté du contenu du rapport, sinon que le juge le considère « clair et bien motivé » ou que « les appréciations posées par l'expert apparaissent raisonnables et bien justifiées », pour reprendre les formules canoniques, de sorte que le juge ne voit pas de raison de le remettre en cause. Le rapport est par contre écarté, et ce n'est pas un simple cas d'école, lorsqu'il laisse apparaître que l'expert se méprend sur le concept juridique d'incapacité applicable<sup>103</sup>. Le juge statue alors sur la base de la documentation médicale fournie par les parties lorsque cette documentation lui apparaît suffisamment convergente pour qu'il puisse se prononcer ; ou bien il ordonne une nouvelle expertise. Comme l'a souligné Paul Palsterman en des termes tout à fait généraux, autant, en sécurité sociale, la logique des évaluations est généralement compréhensible des profanes en matière d'aide de tiers ou perte d'autonomie, autant, par contre, « il n'en va pas de même de l'incapacité de travail, où l'évaluation est le

---

<sup>101</sup> Arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des [sic] allocations aux personnes handicapées, art. 23, §1<sup>er</sup>, 6°. Voir aussi le 5° de la même disposition, relatif à l'hypothèse de la révision lorsqu'une décision a été prise « sur la base d'éléments à caractère provisoire ou évolutif ».

<sup>102</sup> Trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 21 avril 2021, Y.W. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/87/A, DG Han ; trib. trav. Hainaut, division Charleroi (8<sup>ème</sup> ch.), 1<sup>er</sup> juin 2021, L.P. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/2090/A, DG Han ; trib. trav. Leuven (5<sup>ème</sup> ch.), 6 juillet 2021, E.B. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 2021/2274, DG Han. Dans un seul cas seulement au sein de notre échantillon, la demande de limitation dans le temps est avalisée par le tribunal, mais sans discussion : trib. trav. Gand, division Oudenaarde (5<sup>ème</sup> ch.), 28 janvier 2021, I.I. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 18/363/A, DG Han.

<sup>103</sup> Trib. trav. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 26 novembre 2008, S.F. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 5370/06, Terra Laboris ; C. trav. Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, J.T.T., 2010, p. 39 ; C. trav. Bruxelles (6<sup>ème</sup> ch.), 3 décembre 2012, *Chron. D.S.*, 2014, p. 481 (sommaire) ; trib. trav. Gand, section Courtrai (5<sup>ème</sup> ch.), 3 juin 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260 ; trib. trav. Hainaut, division La Louvière (8<sup>ème</sup> ch.), 18 mai 2018, L. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 13/3558/A, Terra Laboris ; trib. trav. Liège, division Namur (5<sup>ème</sup> ch.), 4 juin 2018, B.C. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/1238/A, Wiki Hand et Terra Laboris ; trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 16 juin 2021, N.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/2622/A, DG Han ; trib. trav. Gand, section Alost (5<sup>ème</sup> ch.), 13 juillet 2021, G.D.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/895/A, DG Han. Dans un cas, le rapport est écarté, implicitement en tout cas, non pour une raison juridique mais parce que l'expert s'est concentré sur les douleurs physiques et n'a pas pris en considération les problèmes de nature psychiatrique : C. trav. Liège, section Liège (3<sup>ème</sup> ch.), 12 octobre 2009, D.J. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 36.489/2009, Terra Laboris.



plus souvent entièrement sous-traitée aux experts », appelés à se prononcer sur la base de variables qui n'ont jamais été arrêtées par le législateur<sup>104</sup>.

Lorsque le rapport d'expertise est entériné et que des extraits de son contenu sont reproduits, on est souvent surpris par l'écart entre l'appréciation du médecin de la DG Personnes handicapées qui a conduit à la décision négative attaquée en justice et celle du médecin désigné en qualité d'expert judiciaire pour éclairer le tribunal saisi du litige. Les jugements inscrits dans cette veine laissent en effet fréquemment entrevoir que les problèmes médico-économiques éprouvés par la personne dont la demande d'allocation de remplacement de revenus avait été rejetée, sont majeurs<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> P. PALSTERMAN, « Sortir de la boîte noire des expertises. Quelques réflexions sur les évaluations médicales dans le domaine de la sécurité sociale », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2020, n° 1, p. 4.

<sup>105</sup> Parmi d'autres exemples possibles – tous en provenance (de la dixième chambre) du tribunal du travail d'Anvers, pour la raison qui a été indiquée plus haut : trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 6 janvier 2021, O.B. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1779/A, DG Han (quinquagénaire arrivé dix ans plus tôt en Belgique, victime de mauvais traitements pendant son enfance en Ukraine, vit à la rue depuis une rupture familiale, problèmes d'estomac multiples, stress post-traumatique) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 6 janvier 2021, K.K. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1732/A, DG Han (quinquagénaire d'origine irakienne, torturé dans son pays d'origine pendant six mois pour avoir soi-disant fait exploser des voitures avant que les charges soient levées, séquelles considérables) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), Z.A. c/ SPF Sécurité sociale, 6 janvier 2021, R.G. n° 19/319/A, DG Han (douleurs chroniques dans tout le corps, de jour comme de nuit, difficultés de concentration, vertiges fréquents, médication quotidienne contre l'épilepsie, prise d'hormones pour traiter un cancer du sein) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 6 janvier 2021, J.D.S. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/3235/A, DG Han (jeune de 21 ans, parents autistes séparés, parcours scolaire chaotique, comportement d'évitement et de repli, addiction aux jeux) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 13 janvier 2021, M.E.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/3312/A, DG Han (quadragénaire souffrant sans doute de paranoïa schizophrénique, a été gravement négligé durant son enfance et a grandi dans un environnement violent, père de 5 enfants sans reconnaissance de paternité, troubles psychiatriques) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 3 février 2021, Z.A.H. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/2776/A, DG Han (personne d'origine syrienne d'une trentaine d'années en Belgique depuis trois ans, a perdu 2 de ses 5 enfants durant la guerre, processus de deuil très lourd débouchant sur une importante somatisation, opération ratée pour soigner des maux de dos, chaise électrique et béquilles) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 17 février 2021, K.A. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/1/A, DG Han (personne quadragénaire gravement maltraitée par sa mère durant son enfance, père décédé quand elle avait 14 ans, frère assassiné pour raisons politiques, a obtenu l'asile en Belgique après avoir dû fuir, a dû attendre quatre ans avant de pouvoir faire venir ses 4 enfants, maux de dos, vue déficiente, asthme, arthrose dans la nuque et les épaules, stress post-traumatique, troubles du sommeil, angoisse permanente) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 21 avril 2021, T.T. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/1016/A, DG Han (personne d'origine marocaine d'une cinquantaine d'années, arrivée en Belgique au début des années 2000 pour se marier, problèmes orthopédiques divers, tension basse, troubles du sommeil, analphabète, aptitudes communicationnelles réduites) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 2 juin 2021, B.A. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/299/A, DG Han (obésité, hyperglycémie, souffre peut-être de la maladie de Crohn, diarrhées jusqu'à six ou sept fois par jour, attitude dépressive) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 16 juin 2021, Z.M. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/333/A, DG Han (polyarthrite dégénérative, surpoids, âge avancé, connaissance très faible du néerlandais) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 13 juillet 2021, A.D. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 20/333/A, DG Han (victime d'un coup sur la tête au travail puis d'une balle perdue, début de cancer de la prostate, personne traumatisée par la succession de ces événements) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 29 septembre 2021, C.I. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1884/A, DG Han (personne abusée sexuellement par un oncle entre ses 6 et 13 ans au su de ses parents, empêchée par ceux-ci d'aller à l'école, échec de ses deux mariages, victime de

Dans tous ces cas de figure, l'on est conduit à se demander, sans pouvoir trouver de réponse à cette question, quels éléments factuels ou juridiques avaient conduit le médecin de l'administration, ou désigné par celle-ci, à considérer pour sa part que la capacité de gain n'était pas suffisamment altérée. La perplexité est accrue par le constat que, très souvent, l'assuré social sollicite conjointement l'ARR et l'AI et que les entérinements du rapport d'expertise s'accompagnent parfois de « bonds » particulièrement significatifs du nombre de points de perte d'autonomie octroyés sous l'angle de la seconde des deux allocations. L'on voit ainsi des assurés sociaux passer de moins de 7 points, soit le seuil à partir duquel une allocation d'intégration est octroyée, à 12, 13 voire 14 points – sur une échelle qui, on le sait, va de 0 à 18. Pareils sauts interpellent beaucoup au vu des critères fixés par la réglementation : comment des appréciations à ce point divergentes sont-elles possibles dans le chef de deux médecins ?

Bref, hormis peut-être pour celles et ceux qui la pratiquent au quotidien, l'évaluation de la perte de capacité de gain reste une véritable boîte noire. Gianni Loosveldt, qui suit la matière de près depuis plus de deux décennies, note sobrement : « Het is niet eenvoudig om een goede beeld te krijgen van de toepassing van deze norm »<sup>106</sup>. Ce point avait déjà été relevé lors de la consultation de nombreux intervenants de terrain réalisée au début des années 2010, au démarrage des travaux avortés de refonte complète de la législation (*supra*, A, 2) : « Le Barème officiel belge des invalidités (BOBI) est-il toujours implicitement appliqué ? Si tel n'est pas le cas, quel est l'outil utilisé ? La DG [Personnes handicapées] manque singulièrement de transparence en la matière »<sup>107</sup>.

S'agissant des pratiques administratives justement, les indications disponibles demeurent là encore fort rares, tout en laissant quelque peu perplexe. Dans son ouvrage sur l'incapacité, le docteur Matthys indique que la reconnaissance de 9 points au moins de réduction d'autonomie sur le plan de l'allocation d'intégration entraînerait mécaniquement l'établissement d'une capacité de gain réduite des deux tiers au sens des conditions d'octroi de l'allocation de remplacement de revenus<sup>108</sup>. Autrement dit, l'octroi d'une AI de catégorie 2 donnerait automatiquement droit à l'octroi conjoint de l'ARR. On relèvera que cette pratique administrative, si elle se confirmait, ne trouve pas de soutien dans les textes. Au contraire même, elle paraît curieuse au regard de la césure nette décidée en 1987 entre l'objet respectif de, et les conditions d'octroi propres à, chacune des deux allocations. De manière plus étrange

---

violences conjugales, toujours harcelée par son deuxième ex-conjoint et l'un de ses enfants, très isolée, fibromyalgie, arthrose, crises de panique, angoisses compulsives) ; trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 27 octobre 2021, H.W.O. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1383/A, DG Han (réfugié irakien ayant dû fuir son pays, nouveau traumatisme avec le décès en Belgique de l'un de ses enfants dans des circonstances suspectes, dépression, importants troubles psychiatriques).

<sup>106</sup> G. LOOSVELDT, « Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2011-2016), p. 624.

<sup>107</sup> Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, « Synthèse des contributions récoltées dans le cadre de la consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées », *op. cit.*, p. 39. Notre échantillon contient un cas dans lequel il apparaît que le médecin de la DG Personnes handicapées s'était référé au BOBI pour défendre son évaluation face à l'expert judiciaire : trib. trav. Anvers, division Anvers (10<sup>ème</sup> ch.), 2 juin 2021, H.Z. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 19/1898/A, DG Han.

<sup>108</sup> J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap*, *op. cit.*, p. 212.

encore, une publication du SPF Sécurité sociale évoque pour sa part la nécessité que la personne handicapée qui sollicite l'ARR se voie reconnaître simultanément une capacité de gain limitée à un tiers au maximum et 7 points de perte d'autonomie<sup>109</sup>. Disons-le franchement : c'est *contra legem*.

Pour le reste, la direction générale Personnes handicapées dispose d'un volumineux document interne compilant toutes les instructions et recommandations élaborées par l'administration à l'attention de ses agents, afin de veiller à une application théoriquement uniforme de la réglementation. Informellement dénommé « la Bible », le manuel, qui est accessible en ligne sur le site internet de la DG, ne contient pas d'élément utile pour notre propos<sup>110</sup>. En effet, le passage consacré à l'évaluation du handicap se limite à indiquer, pour l'essentiel, que « le médecin prend une décision concernant les répercussions des problèmes de santé sur l'autonomie [pour l'AI] et la capacité d'acquérir des revenus [pour l'ARR] de la personne handicapée, en se basant sur les documents disponibles, et éventuellement l'examen médical de la personne handicapée »<sup>111</sup>. Ce faisant, la « Bible » ne fait que réitérer ce qui est prévu par la réglementation elle-même<sup>112</sup>. Elle n'apporte pas davantage d'éclaircissements en exposant un peu plus loin, en réponse à la question « Que se passe-t-il lors d'une évaluation du handicap ? », ce qui suit : « Le médecin vérifie l'identité de la personne à examiner. Le médecin examine les données médicales disponibles. Il/elle interroge la personne sur sa capacité d'acquérir des revenus et/ou sur son autonomie. Il/elle réalise un examen clinique. L'évaluation se réalise sur base de ces différents éléments. La décision n'est, en principe, pas communiquée lors de la consultation »<sup>113</sup>. Pour le reste, on peut simplement relever que, plutôt que de

---

<sup>109</sup> A. VANROOSE, « La politique fédérale d'aide aux personnes handicapées », *Pauvreté et handicap en Belgique* (collectif), Bruxelles, SPP Intégration sociale-SPF Sécurité sociale, 2019, p. 42.

<sup>110</sup> DG Personnes handicapées, *Manuel des instructions, recommandations et procédures internes ou « La Bible » de la direction générale Personnes handicapées*, Bruxelles, SPF Sécurité sociale, septembre 2021, 164 p., <https://handicap.belgium.be/docs/fr/manuel-professionals.pdf>. Le manuel est par ailleurs aussi hébergé sur l'intranet de l'administration, dans un format « wiki » collaboratif : <http://wikihand.wikidot.com/fr:bible-contenu>. Il indique en introduction consister en « un document à usage interne » et n'avoir « pas d'effet juridique sur la situation des usagers » (p. 2). Cette affirmation doit être nuancée, dans la mesure où, de manière générale, l'administration est tenue de suivre les lignes directrices qu'elle se donne à elle-même, en vertu du principe classique de droit administratif *patere legem quam ipse fecisti* (« subis les conséquences de ta propre loi »). La DG Personnes handicapées ne peut donc pas déroger, dans une décision individuelle, à ses propres règles.

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 126.

<sup>112</sup> Arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des [sic] allocations aux personnes handicapées, art. 10, §2. La possibilité d'une décision uniquement sur pièces, sans examen, était auparavant balisée par un arrêté ministériel assez détaillé, lequel a toutefois été abrogé, sans explications, en 2008 : arrêté ministériel du 15 septembre 2006 déterminant les cas qui peuvent donner lieu à une décision médicale sur pièces dans le cadre de l'allocation de remplacement de revenus et de l'allocation d'intégration, *M.B.*, 29 septembre 2006, abrogé par l'arrêté royal du 16 avril 2008 modifiant l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées et abrogeant l'arrêté ministériel du 15 septembre 2006 déterminant les cas qui peuvent donner lieu à une décision médicale sur pièce dans le cadre de l'allocation de remplacement de revenus et de l'allocation d'intégration et de l'arrêté ministériel du 15 septembre 2006 déterminant les cas qui peuvent donner lieu à une décision médicale sur pièce dans le cadre de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, *M.B.*, 19 mai 2008.

<sup>113</sup> DG Personnes handicapées, *Manuel des instructions, recommandations et procédures internes ou « La Bible » de la direction générale Personnes handicapées*, *op. cit.*, p. 128.

personne valide, le manuel évoque alternativement, comme point de référence, la « personne saine » et la « personne en bonne santé »<sup>114</sup>, mais l'on doute qu'il faille attribuer une portée particulière à cette différence sémantique, qui n'est pas explicitée<sup>115</sup>. Il ne semble pas exister d'autres notes juridiques de l'administration visant à encadrer la prise de décision en matière d'évaluation de la capacité de gain des demandeurs de l'ARR, sinon sur des détails procéduraux.

#### 4. Une circulaire ministérielle qui ne résout rien

Enfin, on ne peut pas vraiment dire que les données du problème aient été clarifiées par la circulaire publiée en 2018 par la secrétaire d'État aux Personnes handicapées du gouvernement Michel, Zuhair Demir<sup>116</sup>. Passée relativement inaperçue, cette circulaire est formellement adressée aux médecins du SPF Sécurité sociale et a pour objet de leur communiquer « des instructions complémentaires » – à ce jour non intégrées dans la « Bible », soit dit en passant – en vue de l'évaluation de la perte de capacité de gain dans le cadre de l'instruction des demandes d'ARR. Sa disposition centrale, insérée au milieu de reproductions d'extraits de la loi et de ses travaux préparatoires, est un point disposant ceci : « indépendamment de l'application de la réglementation mentionnée [plus haut], les médecins évaluateurs doivent s'inspirer, lors de l'évaluation des demandes, des principes de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, en particulier du principe d'inclusion qui privilégie une participation active et effective à la vie politique, économique, sociale et culturelle, sans toutefois porter préjudice à une évaluation individuelle qui tient compte de tous les éléments liés à la situation spécifique de la personne »<sup>117</sup>.

L'instruction laisse perplexe, et l'on serait bien en peine, si l'on était médecin au SPF Sécurité sociale, d'en comprendre la signification précise. Tout d'abord, la formule « indépendamment de l'application de la réglementation » surprend quelque peu, dans la mesure où une simple circulaire ministérielle ne peut pas déroger à une loi et à ses arrêtés d'exécution, dont il est difficile de faire fi. Certes, il est vrai que la réglementation peut, ou plus exactement doit être interprétée à la lumière de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, dans la mesure où celle-ci a été ratifiée par l'État belge. Mais on ne peut pas dire que l'instruction faite aux médecins de « s'inspirer » des principes de la Convention, en particulier du principe d'inclusion, sans autres indications, constitue un guide en ce sens très clair. De surcroît, l'instruction est encore un peu obscurcie par la précision que l'opération doit être menée à bien « sans toutefois porter préjudice à une évaluation individuelle » : on ne voit pas très bien en quoi le principe d'inclusion pourrait s'opposer à une prise en compte des singularités de la personne handicapée, au contraire.

---

<sup>114</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>115</sup> La première des deux formules est sans doute une traduction littérale de la version néerlandaise de la législation, dans laquelle il est question de *gezonde persoon*.

<sup>116</sup> Circulaire du 28 février 2018 de la secrétaire d'État aux Personnes handicapées relative à l'évaluation de la perte de capacité de gain en vue de l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus pour personnes handicapées, *M.B.*, 12 avril 2018.

<sup>117</sup> *Ibid.*, point 4.

Bref, on peut difficilement voir dans l'adoption de pareille circulaire, tout à la fois laconique et brouillonne, une réelle transposition en droit interne de la Convention des Nations Unies, laquelle nécessiterait une refonte bien plus globale et réfléchie de la législation. Mais la philosophie à la base de toute la convention onusienne a-t-elle seulement été comprise par les auteurs de la circulaire ? On peut se poser la question en lisant un peu plus loin dans celle-ci que l'évaluation de la capacité de gain, appelée à être conduite dans la perspective de la Convention, constitue « le volet médical » de l'ARR<sup>118</sup>.

On l'a compris, le travail a été bâclé, et la convention ratifiée il y a déjà plus d'une décennie demeure toujours en attente d'un début de mise en œuvre. Le seul intérêt de la circulaire est de rappeler que l'exercice d'un travail « n'est pas un argument déterminant pour refuser la reconnaissance de la réduction de la capacité de gain à un 1/3 ou moins dans le régime de l'allocation de remplacement de revenus », car « le fait d'avoir du travail n'implique pas nécessairement que la personne ait une capacité de gain de 2/3, ni que ses chances futures sur le marché du travail général ne soient pas limitées »<sup>119</sup>. Il est intéressant de relever que quelques décisions se sont directement appuyées sur ce passage de la circulaire pour annuler des décisions concluant à la présence d'une capacité de gain suffisante en raison de l'exercice d'un travail – généralement limité<sup>120</sup>.

\* \* \*

De tout ce qui précède, on semble pouvoir conclure que, concrètement, une même personne pourra en général plus aisément faire reconnaître une incapacité de travail par le médecin-conseil de sa mutuelle qu'un handicap par le médecin évaluateur de la DG Personnes handicapées. Mais cela présuppose bien sûr, et ce n'est pas une mince différence, que l'assuré social ait pu travailler et cotiser suffisamment par le passé, de manière à s'ouvrir des droits contributifs, et ait antérieurement établi une aptitude à travailler. Sous cette importante réserve, il est comparativement plus facile d'établir qu'au regard d'une personne de la même « condition » que soi, les obstacles de santé éprouvés sont de nature à altérer significativement la possibilité d'acquiescer un revenu suffisant que de démontrer la même difficulté au regard d'une personne moyenne valide qui se trouve sur le marché général de l'emploi.

## Conclusion

En conclusion, on voit à quel point la réglementation des allocations aux personnes handicapées ne cadre guère les pratiques administratives en matière d'évaluation de la capacité de gain des demandeurs de l'allocation de remplacement de revenus. On a beau l'avoir retournée dans tous les sens : elle éclaire particulièrement peu la notion qui est pourtant la plus centrale de toutes sous l'angle de l'éligibilité à l'allocation. Du retour en arrière dans le temps auquel nous avons procédé et de

---

<sup>118</sup> *Ibid.*, point 5.

<sup>119</sup> *Ibid.*, point 10.

<sup>120</sup> Trib. trav. fr. Bruxelles (18<sup>ème</sup> ch.), 30 mai 2018, F.A. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/9520/A, Wiki Hand ; trib. trav. Liège, division Namur (5<sup>ème</sup> ch.), 4 juin 2018, B.C. c/ SPF Sécurité sociale, R.G. n° 16/1238/A, Wiki Hand.

l'analyse des travaux parlementaires à l'origine de la loi de 1987 qui gouverne toujours la matière, il peut être déduit que le législateur a clairement entendu se défaire de la conception de l'incapacité comme déficience fonctionnelle à jauger de façon décontextualisée. Mais au profit de quelle conception alternative exactement, au-delà d'un appel général à se situer dans une perspective médico-économique et concrète, cela nul ne le sait, en particulier en raison de la référence faite par le législateur aux figures désincarnées de la « personne valide », sans âge ni genre ni parcours scolaire, et du « marché général du travail », sans ancrage territorial ni niveau de qualification moyen.

Malgré plus de trois décennies de production prétorienne, la jurisprudence, ou du moins ce que l'on en connaît, n'est pas davantage éclairante, aussi étonnant que cela puisse paraître compte tenu de l'abondance du contentieux. A tout le moins est-il acquis que l'exercice, antérieur ou actuel, d'une activité professionnelle ne suffit pas à lui seul à attester de la présence d'une capacité de gain suffisante, dans la mesure où rien n'empêche que cette dernière demeure fort faible en dépit de l'accomplissement, à un moment déterminé, d'un travail. Au vu de la jurisprudence, il semble toutefois, et c'est interpellant, que les pratiques contraires ne sont pas rares et persistent toujours dans le chef de l'administration, malgré des condamnations répétées. Le problème s'explique peut-être en partie par le fait que si, négativement, l'on sait ce que la capacité de gain n'est pas, ses contours positifs, eux, demeurent en revanche beaucoup plus indéterminés. C'est aussi toute la difficulté de devoir manier un seuil formellement exprimé en pourcentage – le fameux pivot de 66% –, mais dans un système qui est en réalité binaire et entièrement construit autour d'un partage tranché entre « capables » et « pas capables », de sorte que personne ne cherche à calculer un taux précis de déperdition de la capacité de gain. Les demandeurs sont jugés comme ayant ou n'ayant pas une capacité suffisante de gagner leur vie par leur travail... au départ de critères et de variables qui n'ont jamais été arrêtés.

Si l'on ne peut pas dire grand-chose de plus sur le plan pratique, l'on peut constater, plus fondamentalement, que la législation fédérale relative aux allocations aux personnes handicapées repose encore en partie sur le modèle traditionnel dit « médical » du handicap, focalisé sur les déficiences intrinsèques de la personne, par opposition au modèle « social » promu par la Convention des Nations Unies, qui accentue les interactions entre la personne et son environnement, de manière à jauger l'absence d'autonomie en contexte<sup>121</sup>. Dans le champ de la sécurité sociale, le changement de paradigme qu'était censée impulser l'adoption de la Convention onusienne n'a donc pas (encore) eu lieu<sup>122</sup>. Ou plus exactement, soyons de bon compte, ce changement avait été d'une certaine manière anticipé par le législateur de

---

<sup>121</sup> En ce sens, W. VAN NIEUWENHOVE, « Les personnes handicapées et la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 58, n° 2, 2016, p. 293.

<sup>122</sup> Il en va autrement des dispositifs développés par les entités fédérées sur la base de leurs compétences en matière d'aide aux personnes, singulièrement du côté flamand, où la conception onusienne du handicap a beaucoup plus percolé. Pour un tour d'horizon, N. GHYS, F. LOUCKX et D. DUMONT, « Belgium: the quest for equal employment and coherence in the social protection of persons with disabilities », *Federalism and the Rights of Persons with Disabilities. The Implementation of the CRPD in Federal Systems and its Implications* (dir. D. Ferri, F. Palermo et G. Martinico), Oxford, Hart Publishing, coll. « Hart Studies in Comparative Public Law », 2023, à paraître.

1987, assez visionnaire sur le plan des principes – ainsi que notre rétrospective historique a permis de le montrer –, mais sans que le mouvement soit poussé jusqu’à son terme, en particulier par l’adoption d’instruments d’évaluation du handicap à la hauteur desdits principes et par la mise en place d’équipes multidisciplinaires – ainsi que cela est apparu dans notre seconde section. Problématiques dès le départ, que ce soit pour l’appréciation de la réduction de la capacité de gain (ARR), sur laquelle on s’est concentré, ou de la perte d’autonomie (AI), ici laissée de côté, ces instruments n’ont jamais été révisés depuis.

Pourtant ratifiée par la Belgique en 2009, soit il y a bientôt une quinzaine d’années, la Convention n’a joué aucun rôle, à ce jour, dans l’évolution de la réglementation, sinon par le biais de la circulaire ministérielle aussi laconique qu’énigmatique adoptée en 2018. Mais d’évolutions majeures de la réglementation, il n’y a en réalité guère eues depuis son adoption en 1987, sans doute en raison du large désintérêt pour la matière. Il faut excepter les importants travaux législatifs initiés au début des années 2010 sous le secrétariat d’État Courard, toutefois inaboutis et dont peu de traces sont encore accessibles. Bref, il faut bien constater que l’on a affaire à une législation d’un autre siècle, qui était au départ avant-gardiste et porteuse de grands espoirs mais dont le potentiel n’a pas été pleinement déployé, faute d’efforts en vue de concrétiser le basculement vers une appréhension plus économique – s’agissant de l’allocation de remplacement de revenus – et sociale – s’agissant de l’allocation d’intégration – du handicap.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées demeure en outre totalement ignorée de la jurisprudence elle aussi. A tout le moins n’avons-nous pas connaissance du moindre jugement ou arrêt qui, pour trancher un litige en matière d’allocations aux personnes handicapées, ferait référence à la Convention ou, *a fortiori*, aux normes de *soft law* produites par son organe de contrôle, le Comité des droits des personnes handicapées. Dans la même veine encore, et enfin, aucune analyse juridique critique un peu approfondie n’a été produite au cours des trois dernières décennies au sujet de l’ensemble de la législation relative aux allocations aux personnes handicapées. Si l’on recense bien quelques études, fort instructives, réalisées dans une perspective d’évaluation socio-économique<sup>123</sup>, les dernières discussions critiques d’ampleur menées par des juristes remontent à l’adoption de la loi de 1987 qui régit encore la matière<sup>124</sup>, et sont largement tombées dans l’oubli depuis.

---

<sup>123</sup> Voir en particulier B. VERMEULEN et K. HERMANS, « Au carrefour du handicap et de la pauvreté : efficacité des allocations pour personnes handicapées », *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 55, n° 1, 2013, p. 27-55, qui présentent les principaux résultats d’une importante recherche évaluative, dénommée HANDILAB, menée par une équipe de sociologues de la KU Leuven pour le compte du SPP Politique scientifique et du SPF Sécurité sociale au début des années 2010, à la demande du secrétaire d’État aux Personnes handicapées du gouvernement Di Rupo (2011-2014), Philippe Courard (*supra*, A, 2). Voir aussi les études rassemblées dans le recueil *Pauvreté et handicap en Belgique*, *op. cit.*

<sup>124</sup> Voir les études fondatrices de Jos Huys et Luc Maroy, anciens fonctionnaires respectivement au Fonds des accidents du travail – intégré depuis dans l’Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS) – et à l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, citées à la note n° 16.

Dans ce contexte de non-cadrage tant réglementaire que prétorien, dans quelles directions se développent les pratiques effectives des médecins ? Tel est l'objet du chapitre suivant.



## **II. Analyse d'entretiens et d'un échantillon de dossiers problématiques**

Philippe MAIRIAUX

Professeur honoraire de médecine du travail à l'Université de Liège

Département des sciences de la santé publique

et

Jean-Pierre SCHENKELAARS

Consultant et maître de conférences en médecine d'assurance sociale à l'UCLouvain

Faculté de santé publique

### **Introduction : démarche de recherche**

#### **A. Synthèse des entretiens avec les médecins évaluateurs**

Modalités du cadre de travail pour les expertises

Difficultés d'évaluation liées aux imprécisions ou ambiguïtés de la réglementation

Diagnostiques posant le plus de difficultés pour l'évaluation de la perte de capacité de gain

Interaction entre l'évaluation pour l'AI et celle pour l'ARR

Problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de vie

Informations tirées d'évaluations réalisées par d'autres organismes

Perte de capacité de gain et antécédents professionnels

Perte de capacité de gain et travail en entreprise de travail adapté (ETA)

L'aide d'assistants évaluateurs pour l'évaluation des demandes

Recours aux tribunaux

Relation avec le médecin coordinateur de la DG HAN et formation continue dans les centres

#### **B. Synthèse de l'entretien et analyse des dossiers transmis par le service contentieux**

Analyse des dossiers transmis

Synthèse de l'entretien avec les responsables du service

#### **C. Synthèse des entretiens avec des membres du Conseil supérieur national des personnes handicapées**

### **Conclusion**

### **Annexes**

## Introduction : démarche de recherche

Ce chapitre a pour objet l'analyse d'une série d'entretiens et d'un échantillon de dossiers problématiques. Le protocole de cette étape de la recherche avait fait l'objet de remarques et suggestions lors de la réunion du comité d'accompagnement de l'étude du 25 mars 2022. Un protocole révisé a alors été proposé par l'équipe de recherche. Ce protocole a été validé par l'ensemble des membres du comité le 2 mai (voir annexe 1 du présent rapport).

La DG HAN fait appel pour les évaluations des demandeurs à une vingtaine de médecins fonctionnaires et à une centaine de médecins dits désignés, lesquels opèrent sous statut d'indépendant. Suite à l'appel au volontariat lancé par la DG HAN auprès des médecins désignés, 9 d'entre eux (4 NL, 5 Fr) se sont déclarés prêts à fournir des dossiers jugés problématiques pour une demande d'allocation de remplacement de revenus (ARR) et à en discuter ensuite avec les chercheurs par visio-conférence.

	<i>Aangeduide artsen/médecins désignés</i>	<i>Regionaal centrum/centre régional</i>
NL	Lambrechts Luce	Hasselt
NL	Brosius Irene	Antwerpen
NL	De Deken Lutgart	Brugge
NL	Vandewalle Hanneke	Gent
FR	Teichmann Marie-Louise	Bruxelles
FR	De Haan Lidwine	Mons
FR	Pierard Didier	Hainaut
FR	Van De Walle Pierre	Mons
FR	Cifci Lokman	Bruxelles

A partir du 30 mai et jusqu'à la mi-juin, un total de 11 dossiers francophones et 9 dossiers néerlandophones ont été transmis aux chercheurs. Un planning d'interviews a été proposé par les chercheurs et grâce à la collaboration des Drs Hombroux et De Cuyper et de M. de Vacleroy, les interviews ont pu être réalisées entre le 8 août et le 27 septembre. Au cours de cette période, 8 médecins (4 Fr et 4 NL) ont pu être interrogés en vidéo-conférence, le neuvième ayant transmis des dossiers mais n'a pas pu être interviewé.

Ces entretiens ont duré entre 1h et 1h30 ; la discussion était organisée sur la base d'un guide d'entretien semi-structuré proposé par les chercheurs. Le contenu de ce guide avait fait l'objet d'une réunion de travail avec les Drs Hombroux et De Cuyper le 30 juin. Le guide était transmis au médecin interviewé quelques jours avant la date

prévue pour la discussion. Les versions Fr et Nl du guide d'entretien figurent aux annexes 2 et 2bis du présent rapport.

Conformément au protocole d'étude défini, les responsables du service contentieux de l'administration (mesdames Véronique Querton et Liesbet Truyers) ont par ailleurs transmis aux chercheurs, les 16 et 18 mai, une série de dossiers dans lesquels la demande d'ARR avait été rejetée par la DG HAN et qui ont fait ensuite l'objet d'un recours auprès du tribunal du travail : 4 dossiers francophones, dont 3 ont été gagnés par le demandeur, et 5 dossiers néerlandophones, pour lesquels le recours a à chaque fois été rejeté – ce qui est un peu moins représentatif. Ces dossiers ont fait l'objet d'une analyse à l'issue de laquelle une interview a été proposée aux deux responsables du service. Afin de faciliter la préparation de l'interview, une série de questions ont été envoyées préalablement aux deux responsables (annexes 3 et 3bis). Cet entretien a eu lieu par vidéo-conférence le 13 octobre.

Le troisième volet de cette analyse qualitative de l'existant devait être basé sur une série de dossiers à fournir par des membres du Conseil supérieur national des personnes handicapées (CSNPH). Les premiers dossiers proposés ont été envoyés aux chercheurs les 4 et 7 juin, mais à leur lecture une difficulté est rapidement apparue. Contrairement aux dossiers transmis par des médecins évaluateurs qui comportaient une description de l'évaluation et de la décision initiale de la DG Han (et sa motivation), les 4 dossiers fournis ne comportaient pas l'ensemble de ces données et étaient totalement anonymisés. Le Pr Mairiaux a alors pris contact avec Mme Duchenne, responsable du secrétariat du CSNPH, afin de lui demander de rechercher pour chacun des dossiers, le nom, prénom et numéro NISS de la personne concernée ; une fois ces données rassemblées, M. de Vacleroy était en mesure de retrouver pour ces personnes les données de la DG Han (le fichier « historique », le questionnaire de renseignements administratifs, et le fichier de l'expertise médicale).

Il s'est avéré cependant que les demandeurs concernés par les dossiers en question avaient accepté la transmission d'informations concernant leur dossier précisément sous le couvert de l'anonymat. Il n'était donc pas possible de communiquer le numéro NISS. Les Drs Mairiaux et Schenkelaars ont alors rédigé un document afin de préciser les garanties de confidentialité auxquelles ils s'engageaient pour la consultation de ces données personnelles (annexes 4 et 4bis). Cet « engagement de confidentialité » a été transmis au CSNPH le 22 juin. Le 9 août, le secrétariat du CSNPH nous a adressé le message suivant : « En dépit de l'engagement de confidentialité, certaines personnes ne souhaitent pas transmettre leur RN. Je ne suis donc pas en mesure de vous communiquer d'autres dossiers. »

Les Drs Mairiaux et Schenkelaars ont alors pris contact début septembre avec plusieurs membres du CSNPH afin d'organiser un entretien concernant le ou les dossiers qu'ils avaient transmis ; il s'agissait de 6 dossiers au total, mais donc chacun totalement anonymisé et découplé des données de la DG Han. Un entretien a pu être réalisé par vidéo-conférence avec les personnes suivantes :

- Mme Talissa Mupoy (le 13/09) qui travaille pour l'Association socialiste de la personne handicapée (ASPH) ;
- Mme Karine Roctus (le 13/09) qui travaille aux *Christelijke Mutualiteiten* ;

- Mme Sophie Aarschoot (le 14/09), responsable du service d'accompagnement bruxellois à la Ligue Braille ;
- Mme Ingrid Borré (le 5/10), secrétaire générale de la *Katholieke Vereniging Gehandicapten*.

Les pages qui suivent développent les enseignements qui peuvent être dégagés des échanges organisés avec ces trois catégories d'acteurs, en distinguant les médecins évaluateurs (A.), les responsables du service contentieux de la DG Han (B.) et des membres du Conseil supérieur national des personnes handicapées (C.).

## **A. Synthèse des entretiens avec les médecins évaluateurs**

### *Modalités du cadre de travail pour les expertises*

Deux modalités d'expertise coexistent : soit la demande est évaluée « sur pièces », c'est-à-dire sur la base de l'ensemble du dossier médical transmis par le demandeur mais en son absence, soit le demandeur est convoqué pour un examen médical en personne, au cabinet privé du médecin ou dans un centre régional de l'administration. Le ratio des évaluations faites en présence du demandeur par rapport à celles effectuées sur pièces (généralement en télétravail) semble variable. Selon un des médecins interrogés, 7 dossiers sur 10 peuvent être facilement évalués sur pièces, surtout quand il s'agit de demandeurs âgés de plus de 50 ans. Pour un des médecins, la répartition des dossiers, par l'administration, entre l'examen au cabinet médical et l'examen sur pièces lui semble aléatoire. Le cadre de travail des médecins désignés a été fortement modifié durant la pandémie de covid-19. Durant cette période, la plupart des évaluations s'effectuaient en effet sur pièces, c'est-à-dire en l'absence du demandeur, et cela a été déploré par la plupart des médecins. Depuis quelques mois, les modalités de travail se sont normalisées et les consultations en cabinet médical ont donc repris.

La DG Personnes handicapées est organisée en centres régionaux d'expertise médicale, placés chacun sous la responsabilité d'un médecin statutaire coordinateur – les Drs Hombroux, pour la partie néerlandophone, et De Cuyper, pour la partie francophone, coordonnant en plus les coordinateurs entre eux. Les médecins évaluateurs y reçoivent des demandeurs en consultation, mais certains médecins consultent aussi à leur domicile ou dans un cabinet extérieur. Les avantages de consulter en même temps que des collègues dans un centre régional ont été soulignés :

- possibilité de discuter avec un collègue ou avec le médecin coordinateur d'un dossier ou d'aborder une difficulté ; cette discussion partagée serait utile avant de prendre une décision dans environ 1 dossier sur 4, ou 1 sur 5, selon le médecin interrogé.
- infrastructure adaptée à recevoir des personnes porteuses d'un handicap ;
- présence de personnel administratif de soutien ;
- sentiment de sécurité dans un contexte où certains demandeurs peuvent parfois présenter de l'agressivité.

L'absence de rencontre physique et d'examen médical du demandeur implique-t-elle une diminution de la qualité de l'évaluation ? Des opinions contrastées ont été recueillies sur ce point. Un des médecins a souligné que l'examen clinique est souvent soit peu éclairant et ajoute au « flou du dossier », en raison d'une attitude des patients qui n'est pas forcément basée sur la réalité de tous les jours, par exemple avec l'usage d'un accessoire (tel que canne voire voiturette) ou le recours à des tiers qui n'est peut-être mis en action que pour le jour de l'examen. Selon ce médecin, un examen soigneux des pièces du dossier, quand elles sont disponibles, avec lecture des examens pratiqués dans le secteur thérapeutique, apporte une plus grande fiabilité. D'autres médecins ont indiqué qu'ils préféreraient chaque fois que possible rencontrer le demandeur.

Le temps consacré à l'évaluation de la demande varie de façon significative. *En consultation au cabinet*, tous les médecins déclarent que l'entretien et l'examen éventuels demandent un minimum de 20 minutes, voire 30 minutes dans certains cas. La consultation en cabinet est généralement précédée par l'examen des pièces administratives et des rapports médicaux ; ce temps de préparation varie selon la complexité des cas et les médecins interrogés de 10 minutes au minimum à 15, 20 ou 30 minutes. Le temps nécessaire ensuite pour la prise de décision et la rédaction du rapport est très variable (de 10 à 30 minutes). Un des médecins interrogés préfère rencontrer les patients demandeurs avec un regard « brut » c'est-à-dire sans préparation préalable, pour consacrer ensuite au minimum 30 minutes à l'examen des pièces et rapports ; dans sa pratique l'évaluation correcte de la demande requiert en moyenne 60 minutes. *Lorsque l'évaluation est réalisée sur pièces*, les médecins interrogés conviennent que le temps nécessaire est généralement moindre ; un des médecins a même déclaré pouvoir boucler, dans certains cas, son évaluation en 7 minutes.

La question de la rémunération octroyée pour le temps consacré aux évaluations a été évoquée avec certains médecins. Ceux qui se sont exprimés à ce sujet estiment que les 37€ accordés sont insuffisants par rapport au temps investi pour l'examen médical, la lecture du dossier et la rédaction d'un rapport : « il faut être idéaliste pour travailler à ce tarif-là », ou ne pas accorder trop d'importance au facteur argent.

Sur le plan individuel, enfin, l'organisation professionnelle des médecins désignés par la DG Personnes handicapées est variable : certains médecins ne font que de l'expertise, là où d'autres cumulent avec une activité thérapeutique par ailleurs ; certains consacrent leur activité d'expertise exclusivement à la DG HAN, tandis que d'autres assurent également des expertises pour d'autres organismes publics ou privés ou pour les tribunaux.

#### *Difficultés d'évaluation liées aux imprécisions ou ambiguïtés de la réglementation*

La législation attache à la reconnaissance en ARR le bénéfice d'autres droits sociaux comme la réduction de précompte immobilier, la diminution de TVA sur les voitures, etc.. Pour plusieurs évaluateurs, l'évaluation est perturbée par des attentes qui ne sont pas motivées par une demande de reconnaissance en ARR mais par

l'espoir du demandeur de bénéficier des avantages annexes accordés par la législation.

- La « Bible » (« *gele Bijbel* », du côté néerlandophone) est décrite comme dépassée et incomplète. Cela donne lieu à des décisions divergentes voire incohérentes.
- La notion de 2/3 de perte de capacité de gain est vague. Dans les pathologies dont l'évaluation est la plus difficile, les fiches manquent (mucoviscidose par ex.) ou sont trop peu précises (fibromyalgie par ex.).
- La réglementation est imprécise quant aux critères à prendre en compte quand des jeunes n'ont pas encore terminé leur parcours scolaire ou de formation professionnelle. Peut-être faudrait-il des critères spécifiques pour cette catégorie d'âge.
- À l'inverse, une difficulté se pose aussi à l'âge de fin de carrière. À cette période la transition vers l'APA semble insuffisamment coordonnée.
- (Ceci ne rentre pas dans le périmètre de l'étude, mais certains signalent que l'impossibilité d'accorder une APA pour une durée déterminée devrait être revue).
- La marge d'interprétation est appréciée, car elle permet une évaluation personnalisée. Cependant, elle semble pour beaucoup trop large ou trop vague et entraîne un manque d'uniformité dans les décisions. La question demeure ouverte de savoir s'il faut ou non prendre en compte des facteurs sociaux non médicaux dans les critères d'évaluation.
- La législation ne prévoit pas de lien entre l'ARR et l'AI. Pourtant, la plupart des dossiers sont concernés par les deux aspects. L'impossibilité d'établir un lien entre les deux évaluations entraîne parfois des discordances surprenantes.
- Les médecins-évaluateurs expérimentés se sont fait leur propre grille d'analyse pour évaluer la perte de capacité de gain et ne recourent plus à la réglementation (!).
- La notion de perte de 2/3 de capacité de gain est définie différemment en ARR par rapport à l'assurance indemnités. Cela entraîne incompréhension pour les demandeurs et leurs médecins traitants et provoque parfois des tensions entre évaluateurs des différents secteurs.
- La législation ne prévoit pas de se préoccuper de la réintégration socioprofessionnelle. Certains évaluateurs déplorent que leur rôle se limite à prendre une décision de reconnaissance ou non et ne permet pas de coupler celle-ci à un éventuel processus d'intégration.
- Certaines formules reprises dans la législation, comme « allocation de remplacement de revenus », pourraient donner lieu à des interprétations erronées dans le public, en faisant songer à un revenu de base inconditionnel, au lieu de favoriser l'intégration de la personne porteuse d'un handicap dans la vie sociale et ou professionnelle.

#### *Diagnostics posant le plus de difficultés pour l'évaluation de la perte de capacité de gain*

La liste des diagnostics spontanément cités par les médecins doit être considérée comme une information de nature qualitative, vu le petit échantillon interrogé (n=8). Certains diagnostics ont été fréquemment mentionnés : fibromyalgie (7/8), lombalgies ou « failed back surgery » (5/8), affections psychologiques ou

psychiatriques (dépression, *Post-Traumatic Stress Disorder...*) (4/8), syndrome de fatigue chronique (3/8). D'autres diagnostics posant des difficultés d'évaluation ont été cités : syndrome du spectre autistique (2/8), syndrome d'Ehlers-Danlos (2/8), mucoviscidose (1/8), sclérose en plaques (1/8), maladie de Verneuil (1/8), covid long (1/8), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (1/8)...

Plusieurs médecins ont souligné ce qu'ils considèrent comme des lacunes ou des faiblesses des rapports médicaux de certains spécialistes consultés préalablement par le demandeur : les rapports ont parfois tendance à exagérer les conséquences fonctionnelles de la pathologie et semblent traduire la volonté du spécialiste (particulièrement de médecine physique) de favoriser la demande du patient. Les rapports des psychiatres sont parfois excellents et très documentés tandis que d'autres sont laconiques et n'apportent aucune aide pour la prise d'une décision. Pour des diagnostics de plus en plus fréquents (fibromyalgie, syndrome d'Ehlers-Danlos, maladie de Verneuil), leur affirmation par des membres du secteur thérapeutique est parfois exprimée soit sans la moindre base objective, soit sur base d'exams ou de critères diagnostiques dont la fiabilité semble remise en cause par d'autres médecins spécialistes.

En résumé, les rapports médicaux préexistants peuvent constituer une aide précieuse à l'évaluation du bien-fondé de la demande d'ARR, mais ce serait loin d'être toujours le cas.

Ces développements peuvent être encore complétés par la description des principales catégories de difficultés rencontrées pour l'évaluation de la perte de capacité de gain proposée par la Dr Ann Hombroux, médecin-coordinatrice néerlandophone de la DG Han :

- « de pathologie (zoals blijkt uit verslagen en eigen onderzoek) is niet coherent met de geclaimde beperkingen ;
- jongeren met een beperking die studeren in het hoger onderwijs (zeker nu we dit al vanaf 18 jaar moeten doen) ;
- jongeren die bijzonder onderwijs OV3/OV4 (en soms OV1) [l'enseignement spécial en Communauté flamande] volgen ;
- jongeren die midden een begeleiding zijn van GTB [l'organisme de la Région flamande en charge de l'orientation professionnelle des personnes souffrant d'un problème de santé] die nog moet uitwijzen welke oriëntatie er zal volgen ;
- jongeren met een acute pathologie of bijvoorbeeld een opstoot van Crohn die nog in middelbaar zitten en niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt ;
- personen met een handicap die werken in het normaal arbeidscircuit (al dan niet met een loontussenkomst en of aanpassing aan de arbeidspost of het arbeidsregime) ;
- personen met een handicap die werken in het normaal arbeidscircuit met een integratietegemoetkoming categorie  $\geq 2$  ;
- aanvragers die een leefloon krijgen en worden doorgestuurd door het OCMW ;
- aanvragers waar er duidelijk 'iets' aan de hand is maar waar geen verslaggeving beschikbaar is (kluizenaartypes, daklozen, drugsverslaafden, ...) ;
- dossiers waarbij we uitgespeeld worden tegen de beslissingen van de mutualiteiten. »

## *Interaction entre l'évaluation pour l'AI et celle pour l'ARR*

Comme on le sait, les deux allocations visent à compenser des limitations dans des secteurs d'activités différents. La première (AI) concerne les activités de la vie privée, les secondes, les activités professionnelles. Il n'existe de ce fait, du point de vue légal, pas de critères d'évaluation communs. Les deux évaluations sont donc théoriquement indépendantes l'une de l'autre. L'expérience montre cependant que le même médecin évaluateur est amené à se prononcer la plupart du temps sur les deux types d'allocations. L'analyse des dossiers et les rencontres avec les médecins évaluateurs ont fait apparaître à ce sujet plusieurs éléments qui méritent d'être signalés.

L'évaluation en AI peut apporter des éléments en ARR quand les dossiers médicaux sont pauvres.

D'emblée, on relèvera qu'il peut exister des discordances importantes, voire des contradictions entre les deux évaluations. À titre d'illustration, une personne est reconnue présenter d'importantes limitations dans l'entretien de son domicile (AI), mais est jugée apte pour un travail dans un service de nettoyage professionnel (ARR). Ou encore, une personne est reconnue comme rencontrant de grandes difficultés de communication (AI), mais il est estimé qu'elle pourrait travailler dans un call center ou un service d'accueil...

- Les médecins rapportent qu'en pratique, l'évaluation de l'AI part souvent de l'évaluation par le demandeur lui-même, son entourage (famille ou service social) ou son médecin traitant, là où l'ARR part de l'évaluation du médecin évaluateur, ce qui pourrait expliquer certaines discordances.
- Certains jugeraient utile de fusionner les deux évaluations, car chacune apporte des éléments complémentaires.
- Plusieurs médecins rencontrés estiment que lorsque la personne est reprise en catégorie 2 ou supérieure en AI, l'aptitude professionnelle est souvent limitée. C'est lorsque la personne est en catégorie 1 que la question de la présence ou non d'une capacité de gain suffisante se pose avec le plus de difficultés.
- La remarque est en dehors de l'objet de l'étude, mais il a été signalé que les critères d'évaluations de l'AI ne seraient pas adaptés à la tranche d'âge des 18-25 ans.

### *Problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de vie*

Les médecins ont presque tous mentionné deux périodes de vie soulevant des questions particulières : les plus jeunes et les plus âgés.

Pour les jeunes demandeurs (18-25 ans), deux questions principales se posent.

D'abord, ont-ils bénéficié avant 18 ans d'allocations familiales majorées (AFM) pour cause de handicap ? Jusqu'à la sixième réforme de l'État, l'évaluation des enfants et des jeunes en vue de l'attribution d'AFM était assurée par les médecins de la DG Han. Les médecins évaluateurs chargés d'évaluer une demande d'ARR avaient de ce



fait accès au dossier AFM et y puisaient des informations concernant, entre autres, le parcours scolaire, le cas échéant, le type d'enseignement spécialisé suivi, le suivi pédiatrique voire pédopsychiatrique. Ces informations étaient très utiles en particulier lors de la transition des AFM vers l'ARR. Désormais, la demande d'AFM est adressée aux agences spécialisées des entités fédérées. Pour différentes raisons, entre autres d'incompatibilité informatique, mais aussi, semble-t-il, des exigences du RGPD, ces informations ne sont en général plus accessibles aux médecins de la DG. Cette impossibilité de communication entre niveaux de pouvoir différents va aller en s'accroissant dans les années futures, car de plus en plus de demandes d'ARR vont concerner de jeunes adultes qui auront bénéficié d'AFM dans le cadre des entités fédérées. Il faut ajouter que lorsque l'information est encore accessible, la non-connaissance éventuelle par le médecin de la DG du système de scores utilisé dans le cadre des AFM peut constituer un obstacle. Il faut souligner qu'une reconnaissance en AFM n'impliquait pas et n'implique toujours pas une reconnaissance automatique en ARR. Les critères d'évaluation sont différents (par exemple en cas de diabète juvénile ou de mucoviscidose). Remarquons enfin qu'en Wallonie, un cumul reste possible entre 18 et 21 ans entre les AFM et l'attribution d'une ARR ; cette possibilité de cumul n'existe plus en région flamande ni à Bruxelles.

Ensuite, l'évaluation de la demande d'ARR (à partir de 17 ans) peut-elle déboucher sur une reconnaissance à durée indéterminée ou faut-il de préférence limiter la durée de la reconnaissance<sup>125</sup> ? Cette question a été évoquée par plusieurs médecins. Tous les médecins s'accordent pour juger que dans certains cas, une attribution à durée indéterminée est logique, par exemple pour les demandeurs avec syndrome de Down, ou pour ceux présentant une déficience importante (QI  $\leq$  50) ou ceux ayant suivi un enseignement spécial type 1 ou 2. La plupart des médecins estiment cependant qu'entre 18 et 25 ans, des possibilités d'évolution existent souvent, tant sur le plan médical (suite aux traitements suivis) que sur le plan de l'acquisition de compétences à travers des formations. Ces médecins préfèrent donc limiter dans le temps (à 2 ou 3 ans, ou jusqu'au terme des études entamées par exemple) la reconnaissance d'une ARR avant de revoir la question par la suite, une fois que le jeune adulte a pu être confronté à la perspective d'une activité professionnelle ; une telle décision doit être pesée au cas par cas, ajoutent-ils. Un des 8 médecins estime que les possibilités d'évolution du jeune concernent l'AI mais pas l'ARR, et qu'il prend donc toujours sa décision pour une durée indéterminée. Un autre médecin juge totalement inadaptée l'obligation qui lui est faite d'évaluer entre 18 et 25 ans une incapacité de travail sur le marché général de l'emploi. A la question de savoir si l'attribution précoce d'une ARR pourrait avoir une influence négative sur la motivation du demandeur à poursuivre (ou démarrer) une formation, les médecins sont partagés : certains estiment que le risque est réel, tandis que d'autres n'en sont pas convaincus.

Pour les demandeurs âgés (> 50 ou > 55 ans), d'autres questions ont été évoquées.

---

<sup>125</sup> Sur la question de savoir s'il est juridiquement possible, au regard de la réglementation, de limiter dans le temps la reconnaissance, voir le volet juridique du présent rapport, qui conclut par la négative (*supra*, I, B, 3).

Dans cette catégorie d'âge, les problèmes dominants sont souvent de nature orthopédique ou articulaire (polyarthrose) et il est relativement facile de décider de l'attribution d'une ARR dans ces cas. Lorsque le problème concerne la santé mentale (dépression chronique, burnout), les rapports reçus des psychiatres concluent le plus souvent à une incapacité de plus de 66%.

Certains médecins ont ajouté qu'ils prennent aussi en compte les spécificités du marché général du travail, peu favorable à l'embauche de travailleurs âgés, dans leur décision ; d'autres s'interrogent sur la prise en compte de cet aspect, car disent-ils, « l'âge n'est pas un déficit en soi », mais ils reconnaissent qu'il est souvent difficile de motiver ces demandeurs âgés à chercher du travail.

Pour les demandeurs ayant dépassé 60 ans, plusieurs médecins déplorent l'impossibilité concrète d'attribuer une ARR pour une durée déterminée. Quand il s'agit d'une pathologie réversible, faisant par exemple l'objet d'un traitement chirurgical, l'ARR devrait selon eux pouvoir être accordée pour une durée déterminée, et la situation réexaminée après la revalidation post-opératoire. Mais à l'approche des 65 ans, cette possibilité est théorique puisque dans l'état actuel de la réglementation, l'ARR sera automatiquement commuée en APA, une aide par définition à durée indéterminée.

#### *Informations tirées d'évaluations réalisées par d'autres organismes*

De façon générale, les médecins reçoivent rarement des informations relatives au demandeur venant d'autres organismes. Le cas des allocations familiales majorées a déjà été évoqué au point précédent. Les contacts sont généralement inexistantes avec les médecins-conseils des mutualités ou avec l'INAMI ; si un contact est établi, il n'y a en tous cas jamais de transmission d'un rapport.

En Wallonie et à Bruxelles, il est très rare que le médecin dispose de documents officiels émanant du Forem ou d'Actiris. En Flandre, les contacts sont bons avec le GTB, qui leur transmet de très bons rapports ; un autre médecin signale cependant qu'une nouvelle réglementation rend plus difficile la transmission d'informations par le GTB et cela en fonction du respect de la vie privée, avec pour effet que parfois le GTB ne transmet plus d'informations du tout.

Les infos en provenance des CPAS sont nettement moins fréquentes mais existent parfois.

#### *Perte de capacité de gain et antécédents professionnels*

Les sources d'information concernant le passé professionnel du demandeur sont extrêmement aléatoires et les médecins le déplorent. Il y a deux sources de renseignements : le formulaire dit *intake* qui est complété en général par une assistante sociale ou toute personne aidant le demandeur à le compléter, et bien sûr l'anamnèse professionnelle du patient lorsque celui-ci est convoqué au cabinet médical.

La précision des données reprises dans le formulaire laisse fréquemment à désirer : on retrouve parfois des dates d'arrêt de travail qui varient d'un 'intake' à l'autre, sur une période de quelques mois. Trop souvent, on retrouve la mention « pas d'application », tant concernant la formation ou l'obtention ou non de certificat et/ou diplôme, que le parcours scolaire effectué et le type d'activité de travail réalisée, sa durée, les conditions de statut (indépendant, salarié, emploi « article 60 » en CPAS, etc.), ce qui laisse les médecins dans un grand flou. L'existence éventuelle dans les antécédents d'un accident de travail, reconnu ou non, avec ou sans incapacité permanente, avec ou sans implication sur l'état actuel du patient en termes de déficits est souvent mal documentée.

Un des médecins interrogés a souligné que chez Fedris, la consultation des données DIMONA du patient était courante, mais qu'un tel accès n'existe malheureusement pas actuellement au niveau de la DG HAN.

Interroger le patient en consultation n'apporte pas nécessairement plus de clarté, car les patients ne se rappellent par exemple plus en quelle année ils ont arrêté de travailler.

L'existence d'un passé professionnel dans le chef du demandeur influence-t-elle la décision en matière d'ARR ? L'examen des dossiers de demandeurs transmis par les médecins apporte un éclairage intéressant sur cette question.

Parmi les 11 dossiers transmis par les médecins Fr, 5 demandeurs avaient des antécédents professionnels (dossiers X12, 15, 14, 18, 19) et deux une activité encore en cours (X17 et 20) ; ceux sans passé professionnel étaient en général des jeunes de moins de 21 ans (X10, 13, 16). Une ARR a été accordée à 3 demandeurs avec passé ou activité professionnelle (X12, 17, 20) ; il semble que cette décision positive soit liée dans les 3 cas à la sévérité d'une pathologie très bien objectivée ; il est à noter que pour le demandeur X20, l'ARR a été attribuée pour cinq ans. L'ARR a également été accordée à un demandeur sans passé professionnel (X10), un jeune sortant de l'enseignement spécial type 1.

Pour quelles raisons l'ARR a-t-elle été refusée à 7 demandeurs sur 11 ? Les motivations d'une décision négative sont variées : réorientation possible vers d'autres travaux (X15) ou réalisation possible de tâches en télétravail (X14), travail jugé possible s'il n'inclut pas de marche ou de station debout avec en outre un examen clinique rassurant et divergent de l'anamnèse (X18), pathologie hématologique sérieuse mais stabilisée par le traitement chez un patient qui fait du sport et n'a plus de plaintes (X13), diabète non documenté et troubles psy peu clairs (X19), aucune raison de reconnaître une incapacité de plus de 66% pour les déficits décrits chez une personne ayant plusieurs formations professionnelles (X11). La motivation reprise dans le dossier X16 (incohérence entre les rapports médicaux et les difficultés énoncées) est difficile à comprendre aux yeux des chercheurs ; il s'agissait d'une jeune demandeuse souffrant d'ADHD congénital, de difficultés d'apprentissage et de sérieux troubles attentionnels.

Dans certains de ces cas, on pourrait considérer qu'il y a une contradiction entre le refus de l'ARR et le fait que la personne concernée dispose d'une reconnaissance en invalidité par l'INAMI parfois depuis de nombreuses années (dossiers X11 et 14 notamment). Par rapport à ce constat, les médecins soulignent la différence de cadre de référence entre l'article 100 dans la législation sur l'assurance indemnités (marché de l'emploi spécifique) et la législation relative aux personnes handicapées (marché général de l'emploi). Comme certains l'ont fait remarquer, ceci permet *de facto* de prononcer un « déclassement » du demandeur dans le cadre de la législation à suivre par les médecins de la DG HAN. Du point de vue du patient demandeur, il peut être parfois mal vécu que le médecin de la DG HAN ne reconnaisse pas d'équivalence avec l'évaluation du médecin-conseil de l'organisme assureur, alors que le patient se considère comme reconnu définitivement en invalidité.

En ce qui concerne les 9 dossiers transmis par les médecins NI, 4 demandeurs avaient des antécédents professionnels (dossiers X02, 05, 07, 08) et peut-être pour un 5<sup>e</sup> dans un pays étranger (X03) ; ceux sans passé professionnel étaient en général des jeunes de moins de 21 ans (X01, 04, 06). Une ARR (IVT) a été accordée à 3 demandeurs avec passé professionnel pour une durée de 2 ans (X05), de 5 ans (X07), et à durée indéterminée (X08). Cette décision positive concernait deux cas orthopédiques (lombalgies ou radiculalgies) combinés à des symptômes dépressifs (X05 et 08) et un cas d'autisme avec dépression sévère associée (X07). Une ARR (IVT) a également été accordée à une jeune demandeuse sans passé professionnel (X06) souffrant d'autisme, d'ADHD et d'un syndrome psychotique et vivant chez sa mère.

Pour quelles raisons l'ARR (IVT) a-t-elle été refusée à 5 demandeurs sur 9 ? Les motivations sont variables et pas nécessairement bien explicitées dans les dossiers. Le dossier X02 concerne un jeune de 25 ans dont la problématique semble proche du dossier X06, mais le refus est sans doute lié au fait que ce jeune actuellement au chômage et suivi par le GTB, n'a pas répondu aux convocations récentes de cet organisme. Dans le cas du dossier X09, il s'agit d'une demandeuse âgée (50 ans) d'origine étrangère, ne parlant pas le néerlandais, dont les plaintes de lombalgies ne sont pas appuyées par des rapports médicaux. Pour le dossier X04, il s'agit d'un jeune de 19 ans qui présente une déficience mentale légère, un ADHD, et des troubles de l'adaptation ; cependant ce jeune suit une formation pour adultes à temps partiel, montre un intérêt pour une formation d'agent de sécurité proposée par le VDAB, et réalise régulièrement des jobs étudiants. Ce sont ces perspectives d'évolution qui ont sans doute justifié le refus d'une ARR (IVT). Pour le dossier X01, il s'agit d'une demandeuse de 18 ans souffrant d'autisme et la motivation du refus est clairement formulée dans le dossier médical, même si cette motivation apparaît *a priori* peu conforme à la réglementation : « is nog schoolgaande, beslissing wat betreft verdienvermogen onmogelijk, dus herziening voorzien op 21 j ». Enfin, pour le dossier X03, il s'agit d'un demandeur âgé (53 ans) d'origine étrangère souffrant de dépression et troubles anxieux ; cette personne avait obtenu dans son pays un diplôme de droit. La motivation du refus est également bien décrite : « gezien de opleiding rechten in [...] tewerkstelling mits aanpassingen en de nodige omscholing kan verwacht worden ».

### *Perte de capacité de gain et travail en entreprise de travail adapté (ETA)*

Dans les discussions tenues avec les médecins lors des interviews, il est clairement apparu un consensus sur le fait que disposer d'un emploi (à temps plein ou temps partiel) dans une entreprise de travail adapté n'impliquait pas que le demandeur n'ait pas pour autant une capacité de travail réduite à moins du tiers de la capacité d'une personne valide du même âge. C'est du reste ce que prévoit expressément la réglementation.

Comme nous l'a expliqué un médecin déjà très expérimenté, il est évident à ses yeux que la personne qui travaille en ETA fait preuve d'un effort majoré et qu'elle ne peut être assimilable à un travailleur qui n'a pas ses limitations. Mais l'évaluation doit toujours se faire au cas par cas. Ainsi à l'inverse, le fait de travailler en ETA ne devrait pas entraîner la reconnaissance automatique d'une ARR. Ce médecin en concluait que le travail en ETA ne lui semble pas devoir influencer la reconnaissance ou non d'une ARR.

Parmi les 20 dossiers exemplatifs transmis, un seul (X17) comportait un demandeur travaillant dans une ETA (en tant qu'encodeur de données) et une ARR lui a été accordée.

### *L'aide d'assistants évaluateurs pour l'évaluation des demandes*

Dans tous les secteurs de la protection sociale, face à la pénurie de médecins évaluateurs mais aussi face à la complexité toujours grandissante des dossiers, des réflexions se font jour pour aborder l'évaluation de la capacité de travail sous l'angle multidisciplinaire.

Cette approche multidisciplinaire peut s'envisager de différentes façons. Dans le contexte européen (et mondial), on parle plutôt de « transfert de tâches » (*task transfer*), c'est-à-dire d'une redistribution des rôles. L'OMS par exemple définit la collaboration des médecins avec d'autres disciplines comme une redistribution rationnelle des tâches entre les professionnels de santé<sup>126</sup>.

La littérature a identifié trois (voire quatre) types de transfert, d'intensité très différente :

- glissement (shifting) des tâches, au sens de l'attribution de façon structurelle à d'autres professionnels de la responsabilité finale d'une tâche auparavant assurée par un médecin ;
- délégation de tâches sous la supervision et la responsabilité du médecin ;
- allègement des tâches administratives et logistiques de support ou de soutien ;
- (tâches de suivi, de mise en œuvre.)

Dans le cadre de l'évaluation médicale en vue de l'attribution d'une ARR, la DG Han fait depuis quelques temps appels à des paramédicaux pour assister les médecins

---

<sup>126</sup> First global conference on task shifting to tackle health worker shortages, Global recommendations and guidelines, 8-10 January 2008, Addis Ababa, Ethiopia.

dans leur tâche. Il s'agit essentiellement de tâches administratives et logistiques de constitution de dossiers, d'anamnèse socioprofessionnelle, de convocations, de rappels, confiées à des assistantes et assistants sociaux ainsi qu'à du personnel infirmier. Récemment, des psychologues ont été engagés. La plupart des médecins rencontrés seraient ouverts à une délégation, sous leur supervision, de tâches à des professionnels spécialisés – soit un basculement de la troisième à la deuxième des quatre modalités de transferts répertoriés à l'instant. On peut citer la réalisation des tests psychologiques par des psychologues dans les dossiers où la pathologie est essentiellement mentale, ou encore l'aide de kinésithérapeutes ou d'ergothérapeutes dans les pathologies musculosquelettiques pour réaliser des évaluations fonctionnelles. Des visites à domicile pourraient aussi être réalisées par des paramédicaux. Tous les intervenants interviewés ont cependant signalé l'importance de l'intégration des informations particulières fournies par les collaborateurs dans une évaluation globale qui reste de la responsabilité médicale. Les médecins nous signalent aussi que cette nouvelle approche nécessite aussi une bonne information des demandeurs sur le rôle de chaque intervenant.

### *Recours aux tribunaux*

La « charte » de l'assuré social prévoit que chaque décision d'une institution chargée de l'octroi ou du paiement de prestations de sécurité sociale peut faire l'objet d'un recours<sup>127</sup>. L'institution doit communiquer les motifs de la décision et les références du dossier et les possibilités de recours à l'assuré social. Le délai de recours auprès d'une juridiction (généralement le tribunal du travail) est d'au moins trois mois.

Dans la matière qui nous intéresse, un recours peut être introduit contre la décision prise suite à une première demande d'ARR ou d'AI, ou contre la décision prise à la suite d'une demande en révision ou d'une révision d'office. Le tableau ci-dessous permet d'observer l'évolution du taux de recours dans ces deux circonstances distinctes – première demande ou révision – entre 2013 et 2019<sup>128</sup>.

	2013	2019
N 1 <sup>ères</sup> demandes ARR/AI	34.747	32.312
N recours	861	631
Taux recours (%)	2,5	2,0
N révisions ARR/AI	60.337	69.544
N recours	1.397	1.025
Taux recours (%)	2,32	1,47

Ce tableau montre que le taux de recours suite à une première demande a légèrement diminué, tandis que le taux de recours dans le cadre d'une révision s'est réduit plus fortement.

<sup>127</sup> Loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social, art. 23.

<sup>128</sup> Données communiquées par M. Luc Blomme, responsable de la gestion des statistiques au sein de la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, par des email des 17 et 31 janvier 2023.

Les procédures de recours et d'appel devant les instances judiciaires sont longues et souvent contraignantes pour les demandeurs. Par ailleurs, elles contribuent *de facto* souvent à geler pendant ce temps toute possibilité d'insertion sociale.

Des rencontres avec les médecins évaluateurs, il ressort que les décisions correctement motivées et bien expliquées aux demandeurs font moins l'objet de recours. Une bonne explication concernant le but et la portée de la reconnaissance en ARR (et en AI) permet aussi d'ajuster les attentes des demandeurs par rapport aux droits que leur accorde la législation.

La procédure judiciaire passe souvent par la désignation par le juge d'un médecin expert chargé d'une expertise contradictoire. Pour que cette expertise se déroule au mieux, plusieurs conditions devraient être réunies selon les médecins rencontrés, ce qui n'est pas toujours le cas :

- idéalement, le médecin évaluateur devrait pouvoir se rendre à l'expertise, ou pour le moins se faire remplacer par un collègue en cas d'indisponibilité ;
- l'expert désigné doit connaître les spécificités de la législation et de la réglementation en vigueur concernant l'évaluation de la capacité de gain dans le cadre du handicap ;
- le demandeur peut se faire assister de son médecin traitant ou d'un médecin de recours ;
- les experts devraient être en nombre suffisant pour ne pas retarder la procédure.

Les décisions du Tribunal ne sont pas toujours communiquées au médecin évaluateur, ce qui le prive d'éléments lui permettant de s'autoévaluer.

Il est par ailleurs signalé que la plupart des recours concernent en fait les décisions en AI, c'est-à-dire le nombre de points de perte d'autonomie accordés. Cela est difficile à objectiver, dans la mesure où le service contentieux de la DG ne dispose pas de chiffres ventilés par type d'allocation.

#### *Relation avec le médecin coordinateur de la DG HAN et formation continue dans les centres*

Les relations entre les médecins statutaires coordinateurs des centres régionaux d'expertise médicale et les Drs Hombroux et De Cuyper semblent très positives.

Des formations, formelles ou informelles, sont organisées souvent au niveau du centre régional. C'est un lieu de *peer review* fort apprécié, qui permet un certain alignement des décisions. Il est cependant noté que ces temps ne sont pas pris en compte dans les honoraires. Il a été souvent déploré que la crise du covid-19 a suspendu la possibilité de concertation.

Le programme informatique permet aussi de soumettre proactivement un dossier au coordinateur. Cette possibilité est jugée intéressante mais pas toujours utilisée.

## **B. Synthèse de l'entretien et analyse des dossiers transmis par le service contentieux**

### *Analyse des dossiers transmis*

Le service de la DG Han en charge du contentieux a transmis aux chercheurs 5 dossiers de recours traités par des tribunaux ou cour du travail néerlandophones (dossiers Y 21, 22, 24, 27, 28) et 4 dossiers francophones (Y23, 25, 26, 29). L'âge des demandeurs au moment de l'introduction du recours variait : moins de 25 ans pour 3 dossiers (Y27, 28, 29), entre 35 et 40 ans pour 2 autres (Y 24 et 25), et enfin entre 45 et 54 ans pour les 4 dossiers restant (Y21, 22, 23, 26). Malheureusement, la nature du problème de santé à l'origine du handicap n'apparaissait pas dans deux dossiers (Y22 et 23). Pour les 7 autres dossiers, il s'agissait de séquelles d'un accident dans deux cas, des conséquences d'une explosion dans un contexte de guerre dans un cas, de surdités dans 2 cas, d'un handicap orthopédique de naissance, et enfin d'un syndrome douloureux chronique traité dans un centre de la douleur.

Le tribunal ou la cour du travail (dans le cas Y27) a déclaré fondé le recours du demandeur dans 3 dossiers francophones (Y23, 25, 26) et a rejeté le recours dans les 5 autres dossiers. Examinons d'abord les raisons qui ont conduit le tribunal à déclarer fondés certains des recours introduits.

Dans le dossier Y25, le demandeur est un réfugié syrien victime d'un accident de guerre, qui exerçait dans son pays le métier de coiffeur. L'expert judiciaire désigné par le tribunal du travail du Hainaut (section Charleroi) a appuyé la décision du médecin de la DG HAN, à savoir que « si l'on conçoit le métier de départ de coiffeur, on peut estimer qu'effectivement, borgne et avec des difficultés du coude gauche, [sic] ne peuvent lui permettre de réaliser ce métier, mais en fonction de l'apprentissage de la langue et la possibilité pour lui d'apprendre un autre métier, ce taux de 66% [de perte de capacité de gain] n'est donc pas atteint ». Le juge n'a cependant pas suivi l'avis de l'expert et a justifié son acceptation du recours pour les raisons suivantes : « Au vu des séquelles du demandeur et de sa situation actuelle, le Tribunal conclut que le demandeur présente une capacité de gain réduite à un tiers de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner sur le marché général de l'emploi. Certes, la situation du demandeur est susceptible de s'améliorer vu son âge si les difficultés d'apprentissage de la langue française se réduisent, mais à ce stade, il est illusoire d'espérer qu'il va exercer un travail à temps plein. Le fait que l'intéressé puisse encore par ses efforts obtenir un revenu professionnel ne justifie pas un refus de reconnaissance d'une réduction de capacité de gain à un tiers. »

Pour ce dossier particulier (Y25), les juristes du contentieux ont expliqué que la méconnaissance de la langue nationale était reconnue par certains médecins de la DG Han comme un facteur d'handicap pour la recherche d'un travail alternatif ; en Flandre, ce facteur n'est cependant reconnu comme un facteur d'handicap que si la personne concernée présente une limitation mentale.

Pour les deux autres dossiers (Y23 et 26) dans lesquels le recours a été déclaré fondé, respectivement par le tribunal de Bruxelles et celui de Liège (section Namur),



l'argumentation du tribunal a été similaire : le fait que la personne handicapée travaille n'est pas un argument déterminant pour refuser la reconnaissance de la réduction de la capacité de gain à 1/3. Dans le dossier Y23, la personne travaillait à temps partiel dans le secteur du nettoyage, tandis que pour le dossier Y26, la personne effectue un travail à mi-temps dans l'administration de la Communauté française. C'est conforme à la jurisprudence, constante sur ce point, rapportée dans le volet juridique du rapport.

Examinons maintenant les dossiers pour lesquels le recours a été rejeté par le tribunal, soit l'un des 4 dossiers francophones et chacun des 5 dossiers néerlandophones transmis.

Dans le dossier Y29, la demanderesse est jeune (21 ans lors de la décision négative de la DG HAN) et souffre de pieds bots congénitaux. Le tribunal du travail du Hainaut (section Charleroi) n'a pas fait droit à son recours pour les raisons suivantes : « Selon l'expert désigné, la demanderesse peut travailler en infographie mais aussi dans des travaux d'accueil, caissière, conditionnement au poste alterné assis-debout. Selon le tribunal, elle pourrait aussi travailler dans un call-center. Le tribunal note que la demanderesse présente une invalidité permanente découlant de ses problèmes orthopédiques mais le taux d'invalidité doit atteindre 50% pour ouvrir le droit aux avantages fiscaux et ce taux de 50% n'est pas constaté. »

Dans le dossier Y27, le demandeur est un jeune sourd (24 ans) qui en dépit de son handicap travaille à mi-temps. La cour du travail de Gand précise comme ceci les raisons du rejet de son recours : « Het hof stelt echter vast dat de appellant aan het werk is. Het betreft weliswaar een deeltijdse arbeidsbetrekking maar dit wijst erop dat hij wel degelijk kansen heeft op de algemene arbeidsmarkt. Hij merkt op dat hij wel slechts 19 uur per week werkt, en beweert dat een voltijdse dienstbetrekking uitgesloten is. Dat laatste is echter niet het criterium: vraag is of zijn verdienvermogen op de algemene arbeidsmarkt verminderd is met twee derden of meer ». Sur le plan des principes, cette décision-ci étonne, d'autant plus qu'il s'agit d'un arrêt émanant d'une cour du travail, en ce que la jurisprudence répète depuis longtemps que la présence d'une capacité de gain ne peut pas être établie uniquement sur la base du constat qu'un travail à temps partiel est exercé : c'est un indice, mais qui ne suffit pas à lui seul (*supra*, I, B, 3). Dans le cas d'espèce, il semble surtout que le rapport d'expertise réalisé lors de la procédure en première instance avait factuellement établi que le demandeur éprouvait peu de difficultés à travailler de manière générale. L'arrêt ne donne toutefois pas de détails factuels pour l'expliquer.

Dans le cas du recours Y24, il s'agit d'une demanderesse âgée de 39 ans qui souffre de lombalgies chroniques et a déjà subi plusieurs opérations au dos. Après qu'il a été relevé que la justiciable n'avait pas contesté le rapport d'expertise négatif, le tribunal du travail d'Anvers (section Anvers) explicite le rejet du recours sous plusieurs aspects : « Het verdienvermogen dient objectief vastgesteld te worden aan de hand van de bestaande letsels, onafhankelijk van een tewerkstelling of inschrijving bij RVA. [...] Een loutere sociale handicap, die geen weerslag heeft op het lichamelijke of psychische niveau, kan dus niet in overweging genomen worden voor het

toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming. [...] Als omgevingsfactoren een overheersende rol spelen bij de vermindering van het verdienvermogen, kan dit niet leiden tot een tegemoetkoming van de FOD Sociale Zekerheid DG HAN ». (Le juge fait ici référence au fait que la personne, après 10 ans de séjour en Belgique, n'a toujours pas une maîtrise suffisante du néerlandais.) « Het wordt niet betwist dat mevrouw rugproblemen heeft. [...] Haar tewerkstellingsmogelijkheden zijn, eventueel mits een beperkte bijscholing, niet beperkt tot zwaar poetswerk. » Et le tribunal de relever que l'intéressée n'avait produit aucune documentation médicale pour appuyer sa demande.

Dans le cas du recours Y21, il s'agit d'une femme de 54 ans qui souffre des séquelles d'un accident de la route qui a occasionné une fracture compliquée de la cheville gauche, fracture pour laquelle plusieurs opérations ont été réalisées. Le tribunal du travail de Gand (section Dendermonde) confirme la décision négative de la DG Han : « Meent de deskundige te kunnen adviseren dat mevrouw wel een aantal beroepsactiviteiten kan uitvoeren. ...het moet gaan om een zittend beroep met beperking van beroeps-wandelafstanden. Zij kan echter een heel aantal administratieve functies uitvoeren zoals b.v. typwerk, telefoonwerk, secretariaatswerk enz. » Les arguments développés par le tribunal sont centrés sur la distinction à faire entre la législation propre à assurance indemnités (art. 100) et la législation s'appliquant à la DG Han, c'est-à-dire la notion de marché général du travail.

Le recours Y28 a été introduit par un jeune sourd de 28 ans. Le tribunal du travail de Gand (section Gand) rejette le recours en précisant ceci : « ...Het is duidelijk dat het verdienvermogen van eiser aanzienlijk verminderd is, doch op basis van de genoten opleidingen en vaardigheden van eiser, is de rechtbank het eens met het openbaar ministerie, dat het verdienvermogen niet minder bedraagt dan 1/3 dan dat van een valide persoon op de arbeidsmarkt ». Au regard de l'état de la jurisprudence, analysée plus haut (*supra*, I, B, 3), ce jugement paraît un peu dissonant.

Le recours Y22 est introduit par une personne âgée de 55 ans, dont la pathologie n'est pas précisée. Ce monsieur a vu son droit à une ARR reconnu par le médecin de la DG Han, mais pas le droit à une allocation d'intégration (AI). Le tribunal du travail d'Anvers (section Anvers) constate, d'une part, que l'ARR ne peut lui être attribuée en pratique, car ses revenus en tant qu'invalidé indemnisé par l'INAMI dépassent le plafond autorisé et, d'autre part, il confirme que le nombre de points attribuables pour l'autonomie est inférieur au seuil minimal de 7 points. Ce dossier est donc peu intéressant dans le cadre de la présente étude. Il faut toutefois remarquer que le tribunal estime que la question d'un revenu décent, tel que soulevée par le requérant, n'est pas du ressort de la DG Han mais du CPAS.

#### *Synthèse de l'entretien avec les responsables du service*

Les responsables avaient donc reçu un questionnaire d'ordre général afin de structurer la discussion (cf annexes 3 et 3bis) et c'est ce canevas qui a été suivi.

Les responsables observent une diminution importante du nombre de recours depuis 2017, ce qui précède de peu le début de la mise en œuvre effective de la sixième réforme de l'État et la régionalisation de l'APA. Selon les données fournies par le service pour les années 2013 à 2019, les recours en matière d'ARR et AI – et donc APA non comprise, afin de neutraliser l'incidence de sa régionalisation – ont diminué de 2258 en 2013 à 1656 en 2019, soit une diminution de 26%. En 2021, le nombre de recours s'est même limité à 1094. Les recours sont donc actuellement deux fois moins nombreux qu'auparavant, sans qu'il y ait d'explication évidente pour ce phénomène. Comme le montre le tableau de la page 54, cette forte réduction concerne surtout les recours introduits suite à une décision négative prise dans le cadre d'une révision.

Cela ne semble pas lié en tous cas à une mansuétude des médecins de la DG Han qui donneraient plus volontiers des décisions positives. Selon les données fournies par la DG pour la période 2013-2021, le pourcentage de décisions positives lors d'une première demande d'ARR/AI a varié entre 19,0% au minimum et 47,6% au maximum selon les années et les régions. Il n'existe pas d'évolution claire indiquant que le taux de décisions positives augmenterait au cours des années les plus récentes. Il y a par contre une variation entre les régions : le pourcentage moyen de décisions positives a été au cours de ces 9 années de 35,7% en Flandre, de 29,7% en région bruxelloise et de 27,7% en Wallonie. Cette différence entre régions doit cependant être mise en rapport avec les différences régionales en matière de nombre de demandes d'ARR/AI : celles-ci sont proportionnellement plus nombreuses en Wallonie (42% en moyenne du total annuel) qu'en Flandre (49% en moyenne)<sup>129</sup>.

La mise en place de nouvelles attitudes vis-à-vis des demandeurs mécontents de la décision pourrait jouer un rôle. Le service encourage en effet les médecins à revoir rapidement le dossier lorsqu'un demandeur réagit avant d'introduire un recours. Dans le même esprit, lorsque la DG est informée de l'introduction d'un recours, elle invite le médecin à réexaminer le dossier durant le temps d'instruction du recours afin de voir si la décision initiale doit être revue avant d'atteindre le stade de l'expertise contradictoire.

La nature du diagnostic médical est-il associé au taux de recours ? Aucune statistique de ce type n'est actuellement disponible au sein de la DG Han pour répondre à la question.

Parmi les facteurs influençant le taux de recours, le facteur régional est incontestable : auparavant, les recours étaient plus fréquents du côté francophone mais actuellement l'inverse est observé : les recours sont plus nombreux en Flandre. Il est manifeste également qu'il y a une influence du président de chambre, c'est-à-dire du juge professionnel, sur l'issue des recours introduits : certains juges sont considérés à tendance « sociale », tandis que d'autres seraient plus stricts. Et lors du départ en retraite du président de chambre, on peut observer éventuellement avec son successeur un changement clair dans la sévérité relative du tribunal.

---

<sup>129</sup> Information communiquée par M. Luc Blomme, par un email du 16 janvier 2023.

Quant à l'existence éventuelle d'une variation selon le médecin de la DG Han qui prend la décision, aucune statistique n'est disponible.

Les médecins experts désignés par le tribunal ont souvent une influence déterminante sur l'issue du recours. Au vu des faibles honoraires pratiqués (de l'ordre de 500€ par expertise), le nombre de médecins disponibles dans chaque sous-région est limité et certains experts semblent adopter des positions systématiquement défavorables aux conclusions formulées par le médecin de la DG Han. Dans ces cas, la relation avec l'expert est difficile et parfois le médecin de la DG estime même inutile de se présenter à l'audience pour défendre son point de vue.

Le service du contentieux donne à tous les nouveaux médecins désignés une formation en français ou en néerlandais afin de les préparer à la conduite des recours. L'esprit qui sous-tend cette formation est le suivant : « Vous souhaitez défendre votre point de vue vis-à-vis du tribunal ? Venez alors travailler avec nous, juristes du contentieux, afin de présenter votre point de vue de manière compréhensible pour le juge. » Une fois la décision relative au recours rendue par le tribunal, elle est toujours communiquée au médecin de la DG qui avait pris la décision initiale, et parfois également au médecin coordinateur. On notera toutefois que certains des médecins évaluateurs rencontrés infirment cela (*supra*).

Selon les responsables du service, le taux de succès de la DG Han dans le cadre des recours serait de l'ordre de 50% – soit, par hypothèse, un taux de succès équivalent pour les demandeurs. Les statistiques fournies par la DG à ce sujet confirment cette estimation : le pourcentage de recours déclarés fondés par le tribunal du travail oscille entre 45,5% en 2016 et 50,6% en 2021.

Quelles améliorations suggérer pour diminuer la fréquence des recours ? Les responsables interrogés ont proposé quelques pistes :

- que le médecin motive mieux les raisons d'une décision négative ;
- que la DG Han envoie au demandeur(esse) une lettre donnant quelques explications du pourquoi de la décision négative, car actuellement l'information donnée est de type formatée et très laconique (« votre capacité de gain n'est pas réduite à moins d'un tiers »)<sup>130</sup> ;
- Que le service du contentieux fournisse aux médecins des exemples-type de jurisprudence qui pourraient faire l'objet au sein des centres régionaux d'une discussion dans le cadre de réunions de « peer-review » consacrées à des dossiers concrets.

### **C. Synthèse des entretiens avec des membres du Conseil supérieur national des personnes handicapées**

---

<sup>130</sup> Il peut être relevé que la persistance du recours à cette formule standardisée est fort problématique au regard de la charte de l'assuré social, laquelle impose, depuis son entrée en vigueur en 1997, il y a donc plus de deux décennies, que les décisions d'octroi et de refus de prestations de sécurité sociale soient motivées : loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social, art. 13.

Les Drs Mairiaux et Schenkelaars ont eu l'occasion de rencontrer des membres du CNSPH représentant l'Association socialiste de la personne handicapée (ASPH), les *Christelijke Mutualiteiten*, le service d'accompagnement bruxellois à la Ligue Braille et la *Katholieke Vereniging Gehandicaptten*.

De ces rencontres, plusieurs éléments pertinents peuvent être retenus :

- Les motivations sont souvent trop lacunaires et ne permettent pas de comprendre la décision, le cas échéant d'apporter des éléments nouveaux en réponse à la motivation.
- L'évaluation est basée sur un modèle strictement médical alors qu'on a évolué vers un modèle bio-psycho-social dans les autres régimes et dans la littérature internationale. En particulier les facteurs environnementaux et la résilience ou non de la personne porteuse d'un handicap sont ou non pris en compte suivant les expertises. La question demeure de la prise en compte ou non de la détresse sociale.
- Le domaine est fort complexe et souvent affaires de spécialistes (médicaux et sociaux), ce qui génère des incompréhensions tant de la personne handicapée et de son entourage que des médecins du secteur thérapeutique.
- On constate de grandes divergences tant dans les décisions de la DG Han que dans les conclusions d'expertises, sans comprendre sur quels éléments ces différences sont fondées. À titre d'exemple, on cite que là où certains experts considèrent incompatible un travail effectif avec une reconnaissance en ARR, d'autres au contraire voient dans cette reconnaissance un soutien à l'intégration sociale. Les expertises sont souvent aléatoires, peu objectivées et dépendantes de la qualité de l'expert. Un souhait d'une évaluation plus collégiale est aussi exprimé.
- Les membres du CNSPH déplorent que les médecins évaluateurs manquent de temps pour leurs évaluations, que des décisions qui engagent l'avenir des personnes porteuses d'un handicap soient prises en un laps de temps trop court.
- Des possibilités de révision d'une décision en concertation avec l'administration de la DG existent mais devraient être plus formalisées car elles permettent un réel dialogue et éviteraient de nombreuses incompréhensions et de nombreux recours.
- L'évaluation devraient aussi s'ouvrir plus à la perspective d'intégration socioprofessionnelle dans une perspective d'encouragement, d'accompagnement et de soutien psychologique et financier.
- La reconnaissance n'est pas qu'affaire d'allocations financières mais comporte aussi une dimension symbolique qu'il ne faut pas négliger.
- L'évaluation sur pièces a montré d'importants écarts d'appréciation entre la DG Han et les experts judiciaires. Une évaluation après un examen clinique reste le « golden standard ».
- Des pathologies comme la fibromyalgie, la fatigue chronique, l'hyperélectrosensibilité restent controversées.
- Les délais de réponse sont variables entre régions mais l'évaluation médicale reste le facteur limitant en particulier en période de covid-19.
- Le travail à domicile (en particulier en période de covid) a été souvent considéré comme la preuve d'une capacité de gain, ce qui serait problématique.

- On déplore le manque de contacts entre les différents secteurs de la sécurité sociale.
- Ne faudrait-il pas avoir des critères de qualité et des objectifs à atteindre pour pouvoir évaluer les services de la DG Han ?
- Tous insistent sur la nécessité d'une évaluation par un médecin, et certains accentuent l'importance des contrôles pour éviter les abus.

## Conclusion

Plusieurs éléments significatifs ressortent des entretiens menés avec les différents interlocuteurs.

Il est d'abord frappant de constater à quel point l'absence de critères clairs d'évaluation de la capacité de gain dans la législation et les circulaires, un élément déjà souligné dans le chapitre juridique, a pour effet de générer des discordances importantes entre des évaluations réalisées par des médecins différents, et cela pour des demandeurs dans des situations en apparence similaires. Comme cela a été illustré dans le présent chapitre, les discordances les plus notables ont pour objet :

- La prise en compte, ou non, du fait que le demandeur a déjà exercé, ou exerce encore un travail (en dehors du cadre spécifique des entreprises de travail adapté) ; dans certains cas, cela justifie le refus d'attribution d'une ARR – ce qui est problématique au regard de la jurisprudence –, dans d'autres, cela n'empêche nullement une telle attribution ;
- La prise en compte, ou non, dans l'évaluation de facteurs non directement médicaux tels que l'âge du demandeur par rapport au marché du travail, le niveau de sa maîtrise d'une des langues nationales, ou de façon en fait plus implicite sa situation socio-familiale ;
- Le fait de prendre, chez les demandeurs jeunes principalement, soit une décision à durée déterminée – ce que la réglementation ne semble pas permettre –, soit une décision à durée indéterminée, soit encore de postposer toute décision jusqu'à l'achèvement espéré du processus de formation entamé par le jeune. Sur ce point, le vide réglementaire est entier et en l'absence de circulaire interne à la DG Han, chaque médecin semble libre d'apprécier au cas par cas ce qui lui semble être la décision la plus adaptée.

Ce dernier point amène à constater que l'ouverture de l'accès aux allocations accordées par la DG Han aux jeunes à partir de 18 ans soulève une série de questions particulières, avec notamment la disparition de l'accès aux informations relatives aux allocations familiales majorées (AFM) suite à la dernière réforme de l'état. Pour toutes ces questions, il n'existe aujourd'hui pas de cadre législatif ni même de procédures ou recommandations internes à la DG Han. Cette lacune entraîne en pratique des inégalités de traitement difficilement acceptables.

On peut donc comprendre que certains membres du CSNPH aient pu exprimer leur conviction selon laquelle l'évaluation en matière d'ARR se fait « à la tête du client » et que le demandeur peut avoir la chance, ou la malchance selon les cas, d'être évalué par tel ou tel médecin. Pour les raisons évoquées ci-dessus, ceci n'implique pas pour autant que les médecins évaluateurs fassent preuve de désinvolture ou de légèreté

dans leurs pratiques d'évaluation ; les médecins interviewés ont tous sans exception témoigné d'une grande conscience professionnelle et de leur souci de rigueur et d'objectivité dans leurs évaluations. Les interviews ont cependant montré que la manière de travailler de ces médecins varie très fort tant en ce qui concerne leur environnement de travail que dans l'organisation pratique des évaluations.

Face à la variabilité des décisions prises pour des cas en apparence similaires, les médecins coordinateurs s'efforcent de favoriser une plus grande homogénéité des décisions en encourageant les processus et réunions de *peer review* au niveau des centres régionaux. Toutefois, cette politique semble encore peu systématisée tant sur le plan des fréquences de réunion que de leur contenu et mode d'organisation. Ainsi, l'intervention dans ces réunions de juristes du service contentieux, bien que souhaitée par ces derniers, semble rare en pratique. Un obstacle bien réel à la mise en place d'une vraie politique en la matière est l'absence de rémunération spécifique pour ces moments de *peer review*.

Une question qui reste ouverte est celle du choix à opérer entre l'évaluation « sur pièces » c'est-à-dire sans rencontrer le demandeur, et l'évaluation réalisée au cabinet médical après convocation du demandeur. La répartition des demandes entre ces deux procédures est-elle vraiment aléatoire comme l'a suggéré un des médecins interrogés ? Quels sont les critères suivis au sein de la DG pour privilégier une procédure plutôt que l'autre ? Le choix effectué a-t-il un impact sur la qualité de l'évaluation et en conséquence le taux de recours subséquent ? Les chercheurs n'ont pas de réponse à ces questions à ce stade de l'étude.

Si la plupart des interlocuteurs interrogés reconnaissent que la connaissance des qualifications acquises par les demandeurs (via le parcours scolaire et/ou les formations) ainsi que l'existence d'une expérience professionnelle éventuelle doit faire partie des éléments de leur évaluation, les interviews démontrent que dans beaucoup de cas, les informations dont ils disposent à ce sujet au moment de leur évaluation sont incomplètes, ou imprécises, ou très vagues. Or, la mise à disposition d'informations claires et précises, via un soutien administratif approprié, pourrait améliorer la qualité des évaluations et contribuer à motiver mieux la décision prise.

Enfin, la mise en œuvre d'équipes multidisciplinaires au sein des centres régionaux est loin d'être encore généralisée et le mode de participation à l'évaluation des paramédicaux et des psychologues qui viennent d'être recrutés reste à clarifier.

### **III. Enquête quantitative réalisée auprès des médecins travaillant pour la DG Personnes handicapées**

Philippe MAIRIAUX

Professeur honoraire de médecine du travail à l'Université de Liège

Département des sciences de la santé publique

et

Jean-Pierre SCHENKELAARS

Consultant et maître de conférences en médecine d'assurance sociale à l'UCLouvain

Faculté de santé publique

avec la collaboration de Daniel DUMONT

Professeur à l'Université libre de Bruxelles

Centre de droit public et social

#### **A. Méthodologie**

Questionnaire d'enquête

Représentativité de l'échantillon des médecins répondants

#### **B. Présentation et discussion des résultats**

Modalités du cadre de travail pour les expertises

Diagnostics posant le plus de difficultés pour l'évaluation de la perte de capacité de gain

Durée de la reconnaissance accordée

Problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de vie

Informations tirées d'évaluations réalisées par d'autres organismes

Perte de capacité de gain et travail en entreprise de travail adapté ou poursuite d'études

Causes de refus de reconnaissance

L'aide d'assistants évaluateurs pour l'évaluation des demandes

Recours aux tribunaux

Relation avec le médecin coordinateur de la DG HAN et formation continue dans les centres

Suggestions pour augmenter l'attractivité de la fonction et points d'attention pour éviter une dévalorisation de la fonction

Éléments non abordés dans le questionnaire d'enquête mais mentionnés librement

#### **Conclusion**



Le protocole d'étude soumis par le consortium de recherche prévoyait que la première phase de l'étude, consacrée à produire un bilan et une analyse de la situation existante, comporterait la réalisation d'une enquête quantitative, par questionnaire, auprès de l'ensemble des professionnels de l'évaluation travaillant pour la DG Personnes handicapées (DG HAN). Il s'agissait de vérifier auprès de tous les intéressés, c'est-à-dire environ 105 médecins et 20 non-médecins, les hypothèses tirées de l'enquête qualitative. Après consultation des deux médecins coordinateurs de la DG, les Drs Thierry De Cuyper et Ann Hombroux, il est toutefois apparu prématuré de mener une enquête auprès des évaluateurs non-médecins. Non parce que le point de vue de ceux-ci n'est pas intéressant à connaître, mais parce que leur recrutement est dans la plupart des cas fort récent, et les tâches qui leur sont confiées sont en pratique encore très variables d'un centre régional à l'autre. Seuls les médecins évaluateurs ont donc été invités à participer à l'enquête.

## **A. Méthodologie**

Une première version du questionnaire d'enquête a été établie par le consortium de recherche en collaboration avec les deux médecins coordinateurs. À la suite de la réunion du comité d'accompagnement de l'étude du 13 décembre 2022, il avait été convenu que les services du SPF assureraient la digitalisation de cette version du questionnaire et se chargeraient ensuite de sa diffusion. À la mi-février 2023, il est cependant apparu qu'une solution interne serait difficile à mettre en place et pourrait susciter un doute quant au respect de l'anonymat des répondants. Le consortium de recherche a donc recherché un groupe scientifique extérieur qui pourrait se charger de l'ensemble de la gestion de l'enquête, en ce y compris l'analyse statistique des résultats. L'équipe BSTAT (biostatistiques) de la Pr Donneau à l'Université de Liège a été contactée et a remis une offre pour ce travail. L'offre a été acceptée et le bon de commande signé par la direction de la DG en date du 15 mars 2023.

### *Questionnaire d'enquête*

Suite à cet accord, le consortium de recherche a tenu une réunion de travail avec l'équipe BSTAT et a encore apporté une série de modifications au questionnaire, pour en faciliter la digitalisation et en améliorer la clarté. Les courriers d'invitation ont été finalisés et traduits. M. de Vaucleroy a transmis au consortium une liste mise à jour des adresses e-mail de tous les médecins travaillant pour la DG HAN. Les chercheurs ont alors recontacté 9 médecins qui avaient participé aux entretiens réalisés dans le cadre du volet qualitatif de l'étude, afin de leur demander de réaliser un pré-test du questionnaire et de retourner un formulaire d'évaluation de celui-ci. Le pré-test a été complété par 6 médecins (3 NL dont la Dr A. Hombroux, coordinatrice, et 3 FR) entre les 22 et 30 mars 2023. Ce pré-test a permis d'adapter le questionnaire entretemps digitalisé. Les versions révisées (NL et FR) du questionnaire ont été finalisées le 5 avril ; elles figurent dans les annexes 5 et 5bis.

L'invitation à se connecter à la plateforme mise au point par l'équipe BSTAT a été diffusée par email le 6 avril à 55 médecins néerlandophones et à 41 médecins francophones. Il a été décidé de ne pas inviter à participer les 6 médecins ayant déjà complété le pré-test, ni le Dr T. De Cuyper, coordinateur francophone, qui avait

préparé le questionnaire avec les chercheurs. Les questionnaires ont été remplis de manière anonyme et les données hébergées sur des serveurs sécurisés de l'Université de Liège.

L'enquête a été clôturée le 26 avril à minuit et durant la période d'enquête (7-26 avril), 43 questionnaires ont été remplis par les médecins évaluateurs. L'équipe BSTAT a réalisé l'analyse des données ainsi récoltées et a remis le 5 mai au consortium un rapport d'analyse des résultats (annexe 6). Les lignes qui suivent reposent sur celui-ci.

#### *Représentativité de l'échantillon des médecins répondants*

Quelques données descriptives fournies par les répondants permettent d'évaluer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population de l'ensemble des 96 médecins ayant été sollicités pour participer à l'enquête. Le tableau ci-après permet de constater que le taux de réponse a été nettement plus important parmi les médecins statutaires que parmi les médecins désignés, ainsi que parmi les médecins ayant une ancienneté de plus de 10 ans. En revanche, il n'y a pas de différence significative de taux de réponse entre hommes et femmes, ni entre néerlandophones et francophones. Au total, l'échantillon qui a répondu à l'enquête peut être considéré comme raisonnablement représentatif de l'ensemble des médecins pratiquant des évaluations pour la DG HAN.

Tableau III.1 : Analyse de la représentativité de l'échantillon

	Population interrogée			N répondants			Taux de réponse (%)			p-valeur**
Langue	NL	FR		NL	FR		NL	FR		0.44
	55	41		27	16		49,1	39		
Statut	Statutaire	Désigné		Statutaire	Désigné	?	Statutaire	Désigné		0.029
	17	79		12	30	1*	70,6	38		
Genre	Homme	Femme		H	F		H	F		0.90
	54	42		25	18		46,3	42,9		
Ancienneté DG HAN	< 5 ans	5-10 ans	> 10	< 5 ans	5-10 ans	> 10	< 5 ans	5-10 ans	> 10	0.018
	22	15	59	5	5	33	22,7	33,3	55,9	

(\*) Pour 1 médecin statutaire, l'ancienneté n'est pas connue ; pour cette variable, la population interrogée est donc sous-estimée et les taux de réponse légèrement surestimés.

(\*\*) Comparaison des taux de réponse : p-valeur du test Chi-carré

Il faut noter qu'il y a une relation étroite très probable entre l'âge des médecins et l'ancienneté de leur travail pour la DG HAN : 60,4% des médecins répondants ont 60 ans et plus, tandis que parmi les 96 médecins interrogés, 61,5% travaillent depuis plus de 10 ans pour la DG.

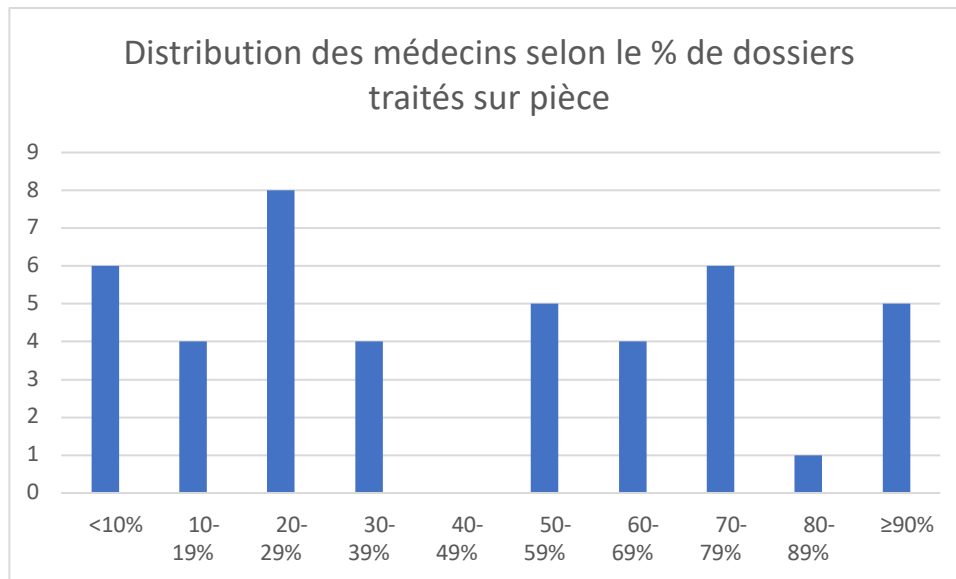
## **B. Présentation et discussion des résultats**

Pour commencer, il est intéressant de relever qu'une part significative des médecins qui a rempli le questionnaire a exprimé d'initiative, dans la rubrique finale « libre » dudit questionnaire, sa satisfaction d'avoir été sondé, ainsi que son souhait d'être impliqué dans la gestation d'éventuelles réformes futures.

*Modalités du cadre de travail pour les expertises (tableaux 3, 15 et 33 de l'annexe 6)*

L'évaluation d'un dossier par les répondants prend entre 17 et 46 minutes, sur la base des durées moyennes minimale et maximale qui ont été renseignées. Les médecins avec plus d'ancienneté prennent un peu moins de temps, mais il n'y a pas de différence par contre en fonction de l'appartenance linguistique de l'évaluateur.

Depuis la fin des mesures Covid, il apparaît qu'au total, un peu moins de la moitié des dossiers en moyenne sont traités sur pièces et en télétravail. Cela varie fort d'un médecin à l'autre comme l'illustre le graphique ci-dessous, avec certains médecins qui ne travaillent que rarement sur pièces (< 10%) et d'autres pour lesquels cela constitue le mode de travail presque exclusif (>= 90% des dossiers). Cette très grande disparité des pratiques, qui n'est pas influencée par le rôle linguistique du médecin, doit-elle être attribuée au seul hasard ? Cela paraît peu vraisemblable. Est-elle le résultat de pratiques propres à chaque centre régional, ou l'expression au moins indirecte des souhaits du médecin, de ses préférences personnelles ? Lors de l'enquête qualitative, certains médecins s'étaient interrogés sur les critères utilisés pour allouer la demande d'un assuré, soit à un examen sur pièces, soit à un examen médical au cabinet. Malheureusement, le questionnaire d'enquête utilisé ne comportait pas de questions à ce propos et la question des critères reste donc entière, de même que celle des motifs d'une variabilité aussi importante entre évaluateurs.



Pour les dossiers comportant une rencontre avec le demandeur, environ la moitié du temps est consacrée à l'expertise elle-même (anamnèse/examen clinique éventuel) ; un quart du temps, à la prise de connaissance du questionnaire *intake* et des rapports médicaux ; et un quart du temps, à la rédaction du rapport. À ce propos, deux tiers des répondants néerlandophones estiment qu'un format type les aiderait à rédiger ces rapports, contre seulement un quart de francophones.

Au total, les médecins évaluateurs consacrent en moyenne 6,7 demi-journées par semaine, soit 0,67 ETP, pour les expertises demandées par la DG HAN, sans différence significative entre communautés linguistiques. Consacrant ainsi en moyenne 2/3 de leur temps de travail à des expertises pour la DG HAN (le minimum parmi les répondants étant un 1/3 temps), les médecins experts sont peu nombreux à exercer d'autres activités d'expertise : 4 en font pour d'autres IPSS fédéraux, 5 en tant que médecin de recours, 4 comme experts auprès des tribunaux, et 2 pour les assureurs privés. La plupart des médecins se consacrent donc en majorité à la DG HAN, tout en ayant une pratique privée par ailleurs. Il faut bien entendu noter que les médecins statutaires, eux, consacrent tout leur temps de travail à la DG HAN.

Cette activité d'expertise se passe pour moitié dans un centre régional de la DG HAN, où ont lieu la plupart des examens médicaux, les examens au cabinet privé du médecin expert étant plutôt l'exception parmi les répondants (10 médecins sur 43). Le reste de l'activité est assurée en télétravail.

Le temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels,...) est en moyenne de 4.4 heures par semaine.

Le temps consacré au *peer review* (avec le médecin-coordonateur du centre régional et/ou par des discussions entre collègues) est de 2.6 heures par semaine.

Notons au passage qu'environ la moitié des répondants néerlandophones se rendent parfois au domicile des demandeurs pour une évaluation, pour seulement 12,5 % de francophones. C'est un écart très important.

*Diagnostiques posant le plus de difficultés pour l'évaluation de la perte de capacité de gain (tableaux 4, 16 et 34 de l'annexe 6)*

Selon les médecins évaluateurs répondants, les diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'ARR sont, dans l'ordre : la fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (83.7%), le syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité (81.2%), une discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (58.1%), le syndrome autistique (55.8%), le burn-out (51.2%), les problèmes psychiatriques chez les jeunes (48.8%), et enfin les lombalgies (44.2%). Il s'agit de tous les diagnostics qui avaient été cités spontanément par certains médecins lors des interviews.

Il existe cependant deux différences importantes dans les réponses à ce sujet selon la communauté linguistique d'appartenance du médecin : l'évaluation d'un syndrome autistique pose des difficultés d'appréciation beaucoup plus fréquentes chez les néerlandophones (77.8%) que chez les francophones (18.8%) ( $p=0.0002$ ), tandis qu'à l'inverse, la proportion de répondants francophones (81.2%) qui considèrent que le syndrome d'Ehler-Danlos (hypermobilité) pose des difficultés d'appréciation est plus élevée que chez les répondants néerlandophones (33.3%) ( $p=0.0024$ ).

Si l'ancienneté du médecin répondant n'a pas d'influence sur les difficultés d'évaluation rencontrées, le statut du médecin – désigné ou statutaire – n'a pas non plus d'influence, sauf sur un point : l'existence d'une discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées est identifiée comme une difficulté par 70% des médecins désignés, mais seulement par 25% des statutaires ( $p=0.014$ ).

Face à ces difficultés d'évaluation pour certaines pathologies, la majorité des répondants (53.5%), quels que soit leur régime linguistique, leur ancienneté ou leur statut considèrent que le *Manuel des instructions, recommandations et procédures internes* de la DG HAN, informellement dénommé la « Bible », n'apporte qu'une aide limitée. Si pour 27.9% d'entre eux, il apporte une aide précieuse, 14% des répondants ( $n=6$ ) ne connaissent même pas l'existence ce manuel. On notera que parmi ces derniers, 5 ont une ancienneté supérieure à 10 ans, ce qui suggère la nécessité de renforcer l'information à propos de ce manuel, à supposer que son utilité soit d'abord vérifiée.

*Durée de la reconnaissance accordée*

Sur la durée de la reconnaissance accordée, l'enquête quantitative livre une conclusion similaire à celle tirée des entretiens qualitatifs menés avec les médecins évaluateurs : les 43 répondants (100%) disent tous qu'il leur arrive de reconnaître une capacité de gain réduite donnant le droit à l'ARR pour une durée limitée dans le

temps<sup>131</sup>. Les principaux facteurs qui favorisent ce type de décision sont, dans l'ordre : l'existence d'un processus de revalidation en cours (95,3%), le jeune âge (18-25 ans) du demandeur (88,4%), une pathologie évolutive (86%) et un diagnostic imprécis (65,1%).

*Problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de vie (tableau 6 de l'annexe 6)*

Tous les médecins ne sont pas d'avis qu'il y a des problématiques spécifiques à certaines périodes de la vie : ainsi, la moitié des répondants n'ont pas renseigné de problématiques spécifiques chez les plus de 55 ans, tandis que 29,3% n'en ont pas mentionné pour les 18-25 ans.

Si l'on prend en compte les problématiques citées pour les différentes périodes définies dans le questionnaire, on obtient les principales problématiques suivantes par ordre décroissant de pourcentage des répondants qui ont renseigné au moins une problématique. Pour les 18-35 ans, il s'agit surtout du syndrome autistique (cité par 21 médecins) ou de problèmes psychiatriques (18 médecins) ; la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique sont mentionnés par 11 médecins, de même qu'une discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées.

Pour les 26-35 ans, la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique sont les pathologies les plus souvent citées (17 médecins) ; la lombalgie est citée par 14 médecins, et l'existence de douleurs chroniques par 12 médecins.

Pour les 36-55 ans, la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique sont à nouveau les pathologies les plus souvent citées (17 médecins), tandis qu'une discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées est citée par 15 médecins, et la lombalgie par 13 d'entre eux.

Pour les plus de 55 ans, ce sont la lombalgie (13 médecins) et une discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (12 médecins) qui sont le plus souvent citées.

*Informations tirées d'évaluations réalisées par d'autres organismes (tableaux 7, 17 et 35 de l'annexe 6)*

Les sources d'information dont dispose le médecin évaluateur pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur sont principalement l'anamnèse de la personne lors de l'expertise (88,4%), le formulaire *intake* (79,1%) et les rapports par des services médicaux spécialisés produits par la personne handicapée elle-même (72,1%). Curieusement, les évaluations antérieures du demandeur par la DG HAN sont mieux connues du côté francophone (93,8%) que du côté néerlandophone (63,0%). On ignore pourquoi elles ne sont pas systématiquement accessibles aux médecins, dans la mesure où l'administration doit en principe être en possession de toutes les évaluations réalisées en son sein. Lorsque

---

<sup>131</sup> Nous avons indiqué dans la partie juridique du rapport ne pas identifier le fondement réglementaire de cette pratique.

d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de protection sociale fédérale ou fédéré (mutuelle, service public de l'emploi et de la formation, service public de l'aide aux personnes handicapées, etc), le médecin évaluateur n'a accès à aucune information dans 83.7% des cas. Il faut noter que les médecins statutaires font globalement plus appel à ces informations que les médecins désignés. Il se confirme donc que les données de santé en provenance des autres institutions de sécurité sociale semblent très peu circuler vers la DG HAN.

*Perte de capacité de gain et travail en entreprise de travail adapté ou poursuite d'études (tableaux 8, 18 et 36 de l'annexe 6)*

Au total, 88.4% des médecins évaluateurs estiment que le fait que la personne travaille dans une structure de travail aménagé (ETA, AFT, CISP, *maatwerkbedrijf*) a une influence sur leur analyse et la décision qui en découle, mais dans un sens souvent opposé en fonction du régime linguistique. Pour plus de la moitié des francophones, c'est un indice de capacité de gain<sup>132</sup>, alors que pour plus de 80 % de néerlandophones, il s'agit au contraire d'un indice de capacité de gain réduite.

Il y a par contre consensus parmi l'ensemble des répondants pour considérer que le fait de travailler dans un emploi sur le marché général du travail, comme le fait de poursuivre des études générales est un indice de capacité de gain, alors que le fait d'étudier dans l'enseignement spécialisé est au contraire un indice de capacité de gain réduite.

*Causes de refus de reconnaissance (tableaux 10 et 11 de l'annexe 6)*

Lorsque la décision médicale est négative, un seul des médecins répondants (2,3%) affirme communiquer systématiquement et de façon immédiate sa décision au demandeur. Le reste des répondants affirme procéder ainsi soit « parfois » (21 médecins), soit « jamais » (21 médecins). La ventilation des réponses à cette question n'est pas différente selon l'appartenance linguistique du médecin, ni selon l'ancienneté du médecin évaluateur. La proportion de médecins évaluateurs statutaires qui déclarent ne jamais communiquer tout de suite leur décision (25%) est plus faible que celle des médecins désignés (60%), mais cette différence n'est statistiquement pas significative, ce qui s'explique par le faible effectif des médecins statutaires (n=12) dans la population des répondants.

Cette absence de communication immédiate de la décision dans la plupart des cas peut être interprétée en regard des éléments d'explication fournis lors des interviews des médecins évaluateurs au cours de l'enquête qualitative. De nombreux éléments avaient alors été évoqués : souci d'équité vis-à-vis des demandeurs dont la demande est examinée sur pièces, et donc sans interaction directe avec le médecin ; souhait de faire une synthèse des données médicales récoltées à travers l'anamnèse, l'examen clinique et les rapports de médecins spécialistes « à tête reposée », après la sortie de

---

<sup>132</sup> On relèvera que, en l'état de la réglementation et de la jurisprudence, pareille appréciation est problématique, ainsi que cela a été exposé dans le volet juridique du rapport.

l'assuré du cabinet médical ; et enfin existence de situations complexes pour lesquelles le médecin cherche à recueillir l'avis de ses collègues du centre régional ou du médecin coordinateur avant toute prise de décision. La crainte d'une réaction agressive du demandeur suite à un refus peut sans doute jouer aussi un rôle dans cette attitude.

Le tableau 11 reprend l'ensemble des motivations de refus exprimées, en texte libre, par 38 des 43 médecins répondants. De la lecture de ce tableau, on peut déduire que les principales motivations citées par les médecins sont les suivantes :

- Le médecin estime sur la base du dossier ou de son examen que le demandeur conserve, malgré sa pathologie et le handicap associé, une aptitude à un travail normalement rémunérateur, ou qu'il pourrait effectuer un travail léger en position assise, ou que sa bonne formation intellectuelle permet un travail en dépit du handicap, ou qu'un travail léger est possible, ou qu'un travail adapté éventuellement à mi-temps est possible, ou que la pathologie entraîne des limitations trop réduites que pour diminuer la capacité de gain à moins d'un tiers, ou que la situation médicale s'est améliorée et ne justifie plus de reconnaître une réduction de la capacité de gain à moins d'un tiers ;
- Le médecin estime que le demandeur bénéficiant d'allocations de chômage, cela implique qu'il possède un niveau suffisant de capacité de gain, une aptitude au travail ; dans certains cas en Flandre, le médecin peut attendre les résultats d'un accompagnement du GTB, ou la suite des stages entamés par un jeune, avant de statuer sur la demande ;
- Le médecin observe chez le demandeur durant l'examen ou à la sortie du cabinet médical, une exagération des symptômes et des limitations fonctionnelles, un comportement théâtral, des attitudes qui témoignent d'une discordance entre les données objectives de la pathologie et ses conséquences en matière de capacités fonctionnelles ;
- Le médecin peut aussi tenir compte d'éléments d'ordre plus administratif : le demandeur ne s'est pas présenté à l'examen médical, ou n'a pas fourni les rapports médicaux demandés.

*L'aide d'assistants évaluateurs pour l'évaluation des demandes (tableaux 13, 22 et 40 de l'annexe 6)*

L'aide de collaborateurs pour la préparation du dossier administratif est déjà plus présente du côté francophone (86,7 %) que du côté néerlandophone (51,9 %), et aussi plus présente chez les médecins statutaires. Ceux qui n'en bénéficient pas encore souhaiteraient pouvoir en bénéficier. La réalisation de tests psychologiques (MMSE) ou fonctionnels (Tinetti) serait une aide appréciée par  $\frac{3}{4}$  des répondants. La réalisation de certaines évaluations avec contrôle médical a posteriori est acceptée par  $\frac{2}{3}$  des répondants. Les visites à domicile ou en institution pourraient être effectuées par des collaborateurs, estiment  $\frac{3}{4}$  des répondants.

*Recours aux tribunaux (tableaux 12, 21 et 39 de l'annexe 6)*

En cas de décision négative, 48.8% des médecins évaluateurs n'informent jamais le demandeur sur les possibilités de recours, 44.2% le font parfois, et 7% toujours.



L'information est donc loin d'être systématique. 72.1% des répondants disent être eux-mêmes toujours informés d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail. Lorsqu'ils sont informés d'un recours, les médecins évaluateurs participent autant que possible aux expertises contradictoires (« oui » pour 95.4% des répondants). Ces réponses sont identiques quelles que soient l'appartenance linguistique, l'ancienneté dans la profession ou le statut du médecin.

*Relation avec le médecin coordinateur de la DG HAN et formation continue dans les centres (tableaux 14 et 41 de l'annexe 6)*

La fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN a été précisée par 37 des médecins répondants. Pour plus de 60% des médecins, il s'agit d'une relation hebdomadaire (35,1%) ou quotidienne (27%). Pour un tiers environ des médecins, la fréquence des contacts est moindre, mensuelle (18,9%) ou trimestrielle (13,5%). Il faut rappeler ici que les médecins interviewés dans l'enquête qualitative avaient pour la plupart souligné la qualité de ces contacts et le soutien qu'ils représentaient. Assez logiquement, les contacts établis avec des collègues sont plus fréquents et sont en général soit quotidiens (36,6%), soit hebdomadaires (34,1%).

Selon 36 répondants, des moments de concertation entre collègues sont effectivement organisés au niveau du centre régional sur une base soit mensuelle (47,2%), soit trimestrielle (47,2%). Selon les répondants, l'objet de ces concertations est d'abord la discussion de cas difficiles sur une mode de *peer review* (32 médecins), mais aussi le partage d'informations, de bonnes pratiques ou d'évolutions de la réglementation (27 médecins). Accessoirement ces réunions peuvent avoir aussi comme objet des questions d'organisation administrative (16 médecins).

Pour les répondants, la non-participation éventuelle aux sessions organisées par la DG HAN n'est que peu liée à un manque de temps ou à un conflit horaire (2 médecins), mais plutôt à une autre raison (5 médecins).

Il n'y a pas de différence observée pour ces différentes questions en fonction de la langue du médecin ou en fonction de son ancienneté dans la fonction. Le statut du médecin influence par contre la fréquence des contacts entretenus avec des collègues. Ainsi la fréquence des contacts directs ou indirects (téléphone ou mail) avec des collègues médecins est quotidienne pour 75% des médecins statutaires, contre seulement 21.4% des médecins désignés ( $p=0.0074$  ; tableau 41). Une telle différence est bien sûr liée au rôle de coordinateur de centre qu'assume la moitié des médecins statutaires.

*Suggestions pour augmenter l'attractivité de la fonction et points d'attention pour éviter une dévalorisation de la fonction*

Plusieurs idées ont été mentionnées à cet égard.

- La revalorisation financière de la profession est très souvent revendiquée. Certains proposent d'introduire une différence d'honoraires entre les dossiers traités sur

pièces et ceux comportant un examen médical. L'harmonisation entre médecins statutaires et désignés, mais aussi avec les médecins évaluateurs d'autres secteurs de la sécurité sociale, est souvent évoquée.

- La formation continuée est appréciée. Elle pourrait se concentrer sur les pathologies complexes. Elle pourrait donner lieu à des incitants financiers comme l'accréditation. Le *peer review* et les réunions d'équipe pourraient être plus régulièrement organisés, ce qui confirme les données retirées des interviews.
- L'incertitude politique et les changements organisationnels, la complexité de la répartition des compétences en matière de sécurité sociale aux citoyens découragent de potentiels candidats et laissent les médecins actuels dans une certaine perplexité.
- L'introduction de la multidisciplinarité, mal expliquée semble-t-il, est vécue par certains comme une menace. L'incertitude quant au volume des prestations à effectuer est décourageante pour certains.
- La médecine d'assurance sociale est méconnue et mal connue ; le travail pour la DG HAN encore plus que pour les autres secteurs de la sécurité sociale.
- Un souhait de plus de participation à l'organisation et plus d'implication est souhaitée par les médecins désignés. Une concertation sur la mise en place et l'utilisation des outils informatiques serait appréciée.
- Une meilleure information aux futurs médecins ainsi qu'aux médecins traitants est demandée.
- Faire la différence entre une reconnaissance « morale » du handicap par la société et l'indemnisation financière de la perte de capacité de gain par le biais de l'octroi de l'ARR.
- Augmenter les connaissances et les bases scientifiques dans le domaine de la médecine d'assurance sociale. Promouvoir l'*evidence based medicine*.

*Éléments non abordés dans le questionnaire d'enquête mais mentionnés librement*

Les réflexions et remarques formulées par les répondants sont qualitativement intéressantes car elles font souvent écho à des éléments soulevés par les médecins évaluateurs lors des interviews réalisés. Nous avons tenté de les regrouper ci-après dans quelques catégories.

#### Formation des médecins évaluateurs

Une bonne évaluation médicale « nécessite du temps, du recul, de l'expérience, de la pratique de terrain et beaucoup de consultations *de visu* avant d'entreprendre des dossiers sur pièces. Aujourd'hui, on fait l'inverse : on apprend à faire des dossiers sur pièces avant d'avoir rencontré le terrain. »

“De artsen bevragen zelden de beroepsloopbaan, spiegelen hun beslissing IVT aan de ZIV-wetgeving, weten niet dat onze 'arbeidsmarkt' veel ruimer is dan deze van bv. ZIV-wetgeving.”

#### Évolution de la nature du métier de médecin évaluateur

« Tous les dossiers monopathologies ou 'faciles' sont donnés aux assistants et les médecins n'ont plus ces 'bouées d'oxygène' de dossiers 'faciles' entre deux dossiers. Ils n'ont plus que les dossiers conflictuels, mal documentés, complexes ; [...]. » On retrouve ici la critique de la multidisciplinarité mentionnée ci-avant.

« Le métier a changé, il est aussi plus lourd à porter psychologiquement car contrairement à ce que l'on pense, le médecin, garant de la loi, a aussi conscience qu'il fait 'tomber' les gens dans l'insécurité financière par son refus. »

“Het fysiek consult is stresserend voor betrokken aanvrager, maar ook voor de arts. De verwachtingen zijn hoog bij de aanvrager. De arts dient te evalueren wat niet kan, maar ook wat wel kan.”

#### Lacunes et insuffisances dans les informations disponibles

« Les formulaires remplis par les patients ne comportent pas assez de renseignements sur les études achevées, sur l'expérience et sur le dernier emploi occupé. »

“Door de achterstand zijn de intakes welke moeten gebruikt worden op stukken vaak obsoleet. Best automatisch nieuwe intake ofwel verplicht uit te nodigen. Misschien aan de artsen toch een therapeutische 'relatie' met de cliënt (tijdelijk) toestaan op moment van onderzoek om de meest recente medische gegevens in te zien.”

“Goede informatie over de arbeidsvoorwaarden/contract waaronder de werknemer in een maatwerkticket is tewerkgesteld.”

“Geen dossiers toelaten zolang het niet volledig is administratief én medisch.”

#### Durée de reconnaissance

« Lorsque l'ARR est reconnue à durée indéterminée, alors il est très difficile de retirer cette reconnaissance, les personnes vont au tribunal du travail et la décision [de retrait] est toujours rejetée. »

#### Demande d'ARR à l'approche de l'âge de la retraite

« Empêcher les personnes qui n'ont jamais eu une activité professionnelle de revendiquer cela à 64 ans. »

« Le bien-fondé de ce type d'évaluation chez les personnes n'ayant jamais travaillé en raison de leur statut social (femme au foyer par exemple) et approchant des 65 ans me semble discutable. À cet âge, la capacité de gain est en effet "naturellement" réduite. »

#### Nature et définition du handicap

“Ik denk dat er veel mensen met een beperking een aanvraag doen, maar of dit voldoende is om ze te beschouwen als persoon met een handicap daar twijfel ik aan. Mensen van de Nationale hoge raad willen dat wij spreken over personen met een handicap, terwijl ik heel vaak zie dat mensen die bij mij komen niet als persoon met een handicap willen aanzien worden.”

« L'ARR est aussi une reconnaissance "morale" d'un handicap. Un paraplégique ou un sourd qui travaillent méritent pour moi cette reconnaissance, même si peu d'incidences financières. »

“Ik heb het als arts moeilijk mee dat als iemand mits enorme bewezen inspanningen er toch in slaagt deeltijds te werken, wetende dat voltijds nooit zal lukken ik hem/haar IVT Neen moet toekennen bv ASS en iemand die geen enkele inspanning doet zijn IVT behouden blijft men moet niet bewijzen dat men met de uitkering probeert zijn ziekte toestand te verbeteren.”

## **Conclusion**

L'enquête quantitative vient corroborer les constats relevés à l'occasion des interviews d'une série de médecins volontaires réalisées dans le cadre du volet qualitatif de la recherche.

On retiendra en particulier :

- L'aspect apparemment aléatoire de la répartition entre les dossiers évalués sur pièces et les dossiers pour lesquels les demandeurs sont convoqués au cabinet médical. En outre, la variabilité très importante entre les médecins de la proportion des dossiers traités sur pièces interpelle.
- L'identification assez convergente des pathologies difficiles à évaluer.
- Le manque d'accès des évaluateurs à une série d'informations pourtant utiles relevées par les autres institutions publiques de sécurité sociale, ainsi que par les agences des entités fédérées en matière d'allocations familiales, d'emploi et de formation, ou de handicap.
- L'influence divergente, et même contradictoire, sur la décision en matière de réduction de la capacité de gain de l'exercice par le demandeur d'une certaine activité professionnelle.
- La pratique répandue de l'attribution de l'ARR pour une durée déterminée, dans différents types de circonstances, et cela sans un cadre réglementaire le permettant.
- L'ouverture à l'introduction de la multidisciplinarité dans le cadre de l'évaluation, mais aussi une certaine appréhension vis-à-vis des rapports à mettre en place avec les autres professionnels de la santé ou de l'aide.
- Le manque de reconnaissance tant pécuniaire que sociale du médecin évaluateur.

On retiendra de l'important taux de participation à l'enquête et des remarques formulées, le souhait de beaucoup de médecins désignés d'être plus étroitement associés à l'avenir et à l'évolution de la profession au sein de la DG HAN.

## **Annexe 1 : Révision du protocole de recherche suite aux suggestions du comité d'accompagnement de l'étude**

### **Analyse d'un échantillon de dossiers problématiques (P. Mairiaux et J.-P. Schenkelaars)**

Afin de constituer un échantillon aussi représentatif que possible des dossiers qui ont posé problème, mais dans les limites d'une enquête qualitative qui ne constitue que la première étape d'une recherche plus vaste, les chercheurs souhaitent examiner un total de 40 dossiers, dont la provenance sera ventilée comme suit :

- 24 dossiers à fournir par la DG HAN, dont 16 seraient proposés par des médecins évaluateurs et 8 par le service contentieux de la DG ;
- 16 dossiers à fournir par le Conseil supérieur national des personnes handicapées (CSNPH).

Pour les dossiers à fournir par la DG HAN, il sera demandé à la DG de proposer les noms de 4 professionnels néerlandophones et de 4 professionnels francophones qui assument de façon régulière l'évaluation de demandes d'octroi d'ARR de la part de personnes présentant un handicap. Ces professionnels devraient être en majorité des médecins indépendants travaillant à la prestation pour la DG, car ce sont des médecins de ce type qui, en pratique, assurent l'évaluation de la plupart des dossiers de demande. Il est important également que la DG veille à ce que les médecins choisis constituent un échantillon à fois diversifié et représentatif (notamment par rapport à la fréquence des recours dont leurs décisions font l'objet de la part des assurés sous l'angle médical). Parmi les médecins choisis, ceux sous statut indépendant devront avoir la garantie que le temps qu'ils consacreront à collaborer à l'étude sera reconnu et pris en charge par l'administration.

Il sera demandé à ces 8 évaluateurs de sélectionner chacun 2 dossiers qu'ils ont jugés problématiques lors d'une évaluation récente, réalisée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Pour la sélection de ces dossiers, les évaluateurs devront veiller à choisir aussi bien des dossiers dans lesquels le problème est lié principalement à la situation de la personne vis-à-vis du marché du travail (comme par exemple les étudiants) que des dossiers dans lesquels la difficulté d'évaluation est surtout liée aux troubles dont les demandeurs sont affectés<sup>133</sup>. L'objectif sera de disposer si possible d'environ 50% de dossiers concernant de jeunes demandeurs âgés de moins de 21 ans, lesquels constituent pour la DG HAN un public nouveau, en raison du récent abaissement de l'âge d'éligibilité aux allocations de 21 à 18 ans. Ces dossiers seront anonymisés et transmis ensuite par voie électronique, avec la fiche de décision correspondante, à l'équipe de recherche.

Dès la réception des dossiers, l'équipe de recherche sollicitera un rendez-vous pour un entretien, en vidéo-conférence, avec l'évaluateur concerné. Cet entretien durera environ 60 minutes. Il s'agira d'un entretien semi-structuré qui sera conduit sur la base d'une grille d'entretien préparée par les chercheurs, et qui abordera les

---

<sup>133</sup> Cette distinction est reprise du cahier des charges. Si, au fil des échanges avec le comité d'accompagnement, elle n'apparaissait pas pertinente, elle pourrait être abandonnée.

difficultés rencontrées par l'évaluateur pour chacun des dossiers transmis. Cette grille d'entretien sera élaborée avec l'aide des responsables médicaux de la DG HAN. Deux réunions d'1h30 à 15 jours d'intervalle seront organisées à cet effet par l'équipe de recherche. La version pilote de la grille sera soumise ensuite pour avis et remarques au comité d'accompagnement de l'étude.

La DG HAN sera invitée également à sélectionner 2 assistants évaluateurs, l'un francophone, l'autre néerlandophone, qui accepteraient une interview par l'équipe de recherche. L'objectif de ces interviews sera de compléter l'analyse des problèmes d'évaluation rencontrés en recueillant la vision des opérateurs non-médecins qui sont actuellement chargés de préparer ces évaluations.

Enfin, le service contentieux de la DG HAN sera invité à sélectionner 8 dossiers jugés exemplatifs des situations où la décision initiale d'évaluation a été contestée par le bénéficiaire, et où ce dernier a eu gain de cause devant le tribunal du travail. Les chercheurs organiseront un entretien conjoint avec deux juristes du service (si possible un néerlandophone et un francophone), afin de bien comprendre les arguments qui ont été évoqués et discutés en justice.

En parallèle, les chercheurs demanderont au CSNPH de leur transmettre 16 dossiers récents (si possible, 8 dossiers néerlandophones et 8 dossiers francophones) que les membres du Conseil jugent représentatifs des difficultés rencontrées par les personnes handicapées qui sollicitent l'attribution d'une ARR. Après réception de ces dossiers anonymisés, les chercheurs souhaitent pouvoir interviewer 4 membres du Conseil (si possible, 2 néerlandophones et 2 francophones) qui connaissent, directement ou indirectement, les dossiers transmis.

A l'issue des 15 entretiens prévus avec les médecins évaluateurs, les assistants évaluateurs et les juristes de la DG HAN, ainsi qu'avec des membres du CSNPH, les chercheurs souhaitent réaliser un entretien de synthèse avec deux médecins coordinateurs de la DG HAN, les docteurs Ann Hombroux et Thierry De Cuyper. Sur la base de l'analyse des 40 dossiers et des 16 entretiens mentionnés ci-dessus, l'équipe de recherche établira :

- une typologie des principales difficultés rencontrées pour l'évaluation de la perte de capacité de gain ;
- un descriptif de la variété des décisions prises, pour chaque type de difficulté rencontrée ;
- une synthèse des différences d'interprétation observées.

Cette première étape sera réalisée au cours des mois 1 à 4.

*Budget temps à prévoir :*

- *Élaboration de la grille d'entretien : 2 réunions d'1h30 + 10h de travail, soit 13h x 2 chercheurs, soit 26h ; planning : mois 1 et 2*
- *Lecture et analyse des dossiers reçus : 40 dossiers x 1h (à répartir entre les deux chercheurs en fonction de la langue du dossier) ; planning : mois 3 et 4*
- *Entretiens avec les médecins évaluateurs et les assistants : 1h par entretien x 8 + 2, soit 10h x 2 chercheurs, 20h ; planning : mois 3 et 4 ;*

- *Entretiens avec les juristes (1), les membres du CSNPH (4), les médecins-coordonateurs (1) : 1h30 par entretien x 6, soit 9h x 2 chercheurs, 18h : planning : mois 3 et 4 ;*
- *Rédaction de la 1<sup>ère</sup> section du premier rapport (« Etude qualitative sur les décisions prises à l'égard de dossiers problématiques ») : 12h par chercheur x 2 : 24h ; planning : mois 5 et 6*
- *TOTAL temps : 128h (au lieu des 126h prévues initialement),*

## **Annexe 2 : Guide d'entretien pour l'interview des médecins évaluateurs de la DG HAN**

*Conditions de votre expertise :*

Quel temps vous est alloué pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse + examen clinique éventuel) ? Disposez-vous d'un temps préalable pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux ? D'un temps supplémentaire pour rédiger votre rapport ?

Un dossier type vous aiderait-il à rédiger votre rapport ?

*Difficultés, lacunes règlement / législation / recommandations de 1987 :*

Selon votre expérience, la réglementation présente-t-elle des lacunes, des ambiguïtés qui compliquent l'évaluation ?

*Diagnostics compliqués :*

Quels sont a priori les diagnostics qui vous posent le plus de difficulté d'appréciation ?

Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG « Directives d'évaluation » vous apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée ? Ce manuel devrait-il être mis à jour ? Pour quelles pathologies surtout ?

Quelles directives suivez-vous en cas de syndrome autistique ou de comportement ADHD ?

Lorsque vous décidez d'attribuer une ARR, quels éléments influencent la durée de cette reconnaissance ?

*Intérêt de l'échelle AI/IT*

Dans quelle mesure les scores obtenus dans l'évaluation de la perte d'autonomie (AI) influencent ils votre évaluation en ARR ?

*Spécificités de l'âge*

Rencontrez-vous des problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de la vie ?

*Intérêt de la 'FCE' si limitations peu convaincantes*

Lorsque les limitations fonctionnelles du demandeur sont peu claires, pensez-vous qu'un examen des capacités fonctionnelles (ECF) réalisé par un ergothérapeute serait utile ?



*Perte de capacité de gain et antécédents professionnels :*

Quels sont les sources d'information dont vous disposez pour connaître le passé professionnel éventuel du demandeur ? Uniquement l'anamnèse de la personne lors de l'expertise ? Et le questionnaire intake (administratif) ? Avez-vous accès aux informations disponibles (cotisations de la personne) auprès des organismes tels que ONSS ou INASTI via la BCSS ?

*Travail en entreprise de travail adapté (ETA) et de formation par le travail (EFT)*

Le fait que la personne travaille en ETA ou EFT influence-t-il votre analyse ?

*Autres évaluations*

Êtes-vous au courant lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale ou régionale (AVIQ, Phare, VDAB-GTB...) ? Ces évaluations sont-elles parfois contradictoires ?

Comment évaluez-vous la personne lorsque vous êtes au courant d'un cumul INAMI/travail/AI voire de « vases communicants » entre régimes ?

*Recours aux tribunaux*

Êtes-vous informés d'éventuels recours auprès des tribunaux à la suite de vos décisions ?

*Enseignement spécialisé, AFM :*

Dans quelle mesure utilisez-vous les informations disponibles dans le dossier des allocations familiales majorées (AFM) ? Tenez-vous compte du type d'enseignement Spécial suivi ? Quel(s) type(s) est a priori susceptible d'indiquer le besoin d'une ARR ?

Les allocations majorées ont été régionalisées. Cela influence-t-il votre travail ?

*Que penser de l'aide de paramédicaux (Psy, Ergo) ?*

Sur quels points précis leur collaboration pourrait-elle être utile ? Quel est leur apport actuel dans le cadre de l'organisation existante ? Un paramédical a-t-il contribué aux dossiers que vous avez proposés pour l'étude ?

*Relation avec le médecin coordinateur de la DG Han*

Quels sont vos contacts avec le médecin coordinateur du SPF Han ?

*Conclusions*

Dans un monde idéal, de quels moyens (informations disponibles, temps accordé, directives, ...) souhaiteriez-vous disposer pour réaliser vos évaluations ?

Souhaitez-vous nous faire part d'autres éléments dans le cadre de cette étude ?

En vous remerciant pour votre collaboration et votre disponibilité.

Drs Philippe Mairiaux et Jean-Pierre Schenkelaars

## **Bijlage 2bis : Gespreksrooster voor de evaluerende artsen van DG HAN**

*Voorwaarden van uw expertise:*

Hoeveel tijd hebt u voor de eigenlijke beoordeling (anamnese + eventueel klinisch onderzoek)? Heeft u tijd om de intake-vragenlijst en de medische verslagen op voorhand te lezen? Extra tijd om uw verslag te schrijven?

Zou een typedossier u helpen bij het schrijven van uw verslag?

*Moelijkheden, lacunes in regelgeving/wetgeving/aanbevelingen van 1987:*

Ervaart u lacunes of onduidelijkheden in de regelgeving die de beoordeling bemoeilijken?

*Complexe diagnoses:*

Welke diagnoses vindt u het moeilijkst te beoordelen?

Biedt de handleiding "Evaluatierichtsnoeren" van het DG u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses? Moet deze handleiding worden bijgewerkt? Voor welke aandoeningen in het bijzonder?

Welke richtlijnen volgt u voor ASS of ADHD-gedrag?

Wanneer u besluit een IVT toe te kennen, welke factoren zijn dan van invloed op de duur van deze erkenning?

*Belang van de IT-schaal*

In welke mate beïnvloeden de scores toegekend bij de beoordeling van het verlies van zelfstandigheid (IT) uw beoordeling inzake IVT?

*Leeftijdsgebonden bijzonderheden*

Ondervindt u specifieke problemen bij bepaalde leeftijden of levensfasen?

*Belang van "FCE" indien beperkingen niet overtuigend zijn*

Wanneer de functionele beperkingen van de eiser onduidelijk zijn, denkt u dat een functionele capaciteitsevaluatie (FCE) door een ergotherapeut nuttig zou zijn?

*Verlies van verdienvermogen en beroepsachtergrond:*

Via welke informatiebronnen komt u het nodige te weten over de eventuele beroepsachtergrond van de aanvrager? Alleen de anamnese van de betrokkene tijdens de expertise? En de intake-vragenlijst (administratief)? Hebt u via de KSZ

toegang tot de beschikbare informatie (bijdragen van de persoon) van organisaties zoals de RSZ of het RSVZ?

*Bedrijven voor aangepast werk (BAW) en opleiding door werk*

Heeft het feit dat de betrokkene actief is in een BAW of een opleiding door werk volgt, invloed op uw analyse?

*Andere evaluaties*

Bent u op de hoogte van andere medische expertises die zijn uitgevoerd in opdracht van andere federale of gewestelijke instellingen voor sociale zekerheid (VDAB-GTB, AVIQ, Phare, enz.)? Zijn deze evaluaties soms tegenstrijdig?

Hoe beoordeelt u de persoon wanneer u zich bewust bent van een combinatie van RIZIV/werk/IT of zelfs "communicerende vaten" tussen regelingen?

*Beroep voor de rechtbank*

Bent u op de hoogte van beroepsprocedures naar aanleiding van uw beslissingen?

*Bijzonder onderwijs, verhoogde kinderbijslag:*

In welke mate maakt u gebruik van de informatie die beschikbaar is in het dossier van de verhoogde kinderbijslag? Houdt u rekening met het type bijzonder onderwijs? Welk(e) type(n) kan (kunnen) wijzen op de behoefte aan een IVT?

De verhoogde tegemoetkomingen zijn geregionaliseerd. Heeft dit invloed op uw werk?

*Wat denkt u van de hulp van paramedici (Psy, Ergo)?*

Op welke specifieke punten zou hun samenwerking nuttig kunnen zijn? Wat is hun huidige bijdrage binnen de bestaande organisatie? Heeft een paramedicus bijgedragen aan de dossiers die u voor de studie heeft voorgesteld?

*Relatie met de coördinerend arts van DG Han*

Wat zijn uw contacten met de coördinerend arts van DG HAN?

*Conclusies*

Over welke middelen (beschikbare informatie, toegemeten tijd, richtsnoeren, ...) zou u idealiter willen beschikken om uw evaluaties uit te voeren?

Is er nog iets anders dat u met ons wilt delen in het kader van deze studie?

Hartelijk dank voor uw medewerking en beschikbaarheid.

Dr. Philippe Mairiaux en Dr. Jean-Pierre Schenkelaars

### **Annexe 3 : Questions générales pour les responsables du service contentieux de la DG HAN**

1. Evolution du contentieux ?  
Le volume des recours ARR/IVT est-il relativement stable au cours des 10 dernières années (par rapport au nombre de demandes) ? En diminution ? En augmentation ?
2. Influence du type de diagnostic sur la fréquence des recours :  
Avez-vous des statistiques de la fréquence des recours selon la catégorie diagnostique ? Avez-vous identifié certaines maladies ou type d'handicap qui feraient l'objet d'un taux plus élevé de recours) ?
3. Autres facteurs d'influence sur le taux de recours :  
Facteur régional ? Flandre versus Bruxelles versus Wallonie ?  
Facteur médecin ? le taux de recours est-il médecin dépendant ? Dépendant de l'ancienneté du médecin ? Ou de sa relative sévérité ?
4. Les décisions du Tribunal varient-elles selon le médecin expert désigné par le Tribunal ?
5. Comment se passe la relation entre le médecin expert désigné par le Tribunal et les médecins de la DG ?
6. Résultats des recours au tribunal du travail :  
Taux moyen de recours perdus par la DG HAN ? Variation significative de ces taux selon le TR ?  
Y-a-t'il des diagnostics pour lesquels le recours est plus souvent perdu par la DG ?
7. Relation entre le service contentieux et les médecins évaluateurs :  
Votre service donne-t'il un feedback aux médecins, ou aux centre régionaux quant à leurs résultats en matière de recours ? Participez-vous à des formations pour les médecins ?

### **Bijlage 3 bis : Algemene vragen voor de dienst geschillen van de DG HAN**

1. Evolutie van het aantal rechtszaken?  
Is het aantal beroepen tegen ARR/IVT beslissingen de laatste 10 jaar relatief stabiel (in verhouding tot het aantal aanvragen)? Afname? Toename?
2. Invloed van het type diagnose op de frequentie van de beroepen:  
Heeft u statistieken over de frequentie van beroepen per diagnosecategorie? Heeft u bepaalde ziekten of soorten handicap geïdentificeerd waarvoor meer rechtszaken worden aangespannen?
3. Andere factoren die de beroepsgraad beïnvloeden:  
Regionale factor? Vlaanderen versus Brussel versus Wallonië?  
Is het aantal beroepen afhankelijk van de arts? Afhankelijk van de anciënniteit van de arts? Of de relatieve strengheid ervan?
4. Verschillen de beslissingen van de Arbeidsrechtbank naar gelang van de door het rechtbank aangewezen arts deskundige?
5. Hoe is de verhouding tussen de door het Rechtbank aangewezen deskundige en de artsen van het DG HAN?
6. Resultaten van de beroepen bij de Arbeidsrechtbank:  
Gemiddeld percentage door DG HAN verloren beroepen? Is er een significant verschil in deze percentages naar gelang de Arbeidsrechtbank?  
Zijn er diagnoses waarvoor het beroep vaker door het DG wordt verloren?
7. Relatie tussen de dienst geschillen en de aangeduide artsen:  
Geeft uw dienst feedback aan artsen of regionale centra over de resultaten op het gebied van beroepen? Neemt u deel aan opleidingen voor artsen?

#### **Annexe 4 : Engagement de confidentialité - convention 2021-DGHAN-STUDY**

Fin 2021, le SPF Sécurité sociale lançait une procédure ouverte pour une étude relative à la définition et à l'évaluation de la perte de capacité de gain en matière d'allocation de remplacement de revenus, pour le compte de la direction générale Personnes handicapées (DG Han). À la suite d'un marché public, cette étude a été attribuée au consortium formé par les docteurs Mairiaux et Schenkelaars, et le professeur Dumont. Un cahier spécial des charges n° 2021-DGHAN-STUDY1 précisait les conditions à remplir. En particulier, le point 17 précisait les conditions de confidentialité à respecter, la protection des données à caractère personnel et le respect de la vie privée :

*« L'adjudicataire doit être conscient que le pouvoir adjudicateur accorde une certaine importance à la protection de la vie privée. L'adjudicataire s'engage à strictement respecter les obligations concernant les données à caractère personnel prévues par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE. Si l'adjudicataire considère raisonnablement que d'autres accords doivent être conclus afin de respecter cette législation, l'adjudicataire le signalera de manière proactive au pouvoir adjudicateur. »*

C'est dans ce contexte que nous tenons à préciser les points suivants :

1. La mission a pour objet la réalisation d'une étude détaillée, aussi bien analytique que propositionnelle, sur l'évaluation de la perte de capacité de gain en matière d'allocations fédérales aux personnes handicapées – et donc plus spécifiquement en matière d'allocation de remplacement de revenus (ARR).
2. Dans la mesure où toutes les parties prenantes confrontées à des situations de handicap connaissent depuis de nombreuses années des situations difficiles, il sera évidemment essentiel à nos yeux de veiller, à toutes les étapes de la recherche, à la qualité d'écoute des personnes et des groupes rencontrés. La préoccupation constante sera celle de contribuer à garantir une participation maximale des personnes handicapées à la vie sociale et professionnelle, ainsi que le prescrit la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.
3. L'objectif retenu est d'aller vers un meilleur cadrage des évaluations médicales et d'endiguer les disparités majeures entre zones géographiques et entre médecins que l'on connaît pour l'instant, disparités qui posent à l'évidence question au regard de l'impératif de l'égalité de traitement des usagers.
4. Les 6 premiers mois de l'étude, soit sa première phase, seront entièrement consacrés à la description de la situation existante et à l'identification de ses déterminants.
5. Seules les informations pertinentes qui seront recueillies dans ce cadre auprès de toutes les parties prenantes, dont le Conseil supérieur national des personnes



handicapées et ses membres, seront analysées. Il s'agit de dossiers jugés problématiques par ces différentes parties prenantes.

6. Ces dossiers, pour pouvoir être analysés en profondeur, doivent être aussi complets que possible. À cet effet, ils doivent reprendre, outre les données administratives et médicales, les différentes décisions, motivations et conclusions rédigées par les médecins évaluateurs pour la DG Han.

7. Dans la mesure du possible, ces dossiers seront anonymisés. Cependant, si pour des raisons de mise en rapport de dossiers avec leur suivi administratif et médical, il fallait lever l'anonymat, ou si certaines données avaient échappé à l'anonymisation, les chercheurs rappellent leur engagement à respecter scrupuleusement le secret médical. Dans ce but, ils attribueront à chaque dossier reçu un code spécifique dont la correspondance avec les identifiants employés par la DG Han sera connue d'eux seuls.

8. Il convient de rappeler par ailleurs qu'aucune donnée ou information personnelles ne sera présentée dans les rapports et communications issus de l'étude. L'étude de dossiers individuels ne servira qu'à réaliser une analyse globale des pratiques en vue d'élaborer un rapport d'évaluation. Si il s'avère utile d'illustrer un élément de cette analyse globale en se basant sur l'attitude adoptée par l'administration dans l'un ou l'autre dossier individuel, le dossier en question sera seulement désigné par le code spécifique mentionné au point 7 et ne pourra donc être mis en rapport avec des données personnelles.

9. Les dossiers individuels ne seront pas conservés par les chercheurs une fois que le rapport final de l'étude aura été accepté par les commanditaires de l'étude et ses conclusions présentées aux différentes instances concernées, et en particulier au CSNPH.

## **Bijlage 4 bis : Vertrouwelijkheidsovereenkomst - 2021-DGHAN-STUDY**

Eind 2021 heeft de FOD Sociale Zekerheid in opdracht van de directie-generaal Personen met een handicap (DG Han) een openbare procedure opgestart voor een studie over de definitie en de evaluatie van het verlies aan verdienvermogen op het gebied van inkomensvervangende tegemoetkoming. Na een openbare aanbesteding werd deze studie gegund aan het consortium van Dr. Mairiaux, Dr. Schenkelaars en Professor Dumont. In het bestek nr. 2021-DGHAN-STUDY1 werden de voorwaarden gespecificeerd. Met name in punt 17 worden de in acht te nemen voorwaarden inzake vertrouwelijkheid, bescherming van persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer gespecificeerd:

*" De opdrachtnemer dient er zich van bewust te zijn dat de aanbestedende overheid een bijzonder belang hecht aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De opdrachtnemer verbindt zich ertoe de verplichtingen met betrekking tot persoonsgegevens zoals voorzien in de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG, strikt na te leven. Indien de opdrachtnemer redelijkerwijs van mening is dat er bijkomende afspraken dienen te worden gemaakt om te voldoen aan deze wetgeving, dan zal de opdrachtnemer dit proactief melden aan de aanbestedende overheid. De opdrachtnemer is hoe dan ook gehouden om te goeder trouw samen te werken met de aanbestedende overheid om te allen tijde de relevante bepalingen van deze wetgeving na te leven."*

Het is in dit verband dat wij het volgende willen opmerken:

1. Het doel van de opdracht is het uitvoeren van een gedetailleerde studie, zowel analytisch als propositioneel, over de evaluatie van het verlies van verdienvermogen op het gebied van de federale uitkeringen voor personen met een handicap - en dus meer bepaald op het gebied van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).
2. Aangezien alle betrokkenen die met situaties van handicap worden geconfronteerd, al vele jaren moeilijke toestanden doormaken, is het uiteraard van essentieel belang dat wij in alle stadia van het onderzoek een luisterend oor hebben voor de mensen en groepen die wij ontmoeten. Er zal voortdurend worden gestreefd bij te dragen tot een maximale deelname van personen met een handicap aan het sociale en beroepsleven, zoals voorgeschreven door het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap.
3. Het doel is te komen tot een beter kader voor medische evaluaties en een einde te maken aan de grote verschillen tussen geografische gebieden en tussen artsen die vandaag bestaan, verschillen die duidelijk vragen oproepen met betrekking tot de noodzakelijke gelijke behandeling van de aanvragers.
4. De eerste zes maanden van de studie, d.w.z. de eerste fase, zullen volledig gewijd zijn aan de beschrijving van de bestaande situatie en de identificatie van de determinerende factoren.

5. Alleen relevante informatie die in dit kader wordt verzameld bij alle belanghebbenden, met inbegrip van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap en haar leden, zal worden geanalyseerd. Dit zijn dossiers die door deze verschillende belanghebbenden als problematisch worden beschouwd.
6. Om grondig geanalyseerd te kunnen worden, moeten deze dossiers zo volledig mogelijk zijn. Daartoe moeten zij, naast de administratieve en medische gegevens, de verschillende door de beoordelende artsen van DG Han genomen beslissingen, motiveringen en conclusies bevatten.
7. Voor zover mogelijk zullen deze bestanden worden geanonimiseerd. Indien het echter om redenen van koppeling van de dossiers aan hun administratieve en medische follow-up noodzakelijk is de anonimiteit op te heffen, of indien bepaalde gegevens aan anonimisering zijn ontsnapt, herinneren de onderzoekers aan hun verbintenis het medisch geheim nauwgezet te eerbiedigen. Daartoe zullen zij aan elk ontvangen dossier een specifieke code toekennen waarvan de overeenstemming met de door DG Han gebruikte identificatiecodes alleen voor hen bekend zal zijn.
8. Er dient ook aan te worden herinnerd dat in de verslagen en mededelingen die uit de studie voortvloeien geen persoonlijke gegevens of informatie zullen worden opgenomen. Het analyseren van de afzonderlijke dossiers dient slechts om een globale analyse van de praktijken te maken met het oog op de voorbereiding van een evaluatierapport. Indien het nuttig blijkt een element van deze algemene analyse te illustreren aan de hand van de houding die de administratie in een of ander individueel geval heeft aangenomen, zal het betrokken geval alleen worden aangeduid met de in punt 7 vermelde specifieke code en kan het dus niet in verband worden gebracht met persoonsgegevens.
9. De individuele dossiers worden door de onderzoekers niet meer bewaard nadat het eindverslag van de studie door de opdrachtgevers van de studie is aanvaard en de conclusies ervan aan de verschillende betrokken instanties, en met name aan het NHRPH, zijn voorgelegd.

## Annexe 5 : questionnaire adressé aux médecins évaluateurs de la DG HAN

### Conditions de votre expertise

Combien de demi-journées par semaine consacrez-vous en moyenne à la DG HAN du SPF Sécurité sociale ? \_\_\_\_\_

-  Combien dans un centre régional de la DG HAN (demi-journées) : \_\_\_\_\_

-  Combien dans un cabinet privé (demi-journées) : \_\_\_\_\_

-  Combien en télétravail (demi-journées) : \_\_\_\_\_

Depuis la fin des mesures Covid, quelle est la proportion de dossiers que vous traitez sur pièces : \_\_\_\_\_ %

Vous rendez-vous parfois à domicile pour une évaluation ?

-  Oui

-  Non

Quel temps consacrez-vous pour :

- prendre connaissance du questionnaire *intake*, des rapports médicaux, etc (en minutes) ? .... min. ... max.

- effectuer l'expertise elle-même (anamnèse + examen clinique éventuel) (en minutes) ? ..... min. ... max.

- rédiger votre rapport (en minutes) ? .....min. ... max.

Quel temps consacrez-vous :

- au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) ? ... heures/semaine

- au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional de la DG HAN ? : ... heures/semaine

- à la discussion entre collègues de dossiers complexes ? ..... heures/semaine

Un format type (*template*) vous aiderait-il à rédiger vos rapports ?  Oui  Non

### Diagnostiques compliqués

Quels sont en général les diagnostics qui vous posent le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR) ?

Cochez la ou les cases correspondantes.

-  Aucun diagnostic en particulier

-  Syndrome autistique

-  ADHD

-  Problèmes psychiatriques chez les jeunes

-  Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial

-  Fibromyalgie/ syndrome fatigue chronique

-  Covid long

- Burnout
  - Lombalgie
  - Autres affections musculosquelettiques
  - Douleurs chroniques
  - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
  - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
  - Multipathologie
  - Problématique difficile à cerner
  - Autres :
- 

Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » vous apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée ?

- Oui, une aide précieuse
- Une aide, mais plutôt limitée
- Non
- Ce manuel m'est inconnu

#### *Durée de reconnaissance*

Vous arrive-t-il de reconnaître une capacité de gain réduite donnant le droit à l'ARR pour une durée limitée dans le temps ?

- Oui
- Non

Si la réponse est « oui », quels facteurs ou quels éléments vous incitent-ils à donner une reconnaissance en ARR pour une courte durée (1 à 3 ans) ?

- Jeune âge (entre 18 et 25 ans)
- Pathologie évolutive
- Diagnostic imprécis
- Processus de revalidation en cours
- Autre : \_\_\_\_\_

#### *Spécificités de l'âge*

Rencontrez-vous des problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de la vie pour évaluer la capacité de gain ? Cochez la ou les cases correspondantes, et précisez le ou les diagnostics le cas échéant qui posent le plus souvent problème dans cette classe d'âge.

- 18 – 25 ans : \_\_\_\_\_
- 26 – 35 ans : \_\_\_\_\_
- 36 – 55 ans : \_\_\_\_\_
- > 55 ans : \_\_\_\_\_

#### *Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels*

Quelles sont les sources d'information dont vous disposez pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur ? Cochez la ou les cases correspondantes.

- Formulaire *intake*
- Anamnèse de la personne lors de l'expertise
- Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions
- Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale
- Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)
- Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ...)
- Évaluations antérieures par la DG HAN
- Rapports d'accompagnements par des services spécialisés

#### *Autres évaluations*

Êtes-vous au courant lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire ? Cochez la ou les cases pertinentes.

- Aucune information
- Mutuelle/INAMI
- ONEm
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- CPAS

#### *Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP)*

Le fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP influence-t-il votre analyse et la décision qui en découle ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

- C'est un indice de capacité de gain.
- C'est un indice de capacité de gain réduite.

Cela vaut-il aussi pour d'autres formes de travail adapté ? Cochez la ou les cases correspondantes.

- magasins d'économie circulaire ou de seconde main
- ateliers vélo
- fermes et maraichage
- entreprises de parcs et jardins
- horeca
- travail bénévole

Recherchez-vous proactivement les informations suivantes ? Cochez la ou les cases correspondantes.

- adaptation du poste de travail
- adaptation de l'horaire de travail
- intervention dans la rémunération
- accompagnement vers le travail
- stages
- travail de vacances ou d'étudiant

#### *Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études*

Sur quelle base décidez-vous de la présence ou non d'une capacité de gain lorsque la personne porteuse d'un handicap :

- travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.
- a repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.
- étudie dans l'enseignement supérieur
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.
- étudie dans l'enseignement secondaire ordinaire
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.
- étudie dans l'enseignement secondaire spécialisé
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.
- est actif chez lui comme homme/femme au foyer
  - o C'est un indice de capacité de gain.
  - o C'est un indice de capacité de gain réduite.

#### *Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain*

Lorsque la décision médicale est négative, la communiquez-vous tout de suite au demandeur ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Comment motivez-vous habituellement un refus de reconnaissance ? Quelles sont pour vous les causes les plus fréquentes de refus ?

.....

#### *Recours au tribunal du travail*

En cas de décision négative, informez-vous le demandeur sur les possibilités de recours ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Êtes-vous vous-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de vos décisions ?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Lorsque vous êtes informé d'un recours, participez-vous chaque fois que possible aux expertises contradictoires ?

- Non
- Oui, et si je suis dans l'impossibilité d'assister, je suis le dossier sur pièces.
- Oui, et si je suis dans l'impossibilité d'assister, je réfère à un collègue.

Dans quelle proportion de vos dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après votre estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? \_\_\_\_\_ %

Dans quelle proportion, d'après votre estimation, l'expert désigné par le tribunal vous donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? \_\_\_\_\_ %

*Aide de paramédicaux (psychologues, ergonomes, kinésithérapeutes, ergothérapeute)*

Quels soutiens recevez-vous déjà de leur part ? Ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?

- préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir  si non, pas utile
- un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir  si non, pas utile
- préparation des dossiers en annotant l'information utile dans medic-e
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir  si non, pas utile
- réaliser des examens complémentaires :
  - tests psychologiques (ex. MMSE)
    - se produit déjà     si non, utile à l'avenir     si non, pas utile
  - examens fonctionnels (ex. Tinetti)
    - se produit déjà     si non, utile à l'avenir     si non, pas utile
- réalisation d'évaluation (sous votre contrôle a posteriori)
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir     si non, pas utile
- réaliser des visites à domicile
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir     si non, pas utile
- réaliser des visites en institution
  - se produit déjà     si non, utile à l'avenir     si non, pas utile



### *Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues*

Quelle est la fréquence de vos contacts :

- Avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN ?
  - quotidien
  - hebdomadaire
  - mensuel
  - trimestriel
  - annuel
- Avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ?
  - quotidien
  - hebdomadaire
  - mensuel
  - trimestriel
  - annuel

### *Réunions au niveau du centre régional de la DG HAN*

Actuellement, des réunions sont-elles organisées entre collègues au niveau de votre centre régional? Ou Non

Si oui, à quelle fréquence en moyenne ?

- mensuelle
- trimestrielle
- annuelle

Si oui, l'objet de ces réunions est-il principalement :

- l'organisation administrative des évaluations et des convocations ?
- la discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review ?
- le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation ?

Participez-vous aux sessions d'information organisées par la DG HAN ?

- Oui
- Non, parce que :
  - o manque de temps ou conflit horaire
  - o manque d'intérêt
  - o autre raison

### *Quelques éléments sur votre profil personnel*

Je suis

- médecin désigné
- médecin statutaire

Je suis

- une femme
- un homme
- Je préfère ne pas le dire

Mon âge :

- < 30 ans
- 30 – 39 ans
- 40 – 49 ans
- 50 – 59 ans
- 60 – 69 ans
- > 70 ans
- Je préfère ne pas le dire

Depuis combien de temps exercez-vous pour la DG HAN ?

- < 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- > 10 ans

Je suis rattaché au centre régional de :

- Anvers
- Bruges
- Gand
- Hasselt
- Bruxelles – dossiers francophones
- Bruxelles – dossiers néerlandophones
- Charleroi
- Mons
- Liège
- Namur
- Saint-Vith

Réalisez-vous des expertises pour d'autres organismes ?

- Assureurs privés
- Tribunaux
- Organismes publics régionaux ou communautaires
- Organismes publics fédéraux
- médecine de recours

### *Conclusions*

Souhaitez-vous nous faire part d'autres éléments dans le cadre de cette étude sur la perte de capacité de gain en matière d'ARR ?

---

---

En vous remerciant pour votre collaboration et votre disponibilité

Drs Philippe Mairiaux et Jean-Pierre Schenkelaars

## Bijlage 5 bis : vragenlijst voor evaluerende artsen van DG HAN

### *Voorwaarden van uw expertise*

Hoeveel halve dagen per week besteedt u in totaal aan DG Han? \_\_\_\_\_

- Hoeveel in een centrum v/d DG (halve dagen): \_\_\_\_\_
- Hoeveel in een privépraktijk (halve dagen): \_\_\_\_\_
- Hoeveel in telewerk (halve dagen): \_\_\_\_\_

Sinds het einde van de Covid-maatregelen, hoe groot is het aandeel van de dossiers die u behandelt op basis van documenten (op stukken): \_\_\_\_\_ %

Doet u huisbezoeken of evaluaties in instellingen?

- Ja
- Nee

Hoeveel tijd besteedt u aan :

- het lezen van de intake, vragenlijsten, medische rapporten e.d.: .....min ... max
- de expertise zelf (anamnese + eventueel klinisch onderzoek): .....min ... max.
- het uitschrijven van een gemotiveerd verslag: .....min ... max

Hoeveel tijd besteedt u aan :

- eerder administratief werk (verslagen opvragen, herinneringen versturen, enz.)? ... uren/week
- feedback o.a.. vanuit supervisie: ... uren/week
- het bespreken van complexe dossiers (peer review): ..... uren/week

Zou een standaardbestand (een sjabloon of template) u helpen bij het schrijven van een verslag?

- Ja
- Nee

### *Gecompliceerde diagnoses*

Voor welke diagnoses/aandoeningen is het voor u vaak moeilijk om het verdienvermogen te beoordelen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)?

Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan:

- Geen diagnose in het bijzonder
- Autistische spectrum stoornis
- ADHD
- Psychiatrische problemen bij jongeren
- Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
- Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
- Long Covid
- Burn-out
- Lage rugpijn
- Andere musculoskeletale aandoeningen
- Chronische pijn
- Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen

- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
- Multipathologie
- Moeilijk te specificeren aandoeningen
- Andere: \_\_\_\_\_

Bieden het handboek van de DG HAN met instructies, aanbevelingen en interne procedures u bij deze diagnoses waardevolle of eerder beperkte hulp?

- Waardevolle hulp
- Eerder beperkte hulp
- Geen hulp
- Deze fiches zijn mij niet bekend

### *Duur van de erkenning*

Gebeurt het dat u een erkenning van een verminderd verdienvermogen maar voor een bepaalde periode toekent?

- Ja
- Nee

Indien ja, welke aspecten of elementen bepalen of u een erkenning van een verminderd verdienvermogen voor een bepaalde periode (1 tot 3 jaar) toekent?

- Jonge leeftijd (tussen 18 en 25)
- Evolutieve pathologie
- Onduidelijke diagnose
- Revalidatie lopende
- \_\_\_\_\_

### *Leeftijdsgebonden aspecten*

Heeft u bij het evalueren van het verdienvermogen specifieke problemen met bepaalde leeftijden of in bepaalde periodes van het leven?

Kruis het (de) relevante vakje(s) aan en geef aan welke diagnose(s), indien van toepassing, het meest problematisch zijn in deze leeftijdsgroep.

- 18 - 25: \_\_\_\_\_
- 26 - 35: \_\_\_\_\_
- 36 - 55: \_\_\_\_\_
- > 55: \_\_\_\_\_

### *Kennis van opleidingsniveau, medische voorgeschiedenis en beroepsloopbaan*

Via welke informatiebronnen bekomt u informatie m.b.t. opleidingsniveau, medische voorgeschiedenis en beroepsloopbaan van een aanvrager bij het bepalen van het verdienvermogen? Kruis het (de) relevante vakje(s).

- Intake

- Anamnese van de persoon tijdens de expertise
- Dossier bijkomende kinderbijslag (zorgtoeslag voor kinderen met een speciale zorgnood) van de regio's
- Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ , RSVZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz) via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
- Regionale openbare dienst voor tewerkstelling en beroepsopleiding (VDAB-GTB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG ...)
- Regionale of communautaire openbare dienst ter begeleiding van personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ...)
- Vorige evaluaties van DG HAN
- Begeleidingsverslagen van gespecialiseerde diensten

### *Andere beoordelingen*

Wordt u op de hoogte gebracht van eventuele medische evaluaties m.b.t. het verdienvermogen gerealiseerd door andere federale, gewestelijke of gemeenschappelijke sociale zekerheidsdiensten? Kruis het (de) relevante vakje(s)

- Geen informatie
- Ziekenfondsen/RIZIV
- RVA
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- OCMW

### *Invloed van werk in een maatwerkbedrijf*

Is het feit of een aanvrager in een maatwerkbedrijf (voormalig beschutte werkplaats) werkt van invloed op uw beslissing over het verdienvermogen?

- Ja
- Nee

Indien ja, waarom:

- Het is een aanwijzing van verdienvermogen.
- Het is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.

Telt dit voor ook voor andere vormen van aangepast werk? Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan.

- Kringloopwinkels
- Fietsateliers
- Zorgboerderijen
- Groendiensten
- Horecabedrijf
- Vrijwilligerswerk

Vraagt u proactief naar de volgende informatie en beïnvloedt dit uw beslissing over het verdienvermogen? Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan.

- aanpassingen van de werkplek
- aanpassing van de werktijden
- tussenkomst in het loon
- begeleiding naar het werk
- stages
- vakantie of studentenwerk

### *Werken of studeren*

Op welke basis beslist u over de aan- of afwezigheid van verdienvermogen wanneer de persoon met een handicap:

- werkt in een baan op de algemene markt, eventueel deeltijds
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- heeft zijn werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte.
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het hoger onderwijs
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het gewoon secundair onderwijs
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het bijzonder secundair onderwijs
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- is thuis actief als huisman/vrouw
  - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
  - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.

### *Weigering van een 2/3e verminderd verdienvermogen*

Wanneer de medische beslissing negatief is, deelt u dit dan onmiddellijk mee aan de aanvrager?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Hoe motiveert u gewoonlijk een weigering van erkenning? Wat zijn volgens u de meest voorkomende oorzaken van weigering?

---

### *Beroepen voor de arbeidsrechtbank*

Informeert u de aanvrager in geval van een negatieve beslissing over de mogelijkheden van beroep voor de arbeidsrechtbank?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Bent u op de hoogte van beroepen voor de arbeidsrechtbank als gevolg van uw beslissingen?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Probeert u meestal aanwezig te zijn tijdens de expertise van de deskundige?

- Nee
- Ja, en als ik niet kan volg ik het dossier op stukken op
- Ja, en als ik niet kan geef ik het dossier door aan een collega

Procentueel: in hoeveel van uw dossiers die naar de arbeidsrechtbank gaan, is het verdienvermogen het onderwerp van de betwisting (en niet de IT of de parkeerkaart) (schatting)? \_\_\_\_\_%

In deze dossiers: hoe vaak bevestigt de door de rechtbank benoemde deskundige uw beslissing (schatting)? \_\_\_\_\_%

#### *Hulp van paramedici (psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten)*

Welke ondersteuning krijgt u van hen? Of welke ondersteuning zou u graag hebben in de toekomst?

- voorbereiding van het administratief dossier (controleren op volledigheid en zo nodig aanvullende informatie aanvragen)
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- efficiënte dispatching binnen het evaluatieteam
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- dossiers voorbereiden door relevante informatie te noteren in medic-e
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- uitvoeren van aanvullende testen:
  - psychologische tests (vb. MMSE)
    - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
  - functionele onderzoeken (vb. Tinetti)
    - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- zelf evaluaties uitvoeren (met uw validatie a posteriori)
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- huisbezoeken uitvoeren
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig
- instellingen bezoeken
  - is al aanwezig     zou nuttig zijn in de toekomst     niet nuttig

#### *Contacten tussen de regionale coördinerende arts van de DG HAN en de artsen van uw team*

Hoe vaak hebt u contact:



- Met de coördinerende arts(en) van de DG HAN?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks
- driemaandelijks
- jaarlijks

- Met de collega's (aangeduide of statutaire artsen)?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks
- driemaandelijks
- jaarlijks

### *Vergaderingen op het niveau van de regionale centra*

Zijn er momenteel ontmoetingen tussen de collega's binnen uw team?  Ja;  Nee.  
Indien ja, hoe vaak gemiddeld?

- Maandelijks
- Driemaandelijks
- Jaarlijks

Zo ja, wat is het doel van deze bijeenkomsten:

- de administratieve organisatie van evaluaties en oproepingen (proces)?
- de bespreking van complexe dossiers (peer review)?
- uitwisseling van informatie, best practices, nieuwe regelgeving?

Neemt u deel aan informatiesessies die door DG HAN georganiseerd worden?

- Ja
- Nee, omdat:
  - tijdsgebrek of tijdsconflict
  - niet interessant
  - andere reden

### *Enkele elementen over uw persoonlijk profiel*

Ik ben een

- aangeduide arts
- statutaire arts

Ik ben een

- een vrouw
- een man
- zeg ik liever niet

Mijn leeftijd:

- < 30

- 30 - 39
- 40 - 49
- 50 - 59
- 60 - 69
- > 70
- zeg ik liever niet

Hoe lang werkt u al voor DG HAN?

- minder dan 5 jaar
- tussen 5 en 10 jaar.
- meer dan 10 jaar

In ben verbonden aan het regionaal centrum van:

- Antwerpen
- Brugge
- Gent
- Hasselt
- Brussel – Franstalige dossiers
- Brussel – Nederlandstalige dossiers
- Charleroi
- Bergen
- Luik
- Namen
- Sankt-Vith

Voert ook u expertise uit voor andere organisaties?

- Privé verzekeraars
- Rechtbanken
- Gewestelijke of gemeenschappelijke overheidsdiensten
- Federale overheidsdiensten
- Raadgevend arts voor particulieren

### *Conclusies*

Is er nog iets dat u met ons wilt delen in het kader van deze studie over het verlies aan  
verdienvermogen in zake IVT?

---

---

Bedankt voor uw medewerking en beschikbaarheid.

Drs. Philippe Mairiaux en Jean-Pierre Schenkelaars

## **Annexe 6 : Rapport d'analyse statistique remis par l'équipe BSTAT de l'Université de Liège**

### **Questionnaire aux médecins évaluateur de la DG HAN**

#### Rapport d'analyse statistique

Nathalie MAES – Nicolas GILLAIN  
Centre Hospitalo-Universitaire de Biostatistique et Méthodes de Recherche (B-STAT)  
CHU de Liège – Université de Liège

5 mai 2023

#### **Table des matières**

1. Contexte	108
2. Matériel et méthodes	108
2.1. Questionnaire d'enquête	108
2.2. Données	108
2.3. Méthodes statistiques	114
3. Résultats	115
2.1. Statistiques descriptives de l'ensemble des items du questionnaire	115
2.2. Analyse des réponses en fonction de l'appartenance linguistique	134
2.3. Analyse des réponses en fonction de l'ancienneté dans la fonction	146
2.4. Analyse des réponses en fonction du statut du médecin	157
A. Annexe : Description des données (« Code book »)	168

## 1. Contexte

Ce rapport porte sur le recueil de données et leur analyse dans le cadre d'une étude sur les conditions d'évaluation de la perte de capacité de gain qui détermine la possibilité d'attribuer, ou non, au demandeur handicapé une ARR (allocation de remplacement de revenu). Il s'agit d'une analyse quantitative basée sur un questionnaire d'enquête auprès de médecins qui réalisent les évaluations des personnes handicapées pour le compte de la DG HAN.

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1. Questionnaire d'enquête

Un dispositif de diffusion du questionnaire en version digitale a été mis en place et les données ont été récoltées à partir de celui-ci. Une première phase de test auprès de quelques médecins évaluateurs a été réalisée afin de valider et adapter le questionnaire digital. Il a ensuite été diffusé auprès de l'ensemble des autres médecins évaluateurs pour la DG HAN.

Les questionnaires sont remplis de manière anonyme et les données sont hébergées sur des serveurs sécurisés de l'Université de Liège.

Au total 43 questionnaires ont été remplis par les médecins évaluateurs (hors phase de test).

### 2.2. Données

Pour chaque questionnaire les informations suivantes ont été récoltées :

- Langue (NL/FR)
- Date de clôture du questionnaire

### S1. Conditions d'expertise

- Nombre de demi-journées par semaine consacrées en moyenne pour la DG HAN du SPF Sécurité sociale
  - o Nombre dans un centre régional de la DG HAB (en demi-journées) (1 à 12)
  - o Nombre dans un cabinet privé (en demi-journées) (1 à 12)
  - o Nombre en télétravail (en demi-journées) (1 à 12)
- Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces (%)
- Se rend parfois à domicile pour une évaluation (1=Oui, 2=Non)
- Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes)
- Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes)
- Temps minimum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes)
- Temps maximum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes)
- Temps minimum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes)

- Temps maximum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes)
- Temps minimum consacré pour rédiger le rapport (en minutes)
- Temps maximum consacré pour rédiger le rapport (en minutes)
- Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine)
- Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en heures/semaine)
- Un format type (template) aiderait-il à rédiger les rapports (1=Oui, 2=Non)

## **S2. Diagnostics compliqués**

- Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR)
  - o Aucun diagnostic en particulier
  - o Syndrome autistique
  - o ADHD
  - o Problèmes psychiatriques chez les jeunes
  - o Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial
  - o Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique
  - o Covid long
  - o Burnout
  - o Lombalgie
  - o Autres affections musculosquelettiques
  - o Douleurs chroniques
  - o Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
  - o Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
  - o Multipathologie
  - o Problématique difficile à cerner
  - o Autres, précisez
- Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée (1=Oui, une aide précieuse, 2=Une aide, mais plutôt limitée, 3=Non, 4=Ce manuel m'est inconnu).

## **S3. Durée de reconnaissance**

- Il arrive de reconnaître une capacité de gain réduite donnant le droit à l'ARR pour une durée limitée dans le temps (1=Oui, 2=Non)
- Si oui, facteurs ou éléments qui incitent à donner une reconnaissance en ARR pour une courte durée (1 à 3 ans) :
  - o Jeune âge (entre 18 et 25 ans)
  - o Pathologie évolutive
  - o Diagnostic imprécis
  - o Processus de revalidation en cours
  - o Autre, précisez

#### S4. Spécificités de l'âge

- Rencontre des problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de la vie pour évaluer la capacité de gain ?
  - 18-25 ans (1=Oui, 2=Non)
    - Syndrome autistique
    - ADHD
    - Problèmes psychiatriques chez les jeunes
    - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial
    - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique
    - Covid long
    - Burnout
    - Lombalgie
    - Autres affections musculosquelettiques
    - Douleurs chroniques
    - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
    - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
    - Multipathologie
    - Problématique difficile à cerner
    - Autres, précisez
  - 26-35 ans (1=Oui, 2=Non)
    - Syndrome autistique
    - ADHD
    - Problèmes psychiatriques chez les jeunes
    - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial
    - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique
    - Covid long
    - Burnout
    - Lombalgie
    - Autres affections musculosquelettiques
    - Douleurs chroniques
    - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
    - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
    - Multipathologie
    - Problématique difficile à cerner
    - Autres, précisez
  - 36-55 ans (1=Oui, 2=Non)
    - Syndrome autistique
    - ADHD
    - Problèmes psychiatriques chez les jeunes
    - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial
    - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique
    - Covid long

- Burnout
- Lombalgie
- Autres affections musculosquelettiques
- Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
- Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
- Multipathologie
- Problématique difficile à cerner
- Autres, précisez
- >55 ans (1=Oui, 2=Non)
  - Syndrome autistique
  - ADHD
  - Problèmes psychiatriques chez les jeunes
  - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial
  - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique
  - Covid long
  - Burnout
  - Lombalgie
  - Autres affections musculosquelettiques
  - Douleurs chroniques
  - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées
  - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité
  - Multipathologie
  - Problématique difficile à cerner
  - Autres, précisez

## **S5. Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations**

- Sources d'information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur
  - Formulaire *intake*
  - Anamnèse de la personne lors de l'expertise
  - Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions
  - Evaluations antérieures par la DG HAN
  - Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale
  - Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)
  - Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)
  - Rapports d'accompagnements par des services spécialisés
- Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette information
  - Aucune information

- Mutuelle / INAMI
- ONEm
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- CPAS

**S6. Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP)**

- Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l'analyse et la décision qui en découle (1=Oui, 2=Non)
- Si oui, pourquoi ? (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers)
- Cela vaut-il aussi pour d'autres formes de travail adapté ?
  - Magasins d'économie circulaire ou de seconde main
  - Ateliers vélo
  - Fermes et maraichage
  - Entreprises de parcs et jardins
  - Horeca
  - Travail bénévole
- Recherche proactive des informations suivantes ?
  - Adaptation du poste de travail
  - Adaptation de l'horaire de travail
  - Intervention dans la rémunération
  - Accompagnement vers le travail
  - Stages
  - Travail de vacances ou d'étudiant

**S7. Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études**

- Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la personne est porteuse d'un handicap (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers)
  - Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel
  - A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie
  - Etudie dans l'enseignement supérieur
  - Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire
  - Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé
  - Est actif chez lui comme homme/femme au foyer

**S8. Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain**

- Lorsque la décision médicale est négative, communication tout de suite au demandeur (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais)



- Comment est motivé habituellement un refus de reconnaissance ? Quelles sont les causes les plus fréquentes de refus ?

### **S9. Recours au tribunal du travail**

- En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ? (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais)
- Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ? (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais)
- Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ? (1=Non, 2=Oui et si je suis dans l'impossibilité d'assister je suis le dossier sur pièces, 3=Oui et si je suis dans l'impossibilité d'assister je réfère à un collègue)
- Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (%)
- Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (%)

### **S10. Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...)**

- Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ? (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile)
  - o Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)
  - o Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation
  - o Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e
  - o Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE)
  - o Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti)
  - o Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori)
  - o Réaliser des visites à domicile
  - o Réaliser des visites en institution

### **S11. Relation avec le médecin coordonnateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN**

- Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordonnateur régional de la DG HAN (1=Quotidien, 2=Hebdomadaire, 3=Mensuel, 4=Trimestriel, 5=Annuel)
- Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (1=Quotidien, 2=Hebdomadaire, 3=Mensuel, 4=Trimestriel, 5=Annuel)
- Actuellement, des moments de concertation sont-ils organisés entre collègues au niveau de son centre régional ? (1=Oui, 2=Non)
- Si oui, à quelle fréquence en moyenne ? (1=Mensuelle, 2=Trimestrielle, 3=Annuelle)
- Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement
  - o L'organisation administrative des évaluations et des convocations

- La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review
- Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation
- Participe aux sessions d'information organisées par la DG HAN (1=Oui, 2=Non)
- Si non, pourquoi ?
  - Manque de temps ou conflit horaire
  - Manque d'intérêt
  - Autre raison

## **S12. Profil personnel**

- 1=Médecin désigné, 2=Médecin statutaire
- 1=Femme, 2=Homme, 3=Je préfère ne pas le dire
- Age (1 :<30 ans, 2 :30-39 ans, 3 :40-49 ans, 4 :50-59 ans, 5= :60-69 ans, 6 :>70 ans, 7=Je préfère ne pas le dire)
- Exerce depuis combien de temps pour la DG HAN ? (1 :<5 ans, 2 : entre 5 et 10 ans, 3 :>10 ans)
- Rattaché au centre régional de (1=Anvers, 2=Bruges, 3=Gand, 4=Hasselt, 5=Bruxelles-dossiers francophones, 6=Bruxelles-dossiers néerlandophones, 7=Charleroi, 8=Mons, 9=Liège, 10=Namur, 11=Saint-Vith)
- Réalisation d'expertises pour d'autres organismes ?
  - Assureurs privés
  - Tribunaux
  - Organismes publics régionaux ou communautaires
  - Organismes publics fédéraux
  - Médecine de recours

## **S13. Conclusions**

- Suggestions pour renforcer l'attractivité de la fonction de médecin-expert pour le compte de la DG HAN
- Autres éléments dans le cadre de cette étude sur la perte de capacité de gain en matière d'ARR

Une description détaillée de la base de données finale (« Code book ») est donnée en Annexe.

### 2.3. Méthodes statistiques

Les variables qualitatives sont décrites à l'aide de tables de fréquence (nombres et pourcents), les variables quantitatives sont exprimées à l'aide des moyennes et écarts types.

Les comparaisons des différents items en fonction de la langue dans laquelle a été rempli le questionnaire, de l'ancienneté du médecin évaluateur et de son statut ont été réalisées à l'aide du test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Pour les variables quantitatives le test Chi-carré, ou le test de exact de Student si les conditions du test Chi-carré ne sont pas valides, ont été utilisés.

Les résultats sont considérés statistiquement significatifs au seuil de 95% ( $p < 0.05$ ). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4).

### 3. Résultats

#### 2.1. Statistiques descriptives de l'ensemble des items du questionnaire

Au total N=43 questionnaires ont été remplis et clôturés entre le 6 et le 26 avril 2023. Le profil personnel des répondants est décrit au Tableau 1.

**Tableau 1.** Profil personnel des répondants (N=43)

	N (%)
Langue du questionnaire	
FR	16 (37.2%)
NL	27 (62.8%)
Médecin	
Désigné	30 (69.8%)
Statutaire	12 (27.9%)
Non précisé	1 (2.3%)
Sexe	
Femme	18 (41.9%)
Homme	25 (58.1%)
Age	
<30 ans	0 (0.0%)
30-39 ans	2 (4.7%)
40-49 ans	1 (2.3%)
50-59 ans	14 (32.6%)
60-69 ans	17 (39.5%)
>70 ans	9 (20.9%)
Exerce depuis combien de temps pour la DG HAN ?	
<5 ans	5 (11.6%)
Entre 5 et 10 ans	5 (11.6%)
>10 ans	33 (76.7%)
Rattaché au centre régionale de	
Anvers	6 (14.0%)
Bruges	8 (18.6%)
Gand	7 (16.3%)
Hasselt	4 (9.3%)
Bruxelles-dossiers francophones	5 (11.6%)
Bruxelles-dossiers néerlandophones	1 (2.3%)
Charleroi	2 (4.7%)
Mons	1 (2.3%)
Liège	3 (7.0%)
Namur	4 (9.3%)
Saint-Vith	1 (2.3%)
Non précisé	1 (2.3%)

---

Réalisation d'expertises pour d'autres organismes	
Assureurs privés	2 (4.7%)
Tribunaux	4 (9.3%)
Organismes publics régionaux ou communautaires	0 (0.0%)
Organismes publics fédéraux	4 (9.3%)
Médecine de recours	5 (11.6%)

---

Le Tableau 2 donne les résultats des items relatifs aux conditions d'expertise. Au total, les médecins évaluateurs consacrent en moyenne 6.7 demi-journées par semaine pour la DG HAN. Depuis la fin des mesures Covid, 46% en moyenne des dossiers sont traités sur pièces. Environ 36% des répondants se rendent parfois à domicile pour une évaluation. Le temps consacré à l'évaluation d'un dossier varie en moyenne entre 17 et 46 minutes, les temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, ...) est en moyenne de 4.4 heures par semaine et le temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues est de 2.6 heures par semaine. Et 51% des répondants estiment qu'un format type les aideraient à rédiger les rapports.

**Tableau 2.** Conditions d'expertise (N=43)

	N (%)
<b>Temps consacré en moyenne pour la DG HAN du SPF Sécurité sociale</b> (en demi-journées/semaine), Moyenne ± Ecart type	
Dans un centre régional de la DG HAN	3.3 ± 2.7
Dans un cabinet privé	0.58 ± 1.2
En télétravail	2.7 ± 2.3
Total	6.7 ± 3.4
<b>Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces</b>	
<10%	6 (14.0%)
10-19%	4 (9.3%)
20-29%	8 (18.6%)
30-39%	4 (9.3%)
40-49%	0 (0.0%)
50-59%	5 (11.6%)
60-69%	4 (9.3%)
70-79%	6 (14.0%)
80-89%	1 (2.3%)
≥90%	5 (11.6%)
Moyenne ± Ecart type *	46 ± 30
Se rend parfois à domicile pour une évaluation (précisé pour N=42 répondants)	15/42 (35.7%)
Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne ± Ecart type	17 ± 11
Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne ± Ecart type	46 ± 29
Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine) (précisé pour N=41 répondants), Moyenne ± Ecart type	4.4 ± 6.0
Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en	2.6 ± 4.0

---

heures/semaine) (précisé pour N=37 répondants), Moyenne  $\pm$  Ecart type

Un format type (template) aiderait à rédiger les rapports (précisé pour N=42 répondants) 21 (51.2%)

---

*\* Calculé en arrondissant au milieu de chaque intervalle*

Le détail du temps consacré à l'évaluation d'un dossier a été donné par 19 répondants et est décrit au Tableau 3. Remarquons que la somme des détails des temps est nettement supérieure au chiffre total donné par ces mêmes évaluateurs ; les estimations des détails de temps semblent donc surestimées. Mais si l'on compare le temps passé à chaque étape on peut en conclure que environ la moitié du temps est consacrée à l'expertise elle-même (anamnèse/examen clinique éventuel), un quart du temps est consacré à la prise de connaissance du questionnaire *intake*, des rapports médicaux, ... , et un quart du temps est consacré à la rédaction du rapport.

**Tableau 3.** Conditions d'expertise – Détail du temps consacré à l'évaluation d'un dossier (N=19 répondants)

	N (%)
Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne ± Ecart type	18 ± 14
Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne ± Ecart type	44 ± 21
Temps minimum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes)	9 ± 7
Temps maximum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes)	24 ± 11
Temps minimum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes)	18 ± 12
Temps maximum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes)	33 ± 23
Temps minimum consacré pour rédiger le rapport (en minutes)	10 ± 10
Temps maximum consacré pour rédiger le rapport (en minutes)	20 ± 17

Selon les médecins évaluateurs répondants, les diagnostics les plus compliqués sont, dans l'ordre, Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (83.7%), Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité (81.2%), Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (58.1%), Syndrome autistique (55.8%), Burnout (51.2%), Problèmes psychiatriques chez les jeunes (48.8%), et Lombalgie (44.2%) (Tableau 4). La majorité des répondants considèrent que le manuel « Directives dévaluation » apporte une aide limitée (53.5%), 27.9% une aide précieuse, et 14% ne connaissent pas ce manuel.

**Tableau 4.** Diagnostics compliqués (N=43)

	N (%)
Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR) (plusieurs réponses possibles par répondant)	
Aucun diagnostic en particulier	6 (14.0%)
Syndrome autistique	24 (55.8%)
ADHD	17 (39.5%)
Problèmes psychiatriques chez les jeunes	21 (48.8%)
Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial	7 (16.3%)
Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique	36 (83.7%)
Covid long	15 (34.9%)
Burnout	22 (51.2%)
Lombalgie	19 (44.2%)
Autres affections musculosquelettiques	8 (18.6%)
Douleurs chroniques	17 (39.5%)
Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées	25 (58.1%)
Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité	13 (81.2%)
Multipathologie	6 (14.0%)
Problématique difficile à cerner	11 (25.6%)
Autres*	1 (2.3%)
Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée	
Oui, une aide précieuse	12 (27.9%)
Une aide, mais plutôt limitée	23 (53.5%)
Non	2 (4.7%)
Ce manuel m'est inconnu	6 (14.0%)

\* « *ethyl schizo psychopathie* »

Tous les répondants reconnaissent parfois une capacité de gain réduite donnant le droit à l'ARR pour une durée limitée dans le temps (Tableau 5).

**Tableau 5.** Durée de reconnaissance (N=43)

	N (%)
Il arrive de reconnaître une capacité de gain réduite donnant le droit à l'ARR pour une durée limitée dans le temps	43 (100.0)
Facteurs ou éléments qui incitent à donner une reconnaissance en ARR pour une courte durée (1 à 3 ans)	
Jeune âge (entre 18 et 25 ans)	38 (88.4%)
Pathologie évolutive	37 (86.0%)
Diagnostic imprécis	28 (65.1%)
Processus de revalidation en cours	41 (95.3%)
Autres	5 (11.6%)



Autres :

- « (nieuwe) behandelingen »
- « capacité d'adaptation ou formation »
- « onvoldoende inlichtingen »
- « possibilité d'amélioration dans le temps »
- « psychiatrische pathologie, niet objectiveerbare pathologie »

Le Tableau 6 présente les résultats relatifs aux spécificités de l'âge.

**Tableau 6.** Spécificités de l'âge

	18-25 ans	26-35 ans	36-55 ans	>55 ans
Nombre de médecins ayant répondu à cet item	41	41	41	40
Problématiques spécifiques à cette tranche d'âge ?	29 (70.7%)	23 (56.1%)	25 (61.0%)	20 (50.0%)
Si oui,				
Syndrome autistique	21 (72.4%)	11 (47.8%)	3 (12%)	2 (10.0%)
ADHD	12 (41.4%)	9 (39.1%)	2 (8.0%)	1 (5.0%)
Problèmes psychiatriques chez les jeunes	18 (62.1%)	7 (30.4%)	2 (8.0%)	1 (5.0%)
Personnes présentant des déficits mentaux				
qui suivent l'enseignement spécial	7 (24.1%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)
Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique	11 (37.9%)	17 (73.9%)	17 (68.0%)	9 (45.0%)
Covid long	5 (17.2%)	5 (21.7%)	5 (20.0%)	4 (20.0%)
Burnout	6 (20.7%)	9 (39.1%)	8 (32.0%)	5 (25.0%)
Lombalgie	8 (27.6%)	14 (60.9%)	13 (52.0%)	13 (65.0%)
Autres affections musculosquelettiques	4 (13.8%)	3 (13.0%)	2 (8.0%)	6 (30.0%)
Douleurs chroniques	9 (31.0%)	12 (52.2%)	15 (60.0%)	12 (60.0%)
Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées	11 (37.9%)	11 (47.8%)	9 (36.0%)	9 (45.0%)
Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité	9 (31.0%)	11 (47.8%)	8 (32.0%)	3 (15.0%)
Multipathologie	2 (6.9%)	1 (4.3%)	4 (16.0%)	7 (35.0%)
Problématique difficile à cerner	7 (24.1%)	7 (30.4%)	4 (16.0%)	6 (30.0%)
Autres	5 (17.2%)	2 (8.7%)	2 (8.0%)	3 (15.0%)

Autres (18-25 ans) :

- Multi-dys (dysorthographe, dyslexie,...) Ou jeune encore scolarisé avec capacité mentale limite + autre pathologie
- Genderproblematiek
- psy drug ethyl
- retard scolaire pas encore eu de stages sur le terrain formation non terminée
- troubles du comportement

Autres (26-35 ans) :

- *Psy drug ethyl*
- *décrochage social perte chômage*

*Autres (36-55 ans) :*

- *psychiatrie ethuu*
- *séparation couple- monoparentalité difficilement assumée psy et pécuniairement*

*Autres (>55 ans) :*

- *capacité de travail à 64 ans chez qq'un qui n'a jamais travaillé pour raisons familiale ps arr à 67 Ans?*
- *ethyl burn out*
- *quand les personnes sont retraitées, doivent-elles bénéficier d'une ARR?*

Les sources d'information dont dispose le médecin évaluateur pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur sont principalement l'anamnèse de la personne lors de l'expertise (88.4%), le formulaire *intake* (79.1%), les évaluations antérieures par la DG HAN (74.4%), et les rapports d'accompagnements par des services spécialisés (72.1%) (Tableau 7). Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, le médecin évaluateur n'a accès à aucune information dans 83.7% des cas.

**Tableau 7.** Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations (N=43)

	N (%)
Sources d'information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur	
Formulaire <i>intake</i>	34 (79.1%)
Anamnèse de la personne lors de l'expertise	38 (88.4%)
Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions	16 (37.2%)
Evaluations antérieures par la DG HAN	32 (74.4%)
Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la banque-carrefour de la sécurité sociale	3 (7.0%)
Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles formation, ADG)	8 (18.6%)
Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, phare, Iriscare, AViQ)	3 (7.0%)
Rapports d'accompagnements par des services spécialisés	31 (72.1%)
Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette informations	
Aucune information	36 (83.7%)
Mutuelle / INAMI	4 (9.3%)
ONEm	0 (0.0%)
Fedris	1 (2.3%)
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (7.0%)
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	2 (4.7%)
Medex	0 (0.0%)
CPAS	1 (2.3%)

Au total 88.4% des médecins évaluateurs estiment que le fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP a une influence sur leur analyse et la décision qui en découle. Parmi ceux-ci, la majorité (68.4%) le considère comme un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers. Mais 29% estiment à l'inverse qu'il s'agit d'un indice de capacité de gain (Tableau 8).

**Tableau 8.** Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP) (N=43)

	N (%)
Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l'analyse et la décision qui en découle	38 (88.4%)
Si oui,	
Indice de capacité de gain	11 (29.0%)
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	26 (68.4%)
Non précisé	1 (2.6%)
Cela vaut-il aussi pour d'autres formes de travail adapté ?	
Magasins d'économie circulaire ou de seconde main	12 (27.9%)
Ateliers vélo	6 (14.0%)
Fermes et maraichage	22 (51.2%)
Entreprises de parcs et jardins	11 (25.6%)
Horeca	3 (7.0%)
Travail bénévole	25 (58.1%)
Recherche proactive des informations suivantes ?	34 (79.1%)
Adaptation du poste de travail	29 (67.4%)
Adaptation de l'horaire de travail	20 (46.5%)
Intervention dans la rémunération	28 (65.1%)
Accompagnement vers le travail	24 (55.8%)
Stages	20 (46.5%)
Travail de vacances ou d'étudiant	20 (46.5%)

Le travail ou la reprise du travail, éventuellement à temps partiel, sont également considérés en grande majorité des médecins évaluateurs comme des signes de capacité de gain (Tableau 9). Dans une moindre mesure le fait d'étudier dans l'enseignement supérieur (62.8%) ou dans l'enseignement secondaire ordinaire (53.5%) sont considérés comme des signes de capacité de gain. Le fait d'étudier dans l'enseignement secondaire spécialisé est considéré comme une situation étant un signe pour 53.5% des médecins évaluateurs mais pour 22.7% d'entre eux c'est un signe de capacité de gain et pour 68.2% c'est un signe de capacité de gain réduite de moins d'1/3. Etre actif comme homme/femme au foyer est considéré comme un signe (de capacité de gain) pour seulement 37.2% des répondants.

**Tableau 9.** Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études (N=43)

Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la porteuse d'un handicap	Oui	Signe de capacité de gain	Signe de capacité de gain réduite de moins d'1/3
Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel	38 (88.4%)	38 (100.0%)	0 (0.0%)
A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie	33 (76.7%)	32 (97.0%)	1 (3.0%)
Etudie dans l'enseignement supérieur	27 (62.8%)	27 (100.0%)	0 (0.0%)
Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire	23 (53.5%)	23 (100.0%)	0 (0.0%)
Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé	22 (51.2%)	5 (22.7%)*	15 (68.2%)*
Est actif chez lui comme homme/femme au foyer	16 (37.2%)	14 (87.5%)*	0 (0.0%)*

\* Non précisé pour 2 répondants

Lorsque la décision médicale est négative, 48.8% des médecins évaluateurs ne font jamais la communication tout de suite au demandeur, 48.8% le font parfois, et 2.3% toujours.

**Tableau 10.** Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain (N=43)

	N (%)
Lorsque la décision médicale est négative, communication tout de suite au demandeur	
Toujours	1 (2.3%)
Parfois	21 (48.8%)
Jamais	21 (48.8%)

Le Tableau 11 donne la liste des réponses à la question « Comment est motivé habituellement un refus de reconnaissance ? Quelles sont les causes les plus fréquentes de refus ? »

**Tableau 11.** Comment est motivé habituellement un refus de reconnaissance ? Quelles sont les causes les plus fréquentes de refus ? (N=43)

	N
Non précisé	5
- etre demandeur d'emploi- etre au travail sans adaptation d'horaire, de matériel etc....- ne pas souffrir de pathologies sévères et invalidantes!	1
-Au demandeur : explication des critères de reconnaissance selon les critères du SPF (différents de ceux des AFS, de l'ASSI ...) et mise en parallèle de sa situation médicale.-Dans le dossier: je note l'âge, anamnèse au CEM (très) rassurante, intake reç	1
Absence de conséquence lourde de la pathologie sur l'autonomie générale Maladie aigue n'entraînant pas de handicap longImportance du type de profession : une bonne formation intellectuelle permet le travail en dépit du handicap physique , à discuter c	1
Afhankelijk van de individuele situatie Meest voorkomen : te beperkte pathologie	1
Apte à travail normalement rémunérateur malgré handicap	1
Chomagepas de perte de 2/3 car pathologies peu limitantestavail léger possibleformation en coursamélioration de la situation médicale	1
Dat het werk zittend kan uitgevoerd worden.	1
Geeft toelichting over het criterium verdienvermogen dan verminderd is tot < 1/3de of niet	1
Geen 2/3 verlies van verdienvermogen t o v vergelijkbaar persoon Werk in de algemene arbeidsmarkt onvoldoende objectivering van de geuite klachten	1
Geschikt voor licht, bv administratief of zittend werk.	1
IK geef bijna altijd uitleg over de beslissing(tenzij mensen te mentaal beperkt zijn of anderstalig zijn en de ondervraging al moeilijk verloopt of als ik vrees dat ik in conflict geraak bij meedelen negatieve beslissing.)Ik kan hier geen algemeen antwo	1
Je ne fais que du traitement de dossier sur pièce.	1
La pathologie est évolutive et actuellement permet encore une capacité de gain suffisante	1
La personne travaille déjà parfois à temps plein, souvent à mi-temps.L'impact de sa/ses pathologies sur son quotidien n'entraîne pas/plus une perte de gain de 66%dans le sens où elle est capable de se déplacer et a des fonctions motrices et cognitives	1
Medische elementen zijn onvoldoende op vdv tot minder dan 1/3 van het nie vdv te doen dalen .Werkt in normaal arbeidscircuit	1
Nog voldoende mogelijkheden in het reguliere arbeidscircuit. Vb hooggeschoold en orthopedische problematiek, ASS met normaal IQfibromyalgie/CVS: onvoldoende objectieve pathologie om IVT te verantwoordenBUSO OV3, stages nog te doorlopen, te vroeg om be	1
Omdat de aanvrager heeft geen recht op de erkenning,geen voldoende redenen,niet aanwezig op een oproeping voor medische onderzoek,geen enkele gevraagde verslagen niet geleverd worden,etc...etc	1
Psychische, mentale, zintuiglijke, energetische of motorische beperkingen.	1
Refus de reconnaissance : si la personne travaille dans le marché général du travail, si la pathologie semble réduite et que l'exament clinique ainsi que les rapports médicaux sont rassurants	1
Selon l'aptitude à réaliser une travail léger non qualifié.Chaque motivation se fait au cas par cas. Lors de problème de lombalgie, j'évalue la capacité à faire les activités quotidiennes, le port de charge (en faisant attention aux consignes de l'ortho	1
Uitleg over zijn beperking ivg met anderen met eenzelfde aandoening en wat hij eerder wel nog kan dan niet kan!	1
Werkt full-time	1
aangepast werk , mogelijks deeltijds mogelijk GTB begeleiding nog niet gestart krijgt evt uitkering RVA , dus mogelijks werkgeschikt medische schade is onvoldoende	1
actief verdienvermogen	1
aggravatietheatraal gedragenteneuroserferentieberoepen cfr ZIV-wetgevingopleidingsniveau'algemene' arbeidsmarkt is verschillend van deze in ZIV-wetgeving	1
avoir un handicap certes, mais n'atteint pas 66%	1
critères de dg han	1
discrepancie tussen klachten en pathologie ( vergroten symptomen eventueel zelfs toneelspel van de persoon ) te correleren met onderzoek tijdens de consultatie en observatie van de persoon, na het verlaten van de consultatieruimte.na tijdelijke goedkeur	1
en disant que l'incapacité n'atteint pas 66%mais c'est une erreur de mentionner une réponse négative et je ne le fais plus	1
ik leg uit dat de toestand verbeterd is of de aandoening niet voldoende ernstig is zodat persoon meer dan 2/3 arbeidsongeschikt zou zijn	1
indien het duidelijk is dat die persoon dan een regulier werk kan uitvoeren , met voldoende verdienvermogen	1
l'âge, formation, emplois précédents, situation médicale, état physique, psychique	1
les demandeurs qui n'ont jamais travaillés et n'ont pas une affection grave ou un handicap sévère; ces demandeurs n'ont pas une capacité de gain réduite à un 1/3 et peuvent être capables d'effectuer un travail non qualifié ou simple. les demandeurs q	1
mogelijkheid tot aangepast werk	1
pathologie aiguecess qui permet un travail administratif légercapacités d'adaptations (lecture des différentes formations et différents emplois pratiqués),travail à mi-temps (pas66%) pour le spfatteintes ostéoarticulaires sans signes neuros ou op	1
uitleg over de resterende mogelijkheden	1
werkt in reguliere arbeidsmarktis huisvrouw met kinderen waar ze voor zorgt	1
werkt voltijds of deeltijds, heeft het potentieel om op de algemene arbeidsmarkt tewerkgesteld te worden	1

En cas de décision négative, 48.8% des médecins évaluateurs n'informent jamais le demandeur sur les possibilités de recours, 44.2% le font parfois, et 7% toujours (Tableau 12). 72.1% des répondants s'estiment eux-mêmes toujours informés d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail. Lorsqu'ils sont informés d'un recours, les médecins évaluateurs participent chaque fois que possible aux expertises contradictoires (oui pour 95.4% des répondants).

**Tableau 12.** Recours au tribunal du travail (N=43)

	N (%)
En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ?	
Toujours	3 (7.0%)
Parfois	19 (44.2%)
Jamais	21 (48.8%)
Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ?	
Toujours	31 (72.1%)
Parfois	9 (20.9%)
Jamais	3 (7.0%)
Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ?	
Non	2 (4.6%)
Oui et si dans l'impossibilité d'assister suis le dossier sur pièces	26 (60.5%)
Oui et si dans l'impossibilité d'assister réfère à un collègue	15 (34.9%)
Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (précisé pour 39 médecins évaluateur)	
<10%	13 (33.3%)
10-19%	5 (12.8%)
20-29%	6 (15.4%)
30-39%	4 (10.3%)
40-49%	3 (7.7%)
50-59%	3 (7.7%)
60-69%	3 (7.7%)
70-79%	1 (2.6%)
80-89%	0 (0.0%)
≥90%	1 (2.6%)
Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (précisé pour 38 médecins évaluateur)	
<10%	3 (7.9%)

10-19%	0 (0.0%)
20-29%	1 (2.6%)
30-39%	1 (2.6%)
40-49%	1 (2.6%)
50-59%	4 (10.5%)
60-69%	8 (21.0%)
70-79%	7 (18.4%)
80-89%	4 (10.5%)
≥90%	9 (23.7%)

Le Tableau 13 donne les résultats des items relatifs à l'aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation.

**Tableau 13.** Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...) (N=42, réponses non précisées à ces items pour 1 médecin)

Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?	N (%)
Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)	
Se produit déjà	27 (64.3%)
Non, utile à l'avenir	14 (33.3%)
Non, pas utile	1 (2.4%)
Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation	
	N=40
Se produit déjà	22 (55.0%)
Non, utile à l'avenir	16 (40.0%)
Non, pas utile	2 (5.0%)
Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e	
Se produit déjà	20 (47.6%)
Non, utile à l'avenir	17 (40.5%)
Non, pas utile	5 (11.9%)
Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE)	
Se produit déjà	5 (11.9%)
Non, utile à l'avenir	31 (73.8%)
Non, pas utile	6 (14.3%)
Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti)	
Se produit déjà	9 (21.4%)
Non, utile à l'avenir	22 (52.4%)
Non, pas utile	11 (26.2%)



Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori)	N=40
Se produit déjà	13 (32.5%)
Non, utile à l'avenir	14 (35.0%)
Non, pas utile	13 (32.5%)
 Réaliser des visites à domicile	
Se produit déjà	10 (23.8%)
Non, utile à l'avenir	21 (50.0%)
Non, pas utile	11 (26.2%)
 Réaliser des visites en institution	
Se produit déjà	12 (28.6%)
Non, utile à l'avenir	22 (52.4%)
Non, pas utile	8 (19.0%)

---

Le Tableau 14 donne les résultats des items relatifs à la relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues.

**Tableau 14.** Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN

	N (%)
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN (précisé pour 37 médecins évaluateurs)	
Quotidien	10 (27.0%)
Hebdomadaire	13 (35.1%)
Mensuel	7 (18.9%)
Trimestriel	5 (13.5%)
Annuel	2 (5.4%)
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (précisé pour 41 médecins évaluateurs)	
Quotidien	15 (36.6%)
Hebdomadaire	14 (34.1%)
Mensuel	5 (12.2%)
Trimestriel	5 (12.2%)
Annuel	2 (4.9%)
Organisation de moments de concertation entre collègues au niveau de son centre régional	36 (83.7%)
Si oui, fréquence en moyenne	
Mensuelle	17 (47.2%)
Trimestrielle	17 (47.2%)
Annuelle	1 (12.8%)
Non précisé	1 (12.8%)
Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement	
L'organisation administrative des évaluations et des convocations	16 (44.4%)
La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review	32 (88.9%)
Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation	27 (75.0%)
Participation aux sessions d'information organisées par la DG HAN	37 (86.0%)
Si non, pourquoi ?	
Manque de temps ou conflit horaire	2 (33.3%)
Manque d'intérêt	0 (0.0%)
Autre raison	5 (83.3%)

Pour conclure, deux questions ‘ouvertes’ ont été posées :

- Suggestions pour renforcer l’attractivité de la fonction de médecin-expert pour le compte de la DG HAN :

Goede recente volledige medische verslagen en achtergrondinformatieTaalbarrières voorkomen
Een minder top-down organisatie uitbouwen, ons inspraak geven.
Goed gedocumenteerde dossiers voor toekenning van het dossier. Burgers goed geïnformeerd zijn over de deelproducten waarvoor ze een aanvraag doen. Vermijden van burgers die reeds via een andere instantie erkend zijn of noch een heel arbeidstraject dienen te doorlopen.
Hogere verloning
Informen la fonction de médecine expert au SPF- au cours de médecin avant dernière année d'étude et inviter les étudiants faire le stage.- formation continue de groupe GLEM
Informen les candidats éventuels de façon claire quant aux réglementations à appliquer.
La Rémunération dossiers sur pièces doit se faire à l'acte. Celle avec évaluation physique aussi, mais avec une rémunération supérieure à celle faite sur pièces. Car ces dossiers sont souvent +complexes que ceux sur pièces (un dossier simple est finalisé sur pièces), et demandent +d'implication (écoute, examen physique, déplacement, absences, bugs informatiques, ..). L'évaluation physique est plus énergivore au sens large du termeSi on les paye par heure, le médecin désigné gagnera au mieux (si aucune absence du patient !) : 3 dossiers sur 1 heure = 120 euros bruts , auquel on retire les 21% de TVA puis la taxation de la déclaration fiscale= 50 euros nets. Une technicienne de surface déclarée touche en moyenne en Belgique 15 euros/heure. Un dossier AFS de l'AVIQ est 3x mieux rémunéré. Justifier les décisions par une checklist Indicateur Qualité est rébarbatif, prend du temps (pour le désigné et pour le statutaire qui supervise), et peut entraîner une diminution de productivité et de motivation. Le système
Le problème actuel est le manque de perspective...Comment pouvoir assurer qu'il y aura encore du travail à un médecin intéressé? l'introduction de la multidisciplinarité fait peur ( alors que je pense que c'est réellement un plus) la lenteur des engagements aussi...la crainte de décision politique de régionalisation avec une autre façon de travailler....
Loon dient aangepast te worden ( verhoging)
Mogelijk communicatie met centrale dienstenMogelijk feedback van centrale i.g.v betwistingen en/of moeilijkheden
Overzichtelijk documentum: met correct gescande (en in de juiste richting)documenten en verslagen in 1 muisklik te openen . Beter contrast in documenten . Voldoende groot lettertype . Het is nu dikwijls moeilijk leesbaar, wat zeer vermoeiend voor de ogen is .Het dossier moet volledig zijn, alle relevante verslagen voorhanden . Het opvragen van verslagen is te tijdrovend . Teveel toegevingen bij afwezigheid zonder bericht . Enkel te aanvaarden bij medisch attest voor afwezigheid en éénmalig . Nu soms 6 x afwezig ,met allerhande excuses .Zoveel mogelijk afwerking op stukken : indien goede informatie moet dit doenbaar zijn . Oproepen enkel bij twijfelgevallen en waar klinisch onderzoek nodig is en indien dit onvoldoende vermeld werd in de verslagen .Overdracht van informatie Opgroeien bij aanvragen van 18-jarigen .Aangepaste vragenlijst voor 18 -jarigen (die meestal nog bij ouders wonen) .
Revaloriser l'honoraire du dossier. Pour les afm de l'aviq Le montant est quasi triple .Sinon à Liège c'est une super équipe et le dr Halleux mène son équipe avec bienveillance et efficacité.
Tout d'abord, nous sommes totalement inconnus de nos confrères (on connaît les médecins conseils de la mutuelle, les médecins de l'ONE mais DG Han ???)Si on ne nous connaît pas, on ne peut pas venir vers nous.Financièrement, les différences de rémunération avec les autres organismes (et je ne parle pas du privé) sont beaucoup trop grandes.
Verloning kan beter ivg andere instellingen (in het bijzonder de onderzoeken in de centra).
Vooral financieel is het nog mogelijkheid tot verbetering.De DG is niet zo bekend bij de artsen die eventueel tijd zouden hebben om dossiers af te handelen.
Wat het financieel plaatje betreft:Gezien onze aangeduide artsen op dit moment veel meer verdienen dan wij als statutaire artsen (omwille van het feit dat wij niet anders kunnen dan ze heel veel dossiers op stukken te laten doen), kunnen wij jonge collega's niet meer overtuigen om als statutaire arts bij ons te komen werken.Suggesties om de functie aantrekkelijker te maken:info aan studenten geneeskunde dat onze tak van de geneeskunde ook bestaat en dat de pathologie die wij zien en wat wij moeten evalueren ook van belang is.Mogelijkheid om bij een negatieve beslissing doorverwijzing te doen naar andere diensten vb GTB enzDe versnippering van het landschap beperken, zeer vaak zie ik dat mensen die bij mij komen met de handen in het haar zitten en niet eens weten waarvoor ze een aanvraag hebben gedaan, alle diensten werken naast en niet met elkaar.

Weten wat directie wil, houvast geven of men eerder vrijgevig is met punten IT of eerder karig. Peer review onderhouden, sommige artsen geven tijdelijk teveel punten IT, maar slechts voor bepaalde duur. De dossiers komen na enkele tijd, gemiddeld na 2 jaar terug op het bord van een andere arts-evaluator, die dan perfect moet motiveren waarom hij minder punten IT toekent. Er bestaan AR waar de PMH beroep kunnen aantekenen tegen beslissing arts-evaluator. Geef eerder wat minder punten, voor een duur van 'onbepaalde duur' waarbij betrokkene voor de AR mogelijk zijn gelijk gaat halen. Er zijn nu teveel tweejaarlijkse herbeoordelingen, die onnodig zijn, in die optiek. Dit veronderstelt uiteraard dat alle artsen éénduidig beoordelen, aangestuurd door de coördinerende artsen.
améliorer les renumérations dans DH HAN pour qu'elle soient au même niveau d'autre organisme afin d'effacer le dumping social.
billijke verloning, opleidingstraject
formation ciblée sur des pathologies soutien de la direction administrative ds le travail quotidien
goede voorbereiding van dossier en reeds invullen van gegevens zou handig zijn. Goed nakijken of relevante gegevens aanwezig zijn. Ook tool voor BTW berekening uitrekenen Tinetti en MMSE zouden handig zijn
het elektronisch medisch dossier is al een grote vooruitgang (al 10 jaar ongeveer nu) maar kan nog beter. Bij mijn weten wordt onze mening niet gevraagd hoe de software beter kan. Bij deze al één suggestie: bij herhaalonderzoeken zou het moeten mogelijk zijn om het vorig onderzoek incl diagnosen en punten en motivatie te kopiëren naar het actueel onderzoek, om dan van daaruit te schrappen en aan te vullen. Dat zou zeker moeten voor de diagnosen, gezien 'eens diagnose, altijd diagnose' hoewel ze natuurlijk kan aan belang winnen of verliezen.
ik denk dat de verloning moet hoger zijn zeker voor de volledige onderzoeken (niet op stuk) ons advies, cfr ik werk al 32 jaar als aangenomen arts wordt NOOIT gevraagd
loon verhogen :)
moins d'administratifs, par exemple, envoyer le rapport aux experts documentum centré sur les éléments utiles et pas les échanges web à répétition
stages organiseren, aanwezigheid op jobbeurs
une meilleure rémunération aussi bien pour les médecins désignés que les médecins statutaires. La possibilité pour les médecins statutaires de travailler à temps partiel. La possibilité (et la rémunération qui va avec) de faire plus de réunions avec les médecins désignés, actuellement 4 réunions (de 3h min) ainsi que 4 grandes réunions (de 6h) sont actuellement acceptées par le SPF. Si on prône le travail en équipe multidisciplinaire en y incluant les médecins désignés, il faut avoir la possibilité de faire plus de réunions (au moins 1x/mois et pas spécialement de 3h min.)
uniformité des conditions salariales entre entités pour les statutaires. Meilleure approche RH des responsabilités engagées... valorisation des formations... la loi de l'offre et de la demande ne fonctionne pas pour les médecins: bizarre (elle est bien plus présente pour les informaticiens) -respect de la notion d'indépendance pour les désignés (choix horaires, lieux, etc) -les intégrer ds l'équipe 'salarier' avec les mêmes avantages pour tout ce qui est bonus du SPF (oeufs de Pâques, Noël, etc) -garantir les prestations, éviter l'insécurité, valoriser leurs qualités d'expertise, assurer une continuité de formation et peut être une accréditation à la clef. Donner un arr pendant 30 ans pq qu'on a été 'trop rapide' coûte bcp plus à la société qu'une revalorisation décente de leurs honoraires. et promesse de longue date ...
voorbereidend werk van zelfredzaamheid door hulpteam

- Autres éléments dans le cadre de cette étude sur la perte de capacité de gain en matière d'ARR :

prachtige bevraging naar IVT-beoordeling. Komt net op tijd. De artsen bevragen zelden de beroepsloopbaan, spiegelen hun beslissing IVT aan de ZIV-wetgeving, weten niet dat onze 'arbeidsmarkt' veel ruimer is dan deze van bv. ZIV-wetgeving. Graag reeds een eerste samenvatting van uw bevraging op onze eventdag van 22/4/2023 in Brussel. Alvast dank Vriendelijke groet
ce sont des dossiers comme le passage en 'invalidité'; pas incapacités pour de pathologies uniques aigue--> nécessité du temps, du recul, de l'expérience de la pratique de terrain et beaucoup de consultations de visu avant d'entreprendre des dossiers sp.. -aujourd'hui, on fait l'inverse: on apprend à faire des dossiers sur pièces avant d'avoir rencontré le terrain; avant la clinique primait. -Tous les dossiers monopathologies ou 'faciles' sont donnés aux assistants et les médecins n'ont plus ces 'bouées' d'oxygène 'de dossiers 'faciles' entre deux dossiers ... Ils n'ont plus que les dossiers conflictuels, mal documentés, complexes; ils ne rencontrent que des conflits ...-le métier a changé, il est aussi plus lourd à porter psychologiquement car contrairement à ce que l'on pense, le médecin, garant de la loi, a aussi conscience qu'il fait 'tomber' les gens dans l'insécurité financière.. par son refus...--> maintenir des espaces de discussions spontanées dans une journée ...-exiger u
Des directives pour la fibromyalgie et éler d'anglo-saxonne pourrait nous être utile car il y en a de plus en plus
Het fysiek consult is stresserend voor betrokken aanvrager, maar ook voor de arts. De verwachtingen zijn hoog bij de aanvrager. De arts dient te evalueren wat niet kan, maar ook wat wel kan ikv werk etc.

<p>Il y a un énorme problème avec les tribunaux. Lors de la réunion d'expertise l'avocat de l'état belge ne donne aucun soutien. Quand le contre-expert nous donne raison, après une discussion intéressante et rationnelle, avec des arguments solides, il arrive bien trop souvent que le juge change d'expert pour faire plaisir à la PH, ou qu'il décide lui-même d'augmenter la catégorie de handicap sans raison médico-sociale valable. Nous sommes seuls par rapport au tribunal.</p>
<p>L'ARR est aussi une reconnaissance "morale" d'un handicap. Un paraplégique ou un sourd qui travaillent méritent pour moi cette reconnaissance, même si peu d'incidences financières. Dans mes évaluations j'ai toujours tenu compte de l'importance du handicap que la personne travaille ou pas, et si handicap "évident": ARR oui.</p>
<p>Le bien fondé de ce type d'évaluation chez les personnes n'ayant jamais travaillé en raison de leur statut social (femme au foyer par exemple) et approchant des 65 ans me semble discutable. A cet âge, la capacité de gain est en effet "naturellement" réduite.</p>
<p>Les formulaires remplis par les patients ne comportent pas assez de renseignements sur les études achevées, sur l'expérience et sur le dernier emploi occupé. Il serait aussi intéressant de savoir si une personne en ITT qui demande la reconnaissance d'handicap est toujours inscrite chez un employeur.</p>
<p>Misschien moet de definitie aangepast worden van wat wij beschouwen als iemand met een handicap en moeten ook de voorwaarden voor een aanvraag bij ons beter gedefinieerd worden. Ik denk dat er veel mensen met een beperking een aanvraag doen, maar of dit voldoende is om ze te beschouwen als persoon met een handicap daar twijfel ik aan. Mensen van de Nationale hoge raad willen dat wij spreken over personen met een handicap, terwijl ik heel vaak zie dat mensen die bij mij komen niet als persoon met een handicap willen aanzien worden.</p>
<p>een betere triage van de dossiers die aangevraagd/opgestart worden door verschillende instanties. Vaak onvoldoende medische argumenten om een degelijk dossier samen te stellen laat staan IVT aan te vragen. Geen dossiers toelaten zolang het niet volledig is administratief én medisch. Niet alles uit onze handen nemen en in de armen gooien van niet kwalitatief geschoolde mensen. Door de achterstand zijn de intakes welke moeten gebruikt worden op stukken vaak obsoleet. Best automatisch nieuwe intake ofwel verplicht uit te nodigen. Misschien aan de artsen toch een therapeutische "relatie" met de cliënt (tijdelijk) toestaan op moment van onderzoek om de meest recente medische gegevens in te zien (welke vaak verzwegen worden indien er verbetering opgetreden is).</p>
<p>goede informatie over de arbeidsvoorwaarden/contract waaronder de werknemer in een maatwerkticket is tewerkgesteld</p>
<p>ik heb het als arts moeilijk mee dat als iemand mits enorme bezweringen er toch in slaagt deeltijds te werken, wetende dat voltijds nooit zal lukken ik hem/haar IVT. Neen moet toekennen bv ASS en iemand die geen enkele inspanning doet zijn IVT behouden blijft men moet niet bewijzen dat men met de uitkering probeert zijn ziekte-toestand te verbeteren</p>
<p>il est difficile d'estimer le temps qu'on passe par dossiers car il y a des dossiers qui apparaissent "limpides" et prennent peu de temps et d'autres (pathologie complexe ou mal connue, polyopathie) qui prennent beaucoup plus de temps.</p>
<p>limiter la possibilité d'introduire des demandes sans véritables arguments médicaux .empêcher les personnes qui n'ont jamais eu une activité professionnelle de revendiquer cela à 64 ans .</p>
<p>non</p>
<p>te veel aanvragen vanuit ziekenfonds bij patienten die er eigenlijk geen recht op hebben, zodat de wachttijden voor de anderen oplopen</p>
<p>unifomatisation des procédures de décisions contacts avec autres décisions ARR ( OA) formation et participations aux conférences</p>
<p>verdienvermogen bepalen is altijd een beslissing per individu, het is een combinatie van somatische, psychische en omgevingsfactoren. Een lijst met diagnoses om IVT toe te kennen kan nooit leiden tot juiste beslissingen, immers eenzelfde diagnose vb MS kan leiden tot een beslissing ja maar ook neen.</p>
<p>wanneer een onbepaalde duur toegekend wordt aan een IVT, dan is het afschaffen van de toekenning zeer moeilijk, personen gaan naar de arbeidsrechtbank en de beslissing wordt altijd omgedraaid. Regelmatig opmerkingen van personen, die anderen kennen waarvan zij weten dat zij erkend zijn, maar toch voltijds werken. Willen die personen ook niet aangeven. Controle nadien zou wel interessant zijn.</p>
<p>wetenschappelijke onderbouwing</p>

## 2.2. Analyse des réponses en fonction de l'appartenance linguistique

Le temps total consacré en moyenne pour la DG HAN est comparable selon l'appartenance linguistique (Tableau 15). On note que le temps consacré dans un centre régional de la DG HAN est légèrement inférieur chez les répondants néerlandophones (N : 2.7 demi-journées en moyenne, FR : 4.4 demi-journées,  $p=0.040$ ). La proportion de médecins évaluateurs se rendant parfois à domicile pour une évaluation est plus élevée chez les néerlandophones (50.0%) que les francophones (12.5%) ( $p=0.014$ ). Au total, 63% des répondants néerlandophones estime qu'un format type pour la rédaction des rapports les aiderait, pour 28.6% des francophones ( $p=0.037$ ). Nous ne mettons pas en évidence d'autre différence significative en fonction de l'appartenance linguistique pour les conditions d'expertise.

**Tableau 15.** Conditions d'expertise, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Temps consacré en moyenne pour la DG HAN du SPF Sécurité sociale (en demi-journées/semaine), Moyenne $\pm$ Ecart type			
Dans un centre régional de la DG HAN	4.4 $\pm$ 2.6	2.7 $\pm$ 2.6	<b>0.040</b>
Dans un cabinet privé	0.50 $\pm$ 1.3	0.63 $\pm$ 1.2	0.59
En télétravail	2.2 $\pm$ 1.3	3.0 $\pm$ 2.7	0.47
Total	7.1 $\pm$ 3.4	6.4 $\pm$ 3.3	0.47
Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces (%), Moyenne $\pm$ Ecart type *	41 $\pm$ 30	49 $\pm$ 31	0.58
Se rend parfois à domicile pour une évaluation (précisé pour N=42 répondants)	2/16 (12.5%)	13/26 (50.0%)	<b>0.014</b>
Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	15 $\pm$ 10	18 $\pm$ 12	0.55
Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	51 $\pm$ 40	42 $\pm$ 20	0.73
Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine) (précisé pour N=41 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	5.2 $\pm$ 7.5	3.9 $\pm$ 4.9	0.37
Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en heures/semaine) (précisé pour N=37 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	3.8 $\pm$ 5.6, N=14	1.8 $\pm$ 2.3, N=23	0.22
Un format type (template) aiderait à rédiger les rapports (précisé pour N=42 répondants)	4/14 (28.6%)	17/27 (63.0%)	<b>0.037</b>

\* Calculé en arrondissant au milieu de chaque intervalle prédéfini de 10%

La proportion de médecins évaluateurs qui considèrent que l'évaluation du syndrome autistique pose des difficultés d'appréciation est plus élevée chez les néerlandophones (77.8%) que chez les francophones (18.8%) ( $p=0.0002$ ) (Tableau 16). La proportion de répondants francophones (81.2%) qui considèrent Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité pose des difficultés d'appréciation est plus élevée que chez les répondants néerlandophones (33.3%) ( $p=0.0024$ ). Les proportions d'appréciation des autres diagnostics potentiellement compliqués sont comparables entre les évaluateurs francophones et néerlandophones. La proportion d'évaluateurs pour lesquels le manuel « Directives d'évaluation » est inconnu est comparable en fonction de l'appartenance linguistique.

**Tableau 16.** Diagnostics compliqués, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR) (plusieurs réponses possibles par répondant)			
Aucun diagnostic en particulier	1 (6.2%)	5 (18.5%)	0.39
Syndrome autistique	3 (18.8%)	21 (77.8%)	<b>0.0002</b>
ADHD	4 (25.0%)	13 (48.1%)	0.13
Problèmes psychiatriques chez les jeunes	6 (37.5%)	15 (55.6%)	0.25
Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial	3 (18.8%)	4 (14.8%)	1.0
Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique	15 (93.8%)	21 (77.8%)	0.23
Covid long	7 (43.8%)	8 (29.6%)	0.35
Burnout	6 (37.5%)	16 (59.3%)	0.17
Lombalgie	8 (50.0%)	11 (40.7%)	0.55
Autres affections musculosquelettiques	5 (31.2%)	3 (11.1%)	0.12
Douleurs chroniques	7 (43.8%)	10 (37.0%)	0.66
Discordance entre la pathologie observée et les limitations	11 (68.8%)	14 (51.9%)	0.28
Revendiquées			
Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité	13 (81.2%)	9 (33.3%)	<b>0.0024</b>
Multipathologie	2 (33.3%)	4 (66.7%)	1.0
Problématique difficile à cerner	5 (31.2%)	6 (22.2%)	0.72
Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée			
Oui, une aide précieuse	4 (25.0%)	8 (29.6%)	
Une aide, mais plutôt limitée	9 (56.2%)	14 (51.9%)	
Non	2 (12.5%)	0 (0.0%)	
Ce manuel m'est inconnu	1 (6.2%)	5 (18.5%)	0.39





Nous mettons en évidence de petites différences en fonction de l'appartenance linguistique en ce qui concerne la connaissance des antécédents scolaires, médicaux, professionnels et autres : les médecins évaluateurs francophones disposent davantage des évaluations antérieures par la DG HAN (93.8%) que les néerlandophones (63.0%) ( $p=0.033$ ) et des informations issues du service public régional de l'emploi et la formation (FR : 18.8%, NL : 0.0%,  $p=0.045$ ) (Tableau 17). Nous ne mettons pas en évidence d'autre différence au niveau des sources d'informations.

Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, les médecins francophones et néerlandophones ont un accès faible et comparable à cette information (FR : 75%, NL : 88.9%,  $p=0.39$ ).

**Tableau 17.** Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Sources d'information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur			
Formulaire <i>intake</i>	12 (75.0%)	22 (81.5%)	0.71
Anamnèse de la personne lors de l'expertise	14 (87.5%)	24 (88.9%)	1.0
Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions	7 (43.8%)	9 (33.3%)	0.50
Evaluations antérieures par la DG HAN	15 (93.8%)	17 (63.0%)	<b>0.033</b>
Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale	1 (6.2%)	2 (7.4%)	1.0
Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	1 (6.2%)	7 (25.9%)	0.22
Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	3 (18.8%)	0 (0.0%)	<b>0.045</b>
Rapports d'accompagnements par des services spécialisés	11 (68.8%)	20 (74.1)	0.74
Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette information			
Aucune information	12 (75.0%)	24 (88.9%)	0.39
Mutuelle / INAMI	2 (12.5%)	2 (7.4%)	0.62
ONEm	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Fedris	0 (0.0%)	1 (3.7%)	1.0
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (18.8%)	0 (0.0%)	<b>0.045</b>
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	0 (0.0%)	2 (7.4%)	0.52
Medex	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-

---

CPAS	1 (6.2%)	0 (0.0%)	0.37
------	----------	----------	------

---

L'influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP influence les décisions des médecins évaluateurs francophones et néerlandophones dans les mêmes proportions (FR : 81.2%, NL : 92.6%,  $p=0.34$ ) mais pour les francophones c'est un indice de capacité de gain dans 53.8% des cas alors que pour les néerlandophones c'est un indice de gain réduite à moins d'un tiers dans 84.0% des cas ( $p=0.018$ ). On observe également des différences pour l'influence d'autres formes de travail adapté (Tableau 18).

Il a une proportion significativement plus élevée de recherche proactive chez les néerlandophones pour l'intervention dans la rémunération (FR= 18.8%, NL : 63.0%,  $p=0.0050$ ) ainsi que pour le travail de vacances ou d'étudiant (FR= 25.0%, NL : 59.3%,  $p=0.030$ ).

L'impact des situations liées à l'exercice d'une activité professionnelle ou la poursuite d'études comme signe d'une capacité de gain ou de gain réduite est comparable pour les répondants francophones et néerlandophones (Tableau 19).

**Tableau 18.** Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP), en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l'analyse et la décision qui en découle	13 (81.2%)	25 (92.6%)	0.34
Si oui,			<b>0.018</b>
Indice de capacité de gain	7 (53.8%)	4 (16.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	5 (38.5%)	21 (84.0%)	
Non précisé	1 (7.7%)	0 (0.0%)	
Cela vaut-il aussi pour d'autres formes de travail adapté ?			
Magasins d'économie circulaire ou de seconde main	3 (18.8%)	9 (33.3%)	0.48
Ateliers vélo	2 (12.5%)	4 (14.8%)	1.0
Fermes et maraichage	4 (25.0%)	18 (66.7%)	<b>0.082</b>
Entreprises de parcs et jardins	4 (25.0%)	7 (25.9%)	1.0
Horeca	3 (18.8%)	0 (0.0%)	<b>0.045</b>
Travail bénévole	6 (37.5%)	19 (70.4%)	<b>0.035</b>
Recherche proactive des informations suivantes ?			
Adaptation du poste de travail	12 (75.0%)	22 (81.5%)	0.71
Adaptation de l'horaire de travail	9 (56.2%)	20 (74.1%)	0.23
Intervention dans la rémunération	3 (18.8%)	17 (63.0%)	<b>0.0050</b>
Accompagnement vers le travail	8 (50.0%)	20 (74.1%)	0.11
Stages	8 (50.0%)	16 (29.3%)	0.55
Travail de vacances ou d'étudiant	4 (25.0%)	16 (59.3%)	<b>0.030</b>



**Tableau 19.** Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la porteuse d'un handicap ?	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel	15 (93.8%)	23 (85.2%)	0.64
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	15 (100.0%)	23 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie	14 (87.5%)	19 (70.4%)	0.28
Si oui,			0.42
Indice de capacité de gain	13 (92.9%)	19 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	1 (7.1%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement supérieur	9 (56.2%)	18 (66.7%)	0.50
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	9 (100.0%)	18 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire	8 (50.0%)	15 (55.6%)	0.72
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	8 (100.0%)	15 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé	8 (50.0%)	14 (51.9%)	0.91
Si oui,			1.0
Indice de capacité de gain	2 (28.6%) *	3 (23.1%) *	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	5 (71.4%) *	10 (76.9%) *	
Est actif chez lui comme homme/femme au foyer	7 (43.8%)	9 (33.3%)	0.50
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	7 (100.0%)	7 (100.0%) *	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

\* Non précisé pour 2 répondants

Lorsque la décision médicale est négative, la communication tout de suite au demandeur se fait dans des proportions comparables en fonction de l'appartenance linguistique du médecin évaluateur (Tableau 20).

**Tableau 20.** Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Lorsque la décision médicale est négative, communication tout de suite au demandeur			
Toujours	0 (0.0%)	1 (3.7%)	0.25 *
Parfois	10 (62.5%)	11 (40.7%)	
Jamais	6 (37.5%)	15 (55.6%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais*

Les items relatifs aux recours au tribunal du travail sont comparables en fonction de l'appartenance linguistique du médecin évaluateur (Tableau 21).

**Tableau 21.** Recours au tribunal du travail, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ?			
Toujours	2 (12.5%)	1 (3.7%)	0.45 *
Parfois	5 (31.2%)	14 (51.9%)	
Jamais	9 (56.2%)	12 (44.4%)	
Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ?			
Toujours	10 (62.5%)	21 (77.8%)	1.0 *
Parfois	5 (31.2%)	4 (14.8%)	
Jamais	1 (6.2%)	2 (7.4%)	
Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ?			
Non	0 (0.0%)	2 (7.4%)	0.52 **
Oui et si dans l'impossibilité d'assister suis le dossier sur pièces	9 (56.2%)	17 (63.0%)	
Oui et si dans l'impossibilité d'assister réfère à un collègue	7 (43.8%)	8 (29.6%)	
Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (précisé pour 39 médecins évaluateur)			
<20%	N=14 9 (64.3%)	N=25 9 (36.0%)	0.089

≥20%	5 (35.7%)	16 (64.0%)	
Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (précisé pour 38 médecins évaluateur)	N=15	N=23	0.14
<80%	12 (80.0%)	13 (56.5%)	
≥80%	3 (20.0%)	10 (43.5%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais* ; \*\* *Oui versus Non*

L'aide d'autres collaborateurs pour la préparation du dossier administratif se produit déjà plus fréquemment chez les médecins évaluateurs francophones (86.7%) que chez les néerlandophones (51.9%) (p=0.024). Et les médecins estiment que cela serait utile à l'avenir (Tableau 22).

Il en est de même pour la réalisation des examens complémentaires (se produit déjà pour FR : 40%, NL : 11.1%, p=0.049).

**Tableau 22.** Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...), en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=42, réponses non précisées à ces items pour 1 médecin)

Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?	FR N=15	NL N=27	Comparaison p-valeur
Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)			
Se produit déjà	13 (86.7%)	14 (51.9%)	<b>0.024*</b>
Non, utile à l'avenir	2 (13.3%)	12 (44.4%)	
Non, pas utile	0 (0.0%)	1 (3.7%)	
Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation	N=14	N=26	
Se produit déjà	10 (71.4%)	12 (46.1%)	0.13*
Non, utile à l'avenir	3 (21.4%)	13 (50.0%)	
Non, pas utile	1 (7.1%)	1 (3.9%)	
Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e			
Se produit déjà	9 (60.0%)	11 (40.7%)	0.23*
Non, utile à l'avenir	4 (26.7%)	13 (48.1%)	
Non, pas utile	2 (13.3%)	3 (11.1%)	
Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE)			
Se produit déjà	2 (13.3%)	3 (11.1%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	10 (66.7%)	21 (77.8%)	
Non, pas utile	3 (20.0%)	3 (11.1%)	
Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti)			
Se produit déjà	6 (40.0%)	3 (11.1%)	<b>0.049*</b>
Non, utile à l'avenir	4 (26.7%)	18 (66.7%)	

Non, pas utile	5 (33.3%)	6 (22.2%)	
Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori)	N=14	N=26	
Se produit déjà	5 (35.7%)	8 (30.8%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	5 (35.7%)	9 (34.6%)	
Non, pas utile	4 (28.6%)	9 (34.6%)	
Réaliser des visites à domicile			
Se produit déjà	1 (6.7%)	9 (33.3%)	0.068*
Non, utile à l'avenir	8 (53.3%)	13 (48.1%)	
Non, pas utile	6 (40.0%)	5 (18.5%)	
Réaliser des visites en institution			
Se produit déjà	2 (13.3%)	10 (37.0%)	0.16*
Non, utile à l'avenir	9 (60.0%)	13 (48.1%)	
Non, pas utile	4 (26.7%)	4 (14.8%)	

\* *Se produit déjà versus Non*

Nous ne mettons pas en évidence de différence en fonction de l'appartenance linguistique en ce qui concerne les relations avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN (Tableau 23).

**Tableau 23.** Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN, en fonction de l'appartenance linguistique (langue du questionnaire) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Comparaison p-valeur
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN (précisé pour 37 médecins évaluateurs)	N=12	N=25	0.31*
Quotidien	5 (41.7%)	5 (20.0%)	
Hebdomadaire	4 (33.3%)	9 (36.0%)	
Mensuel	1 (8.3%)	6 (24.0%)	
Trimestriel	1 (8.3%)	4 (16.0%)	
Annuel	1 (8.3%)	1 (4.0%)	
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (précisé pour 41 médecins évaluateurs)	N=14	N=27	0.17*
Quotidien	6 (42.9%)	9 (33.3%)	
Hebdomadaire	6 (42.9%)	8 (29.6%)	
Mensuel	1 (7.1%)	4 (14.8%)	
Trimestriel	1 (7.1%)	4 (14.8%)	
Annuel	0 (0.0%)	2 (7.4%)	
Organisation de moments de concertation entre collègues au niveau de son centre régional	12 (75.0%)	24 (88.9%)	0.39
Si oui, fréquence en moyenne			



Mensuelle	5 (41.7%)	12 (50.0%)	
Trimestrielle	7 (58.3%)	10 (41.7%)	
Annuelle	0 (0.0%)	1 (4.2%)	
Non précisé	0(0.0%)	1 (4.2%)	
Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement			
L'organisation administrative des évaluations et des convocations	3 (25.0%)	13 (54.2%)	
La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review	11 (91.7%)	21 (87.5%)	
Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation	11 (91.7%)	16 (66.7%)	
Participation aux sessions d'information organisées par la DG HAN	12 (75.0%)	25 (92.6%)	0.17
Si non, pourquoi ?			
Manque de temps ou conflit horaire	2 (50.0%)	0 (0.0%)	
Manque d'intérêt	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Autre raison	3 (75.0%)	2 (100.0%)	

\* *Quotidien ou hebdomadaire versus Mensuel, trimestriel ou annuel*

### 2.3. Analyse des réponses en fonction de l'ancienneté dans la fonction

Le temps total consacré en moyenne pour la DG HAN est comparable selon l'ancienneté dans la fonction (Tableau 24). Le temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier est en moyenne de 66 minutes pour les médecins évaluateurs ayant une ancienneté  $\leq 10$  ans et de 40 minutes pour les médecins ayant plus d'ancienneté ( $p=0.042$ ). Nous ne mettons pas en évidence d'autre différence significative en fonction de l'appartenance linguistique pour les conditions d'expertise.

**Tableau 24.** Conditions d'expertise, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	$\leq 10$ ans N=10	$>10$ ans N=33	Comparaison p-valeur
Temps consacré en moyenne pour la DG HAN du SPF			
Sécurité sociale (en demi-journées/semaine), Moyenne $\pm$ Ecart type			
Dans un centre régional de la DG HAN	4.2 $\pm$ 2.4	3.1 $\pm$ 2.8	0.16
Dans un cabinet privé	0.40 $\pm$ 0.84	0.64 $\pm$ 1.3	0.73
En télétravail	2.9 $\pm$ 3.0	2.7 $\pm$ 2.1	0.88
Total	7.5 $\pm$ 3.0	6.4 $\pm$ 3.5	0.34
Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces (%), Moyenne $\pm$ Ecart type *	33 $\pm$ 30	50 $\pm$ 30	0.14
Se rend parfois à domicile pour une évaluation (précisé pour N=42 répondants)	2/10 (20.0%)	13/32 (40.6%)	0.29
Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	23 $\pm$ 16	15 $\pm$ 8	0.088
Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	66 $\pm$ 46	40 $\pm$ 18	<b>0.042</b>
Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine) (précisé pour N=41 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	3.6 $\pm$ 4.4, N=9	4.7 $\pm$ 6.4, N=32	0.96
Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en heures/semaine) (précisé pour N=37 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	3.3 $\pm$ 4.4, N=9	2.3 $\pm$ 3.9, N=28	0.49
Un format type (template) aiderait à rédiger les rapports (précisé pour N=42 répondants)	5/10 (50.0%)	16/31 (51.6%)	1.0

\* Calculé en arrondissant au milieu de chaque intervalle prédéfini de 10%

Tous les items relatifs aux diagnostics compliqués sont comparables en fonction de l'ancienneté du médecin évaluateur dans la fonction (Tableau 25).

Tous les items relatifs à la connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations (Tableau 26), à l'incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP) (Tableau 27), et relatifs à l'exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études (Tableau 28), sont comparables en fonction de l'ancienneté du médecin évaluateur dans la fonction.

**Tableau 25.** Diagnostics compliqués, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR) (plusieurs réponses possibles par répondant)			
Aucun diagnostic en particulier	2 (20.0%)	4 (12.1%)	0.61
Syndrome autistique	3 (30.0%)	21 (63.6%)	0.079
ADHD	3 (30.0%)	14 (42.4%)	0.71
Problèmes psychiatriques chez les jeunes	4 (40.0%)	17 (51.5%)	0.72
Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial	2 (20.0%)	5 (15.1%)	0.66
Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique	8 (80.0%)	28 (84.9%)	0.66
Covid long	5 (50.0%)	10 (30.3%)	0.28
Burnout	5 (50.0%)	17 (51.5%)	1.0
Lombalgie	3 (30.0%)	16 (48.5%)	0.47
Autres affections musculosquelettiques	3 (30.0%)	5 (15.1%)	0.36
Douleurs chroniques	3 (30.0%)	14 (42.4%)	0.71
Discordance entre la pathologie observée et les limitations	5 (50.0%)	20 (60.6%)	0.72
Revendiquées			
Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité	6 (60.0%)	16 (48.5%)	0.72
Multipathologie	2 (20.0%)	4 (12.1%)	0.61
Problématique difficile à cerner	2 (20.0%)	9 (27.3%)	1.0
Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée			
Oui, une aide précieuse	2 (20.0%)	10 (30.3%)	
Une aide, mais plutôt limitée	7 (70.0%)	16 (48.5%)	
Non	0 (0.0%)	2 (6.1%)	
Ce manuel m'est inconnu	1 (10.0%)	5 (15.1%)	1.0



**Tableau 26.** Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Sources d'information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur			
Formulaire <i>intake</i>	7 (70.0%)	27 (81.8%)	0.41
Anamnèse de la personne lors de l'expertise	9 (90.0%)	29 (87.9%)	1.0
Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions	2 (20.0%)	14 (42.4%)	0.28
Evaluations antérieures par la DG HAN	8 (80.0%)	24 (72.7%)	1.0
Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale	2 (20.0%)	1 (3.0%)	0.13
Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	1 (10.0%)	7 (21.1%)	0.66
Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	2 (20.0%)	1 (3.0%)	0.13
Rapports d'accompagnements par des services spécialisés	6 (60.0%)	25 (75.8)	0.43
Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette information			
Aucune information	8 (80.0%)	28 (84.9%)	0.66
Mutuelle / INAMI	0 (0.0%)	4 (12.1%)	0.56
ONEm	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Fedris	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0.23
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	1 (10.0%)	2 (6.1%)	0.56
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	0 (0.0%)	2 (6.1%)	1.0
Medex	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
CPAS	0 (0.0%)	1 (3.0%)	1.0

**Tableau 27.** Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP), en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l'analyse et la décision qui en découle	8 (80.0%)	30 (90.9%)	0.58
Si oui,			0.40
Indice de capacité de gain	3 (37.5%)	8 (26.7%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	4 (50.0%)	22 (73.3%)	
Non précisé	1 (12.5%)	0 (0.0%)	

Cela vaut-il aussi pour d'autres formes de travail adapté ?			
Magasins d'économie circulaire ou de seconde main	3 (30.0%)	9 (27.3%)	1.0
Ateliers vélo	1 (10.0%)	5 (15.1%)	1.0
Fermes et maraichage	4 (40.0%)	18 (54.6%)	0.49
Entreprises de parcs et jardins	2 (20.0%)	9 (27.3%)	1.0
Horeca	1 (10.0%)	2 (6.1%)	0.56
Travail bénévole	4 (40.0%)	21 (63.6%)	0.28
Recherche proactive des informations suivantes ?			
Adaptation du poste de travail	8 (80.0%)	26 (78.8%)	1.0
Adaptation de l'horaire de travail	7 (70.0%)	22 (66.7%)	1.0
Intervention dans la rémunération	3 (30.0%)	17 (51.5%)	0.29
Accompagnement vers le travail	7 (70.0%)	21 (63.6%)	1.0
Stages	5 (50.0%)	19 (57.6%)	0.73
Travail de vacances ou d'étudiant	2 (20.0%)	18 (59.3%)	0.076

**Tableau 28.** Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la porteuse d'un handicap ?	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel	9 (90.0%)	29 (87.9%)	1.0
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	9 (100.0%)	29 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie	8 (80.0%)	25 (75.8%)	1.0
Si oui,			0.24
Indice de capacité de gain	7 (87.5%)	25 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	1 (12.5%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement supérieur	6 (60.0%)	21 (63.6%)	1.0
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	6 (100.0%)	21 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire	5 (50.0%)	18 (54.6%)	1.0
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	5 (100.0%)	18 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé	6 (60.0%)	16 (48.5%)	0.72
Si oui,			1.0
Indice de capacité de gain	1 (16.7%)	4 (28.6%) *	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	5 (83.3%)	10 (71.4%) *	
Est actif chez lui comme homme/femme au foyer	5 (50.0%)	11 (33.3%)	0.46
Si oui,			-

---

Indice de capacité de gain	4 (100.0%)*	10 (100.0%)*
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)

---

\* *Non précisé pour 2 répondants*

Lorsque la décision médicale est négative, la communication tout de suite au demandeur se fait dans des proportions comparables en fonction de l'ancienneté du médecin évaluateur (Tableau 29).

**Tableau 29.** Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Lorsque la décision médicale est négative, communication tout de suite au demandeur			
Toujours	0 (0.0%)	1 (3.0%)	0.49 *
Parfois	4 (40.0%)	17 (51.5%)	
Jamais	6 (60.0%)	15 (45.4%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais*

Les items relatifs aux recours au tribunal du travail sont comparables en fonction de l'ancienneté du médecin évaluateur (Tableau 30).

**Tableau 30.** Recours au tribunal du travail, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ?			
Toujours	1 (10.0%)	2 (6.1%)	0.49 *
Parfois	3 (30.0%)	16 (48.5%)	
Jamais	6 (60.0%)	15 (45.4%)	
Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ?			
Toujours	7 (70.0%)	24 (72.7%)	0.56 *
Parfois	2 (20.0%)	7 (21.2%)	
Jamais	1 (10.0%)	2 (6.1%)	
Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ?			
Non	0 (0.0%)	2 (6.1%)	1.0 **
Oui et si dans l'impossibilité d'assister suis le dossier sur pièces	6 (60.0%)	20 (60.6%)	
Oui et si dans l'impossibilité d'assister réfère à un collègue	4 (40.0%)	11 (33.3%)	
Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (précisé pour 39 médecins évaluateur)	N=8	N=31	0.25



<20%	2 (25.0%)	16 (51.6%)	
≥20%	6 (75.0%)	15 (48.4%)	
Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (précisé pour 38 médecins évaluateur)			
	N=8	N=30	0.094
<80%	3 (37.5%)	22 (73.3%)	
≥80%	5 (62.5%)	8 (26.7%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais* ; \*\* *Oui versus Non*

Les items relatifs à l'aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation sont comparables en fonction de l'ancienneté du médecin évaluateur (Tableau 31).

**Tableau 31.** Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...), en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=42, réponses non précisées à ces items pour 1 médecin)

Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?	≤10 ans N=10	>10 ans N=32	Comparaison p-valeur
Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)			
Se produit déjà	6 (60.0%)	21 (65.6%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	3 (30.0%)	11 (34.4%)	
Non, pas utile	1 (10.0%)	0 (0.0%)	
Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation			
Se produit déjà	5 (50.0%)	17 (56.7%)	0.73*
Non, utile à l'avenir	4 (40.0%)	12 (40.0%)	
Non, pas utile	1 (10.0%)	1 (3.3%)	
Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e			
Se produit déjà	6 (60.0%)	14 (43.8%)	0.48*
Non, utile à l'avenir	3 (30.0%)	14 (43.8%)	
Non, pas utile	1 (10.0%)	4 (12.5%)	
Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE)			
Se produit déjà	1 (10.0%)	4 (12.5%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	7 (70.0%)	24 (75.0%)	
Non, pas utile	2 (20.0%)	4 (12.5%)	
Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti)			
Se produit déjà	3 (30.0%)	6 (18.8%)	0.66*
Non, utile à l'avenir	5 (50.0%)	17 (53.1%)	
Non, pas utile	2 (20.0%)	9 (28.1%)	
Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori)	N=10	N=30	

Se produit déjà	3 (30.0%)	10 (33.3%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	3 (30.0%)	11 (34.7%)	
Non, pas utile	4 (40.0%)	9 (30.0%)	
Réaliser des visites à domicile			
Se produit déjà	3 (30.0%)	7 (21.9%)	0.68*
Non, utile à l'avenir	4 (40.0%)	17 (53.1%)	
Non, pas utile	3 (30.0%)	8 (25.0%)	
Réaliser des visites en institution			
Se produit déjà	3 (30.0%)	9 (28.1%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	5 (50.0%)	17 (53.1%)	
Non, pas utile	2 (20.0%)	6 (18.8%)	

\* *Se produit déjà versus Non*

Nous ne mettons pas en évidence de différence en fonction de l'ancienneté dans la fonction en ce qui concerne les relations avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN (Tableau 32).

**Tableau 32.** Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN, en fonction de l'ancienneté dans la fonction (N=43)

	≤10 ans N=10	>10 ans N=33	Comparaison p-valeur
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN (précisé pour 37 médecins évaluateurs)	N=8	N=29	0.68*
Quotidien	6 (75.0%)	4 (13.8%)	
Hebdomadaire	0 (0.0%)	13 (44.8%)	
Mensuel	0 (0.0%)	7 (24.1%)	
Trimestriel	2 (25.0%)	3 (10.3%)	
Annuel	0 (0.0%)	2 (6.9%)	
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (précisé pour 41 médecins évaluateurs)	N=10	N=31	0.23*
Quotidien	7 (70.0%)	8 (25.8%)	
Hebdomadaire	2 (20.0%)	12 (38.7%)	
Mensuel	0 (0.0%)	5 (16.1%)	
Trimestriel	0 (0.0%)	5 (16.1%)	
Annuel	1 (10.0%)	1 (3.2%)	
Organisation de moments de concertation entre collègues au niveau de son centre régional	8 (80.0%)	28 (84.9%)	0.66
Si oui, fréquence en moyenne			
Mensuelle	4 (50.0%)	13 (46.4%)	
Trimestrielle	2 (25.0%)	15 (53.6%)	
Annuelle	1 (12.5%)	0 (0.0%)	
Non précisé	1 (12.5%)	0 (0.0%)	
Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement			
L'organisation administrative des évaluations et des convocations	5 (62.5%)	11 (39.3%)	
La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review	6 (75.0%)	26 (92.9%)	
Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation	6 (75.0%)	21 (75.0%)	
Participation aux sessions d'information organisées par la DG HAN	9 (90.0%)	28 (84.9%)	1.0
Si non, pourquoi ?			
Manque de temps ou conflit horaire	0 (0.0%)	2 (40.0%)	
Manque d'intérêt	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

---

Autre raison	1 (100.0%)	4 (80.0%)
--------------	------------	-----------

---

\* *Quotidien ou hebdomadaire versus Mensuel, trimestriel ou annuel*

#### 2.4. Analyse des réponses en fonction du statut du médecin

Par définition, le temps consacré en moyenne pour la DG HAN diffère en fonction du statut du médecin évaluateur (Tableau 33). Le temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier est comparable ( $p=0.94$ ) mais le temps maximum est plus élevé chez les médecins statutaires (Statutaire : 66 minutes, Désignés : 37 minutes,  $p=0.0090$ ). Le temps consacré chaque semaine au travail administratif est comparable. Les médecins statutaires consacrent en moyenne plus de temps par semaine au traitement des remarques venant du médecin-coordonnateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (Statutaire : 3.6 h/sem, Désignés : 2.2 h/sem,  $p=0.036$ ).

**Tableau 33.** Conditions d'expertise, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Temps consacré en moyenne pour la DG HAN du SPF			
Sécurité sociale (en demi-journées/semaine), Moyenne $\pm$ Ecart type			
Dans un centre régional de la DG HAN	2.4 $\pm$ 2.1	5.9 $\pm$ 2.5	<b>0.0003</b>
Dans un cabinet privé	0.80 $\pm$ 1.4	0.083 $\pm$ 0.29	0.11
En télétravail	2.3 $\pm$ 2.4	3.6 $\pm$ 1.4	<b>0.018</b>
Total	5.5 $\pm$ 3.0	9.6 $\pm$ 2.5	<b>0.0006</b>
Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces (%), Moyenne $\pm$ Ecart type *	45 $\pm$ 30	45 $\pm$ 33	0.93
Se rend parfois à domicile pour une évaluation (précisé pour N=42 répondants)	9/29 (31.0%)	5/12 (41.7%)	0.72
Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	17 $\pm$ 9	19 $\pm$ 16	0.94
Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes), Moyenne $\pm$ Ecart type	37 $\pm$ 17	66 $\pm$ 42	<b>0.0090</b>
Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine) (précisé pour N=41 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	4.5 $\pm$ 6.7, N=29	4.6 $\pm$ 4.4, N=11	0.38
Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonnateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en heures/semaine) (précisé pour N=37 répondants), Moyenne $\pm$ Ecart type	2.2 $\pm$ 4.2, N=26	3.6 $\pm$ 3.6, N=10	<b>0.036</b>
Un format type (template) aiderait à rédiger les rapports (précisé pour N=42 répondants)	13/29 (44.8%)	7/11 (63.6%)	0.29

\* Calculé en arrondissant au milieu de chaque intervalle prédéfini de 10%

Les diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation sont comparables en fonction du statut du médecin, sauf la discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées qui est identifiée difficile par 70% des médecins désignés et 25% des statutaires (p=0.014) (Tableau 34).

**Tableau 34.** Diagnostics compliqués, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR) (plusieurs réponses possibles par répondant)			
Aucun diagnostic en particulier	5 (16.7%)	1 (8.3%)	0.66
Syndrome autistique	17 (56.7%)	6 (50.0%)	0.70
ADHD	12 (40.0%)	4 (33.3%)	0.74
Problèmes psychiatriques chez les jeunes	15 (50.0%)	5 (41.7%)	0.74
Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial	6 (20.0%)	1 (8.3%)	0.65
Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique	26 (86.7%)	9 (75.0%)	0.39
Covid long	9 (30.0%)	6 (50.0%)	0.29
Burnout	17 (56.7%)	4 (33.3%)	0.31
Lombalgie	14 (46.7%)	4 (33.3%)	0.51
Autres affections musculosquelettiques	4 (13.3%)	3 (25.0%)	0.39
Douleurs chroniques	13 (43.3%)	3 (25.0%)	0.32
Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées	21 (70.0%)	3 (25.0%)	<b>0.014</b>
Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité	13 (43.3%)	9 (75.0%)	0.091
Multipathologie	6 (20.0%)	0 (0.0%)	0.16
Problématique difficile à cerner	7 (23.3%)	4 (33.3%)	0.70
Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d'évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée			
Oui, une aide précieuse	9 (30.0%)	2 (16.7%)	
Une aide, mais plutôt limitée	15 (50.0%)	8 (66.7%)	
Non	0 (0.0%)	2 (16.7%)	
Ce manuel m'est inconnu	6 (20.0%)	0 (0.0%)	0.16

Tous les médecins évaluateurs statutaires répondants à l'enquête utilisent les rapports d'accompagnement par les services spécialisés comme source d'information pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur, pour 60% des médecins désignés ( $p=0.0091$ ) (Tableau 35). Les autres items mesurés sont comparables en fonction du statut du médecin évaluateur.

**Tableau 35.** Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Sources d'information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur			
Formulaire <i>intake</i>	24 (80.0%)	9 (75.0%)	0.70
Anamnèse de la personne lors de l'expertise	25 (83.3%)	12 (100.0%)	0.30
Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions	11 (36.7%)	4 (33.3%)	1.0
Evaluations antérieures par la DG HAN	22 (73.3%)	9 (75.0%)	1.0
Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1.0
Service public régional de l'emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	4 (13.3%)	3 (25.0%)	0.39
Service public régional ou communautaire de l'aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	1 (3.3%)	2 (16.7%)	0.19
Rapports d'accompagnements par des services spécialisés	18 (60.0%)	12 (100.0)	<b>0.0091</b>
Lorsque d'autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette information			
Aucune information	25 (83.3%)	10 (83.3%)	1.0
Mutuelle / INAMI	3 (10.0%)	1 (8.3%)	1.0
ONEm	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
Fedris	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1.0
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (10.0%)	0 (0.0%)	0.54
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	2 (6.7%)	0 (0.0%)	1.0
Medex	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
CPAS	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0.29

L'incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d'insertion socioprofessionnelle (CISP) est comparable en fonction du statut du médecin évaluateur (Tableau 36). La recherche proactive des informations

relatives aux stages et relative au travail de vacances ou d'étudiant est plus fréquente chez les médecins statutaires.



**Tableau 36.** Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d’insertion socioprofessionnelle (CISP), en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l’analyse et la décision qui en découle	26 (86.7%)	11 (91.7%)	1.0
Si oui,			0.25
Indice de capacité de gain	6 (23.1%)	5 (45.4%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d’un tiers	19 (73.1%)	6 (54.6%)	
Non précisé	1 (3.9%)	0 (0.0%)	
Cela vaut-il aussi pour d’autres formes de travail adapté ?			
Magasins d’économie circulaire ou de seconde main	9 (30.0%)	3 (25.0%)	1.0
Ateliers vélo	4 (13.3%)	2 (16.7%)	1.0
Fermes et maraichage	14 (46.7%)	8 (66.7%)	0.31
Entreprises de parcs et jardins	8 (26.7%)	3 (25.0%)	1.0
Horeca	2 (6.7%)	1 (8.3%)	1.0
Travail bénévole	17 (56.7%)	7 (58.3%)	1.0
Recherche proactive des informations suivantes ?			
Adaptation du poste de travail	24 (80.0%)	10 (83.3%)	1.0
Adaptation de l’horaire de travail	18 (60.0%)	10 (83.3%)	0.28
Intervention dans la rémunération	11 (36.7%)	8 (66.7%)	0.098
Accompagnement vers le travail	17 (56.7%)	10 (83.3%)	0.16
Stages	11 (36.7%)	12 (100.0%)	<b>0.0001</b>
Travail de vacances ou d’étudiant	10 (33.3%)	9 (75.0%)	<b>0.020</b>

L’influence de l’exercice d’une activité professionnelle ou poursuite d’études est comparable en fonction du statut du médecin (Tableau 37).

**Tableau 37.** Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la porteuse d'un handicap ?	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel	26 (86.7%)	11 (91.7%)	1.0
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	26 (100.0%)	11 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie	22 (73.3%)	10 (83.3%)	0.70
Si oui,			1.0
Indice de capacité de gain	21 (95.4%)	10 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	1 (4.6%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement supérieur	18 (60.0%)	8 (66.7%)	0.74
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	18 (100.0%)	8 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire	14 (46.7%)	8 (66.7%)	0.31
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	14 (100.0%)	8 (100.0%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé	16 (53.3%)	6 (50.0%)	1.0
Si oui,			0.61
Indice de capacité de gain	3 (21.4%) *	2 (33.3%)	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	11 (78.6%) *	4 (66.7%)	
Est actif chez lui comme homme/femme au foyer	9 (30.0%)	7 (58.3%)	0.16
Si oui,			-
Indice de capacité de gain	8 (100.0%) *	6 (100.0%) *	
Indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

\* Non précisé pour 2 répondants

Lorsque la décision médicale est négative, la communication tout de suite au demandeur se fait dans des proportions comparables en fonction du statut du médecin évaluateur (Tableau 38).

**Tableau 38.** Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

Lorsque la décision médicale est négative,	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
--	-----------------	--------------------	-------------------------

communication tout de suite au demandeur			
Toujours	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0.086 *
Parfois	12 (40.0%)	8 (66.7%)	
Jamais	18 (60.0%)	3 (25.0%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais*

Les items relatifs aux recours au tribunal du travail sont comparables en fonction du statut du médecin évaluateur (Tableau 39).

**Tableau 39.** Recours au tribunal du travail, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ?			
Toujours	1 (6.7%)	1 (8.3%)	1.0 *
Parfois	13 (43.3%)	5 (41.7%)	
Jamais	15 (50.0%)	6 (50.0%)	
Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ?			
Toujours	20 (66.7%)	10 (83.3%)	0.54 *
Parfois	7 (23.3%)	2 (16.7%)	
Jamais	3 (10.0%)	0 (0.0%)	
Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ?			
Non	2 (6.7%)	0 (0.0%)	1.0 **
Oui et si dans l'impossibilité d'assister suis le dossier sur	18 (60.0%)	8 (66.7%)	
Pièces			
Oui et si dans l'impossibilité d'assister réfère à un collègue	10 (33.3%)	4 (33.3%)	
Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (précisé pour 38 médecins évaluateur)			
<20%	N=26 11 (42.3%)	N=12 6 (50.0%)	0.66
≥20%	15 (57.7%)	6 (50.0%)	
Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (précisé pour 38 médecins évaluateur)			
<80%	N=25 17 (68.0%)	N=12 7 (58.3%)	0.72
≥80%	8 (32.0%)	5 (41.7%)	

\* *Toujours ou Parfois versus Jamais* ; \*\* *Oui versus Non*



L'aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation se produit déjà plus fréquemment chez les médecins statutaires que pour les désignés (Tableau 40). Une différence significative est mise en évidence pour plusieurs de ces items.

**Tableau 40.** Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...), en fonction du statut du médecin évaluateur (N=41, réponses non précisées à ces items pour 1 médecin)

Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?	Désigné N=29	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire)			
Se produit déjà	18 (62.1%)	9 (75.0%)	0.49*
Non, utile à l'avenir	10 (34.5%)	3 (25.0%)	
Non, pas utile	1 (3.4%)	0 (0.0%)	
Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation			
Se produit déjà	N=27 15 (55.6%)	N=12 7 (58.3%)	1.0*
Non, utile à l'avenir	10 (37.0%)	5 (41.7%)	
Non, pas utile	2 (7.4%)	0 (0.0%)	
Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e			
Se produit déjà	10 (34.5%)	10 (83.3%)	0.0063*
Non, utile à l'avenir	14 (48.3%)	2 (16.7%)	
Non, pas utile	5 (17.2%)	0 (0.0%)	
Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE)			
Se produit déjà	2 (6.9%)	3 (25.0%)	0.14*
Non, utile à l'avenir	22 (75.9%)	8 (66.7%)	
Non, pas utile	5 (17.2%)	1 (8.3%)	
Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti)			
Se produit déjà	3 (10.3%)	6 (50.0%)	0.011*
Non, utile à l'avenir	15 (51.7%)	6 (50.0%)	
Non, pas utile	11 (37.9%)	0 (0.0%)	
Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori)			
Se produit déjà	N=27 5 (18.5%)	N=12 8 (66.7%)	0.0079*
Non, utile à l'avenir	9 (33.3%)	4 (33.3%)	
Non, pas utile	13 (48.1%)	0 (0.0%)	
Réaliser des visites à domicile			
Se produit déjà	4 (13.8%)	6 (50.0%)	0.040*
Non, utile à l'avenir	17 (58.6%)	3 (25.0%)	
Non, pas utile	8 (27.6%)	3 (25.0%)	

Réaliser des visites en institution			
Se produit déjà	6 (20.7%)	6 (50.0%)	0.13*
Non, utile à l'avenir	16 (55.2%)	5 (41.7%)	
Non, pas utile	7 (24.1%)	1 (8.3%)	

\* *Se produit déjà versus Non*

La fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins est quotidienne pour 75% des médecins statutaires et 21.4% des médecins désignés (p=0.0074) (Tableau 41).

**Tableau 41.** Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN, en fonction du statut du médecin évaluateur (N=42)

	Désigné N=30	Statutaire N=12	Comparaison p-valeur
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN (précisé pour 37 médecins évaluateurs)	N=29	N=7	0.21*
Quotidien	6 (20.7%)	4 (57.1%)	
Hebdomadaire	10 (34.5%)	2 (18.6%)	
Mensuel	7 (24.1%)	0 (0.0%)	
Trimestriel	5 (17.2%)	0 (0.0%)	
Annuel	1 (3.4%)	1 (14.3%)	
Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (précisé pour 41 médecins évaluateurs)	N=28	N=12	<b>0.0074*</b>
Quotidien	6 (21.4%)	9 (75.0%)	
Hebdomadaire	10 (35.7%)	3 (25.0%)	
Mensuel	5 (17.9%)	0 (0.0%)	
Trimestriel	5 (17.9%)	0 (0.0%)	
Annuel	2 (7.1%)	0 (0.0%)	
Organisation de moments de concertation entre collègues au niveau de son centre régional	24 (80.0%)	11 (91.7%)	0.65
Si oui, fréquence en moyenne			
Mensuelle	9 (37.5%)	8 (72.7%)	
Trimestrielle	13 (54.2%)	3 (27.3%)	
Annuelle	1 (4.2%)	0 (0.0%)	
Non précisé	1 (4.2%)	0 (0.0%)	
Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement			
L'organisation administrative des évaluations et des convocations	10 (41.7%)	5 (45.4%)	
La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review	21 (87.5%)	10 (90.9%)	

Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation	18 (75.0%)	8 (72.7%)	
Participation aux sessions d'information organisées par la DG HAN	24 (80.0%)	12 (100.0%)	0.16
Si non, pourquoi ?			
Manque de temps ou conflit horaire	2 (33.3.0%)	-	
Manque d'intérêt	0 (0.0%)	-	
Autre raison	5 (83.3%)	-	

\* *Quotidien ou hebdomadaire versus Mensuel, trimestriel ou annuel*

## A. Annexe : Description des données (« Code book »)

- Langue (NL/FR) - [Langue](#)
- Id questionnaire - [Id](#)
- Date de clôture du questionnaire - [DateCloture](#)

### S1. Conditions d'expertise

- Nombre de demi-journées par semaine consacrées en moyenne pour la DG HAN du SPF Sécurité sociale
  - o Nombre dans un centre régional de la DG HAN (en demi-journées) (1 à 12) – [S1Q2](#)
  - o Nombre dans un cabinet privé (en demi-journées) (1 à 12) – [S1Q3](#)
  - o Nombre en télétravail (en demi-journées) (1 à 12) – [S1Q4](#)

[Total = S1Q2+ S1Q3+ S1Q4](#)
- Depuis la fin des mesures Covid, proportion de dossiers traités sur pièces (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%, 9 :80-89%, 10 :≥90%) - [S1Q5](#)
- Se rend parfois à domicile pour une évaluation (1=Oui, 2=Non) - [S1Q6](#)
- Temps minimum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes) - [S1Q8](#)
- Temps maximum consacré à l'évaluation d'un dossier (en minutes) - [S1Q9](#)
- Temps minimum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes) - [S1Q12](#)
- Temps maximum consacré pour prendre connaissance du questionnaire intake, des rapports médicaux, etc (en minutes) - [S1Q13](#)
- Temps minimum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes) - [S1Q15](#)
- Temps maximum consacré pour effectuer l'expertise elle-même (anamnèse/ examen clinique éventuel) (en minutes) - [S1Q16](#)
- Temps minimum consacré pour rédiger le rapport (en minutes) - [S1Q18](#)
- Temps maximum consacré pour rédiger le rapport (en minutes) - [S1Q19](#)
- Temps consacré au travail administratif (demander des rapports, envoyer des rappels, etc) (en heures/semaine) - [S1Q20](#)
- Temps consacré au traitement des remarques venant du médecin-coordonateur du centre régional et/ou à la discussion entre collègues de dossiers complexes (en heures/semaine) - [S1Q21](#)
- Un format type (template) aiderait-il à rédiger les rapports (1=Oui, 2=Non) - [S1Q22](#)

### S2. Diagnostics compliqués

- Diagnostics qui posent en général le plus de difficultés d'appréciation lors de l'évaluation de la perte de capacité de gain pour l'octroi de l'allocation de remplacement de revenus (ARR)
  - o Aucun diagnostic en particulier (1=Oui) – [S2Q1\\_1](#)
  - o Syndrome autistique (1=Oui) – [S2Q1\\_2](#)
  - o ADHD (1=Oui) – [S2Q1\\_3](#)



- Problèmes psychiatriques chez les jeunes (1=Oui) – S2Q1\_4
  - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l’enseignement spécial (1=Oui) – S2Q1\_5
  - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (1=Oui) – S2Q1\_6
  - Covid long (1=Oui) – S2Q1\_7
  - Burnout (1=Oui) – S2Q1\_8
  - Lombalgie (1=Oui) – S2Q1\_9
  - Autres affections musculosquelettiques (1=Oui) – S2Q1\_10
  - Douleurs chroniques (1=Oui) – S2Q1\_11
  - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (1=Oui) – S2Q1\_12
  - Syndrome d’Ehler-Danlos / hypermobilité (1=Oui) – S2Q1\_13
  - Multipathologie (1=Oui) – S2Q1\_14
  - Problématique difficile à cerner (1=Oui) – S2Q1\_15
  - Autres – S2\_Q1\_16, précisez – S2Q1\_16\_txt
- Par rapport à ces diagnostics, le manuel de la DG HAN « Directives d’évaluation » apporte-t-il une aide précieuse, ou plutôt limitée (1=Oui, une aide précieuse, 2=Une aide, mais plutôt limitée, 3=Non, 4=Ce manuel m’est inconnu). – S2Q3

### S3. Durée de reconnaissance

- Il arrive de reconnaître une capacité de gain réduite donnant le droit à l’ARR pour une durée limitée dans le temps (1=Oui, 2=Non) – S3Q1
- Si oui, facteurs ou éléments qui incitent à donner une reconnaissance en ARR pour une courte durée (1 à 3 ans) :
  - Jeune âge (entre 18 et 25 ans) (1=Oui) – S3Q2\_1
  - Pathologie évolutive (1=Oui) – S3Q2\_2
  - Diagnostic imprécis (1=Oui) – S3Q2\_3
  - Processus de revalidation en cours (1=Oui) – S3Q2\_4
  - Autre (1=Oui) – S3Q2\_5, précisez – S3Q2\_5\_txt

### S4. Spécificités de l’âge

- Rencontre des problématiques spécifiques à certains âges ou périodes de la vie pour évaluer la capacité de gain ?
  - 18-25 ans (1=Oui, 2=Non) – S4Q2
    - Syndrome autistique (1=Oui) – S4Q3\_1
    - ADHD (1=Oui) – S4Q3\_2
    - Problèmes psychiatriques chez les jeunes (1=Oui) – S4Q3\_3
    - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l’enseignement spécial (1=Oui) – S4Q3\_4
    - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (1=Oui) – S4Q3\_5
    - Covid long (1=Oui) – S4Q3\_6
    - Burnout (1=Oui) – S4Q3\_7
    - Lombalgie (1=Oui) – S4Q3\_8
    - Autres affections musculosquelettiques (1=Oui) – S4Q3\_9
    - Douleurs chroniques (1=Oui) – S4Q3\_10
    - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (1=Oui) – S4Q3\_11

- Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité (1=Oui) – S4Q3\_12
- Multipathologie (1=Oui) – S4Q3\_13
- Problématique difficile à cerner (1=Oui) – S4Q3\_14
- Autres (1=Oui) – S4Q3\_15, précisez – S4Q3\_15\_txt
- 26-35 ans (1=Oui, 2=Non) – S4Q4
  - Syndrome autistique (1=Oui) – S4Q5\_1
  - ADHD (1=Oui) – S4Q5\_2
  - Problèmes psychiatriques chez les jeunes (1=Oui) – S4Q5\_3
  - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial (1=Oui) – S4Q5\_4
  - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (1=Oui) – S4Q5\_5
  - Covid long (1=Oui) – S4Q5\_6
  - Burnout (1=Oui) – S4Q5\_7
  - Lombalgie (1=Oui) – S4Q5\_8
  - Autres affections musculosquelettiques (1=Oui) – S4Q5\_9
  - Douleurs chroniques (1=Oui) – S4Q5\_10
  - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (1=Oui) – S4Q5\_11
  - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité (1=Oui) – S4Q5\_12
  - Multipathologie (1=Oui) – S4Q5\_13
  - Problématique difficile à cerner (1=Oui) – S4Q5\_14
  - Autres (1=Oui) – S4Q5\_15, précisez – S4Q5\_15\_txt
- 36-55 ans (1=Oui, 2=Non) – S4Q6
  - Syndrome autistique (1=Oui) – S4Q7\_1
  - ADHD (1=Oui) – S4Q7\_2
  - Problèmes psychiatriques chez les jeunes (1=Oui) – S4Q7\_3
  - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial (1=Oui) – S4Q7\_4
  - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (1=Oui) – S4Q7\_5
  - Covid long (1=Oui) – S4Q7\_6
  - Burnout (1=Oui) – S4Q7\_7
  - Lombalgie (1=Oui) – S4Q7\_8
  - Autres affections musculosquelettiques (1=Oui) – S4Q7\_9
  - Douleurs chroniques (1=Oui) – S4Q7\_10
  - Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (1=Oui) – S4Q7\_11
  - Syndrome d'Ehler-Danlos / hypermobilité (1=Oui) – S4Q7\_12
  - Multipathologie (1=Oui) – S4Q7\_13
  - Problématique difficile à cerner (1=Oui) – S4Q7\_14
  - Autres (1=Oui) – S4Q7\_15, précisez – S4Q7\_15\_txt
- >55 ans (1=Oui, 2=Non) – S4Q8
  - Syndrome autistique (1=Oui) – S4Q9\_1
  - ADHD (1=Oui) – S4Q9\_2
  - Problèmes psychiatriques chez les jeunes (1=Oui) – S4Q9\_3
  - Personnes présentant des déficits mentaux qui suivent l'enseignement spécial (1=Oui) – S4Q9\_4
  - Fibromyalgie / syndrome de fatigue chronique (1=Oui) – S4Q9\_5
  - Covid long (1=Oui) – S4Q9\_6

- Burnout (1=Oui) – S4Q9\_7
- Lomalgie (1=Oui) – S4Q9\_8
- Autres affections musculosquelettiques (1=Oui) – S4Q9\_9
- Douleurs chroniques (1=Oui) – S4Q9\_10
- Discordance entre la pathologie observée et les limitations revendiquées (1=Oui) – S4Q9\_11
- Syndrome d’Ehler-Danlos / hypermobilité (1=Oui) – S4Q9\_12
- Multipathologie (1=Oui) – S4Q9\_13
- Problématique difficile à cerner (1=Oui) – S4Q9\_14
- Autres (1=Oui) – S4Q9\_15, précisez – S4Q9\_15\_txt

## **S5. Connaissance des antécédents scolaires, médicaux et professionnels et autres évaluations**

- Sources d’information dont on dispose pour connaître le passé scolaire, médical et professionnel éventuel du demandeur
  - Formulaire *intake* (1=Oui) – S5Q1\_1
  - Anamnèse de la personne lors de l’expertise (1=Oui) – S5Q1\_2
  - Dossier AFM (allocations familiales majorées) en provenance des régions (1=Oui) – S5Q1\_3
  - Evaluations antérieures par la DG HAN (1=Oui) – S5Q1\_4
  - Autres institutions de sécurité sociale (ONSS, INAMI, FEDRIS, CPAS, etc), via la Banque-carrefour de la sécurité sociale (1=Oui) – S5Q1\_5
  - Service public régional de l’emploi et de la formation (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG) (1=Oui) – S5Q1\_6
  - Service public régional ou communautaire de l’aide aux personnes handicapées (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ) (1=Oui) – S5Q1\_7
  - Rapports d’accompagnements par des services spécialisés (1=Oui) – S5Q1\_8
- Lorsque d’autres évaluations médicales ont été effectuées pour le compte d’autres organismes de sécurité sociale fédérale, régionale ou communautaire, a un accès à cette informations
  - Aucune information (1=Oui) – S5Q2\_1
  - Mutuelle / INAMI (1=Oui) – S5Q2\_2
  - ONEm (1=Oui) – S5Q2\_3
  - Fedris (1=Oui) – S5Q2\_4
  - VAPH, Phare, Iriscare, AViQ (1=Oui) – S5Q2\_5
  - VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG (1=Oui) – S5Q2\_6
  - Medex (1=Oui) – S5Q2\_7
  - CPAS (1=Oui) – S5Q2\_8

## **S6. Incidence du travail en entreprise de travail adapté (ETA), en atelier de formation par le travail (AFT) ou en centre d’insertion socioprofessionnelle (CISP)**

- Influence du fait que la personne travaille en ETA, AFT ou CISP sur l’analyse et la décision qui en découle (1=Oui, 2=Non) – S6Q1
- Si oui, pourquoi ? (1=C’est un indice de capacité de gain, 2=C’est un indice de capacité de gain réduite à moins d’un tiers) – S6Q2
- Cela vaut-il aussi pour d’autres formes de travail adapté ?
  - Magasins d’économie circulaire ou de seconde main (1=Oui) – S6Q3\_1

- Ateliers vélo (1=Oui) – S6Q3\_2
- Fermes et maraichage (1=Oui) – S6Q3\_3
- Entreprises de parcs et jardins (1=Oui) – S6Q3\_4
- Horeca (1=Oui) – S6Q3\_5
- Travail bénévole (1=Oui) – S6Q3\_6
- Recherche proactive des informations suivantes ?
  - Adaptation du poste de travail (1=Oui) – S6\_Q4\_1
  - Adaptation de l'horaire de travail (1=Oui) – S6\_Q4\_2
  - Intervention dans la rémunération (1=Oui) – S6\_Q4\_3
  - Accompagnement vers le travail (1=Oui) – S6\_Q4\_4
  - Stages (1=Oui) – S6\_Q4\_5
  - Travail de vacances ou d'étudiant (1=Oui) – S6\_Q4\_6

### **S7. Exercice d'une activité professionnelle ou poursuite d'études**

- Les situations suivantes sont le signe d'une capacité de gain normale ou d'une capacité de gain réduite lorsque la personne est porteuse d'un handicap
  - Travaille dans un emploi sur le marché général, éventuellement à temps partiel (1=Oui) – S7Q1\_1  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q2
  - A repris le travail, éventuellement à temps partiel, après une période de maladie (1=Oui) – S7Q1\_2  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q3
  - Etudie dans l'enseignement supérieur (1=Oui) – S7Q1\_3  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q4
  - Etudie dans l'enseignement secondaire ordinaire (1=Oui) – S7Q1\_4  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q5
  - Etudie dans l'enseignement secondaire spécialisé (1=Oui) – S7Q1\_5  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q6
  - Est actif chez lui comme homme/femme au foyer (1=Oui) – S7Q1\_6  
Si oui (1=C'est un indice de capacité de gain, 2=C'est un indice de capacité de gain réduite à moins d'un tiers) – S7Q7

### **S8. Refus de reconnaissance d'une réduction des 2/3 de la capacité de gain**

- Lorsque la décision médicale est négative, communication tout de suite au demandeur (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais) – S8Q1
- Comment est motivé habituellement un refus de reconnaissance ? Quelles sont les causes les plus fréquentes de refus ? – S8Q2

### **S9. Recours au tribunal du travail**

- En cas de décision négative, information au demandeur sur les possibilités de recours ? (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais) – S9Q1

- Est lui-même informé d'éventuels recours auprès des tribunaux du travail à la suite de ses décisions ? (1=Toujours, 2=Parfois, 3=Jamais) – [S9Q2](#)
- Lorsque informé d'un recours, participe chaque fois que possible aux expertises contradictoires ? (1=Non, 2=Oui et si je suis dans l'impossibilité d'assister je suis le dossier sur pièces, 3=Oui et si je suis dans l'impossibilité d'assister je réfère à un collègue) – [S9Q3](#)
- Dans quelle proportion de ses dossiers qui font l'objet d'un recours s'agit-il, d'après son estimation, d'une contestation de l'ARR (et non de l'AI ou d'une carte de stationnement) ? (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%,9 :80-89%,10 :≥90%) – [S9Q4](#)
- Dans quelle proportion, d'après son estimation, l'expert désigné par le tribunal lui donne-t-il raison dans les dossiers d'ARR ? (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%,9 :80-89%,10 :≥90%) – [S9Q5](#)

### **S10. Aide d'autres collaborateurs pour l'évaluation (psychologues, kinésithérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes, ...)**

Quels soutiens déjà reçu de leur part ou sur quels points leur collaboration pourrait-elle être utile dans le futur ?

- Préparation du dossier administratif (vérifier si les dossiers sont complets et demander des informations supplémentaires si nécessaire) (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q2](#)
- Un dispatching efficace au sein de l'équipe d'évaluation (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q3](#)
- Préparation de certains dossiers en annotant l'information utile dans medic-e (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q4](#)
- Réaliser des examens complémentaires : tests psychologiques (ex. MMSE) (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q5](#)
- Réaliser des examens complémentaires : examens fonctionnels (ex. Tinetti) (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q6](#)
- Réalisation d'évaluation (sous son contrôle a posteriori) (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q7](#)
- Réaliser des visites à domicile (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q8](#)
- Réaliser des visites en institution (1=Se produit déjà, 2=Si non, utile à l'avenir, 3=Si non, pas utile) – [S10Q9](#)

### **S11. Relation avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN et les collègues et concertations au niveau du centre régional de la DG HAN**

- Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec le médecin coordinateur régional de la DG HAN (1=Quotidien, 2=Hebdomadaire, 3=Mensuel, 4=Trimestriel, 5=Annuel) – [S11Q1](#)
- Fréquence des contacts directs ou indirects (par téléphone ou par mail) avec des collègues médecins (désignés ou statutaires) ? (1=Quotidien, 2=Hebdomadaire, 3=Mensuel, 4=Trimestriel, 5=Annuel) – [S11Q2](#)
- Actuellement, des moments de concertation sont-ils organisés entre collègues au niveau de son centre régional ? (1=Oui, 2=Non) – [S11Q3](#)

- Si oui, à quelle fréquence en moyenne ? (1=Mensuelle, 2=Trimestrielle, 3=Annuelle) – [S11Q4](#)
- Si oui, l'objet de ces concertations est-il principalement
  - o L'organisation administrative des évaluations et des convocations (1=Oui) – [S11Q5\\_1](#)
  - o La discussion de cas difficiles à évaluer par du peer review (1=Oui) – [S11Q5\\_2](#)
  - o Le partage d'information, des bonnes pratiques, des évolutions de la réglementation (1=Oui) – [S11Q5\\_3](#)
- Participe aux sessions d'information organisées par la DG HAN (1=Oui, 2=Non) – [S11Q6](#)
- Si non, pourquoi ?
  - o Manque de temps ou conflit horaire (1=Oui) – [S11Q7\\_1](#)
  - o Manque d'intérêt (1=Oui) – [S11Q7\\_2](#)
  - o Autre raison (1=Oui) – [S11Q7\\_3](#)

## **S12. Profil personnel**

- 1=Médecin désigné, 2=Médecin statutaire – [S12Q1](#)
- 1=Femme, 2=Homme, 3=Je préfère ne pas le dire – [S12Q2](#)
- Age (1 :<30 ans, 2 :30-39 ans, 3 :40-49 ans, 4 :50-59 ans, 5= :60-69 ans, 6 :>70 ans, 7=Je préfère ne pas le dire) – [S12Q3](#)
- Exerce depuis combien de temps pour la DG HAN ? (1 :<5 ans, 2 : entre 5 et 10 ans, 3 :>10 ans) – [S12Q4](#)
- Rattaché au centre régional de (1=Anvers, 2=Bruges, 3=Gand, 4=Hasselt, 5=Bruxelles-dossiers francophones, 6=Bruxelles-dossiers néerlandophones, 7=Charleroi, 8=Mons, 9=Liège, 10=Namur, 11=Saint-Vith) – [S12Q5](#)
- Réalisation d'expertises pour d'autres organismes ?
  - o Assureurs privés (1=Oui) – [S12Q6\\_1](#)
  - o Tribunaux (1=Oui) – [S12Q6\\_2](#)
  - o Organismes publics régionaux ou communautaires (1=Oui) – [S12Q6\\_3](#)
  - o Organismes publics fédéraux (1=Oui) – [S12Q6\\_4](#)
  - o Médecine de recours (1=Oui) – [S12Q6\\_5](#)

## **S13. Conclusions**

- Suggestions pour renforcer l'attractivité de la fonction de médecin-expert pour le compte de la DG HAN – [S13Q1](#)
- Autres éléments dans le cadre de cette étude sur la perte de capacité de gain en matière d'ARR – [S13Q2](#)