

---

# Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité : le point de vue des médecins et des employeurs



---

# Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité : le point de vue des médecins et des employeurs

---

## COLOPHON

Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité :  
le point de vue des médecins et des employeurs

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel:  
Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid/invaliditeit: het standpunt van artsen en werkgevers

Une édition de la Fondation Roi Baudouin  
Rue Brederode 21  
1000 Bruxelles

Cette publication a été réalisée dans le cadre d'une mission définie par l'INAMI.

### AUTEURS

Michel Teller  
Peter Raeymaekers

### COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIN

Gerrit Rauws, directeur  
Yves Dario, coordinateur de projet senior  
Céline Vanderlinden, project and knowledge manager

### CONCEPTION GRAPHIQUE

Salutpublic

### MISE EN PAGE

TiltFactory

### PRINT ON DEMAND

Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté  
Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)  
Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée  
(gratuitement) sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

### DÉPÔT LÉGAL

D/2848/2017/14

### NUMÉRO DE COMMANDE

3513  
Octobre 2017

---

---

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité :</b>	
<b>le point de vue des employeurs .....</b>	<b>9</b>
1. Introduction.....	9
2. Le cadre légal .....	9
3. Une approche concertée et multi-acteurs.....	11
4. Un retour au travail progressif, flexible et bien préparé.....	14
5. Agir aussi et surtout de manière préventive .....	17
<b>Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité :</b>	
<b>le point de vue des médecins .....</b>	<b>20</b>
1. Introduction.....	20
2. Question préalable : pourquoi une telle initiative ? .....	20
3. Responsabiliser les entreprises .....	21
4. Elargir l'éventail des possibilités de réinsertion .....	22
5. Du côté des travailleurs : des situations et des facteurs très hétérogènes.....	23
6. Le chaînon manquant entre la première et la deuxième ligne.....	24
7. Faire dialoguer le monde professionnel et médical.....	26
8. Un manque criant de services d'aide .....	27
9. Deux points de débat .....	27
<b>Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité :</b>	
<b>le point de vue des médecins et des employeurs (ateliers mixtes).....</b>	<b>30</b>
1. Introduction .....	30
2. Commentaires généraux lors d'un premier tour de table .....	30
3. Discussion des quatre thèmes : attestations, reconnaissance biomédicale, reprise autorisée du travail, communication.....	33
Remarques finales .....	47
<b>Synthèse.....</b>	<b>49</b>
<b>Annexe 1 : Composition du Comité d'accompagnement .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 2 Liste des participants aux groupes de discussion 'employeurs'...</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 3 : Liste des participants aux groupes de discussion 'médecins' .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 4 : Liste des participants aux groupes de discussion mixtes.....</b>	<b>56</b>



## INTRODUCTION

On constate que le nombre de personnes en incapacité/invalidité ne cesse d'augmenter alors que le nombre de travailleurs qui exercent des métiers à risque a tendance à stagner. Ceci s'explique incontestablement par la forte hausse des absences dues à des troubles psychiques, et en particulier au burn-out, qui représentent aujourd'hui la première cause d'incapacité de travail dans certains secteurs.

Face à cette tendance forte, il est essentiel pour l'INAMI de travailler à la responsabilisation de tous les acteurs concernés : les citoyens (dans l'intégration des parcours socio-professionnels), mais aussi et surtout les médecins (dans la prescription de l'incapacité/invalidité) et les employeurs (dans la prévention et l'offre de possibilités de remise au travail). Ceci passe aussi par une meilleure information sur la maladie et sur la gestion de celle-ci dans l'entreprise, et donc sur les capacités de réinsertion des patients les plus fragiles.

Afin de répondre à cet objectif, l'INAMI a mandaté la Fondation Roi Baudouin pour organiser un dialogue entre, d'une part, des représentants d'employeurs et, d'autre part, des médecins. Ces échanges avaient pour but de mettre en évidence les éléments qui freinent ou qui pourraient au contraire favoriser la réinsertion professionnelle des travailleurs en congé de maladie de longue durée ainsi que les responsabilités des différents intervenants dans la gestion de l'incapacité de travail et de l'invalidité.

Le public-cible de cette mission a été défini par l'INAMI de la manière suivante : le groupe 'employeurs' réunissait des patrons ou des responsables RH et le groupe 'médecins' était composé de généralistes, de psychiatres et de rhumatologues de terrain. Il n'était pas question pour autant d'exclure les autres acteurs concernés. Certains d'entre eux ont d'ailleurs été inclus dans le Comité d'accompagnement qui a encadré la démarche (et dont la composition se trouve en annexe 1 de ce document). Toutefois, le but était ici de bien mettre le focus sur ces deux groupes-cibles.

Concrètement, la Fondation Roi Baudouin a mis en place un parcours pour permettre à des employeurs et des médecins d'exprimer leurs points de vue, leurs expériences, leurs craintes, leurs questions,... autour des questions du maintien et du retour au travail, en toute confidentialité et sans jugement. Ce parcours s'est déroulé en deux phases. Dans un premier temps, les employeurs et les médecins se sont réunis séparément, chacun dans leur groupe linguistique. Sur la base des données quantitatives et qualitatives récoltées notamment lors du Dialogue citoyen<sup>1</sup> et de la recherche sur les représentations sociales de l'incapacité/invalidité<sup>2</sup>, quatre ateliers ont ainsi été organisés : les 21 et 27 avril 2016 avec 21 employeurs et les 24 et 26 mai 2016 avec 15 médecins.

---

1 « Dialogue sociétal 50 ans de l'INAMI », rapport réalisé par la FRB, à la demande de l'INAMI, mars 2014-avril 2015

2 « Framing et reframing : vers une déstigmatisation de l'incapacité de travail et de l'invalidité », étude réalisée par Van Gorp B. et Gordin G. pour la FRB, dans le cadre d'une mission de l'INAMI, 2014

Ces quatre focus groups ont donné lieu à un rapport intermédiaire. Après l'avoir analysé en détail, l'INAMI a voulu réunir ces deux publics dans des ateliers mixtes afin d'approfondir le dialogue et d'éclaircir un certain nombre de points. Deux focus groups se sont tenus les 2 et 3 février 2017, avec 11 participants du côté néerlandophone et 9 du côté francophone. La liste des participants aux ateliers 'employeurs', 'médecins' et mixtes se trouve en annexe 2, 3 et 4 de ce document final.

Celui-ci reprend la synthèse de l'ensemble des échanges qui ont eu lieu à l'occasion de ces différents ateliers : le point de vue des employeurs, celui des médecins et leur mise en commun lors des focus groups mixtes.

Nous espérons que ce document pourra contribuer au travail de réflexion de l'INAMI autour des statuts d'incapacité et d'invalidité.

Fondation Roi Baudouin



# RÉINTÉGRER LE TRAVAIL APRÈS UNE INCAPACITÉ/ INVALIDITÉ : LE POINT DE VUE DES EMPLOYEURS

## 1. Introduction

Deux ateliers réunissant des employeurs se sont tenus les 21 avril et 27 avril 2016 dans les locaux de la Fondation Roi Baudouin. Ils ont réuni 21 participants francophones et néerlandophones. La question posée aux deux groupes était d'identifier les freins qui entravent une réinsertion professionnelle durable des travailleurs en incapacité/invalidité ainsi que les leviers qui pourraient la favoriser.

Ce rapport de synthèse résume les principaux éléments mis en avant lors de ces deux ateliers. Chaque section présente d'abord une série de constats et se conclut par des pistes d'action. Il y a eu une assez large concordance de vues entre les participants francophones et néerlandophones. Lorsque des accents différents ont été placés, ils sont explicitement signalés.

Précisons aussi que les participants aux ateliers ont fait très peu de distinctions entre le statut d'incapacité et d'invalidité, si ce n'est pour estimer qu'un retour au travail était plus difficile dans ce dernier cas. Mais ceci semble principalement lié à la durée de l'absence et non à d'autres facteurs. L'opportunité de distinguer ces deux statuts est d'ailleurs remise en cause par certains, comme nous le verrons.

## 2. Le cadre légal

### Moderniser et dynamiser notre régime légal

Le cadre légal fait tout d'abord l'objet de critiques : il est jugé obsolète, trop rigide et trop peu 'activant'.

Dans ses grandes lignes, affirme un participant, notre régime d'incapacité et d'invalidité repose toujours sur un 'arrêt du régent' qui a été pris au lendemain de la guerre ! Dans ce système, la responsabilité financière de l'employeur est limitée au paiement du salaire garanti pendant le premier mois d'absence. C'est pourquoi la priorité de beaucoup d'entreprises est de réduire cet absentéisme sur salaire garanti : au-delà du premier mois, elles ont peu d'intérêt immédiat à soutenir un processus de réinsertion. Pourtant, l'absentéisme à plus long terme entraîne aussi pour elles une série de coûts indirects (ne fût-ce que parce qu'elles contribuent au financement des mutuelles), mais elles sont moins sensibles à ces coûts 'cachés'.

On fait observer que la période de salaire garanti payé par l'entreprise est nettement plus longue chez nos voisins : elle est par exemple de deux ans aux Pays-Bas et d'un an en France (avec un système dégressif dans ce dernier cas).

### Le 'modèle néerlandais' ?

Il est d'ailleurs frappant de voir que le régime légal en vigueur aux Pays-Bas a été présenté à plusieurs reprises comme un modèle dont nous pourrions nous inspirer. Non

seulement il implique davantage les employeurs dans la recherche de solutions, mais en outre il n'oblige pas à passer par un tiers, en général le médecin traitant, pour constater l'incapacité de travail et il facilite la concertation entre les autres acteurs (voir aussi ci-dessous).

Des participants émettent toutefois deux réserves :

- si on veut s'inspirer de systèmes étrangers, il faut les reprendre dans leur ensemble et pas seulement allonger la période de droit au salaire garanti par l'employeur. Ainsi aux Pays-Bas, les employeurs bénéficient aussi de tout un dispositif d'aide, d'encadrement et de soutien pour favoriser la réinsertion des travailleurs malades ;
- un effet pervers du système néerlandais est qu'il a poussé des entreprises à remplacer du personnel salarié, trop coûteux en cas de maladie, par des sous-traitants indépendants, ce qui sape les fondements de la sécurité sociale.

### **La distinction incapacité/invalidité**

La barrière de la première année, qui marque le passage entre le statut d'incapacité et d'invalidité, constitue un critère trop rigide aux yeux de certains, surtout dans le groupe francophone. Dans les faits, elle favorise souvent une certaine passivité : les médecins-conseils ont tendance à attendre qu'on approche de cette échéance – et l'obligation de rédiger un rapport circonstancié justifiant le passage éventuel au régime d'invalidité – pour convoquer le travailleur malade et s'intéresser de plus près à son cas.

Ce 'couperet' peut alors pousser un certain nombre de personnes à reprendre artificiellement le travail, même si elles ne sont pas encore en état de le faire. Parfois, il s'agit uniquement de respecter le délai minimal de trois mois de travail qui permet de 'remettre les compteurs à zéro'.

### **La législation du travail**

Plus largement, certaines dispositions de la législation du travail peuvent également inciter le travailleur, mais aussi l'employeur, à prolonger indûment la durée de l'incapacité :

- il est souvent financièrement plus intéressant d'être en incapacité complète que de travailler à mi-temps ;
- une rechute après une tentative de reprise à temps partiel peut entraîner de lourdes conséquences financières (si l'allocation d'incapacité est basée sur ce temps partiel), ce qui fait hésiter à reprendre le travail si on ne se sent pas rétabli à 100% ;
- les assurances privées 'revenu garanti' offrent parfois des couvertures excessivement avantageuses.

Tout cela, combiné au coût élevé d'une procédure de licenciement classique, fait en sorte que le régime d'incapacité et d'invalidité en arrive dans certains cas à être un moyen pour se séparer 'en douce' de personnes dont on ne sait plus très bien quoi faire (et dont le retour poserait en fait des problèmes à l'entreprise), avec l'accord tacite des deux parties.

D'autres aspects plus spécifiques du cadre légal ont également été évoqués :

- les limites jugées excessives imposées par le respect du secret professionnel et de la vie privée, qui entravent une bonne communication entre les divers intervenants (voir ci-dessous) ;
- le manque de formules flexibles pour des personnes qui souhaitent soit aménager leur temps de travail, soit prendre un congé exceptionnel pour des raisons familiales : prendre soin d'un parent très âgé, d'un conjoint en soins palliatifs, d'un enfant handicapé... Ces aidants proches n'ont souvent pas d'autres solution que de se déclarer eux-mêmes malades, ce qui constitue un usage inapproprié du système ;
- le recours abusif à la procédure de force majeure médicale, avec des conséquences qui ne sont pas toujours claires pour le travailleur lui-même.

#### **Le cadre légal : pistes d'action**

- Responsabiliser davantage les employeurs et les inciter (voire les obliger) à rechercher plus activement des solutions pour réinsérer le travailleur malade en allongeant la période durant laquelle celui-ci reste (au moins en partie) à leur charge.
- Leur donner en échange les moyens de mener une politique de réinsertion plus active et leur permettre de bénéficier de tout un dispositif d'aide, d'encadrement et de soutien.
- Rendre le système plus flexible en remplaçant la distinction trop rigide entre le statut d'incapacité et d'invalidité par un système plus progressif, avec des solutions sur mesure selon l'évolution de l'état de santé du travailleur : adaptation de l'horaire et du contenu de la fonction, télétravail, mi-temps. Cela implique aussi de réduire les freins statutaires et financiers au travail à temps partiel.
- Etre aussi attentif aux effets indirects d'autres aspects du cadre légal, comme les assurances revenu garanti ou la situation des aidants proches.

### **3. Une approche concertée et multi-acteurs**

#### **Un manque de communication**

C'est incontestablement une des idées qui ont fait l'objet du plus large consensus lors de ces deux ateliers : le manque de communication et de concertation entre les divers intervenants concernés par l'incapacité de travail (médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil, spécialiste, département RH de l'employeur... et bien sûr le travailleur lui-même). Chacun semble faire cavalier seul et fonctionner de son côté, sans bien connaître la réalité de l'autre et sans une vision globale et partagée de la situation. Dès lors, il n'y a personne pour 'piloter' réellement le processus de réinsertion et pour en assumer la responsabilité.

Ainsi, des personnes actives dans un service interne de médecine du travail disent n'avoir quasiment aucun contact avec le médecin-conseil. Pourtant, lorsque l'entreprise possède une taille suffisante pour disposer d'un tel service, le médecin du travail interne connaît mieux les salariés, l'organisation du travail, les postes à pourvoir... qu'un intervenant externe.

Cela aboutit à des situations où le médecin-conseil assortit la reprise du travail de conditions irréalistes par rapport au contexte de travail. On cite des cas où la personne en incapacité souhaiterait reprendre le travail (éventuellement dans une autre fonction et/ou à temps partiel), mais est freinée par la mutuelle. Mais cela peut aussi être l'inverse : le médecin-conseil se prononce pour un retour au travail alors que le médecin du travail estime que ce n'est pas possible ou que l'entreprise n'a pas de fonction adaptée à proposer. La personne se retrouve alors au chômage.

### **Trop de temps perdu**

L'absence d'une approche concertée fait aussi perdre beaucoup de temps. Or, on sait que plus le temps passe, plus un retour au travail devient aléatoire. Dans l'atelier francophone, on a souligné que le médecin-conseil de la mutuelle attendait souvent trop longtemps avant de convoquer le travailleur en incapacité. En général, il ne le fait qu'au moment où il soupçonne un abus parce que la durée de l'absence lui paraît anormalement longue par rapport à la raison de l'incapacité. Il se base pour cela sur des durées moyennes d'incapacité qui ne sont pas nécessairement pertinentes dans telle ou telle situation particulière. Dans les faits, c'est rarement du noir ou blanc, mais plutôt un délicat exercice d'équilibre entre deux plateaux d'une même balance : l'état (objectif) de la maladie et la motivation (subjective) du travailleur, elle-même étroitement liée à ses conditions de travail.

Concrètement, on pourrait imposer au médecin-conseil une obligation de contact avec la personne en incapacité dans un délai donné (dans les trois premiers mois, par exemple) ainsi qu'une obligation de concertation avec le service de médecine du travail interne à l'entreprise, le département RH, le conseiller en prévention... Cela lui donnerait une vision plus précise des conditions réelles de travail dans l'entreprise en question et des possibilités éventuelles de réinsertion de la personne.

### **Responsabilisation**

Cela éviterait aussi que le médecin-conseil apparaisse uniquement comme un contrôleur qui cible les tricheurs potentiels alors qu'il devrait aussi être un partenaire, qui responsabilise le malade et envisage l'avenir avec lui.

Du côté néerlandophone surtout, les représentants des employeurs insistent sur cette nécessaire responsabilisation du travailleur en incapacité. On attend de lui à tout le moins qu'il respecte les étapes d'un parcours de réinsertion, à définir avec lui, et même qu'il prenne des initiatives. Pour certains, le droit aux allocations d'incapacité ou d'invalidité pourrait être conditionné à cette attitude pro-active du travailleur, selon un système dégressif.

Cependant, dit un autre participant, il faut aussi veiller à ne pas créer une pression excessive qui favoriserait le 'présentéisme' (retour anticipé au travail par crainte des conséquences) et qui compromettrait le droit fondamental de tout travailleur à être absent pour raisons de santé.

### **Se passer du médecin traitant ?**

Aujourd'hui, l'incapacité de travail est constatée par un médecin extérieur à l'entreprise, qui est la plupart du temps le médecin traitant. Mais, toujours dans le groupe

néerlandophone, certains participants s'interrogent sur la plus-value qu'il apporte dans cette matière et font valoir qu'aux Pays-Bas, par exemple, son intervention n'est pas nécessaire pour établir l'incapacité de travail.

Chez nous, ce passage obligé par le médecin traitant rajoute un intervenant et complique donc encore la concertation multi-acteurs dont on recommande la mise en place. En outre, le généraliste connaît mal le contexte professionnel de son patient et a donc tendance à n'envisager la situation que du point de vue de celui-ci, sans tenir compte des éventuelles possibilités de reprise du travail (avec aménagements, temps partiel...). Il se contente souvent de prolonger l'incapacité d'une fois à l'autre, ce qui ralentit le processus de réintégration.

Enfin, on sait que certains médecins délivrent un peu trop facilement des certificats de complaisance...

### **Les contraintes du secret médical**

La communication d'informations entre les différents protagonistes peut se heurter au problème du respect du secret médical. Pour les uns, cela ne doit cependant pas empêcher la concertation : il est parfaitement possible que le médecin-conseil, la personne en incapacité, le service de médecine du travail interne à l'entreprise, le département RH, le conseiller en prévention... dialoguent pour rechercher ensemble des solutions sans pour autant violer le secret médical.

D'autres déplorent une conception trop stricte de ce principe, qui empêche par exemple de préciser certaines indications utiles sur le certificat médical. Celui-ci est trop sommaire et n'autorise qu'une seule alternative de type 'noir ou blanc' : la personne peut ou ne peut pas travailler. Il serait intéressant pour l'employeur, aussi bien en vue d'une réinsertion individuelle que dans une optique plus générale de prévention, de connaître les aspects de l'incapacité qui sont en lien direct avec le travail effectué. Le certificat pourrait aussi mentionner la nature et le volume des tâches que le travailleur pourra encore accomplir ainsi que, si possible, la durée prévue de l'incapacité (les multiples prolongations d'une incapacité de travail au départ assez courte constituent un vrai problème pour l'entreprise, en particulier pour des PME).

L'un des participants a fait observer à cet égard qu'une modification était intervenue depuis le début de cette année : en cas d'absence supérieure à un mois, le médecin traitant doit désormais envoyer directement le certificat médical au médecin-conseil de la mutuelle et y mentionner le diagnostic. Cela doit permettre au médecin-conseil de réagir plus rapidement. En effet, si le travailleur malade souffre d'un problème psychologique comme un burn-out, pour lequel les sorties sont autorisées, il peut être invité dans des délais assez brefs à un entretien en vue d'identifier les facteurs qui faciliteraient ou non sa réinsertion. Ces nouvelles modalités semblent un pas dans la bonne direction, reste à voir si elles sont suffisamment connues et correctement appliquées.

### **Une approche concertée : pistes d'action**

- *Ancrer dans la législation le principe selon lequel la réintégration du travailleur malade implique une approche multidisciplinaire et une concertation entre les différentes parties concernées pour aboutir à une vision partagée, en accord avec le travailleur lui-même. Des commissions multi-compétences, chargées d'examiner les possibilités de reprise du travail, pourraient par exemple être créées dans les (grandes) entreprises.*
- *Désigner, parmi les différents intervenants concernés, un médecin chargé d'exercer une fonction de coordination et de pilotage du processus de réintégration. Son avis sur les possibilités et les conditions de reprise du travail doit être contraignant, tant pour l'employeur que pour le travailleur.*
- *Faire jouer un rôle beaucoup plus actif au médecin-conseil, afin qu'il intervienne plus tôt et dans une optique constructive (qu'est-ce qui pourrait favoriser une reprise du travail ?) plutôt que négative (n'y a-t-il pas d'abus ?), en ayant une meilleure vision des possibilités concrètes de réinsertion dans l'entreprise.*
- *Responsabiliser le travailleur malade et stimuler son implication dans son propre processus de réinsertion, qui pourrait être une condition pour pouvoir bénéficier des allocations de maladie-invalidité, dans le respect du droit fondamental à s'absenter pour raisons de santé.*
- *Mieux faire connaître et exploiter les nouvelles dispositions relatives au certificat médical pour transmettre au médecin-conseil et à l'employeur certaines informations qui peuvent leur être utiles, sans pour autant violer le secret médical.*
- *S'interroger sur la nécessité de maintenir un passage obligé par le médecin traitant ou par un autre intervenant extérieur à l'entreprise pour constater (et prolonger) l'incapacité de travail.*

## **4. Un retour au travail progressif, flexible et bien préparé**

### **L'importance du facteur humain**

Une reprise du travail réussie et durable dépend aussi en grande partie de l'attitude de la hiérarchie et des collègues de travail : mieux ceux-ci acceptent et comprennent les raisons de l'incapacité, plus le travailleur malade se sent soutenu et plus son retour s'en trouve facilité.

À cet égard, les participants aux ateliers établissent une distinction très nette entre les absences dues à des causes physiques et celles dues à des troubles psychiques. D'après leur expérience, ces derniers sont souvent beaucoup moins bien acceptés par l'entourage professionnel. Le burn-out reste un phénomène mal connu qui alimente des soupçons d'abus, surtout si le collègue en question n'avait rien laissé paraître de son mal-être. Cela peut d'ailleurs se retourner contre certaines personnes qui avaient essayé de tenir le coup à tout prix : non seulement elles n'obtiennent aucune reconnaissance pour leurs efforts, mais leur absence brutale est mal comprise (puisqu'elles semblaient aller bien) et elles risquent d'autant plus de ne pas être accueillies à bras ouverts quand elles reviennent. Il importe donc de donner aux employeurs, aux managers RH et même aussi à certains services de médecine du travail, une information objective et nuancée sur la problématique du burn-out, sans tabous mais aussi sans clichés.

Du côté de la personne malade, cette crainte du regard et du jugement des autres constitue aussi un frein important à la reprise du travail. Mais les managers se sentent souvent démunis et ne savent pas s'ils doivent ou non prendre contact avec le collaborateur pendant la période d'incapacité : s'ils le font, cela risque d'être mal perçu par des personnes qui ont absolument besoin de faire une coupure nette avec leur travail (à plus forte raison si la cause du burn-out est justement liée aux relations avec leur hiérarchie !); s'ils ne le font pas, le collaborateur peut se sentir tout à fait rejeté et isolé.

Même s'il n'y a pas de recette toute faite, le management de l'entreprise doit donc définir une ligne claire pour mieux gérer les situations d'incapacité de travail :

- aider les cadres intermédiaires à adopter une attitude adéquate et les inciter à trouver des solutions individualisées pour maintenir le type de lien approprié : une petite carte signée par tous les collègues ou un échange d'e-mails peuvent par exemple éviter que le fossé ne se creuse tout en étant moins intrusifs qu'un coup de téléphone ; penser aussi, lorsque la situation le permet, à inviter le collègue absent à des activités sociales, comme une fête de Noël ou un départ à la retraite ;
- éviter de prendre trop vite et trop brutalement des mesures à portée symbolique qui donnent au malade l'impression qu'il n'est plus le bienvenu et qu'on a déjà tourné la page (coupure de l'abonnement gsm, reprise de la voiture de société...);
- s'efforcer, dans toute la mesure du possible, de répartir la charge de travail du collaborateur absent (renforts internes, redéfinition des priorités, suspension de certaines missions...) afin de soulager le reste de l'équipe : le surcroît de travail occasionné par la maladie d'un collègue engendre des frustrations qui risquent de se manifester à son retour... ou de provoquer d'autres cas de burn-out !

Enfin, ce retour doit être bien préparé, une fois de plus dans le cadre d'un dialogue entre tous les acteurs concernés : le travailleur lui-même, son supérieur, ses collègues, le médecin du travail, le département RH... Les cadres intermédiaires doivent avoir un entretien préalable avec la personne qui revient et être formés pour cela. On suggère aussi d'élaborer un plan de réinsertion détaillé et de désigner une personne de confiance (ou un accompagnateur externe), qui pourra coacher le travailleur et veiller au respect des engagements concrets qui ont été conclus. Cette phase de préparation du retour du collaborateur absent est d'autant plus importante dans un contexte d'évolution rapide des outils technologiques et du contexte de travail : en six mois, bien des choses peuvent avoir changé.

### **Elargir l'éventail des possibilités de reclassement**

Que le problème de santé soit d'ordre physique ou psychique, un retour au travail n'est pas toujours envisageable dans la même fonction. Les entreprises doivent se montrer plus ouvertes aux demandes de leurs collaborateurs qui souhaitent une réorientation interne, y compris dans une optique de prévention de l'absentéisme. Certaines d'entre elles ont mis sur pied un 'Mobility Center' (ou un 'job center') qui permet à ceux qui le souhaitent d'expérimenter une autre fonction, avec possibilité de faire marche arrière si l'expérience n'est pas concluante. Mais tout cela coûte de l'argent et des aides publiques seraient les bienvenues pour soutenir les entreprises qui développent de telles initiatives.

Il faut aussi faire preuve de souplesse et de créativité, penser davantage « out of the box », réfléchir en termes d'avenir (quelles sont les potentialités du collaborateur, que



peut-il encore faire ?) et non pas en se fixant sur le passé (ce qu'il ne peut plus faire à cause de son problème de santé). Un exemple concret : un travailleur âgé peut très bien mettre son expérience au profit de collègues plus jeunes et exercer une fonction de mentor.

Dans le secteur tertiaire en particulier, les possibilités de télétravail pourraient être mieux exploitées dans les cas où la personne peut (et veut) effectuer pendant son congé certaines tâches qui lui permettent de garder ou de retrouver le contact avec le monde du travail. On songe notamment à des collaborateurs qui souffrent d'un simple problème temporaire de motricité, comme un pied cassé, qui ne les empêche pas de faire chez eux un peu de travail de bureau. Mais cela peut aussi être une étape dans la perspective d'une reprise progressive du travail après un problème psychique. Ceci implique que l'on dépasse une vision traditionnelle et figée de la maladie du type 'tout ou rien' (« quand on est malade, on est malade ») pour tenir compte de situations intermédiaires.

Souvent, la réinsertion du travailleur malade nécessite un réaménagement de la fonction, au niveau du contenu, des conditions ou des horaires de travail. Beaucoup d'entreprises sont réticentes à le faire afin de ne pas créer des régimes de faveur et provoquer des jalousies au sein des équipes. L'idée d'une plus grande flexibilité du travail peut également susciter des résistances du côté syndical, si elle n'est pas bien comprise. Là aussi, un dialogue ouvert peut désamorcer bien des tensions. Les pouvoirs publics pourraient faciliter les choses :

- en assouplissant la législation du travail pour favoriser des formules plus flexibles : temps partiel modulable, mi-temps médical, hubs de télétravail, reprise du travail temporaire ou à l'essai sans répercussions financières négatives en cas d'échec ;
- en accordant des compensations financières (dégressives) aux entreprises qui font l'effort de réinsérer des travailleurs qui ne peuvent plus être aussi performants que leurs collègues.

### Réorientation externe

Cependant, il est un fait que les possibilités de reclassement sont très variables d'une entreprise à l'autre. Les PME ou les organisations qui emploient des travailleurs ayant des profils très similaires n'ont pas toujours d'autre fonction à proposer. D'autre part, il y a souvent moins de souplesse en production (horaires rigides, travail en équipe,...) que dans le secteur tertiaire, où le télétravail (partiel) peut parfois être envisagé.

C'est pourquoi il faut aussi élargir l'éventail des possibilités de réorientation externe, notamment en assouplissant et en développant les possibilités de détachement dans d'autres entreprises (qui peuvent être des filiales ou des sociétés 'sœurs' au sein d'un même groupe). On cite le cas d'organisations qui ont conclu des accords d'échanges de personnel. Un engagement bénévole au sein d'une organisation non-marchande, pendant une période donnée, peut aussi constituer un premier pas vers une reprise d'une activité et, ensuite, du travail.

Ce genre de formule doit être stimulé, assoupli et reconnu : la carrière ultérieure du collaborateur qui a été en incapacité de travail doit être envisagée dans un cadre plus large que celui de sa fonction, de son service et même de son entreprise. Parmi les autres suggestions évoquées par les participants : créer des pools de travailleurs ; améliorer



l'information et la mise en rapport de l'offre et de la demande (notamment par des sites internet) ; inciter les bureaux d'outplacement à étendre leur domaine d'activité à la réinsertion de travailleurs en incapacité/invalidité ; et développer les possibilités de formation et de réorientation professionnelle pendant la période d'invalidité.

#### **Un retour progressif, flexible et bien préparé : pistes d'action**

- *Mieux faire connaître au sein de l'entreprise la problématique du burn-out et ses particularités, oser parler ouvertement de ses causes, de ses conséquences et de ses manifestations afin de dissiper des malentendus.*
- *Définir une ligne claire au sein de l'entreprise pour mieux gérer les situations d'incapacité : maintien d'un lien minimal, répartition de la charge de travail en l'absence d'un collègue...*
- *Développer, y compris à titre préventif, les possibilités de réorientation interne, par exemple au moyen d'un 'Mobility Center' (lorsque la taille de l'entreprise le permet).*
- *Accroître les possibilités de détachement dans d'autres entreprises et d'échanges de collaborateurs, stimuler et reconnaître des engagements associatifs dans le cadre d'un processus de réinsertion.*
- *Ouvrir sans tabous le débat sur de nouvelles formes de travail plus flexibles de façon à pouvoir proposer un plus large éventail de formules sur mesure.*

### **5. Agir aussi et surtout de manière préventive**

#### **Une responsabilité individuelle et collective**

Comment prévenir l'absentéisme et réduire les cas d'incapacité de travail ? C'est le dernier grand thème qui a été abordé lors de ces deux ateliers.

Certains estiment qu'il ne faut pas éluder la responsabilité individuelle des travailleurs, qui ont parfois tendance à abuser des possibilités que leur offre la législation. On voit ainsi des collègues se refiler des 'combines' pour tenter d'obtenir des avantages, comme un horaire moins contraignant, en prétextant un problème de santé. Une mesure concrète qui est suggérée pour diminuer les absences (abusives) de courte durée consiste à prévoir dans le règlement de travail qu'elles doivent être communiquées le matin au supérieur hiérarchique direct et non au service du personnel. Ce contact moins anonyme peut exercer un effet dissuasif.

Cependant, pour la majorité des participants, l'augmentation des absences dues à des problèmes psychosociaux soulève avant tout des questions de fond quant aux conditions de travail dans le monde de l'entreprise. Les personnes qui 'craquent' n'exercent-elles pas une fonction de signal (comme jadis les canaris annonçaient les coups de grisou dans les mines) ? La concurrence, la course à la performance, les attentes des actionnaires... créent des pressions qui font passer l'élément humain au second plan, alors qu'il reste la pierre angulaire de l'entreprise. Les signaux de malaise ou de stress ne sont pas correctement pris en compte.

Beaucoup d'entreprises continuent aussi à adopter une culture organisationnelle dépassée, avec une hiérarchie stricte et un fonctionnement de type pyramidal. Dans ces

grandes structures impersonnelles, les collaborateurs ne sont pas associés à la définition de valeurs et d'objectifs partagés, qui manquent d'ailleurs de transparence. Une charge de travail trop élevée accentue encore leur malaise. Tout cela explique en grande partie l'augmentation spectaculaire des incapacités de travail dues à des problèmes psychiques et au burn-out en particulier.

### **Améliorer le bien-être au travail**

Une bonne politique de prévention doit pouvoir s'appuyer sur des données objectives. Les représentants des employeurs déplorent encore une fois qu'une conception trop restrictive du secret médical et de la confidentialité des données les empêche de disposer d'éléments d'information utiles pour prendre des mesures préventives.

L'entreprise dispose cependant de toute une gamme d'autres moyens pour améliorer le bien-être au travail :

- sonder régulièrement les attentes des collaborateurs, prévoir un accompagnement de carrière, réaliser des entretiens annuels d'orientation, développer une politique de formation continue... pour s'assurer que chacun est satisfait de ses conditions de travail ou pour pouvoir l'orienter si nécessaire vers une fonction plus adaptée ;
- dans cette approche, faire jouer un rôle plus (pro-)actif au département RH qui, aujourd'hui, se cantonne trop souvent dans une fonction purement administrative (paiement des salaires, respect de la législation sociale) ;
- échanger des bonnes pratiques, notamment au niveau sectoriel, et faire du benchmarking pour pouvoir se situer par rapport à d'autres entreprises similaires : des taux d'absentéisme anormalement élevés doivent pousser une entreprise à s'interroger sur son organisation interne, les relations hiérarchiques, le climat de travail...

### **Une politique globale**

La politique de prévention doit être globale et intégrer aussi des aspects qui dépassent le strict cadre professionnel. En effet, les pressions qui sont à l'origine des absences pour raisons de santé peuvent aussi être liées aux conditions de la vie moderne et à la difficulté de concilier travail et vie de famille, entre autres à cause de problèmes de mobilité et d'organisation logistique. Certes, des difficultés d'ordre privé ne relèvent pas de la responsabilité de l'employeur. Mais, qu'on le veuille ou non, elles sont souvent 'importées' dans la sphère du travail. On a donc tout intérêt à les prendre en compte, tant dans une optique de prévention que de réinsertion.

De manière plus ambitieuse encore, on recommande de développer les emplois sur mesure et le 'jobcrafting', une démarche responsabilisante qui implique le travailleur dans la définition du contenu de son travail afin de lui donner davantage de sens. Un participant néerlandophone va même encore un pas plus loin : pourquoi ne pas envisager, dans un marché de l'emploi beaucoup moins rigide, d'unifier les différents statuts (employé, ouvrier, fonctionnaire) et de donner à chacun une sorte de 'sac à dos' dans lequel il pourra puiser tout au long de sa carrière pour aménager son temps de travail en fonction de considérations familiales ou de problèmes de santé ou autres ? Il semble qu'un système de ce type existe déjà en Autriche et en Finlande.

En tout cas, il est certain qu'il faut investir en priorité dans la prévention, qui procure des bénéfices nettement plus importants que la réinsertion. Tout en cherchant à favoriser le retour à l'emploi de personnes en incapacité de travail, ne perdons pas de vue le bien-être de tous ceux qui sont aujourd'hui en activité afin qu'ils ne tombent pas malades à leur tour.

**Prévention : pistes d'action**

- *S'interroger, notamment à partir d'études comparatives (benchmarking), sur la structure organisationnelle de l'entreprise, expérimenter de nouvelles formes de travail plus participatives et plus porteuses de sens.*
- *Développer une vision globale du bien-être au travail, y compris au niveau de l'articulation avec la vie privée.*
- *Dans cette optique, faire jouer un rôle plus actif au département RH, redéfinir sa fonction.*

# RÉINTÉGRER LE TRAVAIL APRÈS UNE INCAPACITÉ/ INVALIDITÉ : LE POINT DE VUE DES MÉDECINS

## 1. Introduction

Les deux ateliers réunissant des médecins se sont tenus les 24 et 26 mai, durant une période marquée par d'importants mouvements sociaux, en partie spontanés. Les manifestations et les grèves dans les transports publics ont particulièrement affecté la participation du côté néerlandophone, mais il y a aussi eu quelques désistements de dernière minute lors de l'atelier francophone. Au total, quinze médecins ont tout de même pu être présents.

Deux questions principales étaient posées aux médecins : quels sont les freins qui entravent une réinsertion professionnelle durable des travailleurs en incapacité/invalidité et quels sont les leviers qui pourraient la favoriser ?

Ce rapport de synthèse présente les principaux éléments mis en avant lors de ces deux ateliers. Les pistes d'action sont résumées dans un encadré à la fin du texte. Il y a eu une assez large concordance de vues entre les participants francophones et néerlandophones. Lorsque des accents différents ont été placés, ils sont explicitement signalés.

## 2. Question préalable : pourquoi une telle initiative ?

Avant de débattre du fond du problème, les participants néerlandophones ont fait part de leur étonnement et même d'une certaine méfiance face à cette initiative, dont ils ne perçoivent pas bien la logique et les éventuels prolongements ultérieurs : pourquoi l'INAMI leur pose-t-il tout à coup ces questions alors qu'il prend depuis plusieurs années - et sans les consulter - des mesures qui contribuent à un détricotage du régime d'incapacité/invalidité ? On cite entre autres la décision de l'INAMI de supprimer les contrôles effectués par le Conseil médical de l'Invalidité. En Flandre, le médecin-conseil est désormais chargé de participer à la remise au travail de personnes en incapacité puisqu'il doit donner son autorisation pour orienter ces personnes vers les services GTB ('gespecialiseerde trajectorbepalings- en begeleidingsdiensten'). Mais les systèmes de contrôle des mutualités seront-ils suffisamment solides pour éviter les abus ? Il n'est pas exclu que le Conseil médical de l'Invalidité doive retrouver sa fonction initiale dans quelques années.

Les pouvoirs publics font des efforts parfois louables pour réintégrer les personnes en incapacité, mais de manière trop dispersée et avec un manque de continuité. De bonnes idées ne sont pas développées, des restrictions budgétaires compromettent des démarches prometteuses. C'est le cas par exemple (toujours en Flandre) des projets TAZ ('Tender Activerende Zorgbegeleiding'), qui s'adressent à des demandeurs d'emploi souffrant de problèmes médicaux, psychiques ou psychiatriques et qui ont déjà touché plus de 10.000 personnes.

De même, les services GTB évoqués plus haut voient leurs moyens amputés alors qu'ils ont prouvé leur capacité à accompagner efficacement des personnes dans leur

retour à l'emploi. Les listes d'attente sont très longues. Il faudrait au contraire développer et professionnaliser de tels dispositifs.

Aujourd'hui, on fait mine de s'étonner lorsque la presse annonce que 370.000 personnes sont en régime d'invalidité et on recherche d'urgence des solutions. Mais cette évolution pouvait être anticipée depuis longtemps. Le centre d'expertise de l'INAMI en matière d'incapacité de travail avait déjà prévu il y a quelques années une forte augmentation du nombre de personnes en incapacité d'ici 2020 sous l'effet de la suppression de la prépension, de l'harmonisation des régimes de pension entre hommes et femmes, etc.

Au-delà de ces réflexions initiales, les médecins ont le sentiment que ni les entreprises, ni les travailleurs eux-mêmes, ni la collectivité ne s'impliquent suffisamment pour favoriser une réelle réinsertion des personnes en incapacité ou en invalidité, alors que c'est pourtant dans l'intérêt de tous si nous voulons œuvrer dans le sens d'une plus grande inclusion sociale.

### **3. Responsabiliser les entreprises**

Il y a aujourd'hui tout un contexte professionnel qui est de plus en plus déshumanisant, estiment les participants. L'un d'entre eux va même jusqu'à parler à cet égard de 'mission impossible' : dans la mesure où le monde du travail a tendance à exclure même ceux qui ne sont pas malades, comment faire reprendre le travail à quelqu'un qui n'est pas tout à fait guéri ? Quand on voit des gens jusque-là très performants qui s'écroulent d'un seul coup, c'est le signe qu'il y a quelque chose qui ne va pas dans le milieu de travail.

Certes, les pressions concurrentielles sont fortes, mais elles peuvent être atténuées par un bon climat de travail. L'absentéisme est plus faible dans de petites équipes conviviales et soudées parce que chacun fait tout pour ne pas mettre ses collègues dans l'embarras. La solidarité et la reconnaissance pour le travail presté peuvent aussi compenser des boulots peu gratifiants, comme le nettoyage de bureaux.

Ce climat est largement déterminé par les cadres intermédiaires. Mais les grosses entreprises ne sont pas suffisamment attentives à bien les former et les encadrer : il y a trop de 'petits chefs' à l'ancienne qui pourrissent les relations de travail et qui sont à l'origine de nombreux problèmes de burn-out.

Même sans bouleverser leur culture ou leur structure interne, les entreprises devraient au moins pouvoir prévoir, à partir d'un certain nombre de paramètres (exigences de la fonction, personnalité du collaborateur...), quelles sont les personnes qui sont les plus exposées au risque de burn-out et prendre dès lors les mesures préventives qui s'imposent. Cela devrait être l'un des rôles du médecin du travail. Malheureusement, celui-ci est déjà absorbé par la gestion des cas d'incapacité et d'invalidité et n'a pas le temps de faire de la prévention. Sa mission, qui est très large (pas uniquement évaluer les possibilités de reprise, mais aussi voir si la personne peut assumer les risques liés au travail), doit donc retrouver tout son sens. Certains participants se demandent aussi s'il est opportun que le médecin du travail soit payé par l'employeur : cette fonction ne devrait-elle pas être financée par les pouvoirs publics ?

Non seulement les employeurs belges s'impliquent peu pour faire de la prévention, mais ils ne sont pas suffisamment sensibilisés au bien-être au travail et ils ne respectent pas toujours les règles d'ergonomie de base. Ainsi, dans certaines écoles ou maisons de repos, les techniciennes de surface doivent travailler avec de très mauvais équipements qui augmentent les risques de maux de dos et d'autres troubles physiques. Le problème se pose aussi au niveau des ALE : avant d'envoyer une aide-ménagère chez un client, il faudrait s'assurer que celui-ci dispose du matériel nécessaire pour qu'elle puisse travailler dans des conditions élémentaires de sécurité et d'hygiène.

Pour les médecins qui ont participé aux deux ateliers, la responsabilité de l'employeur est donc souvent engagée, au moins de manière indirecte. Pourtant, une fois qu'une personne est déclarée en incapacité de travail, les conséquences pour lui se limitent au paiement d'un mois de salaire garanti. On oppose à cela le modèle néerlandais, où l'employeur peut être obligé de payer le salaire du travailleur malade (plafonné à 70% dans certains cas) pendant deux ans. Cela l'incite bien sûr à mener une politique plus active de prévention et de réintégration (adaptation de la fonction, mobilité interne) des collaborateurs absents.

#### **4. Elargir l'éventail des possibilités de réinsertion**

Ce retour à l'emploi, précisément, doit souvent se faire de manière progressive, tant en termes d'horaire que de contenu du travail. Mais notre système et notre culture d'entreprise ne sont pas suffisamment ouverts à des formules mixtes, flexibles et évolutives. Beaucoup d'employeurs sont réticents à accepter un retour à temps partiel ou un mi-temps médical. Résultat : dans la très grande majorité des cas, les personnes qui ont une incapacité de travail reconnue à 50% ne travaillent pas du tout. Une phrase fréquemment entendue dans les milieux professionnels est 'Je préfère que tu restes plus longtemps absent, mais que tu reviennes à 100%'. Ou alors, on fait un faux mi-temps : en fait, la charge de travail reste à peu près équivalente.

Une reprise d'activité à temps partiel est d'autant plus importante qu'elle peut aussi s'inscrire dans une démarche thérapeutique, signale un rhumatologue. Ainsi, le traitement des lombalgies combine deux séances par semaine d'école du dos et trois journées de travail. Celles-ci font partie intégrante du processus de guérison : cela n'a pas de sens de donner un certificat d'incapacité complète pendant la période de rééducation. Mais là encore, il faut que l'employeur soit ouvert à cette formule.

Cependant, la meilleure solution ne consiste pas toujours à revenir dans la même fonction, même à temps partiel. Il faut donc élargir l'éventail des possibilités de réinsertion :

- en exploitant les opportunités de mobilité interne, même si celles-ci sont aussi une question d'échelle (elles sont plus limitées dans les PME) et si elles peuvent être liées à la nature de l'activité (certaines entreprises ont un grand nombre de fonctions similaires);
- en offrant aux travailleurs en incapacité de véritables possibilités de stage, de formation et de réorientation, compte tenu de leur problème de santé (aujourd'hui, ces formations sont parfois instrumentalisées pour faire tourner un système : personne ne croit vraiment que ça va déboucher sur un emploi);

- en proposant et en valorisant des activités temporaires, en dehors du marché classique de l'emploi.

Tout cela ne relève pas de la seule responsabilité des employeurs. Les pouvoirs publics doivent prendre des mesures incitatives pour favoriser cette plus grande diversification des emplois :

- instaurer des aides ciblées, notamment pour les PME : grâce à leur dimension plus humaine et à la plus grande proximité entre le management et le personnel, les PME sont souvent mieux placées que les grosses sociétés pour proposer des emplois sur mesure pour des travailleurs dont l'incapacité ou l'invalidité partielle est reconnue. Mais elles ont besoin pour cela d'aides publiques qui compensent la moins grande rentabilité de ces personnes plus fragiles ;
- assouplir les différents régimes : la rigidité du système actuel (par exemple les conditions très strictes liées au statut de l'article 100 et le risque de perdre ensuite son allocation) pousse à l'immobilisme. Le travailleur doit pouvoir passer plus facilement d'un statut à l'autre (temps plein, temps partiel, incapacité/invalidité, chômage), en ayant la garantie de retrouver son statut précédent si une tentative de réinsertion se solde par un échec ;
- éviter certains pièges à l'emploi : il y a aujourd'hui des situations où il est financièrement moins avantageux pour une personne atteinte d'un handicap d'exercer une petite activité professionnelle que de ne rien faire du tout, à cause de la perte de l'allocation d'intégration ;
- combler l'écart de coût entre deux postes à mi-temps et un temps plein : cette différence de coût est un élément dissuasif pour beaucoup d'employeurs.

##### **5. Du côté des travailleurs : des situations et des facteurs très hétérogènes**

Même si les abus flagrants restent rares, les travailleurs se complaisent parfois dans le statut d'incapacité/invalidité et tirent les choses en longueur (non-respect des examens prescrits, délais anormaux pour prendre rendez-vous, passage d'un soignant à l'autre), aidés en cela par le manque de concertation entre les divers intervenants concernés.

La (nouvelle) loi qui facilite les licenciements au retour d'un congé de maladie peut être un moteur à la reprise du travail, mais aussi un frein dans la mesure où elle incite à prolonger la période d'incapacité.

L'aspect financier peut aussi influencer la motivation à reprendre le travail, et ce dans les deux sens : tantôt l'allocation de la mutuelle est financièrement plus intéressante (déduction faite de certains frais, entre autres de garde d'enfants), tantôt au contraire la perte de revenus pousse artificiellement à une reprise anticipée du travail. Dans cet arbitrage, la question qui se pose n'est pas toujours de savoir quels sont les revenus les plus élevés, mais aussi les plus sûrs.

Les conditions abusivement favorables de certaines assurances 'revenu garanti' peuvent constituer un autre frein. A l'inverse, on fait remarquer que la plupart de ces assurances excluent d'office les troubles psychiques (ainsi que d'autres pathologies, pour peu qu'on ait signalé le moindre antécédent dans le questionnaire d'admission). C'est une source de frustration pour le travailleur qui a cotisé, mais aussi de précarisation qui



vient s'ajouter à la problématique : l'instabilité financière est un facteur d'instabilité mentale. Il faudrait que ces assurances couvrent les troubles psychologiques au moins pour une période limitée, y compris pour les indépendants, afin de permettre un meilleur accès aux soins et d'éviter une dégradation de l'état de santé de la personne.

Il faut aussi tenir compte de la grande hétérogénéité des personnes en incapacité/invalidité. Il y a de fortes disparités, non seulement entre les problèmes de santé d'ordre physique et d'ordre psychique, mais aussi, à l'intérieur de cette dernière catégorie, entre les problématiques qui sont directement liées au travail (principalement le burn-out) et celles qui ont des causes plus complexes et plus profondes (troubles psycho-organiques, psychoses,...). Il va de soi que la réinsertion ne peut pas être envisagée de la même manière dans les deux cas : alors que le burn-out nécessite surtout d'agir sur les conditions de travail dans une entreprise ou un département existant, les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques complexes ont plutôt besoin que l'on crée des emplois adaptés, sur mesure. Beaucoup d'entre elles souhaitent en effet pouvoir apporter leur contribution à la société et une activité rémunérée peut être un élément important dans leur thérapie, mais aujourd'hui elles n'intéressent personne et elles restent généralement sur la touche.

Dans des régions socio-économiquement défavorisées, le statut d'incapacité/invalidité peut aussi dissimuler en partie un problème beaucoup plus vaste de manque de qualifications et d'éloignement par rapport au marché de l'emploi. Une participante recense ainsi dans sa patientèle 17% d'arrêts de travail prolongés et estime qu'un retour au travail pourrait être envisagé dans à peine un quart de ces cas, moyennant un soutien adapté (et souvent inexistant aujourd'hui - voir ci-dessous). Dans les autres cas, une combinaison de facteurs (troubles psychiatriques plus généraux, problèmes socio-économiques, assuétudes, très faible niveau de formation...) rend cette perspective beaucoup plus aléatoire.

## **6. Le chaînon manquant entre la première et la deuxième ligne**

Une bonne partie des échanges entre les médecins a bien entendu porté sur la dimension médicale de la problématique et sur la fonction des soignants dans l'optique d'une réinsertion professionnelle.

Le médecin généraliste est habituellement la 'porte d'entrée' du processus. Il doit lui aussi faire son mea culpa : certains délivrent des certificats de manière trop laxiste. C'est dû en partie au manque de temps, qui empêche le médecin d'analyser une situation en profondeur, et à l'existence d'un conflit d'intérêts étant donné qu'il est payé à l'acte. Un participant témoigne qu'il a perdu des patients parce qu'il a refusé de prolonger des certificats qui n'étaient pas justifiés à ses yeux.

D'autre part, poser un diagnostic et constater une incapacité de travail sont deux actes proches mais différents : l'un n'entraîne pas nécessairement l'autre (une entorse n'a pas les mêmes conséquences en termes d'incapacité pour un travailleur manuel que pour un employé de bureau). Il n'est pas certain que tous les médecins fassent cette distinction et que leur formation (continué) attire suffisamment leur attention là-dessus.



On fait d'ailleurs observer plus généralement l'inexistence de toute formation, tant à l'université qu'au niveau des fédérations professionnelles, à la problématique de l'incapacité de travail. Il s'agit pourtant d'une matière complexe, qui a des implications de plus en plus grandes dans la société et dans la vie des gens. Ne faudrait-il pas offrir des possibilités de formation aux médecins mais aussi à tous les professionnels concernés par cette question ?

Le diagnostic devrait être un moyen pour permettre une approche concertée entre les soignants. Ce n'est pas le cas pour l'instant. Le certificat médical se contente souvent d'une indication sommaire telle que 'burn-out' ou 'décompensation psychique'. Le traitement du patient continue à se faire au niveau de la première ligne alors que sous ce diagnostic primaire peut se cacher une pathologie ou des causes sous-jacentes (stress, troubles de la personnalité, problèmes relationnels...), qui devraient être abordées par un intervenant plus spécialisé pour qu'une réinsertion soit possible.

Dans la mesure où il y a malgré tout une articulation entre la première et la deuxième ligne, elle est uniquement chronologique : le généraliste envoie le patient vers un spécialiste, comme un psychiatre, qui prend la main et qui le dépossède alors de ce cas. Cela peut être frustrant pour le généraliste, qui s'est parfois beaucoup investi dans le suivi de ce patient 'difficile'. En plus, cela rajoute un délai, car il faut chaque fois quasiment repartir de zéro. Or, plus le délai s'allonge, plus les chances de reprise diminuent.

Cette mauvaise articulation apparaît aussi de manière flagrante au niveau des 'trajets GTB', disent les médecins flamands : souvent, des informations pertinentes détenues par d'autres soignants ne sont pas exploitées et le patient qui s'engage dans un tel trajet subit inutilement toute une batterie de tests et d'examen. D'où des pertes de temps, un allongement des listes d'attente mais aussi une démotivation pour les candidats potentiels.

Bref, on parle beaucoup d'interdisciplinarité, mais en réalité celle-ci est beaucoup plus théorique que pratique. Il faut la repenser dans une optique de supervision et de concertation plutôt que de succession chronologique et mettre en place de véritables alliances thérapeutiques. Pour un médecin généraliste, il peut être utile d'avoir un référent auquel il peut s'adresser : par exemple, un psychiatre qu'il pourrait consulter de manière ponctuelle pour remettre un avis sur un traitement médicamenteux, sans pour autant qu'il s'approprie le cas du patient en question. Par ailleurs, des spécialistes devraient pouvoir apporter un soutien plus théorique à des équipes, en dehors de l'examen de situations individuelles.

Le diagnostic devrait aussi spécifier plus clairement dans quelle mesure le problème traité est en lien avec le travail ou est d'ordre plus général. En effet, pour que le psychologue ou le psychiatre puisse proposer un accompagnement adapté, il serait utile qu'il ait un mandat clair : qu'est-ce qu'on attend de lui pour aider la personne à reprendre une activité professionnelle ? En quoi exactement la reprise du travail est-elle impactée par les problèmes psychologiques ?

## 7. Faire dialoguer le monde professionnel et médical

Outre une plus grande interdisciplinarité entre les soignants eux-mêmes, les participants plaident pour davantage de concertation entre le milieu professionnel et médical. En Belgique, disent-ils, on assiste dès le début de l'incapacité à un découplage entre ces deux mondes : du jour au lendemain, le travailleur devient un patient. Le processus de réinsertion serait facilité si les différents intervenants sortaient de leur isolement pour se retrouver autour de la table et échanger des informations. Ce qu'il faut, c'est une approche globale !

C'est pourquoi il faut encourager les concertations entre le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail afin qu'ils puissent adopter une vision commune, compte tenu de l'état de santé du travailleur et du contexte de travail. Dans des problématiques complexes impliquant aussi des questions familiales, sociales, financières..., il est souvent nécessaire de faire également appel à d'autres intervenants, comme des assistants sociaux. Les moyens modernes (vidéoconférence) peuvent être utiles pour faciliter ces contacts et pallier le manque de temps. Cependant, rien ne vaut le contact direct, qui doit être privilégié autant que possible. En tout cas, ces moments de concertation doivent être reconnus et rétribués comme des actes à part entière. Ce coût supplémentaire sera largement compensé par les économies que la concertation permettra de faire dans le budget du régime d'incapacité de travail.

Parallèlement à cela, il est essentiel d'accélérer et de dynamiser le processus. On cite ici aussi le cas des Pays-Bas, où le médecin du travail intervient déjà après 15 jours d'incapacité pour mettre en relation l'employeur, le travailleur et le professionnel de la santé. Chez nous, l'impression qui prévaut est que le médecin-conseil convoque très tard les travailleurs en incapacité et qu'il doit alors décider tout à coup si la personne est ou non en état de reprendre le travail.

Dans le groupe francophone, plusieurs participants s'étonnent d'un certain fatalisme des médecins-conseil. Deux exemples :

- lors d'une journée d'étude, un médecin-conseil a cité le cas d'une fracture non déplacée du col du radius et a parlé d'une durée normale de trois mois d'invalidité, alors qu'on s'accorde généralement à estimer que six semaines constituent un grand maximum ;
- face à un cas douteux d'une patiente qu'il soupçonnait d'exagérer ses problèmes de santé, un médecin a prolongé le certificat, persuadé que, de toute façon, elle serait convoquée par le médecin-conseil. Mais rien ne s'est passé...

Les participants néerlandophones soulignent plutôt que la fonction de contrôle exercée par le médecin-conseil peut être ressentie comme une menace par des patients psychologiquement vulnérables, au point que certains n'osent pas se rendre à la convocation, avec toutes les conséquences qui peuvent en résulter pour eux. En outre, il peut aussi y avoir d'autres contrôles : celui de l'assurance, d'un médecin envoyé par l'employeur... - une fois de plus, sans la moindre forme de concertation. L'accent est mis sur les contrôles, souvent inutiles, et pas sur la recherche de solutions constructives avec le patient.

## 8. Un manque criant de services d'aide

Un autre point mis en avant concerne l'insuffisance des dispositifs de soutien. Ceux-ci sont trop peu accessibles, non seulement d'un point de vue financier mais aussi parce que ces services sont généralement débordés : il faut parfois plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous chez un psychiatre. En attendant qu'une prise en charge spécialisée soit possible, le médecin de première ligne n'a généralement pas d'autre choix que de prescrire un traitement médicamenteux.

Certains participants pointent une conséquence indirecte de la saturation des services de soutien psychologique : l'émergence d'un véritable 'marché' informel, un circuit alternatif où abondent les experts autodéclarés en burn-out et les coaches en tout genre, aux compétences parfois douteuses.

Un autre exemple est celui des écoles du dos, pour lesquelles il faut compter un délai d'attente de six mois. C'est pourtant le traitement le plus efficace et le plus rentable des lombalgies, qui constituent la principale cause d'incapacité de travail en dehors du burn-out.

Enfin, la saturation de certains services hospitaliers peut aussi rallonger la durée de l'incapacité : on perd du temps pour obtenir un rendez-vous pour une IRM, un scanner ou un autre examen et on est parfois obligé de prolonger le certificat pour cette seule raison-là. Et comme on l'a dit, le temps est un facteur clé qui joue contre la réinsertion du travailleur malade.

## 9. Deux points de débat

Dans chaque atelier, une suggestion concrète formulée par un participant a donné lieu à un débat de fond intéressant.

Le groupe néerlandophone s'est interrogé sur les rôles respectifs du médecin traitant, de l'employeur et du travailleur dans le trajet de réinsertion, notamment en cas de burn-out. Un médecin recommande d'impliquer l'employeur le plus tôt possible dans la problématique. Comme il est délicat pour un soignant de le contacter directement, cela peut se faire par l'intermédiaire du patient. Une sorte de collaboration informelle se met ainsi en place et permet de tracer un cadre à l'intérieur duquel on peut s'entendre sur des objectifs et des modalités concrètes. Au début, la situation est surtout envisagée sous l'angle du patient et l'accent est mis sur ses besoins (soins, phase de repos et de ressourcement). Mais peu à peu, la perspective d'un retour progressif au travail peut être envisagée et discutée avec lui. Le médecin assure ainsi une fonction de coach. Il prépare et accompagne le retour au travail, en tenant compte à la fois de l'évolution de l'état de santé du patient et des possibilités concrètes de réinsertion, dans la vie professionnelle mais aussi sociale. Pour ce médecin, en tout cas, l'incapacité de travail doit être envisagée dès le départ comme une situation temporaire, assortie d'une limite de temps réaliste, et cela doit être clairement communiqué au patient.

Cette vision est nuancée ou contestée par d'autres :

- les contacts doivent être pris avec le médecin du travail, et non avec l'employeur lui-même, et il est pervers de faire jouer au patient un rôle d'intermédiaire dans ce processus ;

- cette approche peut donner de bons résultats dans de petites entreprises, mais c'est beaucoup plus difficile à organiser dans de grands groupes multinationaux.

On met surtout en garde contre un risque de confusion des rôles : il est préférable que le médecin qui atteste de l'incapacité de travail ne soit pas celui qui parle de la reprise du travail (et qui agite éventuellement la menace d'un non-renouvellement du certificat de maladie). C'est un élément essentiel dans la relation soignant-soigné. Le médecin traitant doit avant tout rester l'allié du patient, dans une optique thérapeutique. Si le patient a l'impression que son médecin le pousse à reprendre le travail trop tôt, la relation de confiance, indispensable à tout traitement, est rompue. Mais au sein d'une concertation plus large, il peut y avoir un autre soignant qui brandit l'épée de Damoclès de la fin du statut d'incapacité ou d'invalidité.

Du côté francophone, un débat s'est engagé sur la possibilité et l'opportunité de s'entendre sur une durée standard de traitement pour un certain nombre de pathologies courantes. La suggestion a été émise par un participant afin de rendre plus réaliste la concertation multi-acteurs que beaucoup réclament. Vu les contraintes de temps des différents intervenants concernés, ne faudrait-il activer la procédure de concertation (mais qui serait alors rendue obligatoire) uniquement dans les cas où l'incapacité excède un délai considéré comme 'normal' pour la pathologie en question ?

Certains jugent l'idée intéressante, d'autres sont sceptiques : est-il réaliste de s'accorder sur des durées types ? Qu'en est-il en cas de pathologies multiples, de complications inattendues ou de situations hors normes (on cite l'exemple d'un neuropathique qui a fait des efforts pendant un an pour pouvoir traverser la rue : comment inscrire un tel cas dans une grille ?). Et attention aussi aux effets pervers d'un tel système, qui risque d'être compris par certains patients comme 'j'ai droit à autant de jours de congé !'

### **Principales pistes d'action**

#### Au niveau des pouvoirs publics :

- *Ne pas supprimer des dispositifs existants qui ont fait leurs preuves (comme les services GTB et les projets TAZ en Flandre), mais au contraire les développer et les professionnaliser*
- *Répondre au manque d'accessibilité de services d'aide tels que des consultations psychologiques ou des cliniques du dos, qui sont actuellement saturés*
- *Adopter un système qui responsabilise davantage les employeurs (le 'modèle néerlandais') en allongeant la période de salaire garanti*
- *Assouplir les différents régimes, faciliter les transitions d'un statut à l'autre avec possibilité de retour sans répercussions financières négatives*
- *Octroyer des incitants qui favorisent la création (notamment dans les PME) d'emplois adaptés pour des personnes qui veulent encore se rendre utiles mais qui ne peuvent pas ou plus s'insérer sur le marché de l'emploi classique*
- *Offrir des possibilités de formation à la question de l'incapacité/invalidité pour tous les (futurs) professionnels concernés par cette thématique*

Au niveau des entreprises :

- *Mener une réelle politique de prévention : formation des cadres intermédiaires, identification des fonctions à risques, sensibilisation au bien-être au travail, respect des règles d'ergonomie de base*
- *Ouvrir l'éventail des possibilités de réinsertion : mi-temps médical, formation, réorientation, mobilité interne, activité bénévole...*
- *Revoir les clauses de certaines assurances revenu garanti : éviter les conditions financières abusivement favorables, mais prévoir en échange une couverture plus large (troubles psychiques)*

Au niveau des soignants :

- *Faire du diagnostic un outil qui facilite la concertation entre soignants et qui leur donne un mandat clair, dans l'optique d'une reprise du travail*
- *Mettre en place des alliances thérapeutiques, développer une approche réellement multidisciplinaire et concertée, avec une bonne articulation entre la première et la deuxième ligne et sans pertes de temps inutiles*

De manière générale :

- *Stimuler le dialogue entre le monde du travail et le milieu médical, mettre très rapidement en place des processus de concertation qui permettent aux différents acteurs concernés d'élaborer une vision commune des possibilités de retour au travail*

# RÉINTÉGRER LE TRAVAIL APRÈS UNE INCAPACITÉ/ INVALIDITÉ : LE POINT DE VUE DES MÉDECINS ET DES EMPLOYEURS (ATELIERS MIXTES)

## 1. Introduction

Par la bouche de Saskia Decuman, l'INAMI remercie les participants pour l'engagement dont ils ont fait preuve lors des deux premiers ateliers. Pour l'INAMI, la participation des employeurs et des médecins est un grand succès. Les rapports de ces ateliers ont été analysés en détail par elle-même et par le responsable des médecins de l'INAMI. Ces rapports intermédiaires reflètent clairement les perceptions des acteurs de terrain. C'est très important pour l'INAMI qui se basera sur ces rapports pour éclaircir un certain nombre de points et de sujets.

Après les rapports intermédiaires sur les focus groups réunissant des employeurs et des médecins sur la thématique de l'incapacité de travail, l'INAMI a voulu dialoguer avec ces deux publics ensemble en vue de :

- Eclaircir et approfondir des points de discussion concernant
  - Les attestations (communication de la maladie, certificat médical,...)
  - La communication entre le travailleur, l'employeur et le médecin (médecin du travail, médecin traitant, médecin-conseil, spécialiste, ...)
  - La reconnaissance biomédicale
  - La reprise autorisée du travail
- Savoir s'ils sont correctement informés de la législation actuelle : quelles sont les perceptions des employeurs et des médecins, où se situent les obstacles et les points à améliorer ?
- Savoir comment intégrer dans la pratique la vision holistique dont il est question dans l'Arrêté Royal.

## 2. Commentaires généraux lors d'un premier tour de table

### À propos de l'AR

- L'actuel AR apporte déjà une solution partielle au problème de la communication et du rôle de l'employeur/médecin du travail. Dans le passé, il était très difficile de prendre contact via le service de médecine du travail avec le travailleur en incapacité, surtout si celui-ci ne donnait pas son accord. Le nouvel AR prévoit de tels contacts à l'initiative du médecin du travail.
- Une distinction importante est faite dans le nouvel AR entre les personnes avec et sans contrat de travail. Quand il n'y a pas de contrat de travail, c'est le médecin-conseil qui a l'initiative : c'est lui qui est en contact avec l'assuré, qui se met en rapport avec le VDAB/Forem/Actiris et d'autres services... pour travailler à la réintégration dès que c'est opportun d'un point de vue médical. Le médecin-conseil doit donc évaluer si une intégration dans le monde travail est encore possible et à partir de quand.  
La force de l'AR est que, pour les personnes avec un contrat de travail, un lien est

fait avec le contexte professionnel. En effet, l'objectif est que le médecin du travail soit plus étroitement impliqué (avec le consentement du travailleur) et qu'il puisse mettre en adéquation l'état de santé, la fonction actuelle, de nouvelles fonctions potentielles dans l'entreprise etc. L'assuré a ainsi plus rapidement une vision des perspectives qui s'offrent à lui : soit une réaffectation est possible, soit il n'y a plus de possibilités pour lui dans l'entreprise...

Ceci suscite quelques inquiétudes pour certains partenaires sociaux. On craint qu'il y ait beaucoup plus de licenciements pour force majeure médicale. Mais l'attestation d'incapacité de travail est toujours suivie d'une analyse du médecin-conseil : une reprise du travail est-elle possible d'un point de vue médical ? Peut-elle se faire spontanément ou faut-il un incitant ? Ou bien est-ce tout à fait hors de question ?

Le message de l'AR n'est certainement pas noir ou blanc, mais vise à laisser davantage de marge de manœuvre aux différents partenaires et à donner des possibilités de concertation. L'avenir dira comment cela sera mis en pratique. L'AR souligne tout de même de manière plus formelle qu'une communication entre les trois médecins clés (médecin traitant, médecin-conseil et médecin du travail) est indispensable alors que c'était beaucoup plus facultatif auparavant.

- Cela risque cependant de poser encore des problèmes aux PME, qui collaborent avec des services externes de médecine du travail.
- Un participant tient à nuancer l'impact du nouvel AR. Celui-ci laisse beaucoup de latitude et c'est un raccourci que d'affirmer que les médecins du travail ont désormais beaucoup plus de possibilités pour prendre contact avec le médecin-conseil et le médecin traitant. L'AR indique toujours que c'est 'moyennant l'accord du travailleur'. Y a-t-il donc vraiment quelque chose de changé par rapport à la situation antérieure ? Il peut comprendre qu'un changement culturel est difficile à imposer d'en haut et qu'un certain degré de liberté est indispensable pour impulser des changements. D'un autre côté, il n'y a rien de plus dans la loi qui oblige un employeur à agir préventivement au sujet du burn-out : c'est à lui de prendre ou non sa responsabilité. La demande qu'un médecin du travail adresse au travailleur pour qu'il entame un trajet de réintégration est également facultative. La loi ne prévoit rien pour le cas où ce travailleur ignore cette demande. L'employeur est lui aussi libre de s'engager ou non dans un trajet de réintégration. À terme, il faudra bien prendre des mesures plus contraignantes.

### Un changement culturel

- On assiste depuis quelques années à un changement culturel dans la réflexion sur le travail, la santé, la maladie, l'incapacité de travail et la réintégration. Ce n'est plus le discours 'noir ou blanc' d'il y a dix ans, il y a beaucoup plus de nuances intermédiaires entre être malade et en bonne santé. C'est une évolution positive et importante, surtout en ce qui concerne l'accent mis sur les compétences plutôt que sur la maladie.
- Dans un certain nombre d'entreprises, il y a une évolution vers une approche beaucoup plus proactive de l'absentéisme : l'employeur n'adopte plus une attitude attentiste comme auparavant, lorsqu'il attendait un signe du travailleur pour savoir quand il reviendrait.



- Un autre participant confirme qu'au niveau de la réintégration, beaucoup d'employeurs n'ont pas attendu la législation. Ils ont eux-mêmes pris des initiatives pour mettre sur pied des trajets, entretenir le contact avec des travailleurs en absence de longue durée et faciliter la réintégration. Nous sommes à présent dans une phase où, d'un côté, il faut tenir compte du nouveau cadre de l'AR. Une première réaction est que c'est très administratif et relativement 'lourd' en termes de procédures. D'un autre côté, la nouvelle législation suscite aussi une réaction de méfiance, tant de la part des syndicats qu'au niveau des ressources humaines : on craint qu'elle ne soit utilisée abusivement pour faciliter les licenciements. Ceci vient se greffer sur la grande vague de restructurations qui est en cours, par exemple dans le secteur financier, y compris sur le plan des RH.
- Des questions sont formulées quant à l'application de la nouvelle législation et à la manière dont elle sera mise en pratique (aussi par l'INAMI).
- Le médecin du travail se voit confier un rôle accru dans les parcours de réintégration. C'est une nouvelle mission pour lui et il n'y est pas toujours bien préparé. Il est utile d'échanger des informations à ce sujet entre collègues.
- Pour les personnes qui sont absentes très longtemps, il peut arriver que leur fonction initiale n'existe plus ou ait fortement évolué et que son contenu ait changé. Cela peut entraver la réintégration. La crainte des syndicats est que des employeurs utilisent cela comme un prétexte pour ne plus réintégrer des personnes.
- Les psychiatres, en particulier, ont besoin d'une formation complémentaire et d'une sensibilisation à la problématique de l'incapacité de travail. Il faut aussi améliorer les outils de réintégration, en parallèle avec le traitement suivi. Des initiatives destinées aux soins de première ligne sont aussi nécessaires.
- Une évolution intéressante est en cours au sujet de l'article 100 : alors que, pendant des années, les mutuelles ont fait preuve de laxisme et se sont reposées sur le 'matelas' de l'invalidité, elles ont pris l'initiative de ne plus seulement demander au médecin-conseil de faire des contrôles, mais aussi de le faire participer à la recherche de solutions et de pousser à la réintégration des personnes. C'est un très grand pas dans la bonne direction.
- Il vaut mieux scinder la problématique de l'absence au travail en deux aspects distincts : l'absentéisme dû à une problématique psychique (en l'occurrence le burn-out) demande une autre approche que celui qui est dû à un problème physique.



### **En bref**

- *Tout le monde s'accorde à reconnaître le changement qui est en cours, tant sur le terrain qu'au niveau législatif, avec la mise en place d'une vision plus nuancée et d'une approche beaucoup plus proactive de l'incapacité de travail. Les choses sont en train de bouger.*
- *Même si certains le trouvent encore trop facultatif et assez lourd sur le plan des procédures, le nouvel AR reconnaît et amplifie cette évolution positive.*
- *Sa mise en œuvre soulève cependant des questions et entraîne des conséquences, notamment sur le nouveau rôle du médecin du travail, qu'il faudra prendre en compte.*

## **3. Discussion des quatre thèmes : attestations, reconnaissance biomédicale, reprise autorisée du travail, communication**

### **1. Attestations**

*Comment l'INAMI a compris le message du rapport intermédiaire*

Lors des premiers focus groups avec uniquement des employeurs ou uniquement des médecins, on a abordé la question de la prescription de l'incapacité de travail. Aujourd'hui, c'est le médecin traitant qui s'en charge pour toute forme d'incapacité. Le médecin-conseil décide ensuite de reconnaître celle-ci ou non. Tant les médecins que les employeurs indiquent que cette manière de procéder présente des inconvénients. Pour les médecins : ils manquent souvent de temps pour bien le faire, l'incapacité de travail est difficile à estimer (entre autres en raison d'une méconnaissance du contenu du travail et du fonctionnement quotidien de l'entreprise), il y a un conflit potentiel d'intérêt. La question est de savoir si le médecin traitant peut aussi exercer une fonction de contrôle, dans le sens où il ne se contente pas de soigner mais juge aussi si quelqu'un est apte à reprendre le travail. Est-ce conciliable avec la relation de confiance qui existe entre le patient et lui ?

Mais il y a aussi des inconvénients pour l'employeur. Le système actuel rend la communication plus difficile, ralentit le processus...

*Les questions sur lesquelles l'INAMI a souhaité avoir un échange de vues*

Est-il toujours nécessaire de passer par le certificat d'incapacité de travail ? Est-ce que dans certaines circonstances ou dans certaines situations, il n'est pas préférable que le travailleur signale lui-même son incapacité de travail à l'employeur ? Est-ce possible en pratique et à quelles conditions ? Le médecin du travail a-t-il un rôle à jouer à ce niveau ? Une incapacité de travail communiquée peut-elle ensuite être validée par le médecin-conseil ? L'actuel AR ne se prononce pas à ce sujet.

*Discussion*

- Dans l'atelier mixte francophone, on estime que le médecin traitant est le mieux placé pour établir l'incapacité de travail primaire, mais que c'est surtout au moment de la prolonger qu'il se sent démuné. En effet, beaucoup d'incapacités prolongées sont dues à des problèmes relationnels et à des dysfonctionnements liés au cadre de travail, qui ne sont pas d'ordre strictement médical. Les critères ne sont plus toujours les mêmes que ceux qui avaient servi à reconnaître l'incapacité. A ce moment-là, il serait préférable de pouvoir prendre une décision

collégiale, en prenant en compte l'avis du médecin traitant, qui défend l'intérêt du patient, mais aussi celui du médecin-conseil et du médecin du travail, qui est mieux au courant de la situation dans l'entreprise.

- Même en cas de problème purement physique, la concertation permettrait de savoir si des fonctions adaptées sont possibles dans l'entreprise. Cela éviterait de prendre des décisions de type 'noir ou blanc'. Par exemple, une personne qui souffre de maux de dos peut-elle être réaffectée à des tâches administratives ?
- Un participant suggère la possibilité d'indiquer dans l'attestation l'une ou l'autre forme de 'pronostic', ainsi que la probabilité que le travailleur puisse un jour reprendre le travail. Pour certaines pathologies, les médecins peuvent évaluer cette probabilité sans difficulté.
- Pour les troubles psychiques, il n'est pas du tout évident de prévoir l'évolution de la maladie et de savoir si quelqu'un pourra un jour reprendre le travail. Même après un an, cela peut parfois évoluer dans tous les sens.
- On est pour l'instant en train d'examiner 'l'autorisation du contact avec l'employeur'. Il pourrait par exemple être possible que le travailleur l'indique lui-même sur le certificat qu'il remet. Mais tout cela doit être couvert juridiquement et on peut se demander si la mise en œuvre de l'AR couvre bien toutes les implications juridiques.
- Il faut un changement culturel. Pour de nombreux médecins, le certificat est une protection du patient et une preuve qu'il ne peut pas travailler. Dans la plupart des cas, c'est justifié, par exemple parce qu'un traitement est en cours et qu'il a trop d'effets secondaires pour permettre de travailler. Aujourd'hui, le certificat ne dit rien des raisons de l'incapacité de travail : c'est du noir ou blanc, capable ou incapable, sans la moindre information complémentaire. Ce que l'employeur aimerait savoir, surtout si l'incapacité est prolongée, c'est quelles sont les perspectives. Y a-t-il une possibilité que ce travailleur revienne la semaine prochaine ou le mois prochain ou y a-t-il a peu de chances qu'il reprenne un jour le travail et dois-je envisager un remplacement ? Aujourd'hui, l'employeur ne sait rien, il s'adresse au médecin du travail pour avoir plus d'informations sur ce travailleur. Autrement dit, si on veut réfléchir à une adaptation du certificat aux besoins et aux souhaits de toutes les parties concernées, il ne faut certainement pas perdre de vue l'intérêt de l'employeur. Il y a bien sûr le problème du respect de la vie privée et du secret professionnel. Ce n'est pas un problème si la pathologie est communiquée au médecin-conseil. Elle ne doit pas l'être à l'employeur, mais le certificat pourrait indiquer si la personne pourra un jour réintégrer l'entreprise.
- Les employeurs estiment que, du côté des partenaires sociaux surtout, le certificat est encore considéré comme un sauf-conduit pour ne pas travailler et ne pas se réintégrer tant que la date finale qu'il mentionne n'est pas atteinte. On bloque dès lors toute tentative pour faire de ce certificat un outil de communication plus dynamique visant à informer toutes les parties concernées sur les possibilités de réintégration.

- Un participant actif dans le secteur des RH émet la proposition que l'entreprise mène elle-même une politique de gestion de l'incapacité de travail, pour que les travailleurs sachent quels sont les engagements qui ont été pris à cet égard dans l'entreprise, à quoi ils peuvent s'attendre, quelles initiatives l'entreprise prend en la matière. Certaines entreprises mettent par exemple un psychologue indépendant à leur disposition. Faut-il plutôt suivre cette voie au lieu d'adapter les certificats ? P. ex. un formulaire d'information que le travailleur remplit et dans lequel il livre l'information qu'il veut partager avec l'employeur ? Si les pouvoirs publics veulent imposer cela, de nombreux partenaires vont se retrouver autour de la table et cela va prendre du temps avant de trouver un consensus. C'est peut-être quelque chose à réaliser au niveau de l'entreprise. N'est-ce pas une voie plus facile ? Un participant affirme cependant que l'on va rapidement entrer en conflit avec la législation et la commission sur le respect de la vie privée.

*Communication entre les médecins concernés, le travailleur et l'employeur*

- On pourrait au moins accélérer la communication si, lorsqu'il établit un certificat, le médecin traitant indiquait immédiatement quelle est l'influence du travail sur l'incapacité et sur la maladie : le travail joue-t-il un rôle dans le déclenchement de cette maladie (troubles psychiques, maux de dos,...) ? Une deuxième question est de savoir dans quelle mesure le travail et tout ce qu'il implique (comme les déplacements) a un impact sur l'évolution de la maladie. Et enfin la question cruciale : le médecin du travail peut-il prendre contact avec le travailleur malade ? Si ces trois éléments sont clairs dès l'établissement du certificat, on peut réellement accélérer la communication.
- Un médecin du travail dans une grande entreprise témoigne que, le mois dernier - et pour la première fois dans sa carrière - il a reçu à l'initiative du médecin-conseil quatre personnes qui étaient en incapacité de travail. Le médecin-conseil les lui avait envoyés pour pouvoir examiner ensemble si une réintégration était possible. Ces personnes devaient aussi lui demander une attestation, à la demande du médecin-conseil, pour prouver qu'elles étaient passées chez lui. De cette manière, le médecin-conseil sait aussi qui est le médecin du travail et peut prendre contact avec lui. C'est à ses yeux un premier début prometteur de cette nouvelle forme de communication.
- Un participant est coordinateur de réintégration dans son entreprise. Les échanges d'informations se font habituellement par un entretien entre ce coordinateur et la personne en incapacité de travail de longue durée. L'an dernier, environ 400 personnes ont ainsi été contactées par téléphone. Cinq d'entre elles étaient très fâchées qu'un représentant de l'employeur prenne contact. Par contre, 80% étaient très contentes de ce coup de fil. Environ 15% ont donné des coups de fil à gauche et à droite pour s'informer de ce qui se passait, car cela n'était encore jamais arrivé. Plus tard, lors d'un second appel téléphonique, la plupart des personnes se sont dites heureuses que le contact avec l'employeur avait été rétabli. De nombreux collaborateurs sont effectivement prêts à donner davantage d'explication sur leur problème, mais il y aura toujours un certain nombre qui fermeront la porte. Il est important qu'aucune pathologie ne soit plus mentionnée dans ces contacts.

S'il y a une transition pour réfléchir davantage en termes de fonctions au lieu de mettre l'accent sur la pathologie, cela enlève une bonne partie des limitations dues au secret professionnel et au respect de la vie privée. Quand on réfléchit aux fonctions que quelqu'un pourrait à nouveau exercer, la discussion peut être menée de manière tout à fait différente.

- Quel rôle les médecins traitants peuvent-ils jouer ? Au sein de l'INAMI, on est conscient qu'ils sont déjà débordés parce qu'ils sont considérés, pour tous les aspects des soins de santé, comme la personne centrale, le point de contact, le coordinateur. En même temps, le médecin traitant est souvent la personne de confiance pour le patient. Comment la communication peut-elle être améliorée du point de vue du médecin traitant ? Le médecin souhaite-t-il qu'on lui téléphone ? Et qui doit le faire ? Est-il réaliste que le médecin traitant joue ici aussi un rôle central ? Les télé-conférences sont-elles une solution ? Ou cela doit-il plutôt se faire sous la forme d'un rapport ? Quelles sont les informations que le médecin traitant recherche ? Quelles sont celles qu'il aimerait partager alors qu'il ne peut pas le faire aujourd'hui ?
- On pourrait imaginer une procédure de concertation en deux temps : d'abord entre le médecin traitant et le médecin-conseil pour voir si une reprise du travail est possible. Si la réponse est non, la procédure s'arrête (provisoirement) là ; si oui, la concertation est étendue au médecin du travail pour examiner les possibilités concrètes dans l'entreprise (avec éventuellement accompagnement, changement de fonction...).
- Cette concertation est une bonne chose, mais les médecins s'interrogent sur les modalités concrètes de celle-ci : quand et comment cela se fera-t-il ? Seront-ils rétribués pour cela ? L'INAMI est en train de développer un système de plateforme électronique pour faciliter cette rencontre, mais cela soulève d'énormes défis juridiques, surtout pour le médecin du travail.
- Selon un médecin traitant présent, il faut faire une distinction entre les différentes raisons d'incapacité de travail. Il y a d'une part les troubles psychiques, et en premier lieu le burn-out, il y a les maladies psychiatriques lourdes et enfin les problématiques davantage médico-somatiques. Pour celles-ci, les choses sont plus claires et on peut communiquer plus rapidement. Souvent, on peut aussi appliquer des délais plus 'sûrs' d'incapacité de travail. Les maladies psychiatriques, comme les troubles bipolaires ou les troubles de la personnalité, impliquent souvent une réalité complexe qui fait généralement intervenir la psychiatrie. Ces patients sont suivis par leur médecin traitant, mais en général aussi par un psychiatre. Il s'agit cependant d'un petit groupe. Dans sa pratique, très étendue, ce médecin a eu une dizaine de personnes souffrant de problèmes psychiatriques lourds qui entraînaient aussi une problématique au niveau de l'emploi.  
Dans les cas de burn-out liés au travail, le médecin traitant prescrit d'emblée quelques semaines et souvent même un mois d'incapacité de travail, avec une interdiction de prendre contact à court terme avec l'employeur afin de laisser d'abord reposer les choses. Ce n'est qu'après une ou deux semaines qu'on va se

demander comment aller de l'avant et où en est le patient. Mais dans la première phase, il n'est pas indiqué de prendre contact avec qui que ce soit.

Au bout de quelques semaines, il peut y avoir un contact. Ce médecin a le sentiment que cela doit se faire de préférence par l'entremise du patient lui-même. Dans 80 à 90% des cas, c'est possible et c'est accepté par le patient. Cela facilite aussi beaucoup la communication ultérieure : on joue cartes sur table et dans de nombreux cas, surtout s'il y a une volonté de reprendre le travail, les problèmes se résolvent tout seuls.

Si l'incapacité de travail se prolonge plusieurs mois, on se retrouve dans une autre catégorie. Ce médecin est donc favorable à une approche en plusieurs phases, selon l'évolution personnelle du patient.

Il tient cependant à rester le médecin qui atteste de l'incapacité de travail étant donné que sa tâche consiste à être la personne de confiance de ses patients. Il est le mieux placé pour tenir compte de la dimension holistique parce que, plus que d'autres, il a la meilleure vision de la maladie et des facteurs personnels qui interviennent. Mais il veut avoir une concertation à ce sujet avec d'autres acteurs, comme le médecin-conseil et le médecin du travail. Il n'est peut-être pas le mieux placé pour connaître le contexte de travail, mais cette concertation avec les autres médecins et les entretiens avec son patient peuvent lui donner cette connaissance.

- Le médecin-conseil a malgré tout un rôle important à jouer. En tant que médecin traitant, on est tenu de partager tout le dossier avec lui.  
Il en va tout autrement du médecin du travail. Dans un contexte de formation, un participant dit à ses assistants de ne pas envoyer de courrier au médecin du travail avec des données médicales, mais de communiquer uniquement par téléphone. Cela évite que des données médicales écrites parviennent directement à l'employeur. Selon son expérience, il est sain de faire preuve d'une certaine méfiance vis-à-vis des médecins du travail. Ceux-ci sont en effet payés par l'employeur. Pour les patients, le traitement réservé aux informations qui parviennent au médecin du travail n'est pas clair.
- Faire du médecin du travail un troisième partenaire ? C'est quand même une nouveauté de créer avec lui une même relation qu'avec le médecin-conseil. Comment apprendre à mieux faire confiance au médecin du travail afin qu'il puisse être un troisième partenaire à part entière dans la communication relative au patient ?
- D'autres participants estiment que certaines expériences moins positives influencent la vision que l'on a de toute une catégorie. Ils prétendent que la grande majorité des médecins du travail exercent leurs fonctions de manière tout à fait correcte et ne transmettent pas d'informations inadéquates à l'employeur.
- Il s'agit de collègues médecins qui sont aussi tenus par le secret professionnel et qui ne peuvent que traduire les informations par rapport au fonctionnement dans le contexte professionnel. L'employeur n'a jamais le droit de recevoir le diagnostic.  
Un médecin du travail insiste aussi sur le fait que, bien qu'il soit rémunéré par

l'employeur, il doit y avoir un accord avec tous les partenaires sociaux, y compris les syndicats, sur la manière dont il fonctionne. Si la confiance dans le médecin du travail se perd, aussi bien du côté de l'employeur que des travailleurs, il existe une procédure pour qu'il ne soit plus reconnu par l'entreprise pour laquelle il travaille. Le médecin du travail est donc vraiment l'intermédiaire entre le travailleur et l'employeur et il n'est pas uniquement attentif aux intérêts de ce dernier.

#### **En bref**

- *Le médecin traitant reste un acteur incontournable dans la reconnaissance de l'incapacité de travail.*
- *Mais il est souhaitable d'améliorer la communication avec le médecin-conseil et le médecin du travail. Les participants témoignent que cela commence peu à peu à se faire. Il subsiste toutefois une certaine méfiance vis-à-vis du médecin du travail.*
- *Cette concertation pourrait aller jusqu'à une prise de décision collégiale, en particulier dans des cas de prolongation de l'incapacité de travail pour des raisons psychiques ou des causes liées au burn-out.*
- *On pourrait imaginer une procédure en deux temps, dans laquelle le médecin du travail n'interviendrait qu'après une première concertation entre le médecin traitant et le médecin-conseil.*
- *Il faut réfléchir aux modalités concrètes d'une telle procédure, compte tenu du manque de temps de tous les acteurs concernés. Le projet de plateforme électronique développé par l'INAMI est une piste intéressante.*
- *Le certificat médical doit devenir un outil de communication qui contient des informations utiles, dans le respect du secret médical.*

## **2. Reconnaissance biomédicale**

*Comment l'INAMI a compris le message du rapport*

Le concept d'incapacité de travail fait l'objet d'une vision trop médicale. Plusieurs participants au focus group se réfèrent à l'ICF ('International Classification of Functioning, Disability and Health'). C'est un modèle holistique, élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui combine la maladie, l'incapacité de travail et le fonctionnement du travailleur et selon lequel un état de santé peut avoir une influence sur le fonctionnement, mais pas forcément. Quand on évalue la capacité à travailler, il faut tenir compte de facteurs aussi bien externes que personnels pour voir si un état de santé influence le fonctionnement (professionnel). Ainsi, quelqu'un qui souffre du sida n'a pas nécessairement un problème au niveau des fonctions qu'il occupe. Mais il peut être stigmatisé par ses collègues au point d'avoir du mal à exercer ses activités professionnelles.

Nous voulons élargir la vision de l'incapacité de travail, qui serait déterminée par une combinaison de facteurs environnementaux, personnels et pathologiques. Ce modèle est en contradiction avec la vision strictement biomédicale qui est généralement appliquée aujourd'hui.



*Les questions sur lesquelles l'INAMI a souhaité avoir un échange de vues*

Comment parvenir à une vision plus holistique dans la reconnaissance de l'incapacité de travail et de l'invalidité ? Si nous voulons appliquer un modèle comme celui de l'ICF dans le domaine de l'incapacité de travail, nous devons définir des critères objectivables. Comment mettre en œuvre ce modèle dans la pratique d'une manière qui puisse être évaluée par le médecin traitant et le médecin-conseil ? De quels outils avons-nous besoin ?

#### *Discussion*

- Ce que redoutent de nombreux partenaires si on adopte une approche plus holistique, c'est que cela doit rester viable et identifiable. Quelqu'un qui est malade ne doit pas avoir le sentiment qu'il doit se défendre pour pouvoir rester en incapacité de travail. Il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse. C'est la raison principale pour laquelle l'ICF n'a pas encore été mis en œuvre. Comment mesurer l'incapacité de travail dans ce cadre holistique?
- Concrètement, cela revient à ce que deux personnes ayant la même pathologie, le même traitement, la même évolution de la maladie soient, pour l'une, déclarée en incapacité de travail et pour l'autre pas en raison de facteurs personnels et/ou liés au travail. Mais comment prendre en compte de manière objective les facteurs personnels, l'environnement de travail, les facteurs externes ? Car l'objectif ne peut pas être de donner naissance à une forme de discrimination et à un traitement inéquitable entre deux personnes. Évaluer au niveau des fonctions est un exercice très difficile.
- Quelqu'un suggère d'écouter davantage le travailleur lui-même dans cette approche holistique. Dans le système actuel, on ne l'implique pas, on ne le responsabilise pas et donc on l'infantilise : si on le traite comme un enfant, il va se comporter comme un enfant et essayer de tricher. Est-ce qu'en lui faisant davantage confiance et en lui demandant de quoi il se sent capable, on ne va pas réduire les abus ? En tout cas, il existe un projet pilote de questionnaire de l'INAMI qui est envoyé aux patients et qui prend en compte tous les facteurs bio-psycho-sociaux : l'ambiance de travail, les relations avec collègues... Le médecin-conseil devra en tenir compte dans son évaluation.

#### **En bref**

- *La nécessité de dépasser une approche bio-médicale stricte et de développer une vision holistique de la santé et de la maladie est reconnue par tous, mais elle soulève des obstacles pratiques auxquels les ateliers n'ont pas apporté de réponse.*
- *Le principal risque est de créer des différences de traitement basées sur des évaluations subjectives entre des personnes qui sont dans des situations similaires.*

### 3. Reprise autorisée du travail

*Comment l'INAMI a compris le message du rapport*

Le système n'est pas suffisamment connu. On lui reproche en tout cas un manque de flexibilité et il est trop peu appliqué alors qu'il peut pourtant permettre de surmonter les nombreuses barrières qui ont été mentionnées lors des premiers focus groups.

*Les questions sur lesquelles l'INAMI a souhaité avoir un échange de vues*

Est-on suffisamment informé du système ? Dans quelle mesure en a-t-on fait l'expérience ? Quels sont les problèmes et les points à améliorer ? Faut-il le réexaminer et l'adapter ? Et comment y intégrer la vision holistique dont il a été question plus haut ?

*Discussion*

Il faut mieux faire connaître le système de reprise autorisée du travail et ses modalités flexibles : il est perçu comme contraignant alors que ce n'est pas le cas.

- Souvent, la reprise partielle implique aussi un aménagement ou un allègement du contenu du travail. Mais les entreprises se montrent frileuses : elles préfèrent ne rien changer, dans l'attente que le travailleur soit à nouveau à 100% de ses capacités. L'incapacité de travail est ainsi prolongée de manière artificielle.
- L'un des participants évoque un cas concret : une dame travaillait depuis 38 ans dans la même entreprise, elle est peu qualifiée et a une tâche simple, elle fait du travail administratif. Au cours des huit dernières années, l'entreprise a été reprise deux fois. La dernière fois, c'était par une société d'investissement. Pour cette dame, la barre est placée de plus en plus haut, au point qu'elle finit par avoir des problèmes. Elle fait un burn-out. Elle accepte sans rechigner un accompagnement, se reprend incroyablement bien, en premier lieu dans sa vie privée, et elle exprime aussi le souhait de reprendre le travail à temps partiel 'pour tester si elle est prête à reprendre le collier'.  
C'est ce qui se passe. Après trois mois, une évaluation fait apparaître que cette reprise demande beaucoup plus d'efforts que ce qu'on avait initialement pensé. On décide de prolonger provisoirement le mi-temps. Mais après six mois, l'employeur exige qu'elle repasse à temps plein. Le médecin du travail rédige tout un rapport dans lequel il parvient finalement à la constatation que la dame est en incapacité complète de travail. La raison est que l'employeur n'a pas d'autres tâches à lui confier qu'un travail à temps plein, ce qui est au-dessus de ses forces. Pour ce participant, médecin traitant, cette dame n'est même pas malade. Pour l'assurance non plus. Que va-t-il se passer maintenant ? Ce cas montre clairement où les problèmes se situent. Jusqu'ici, la discussion se fait en partant de la bonne volonté et d'engagements positifs de toutes les parties concernées. Mais cette bonne volonté n'est pas toujours là. Il faut tenir compte qu'il est toujours possible qu'une partie tente d'exploiter les lacunes de la législation à son propre profit.
- Ce n'est pas un hasard s'il est question ici d'une période de six mois. S'agit-il d'un problème structurel dans le système de la reprise autorisée du travail ? Y a-t-il un problème avec cette période de six mois ? Dans quelle mesure les entreprises utilisent-elles le système de reprise autorisée du travail et la période de six mois pour explorer si le travailleur peut être réinséré, même si c'est dans une autre fonction ?



- L'employeur a toujours l'intention, avec cette reprise autorisée du travail, de remettre le collaborateur au travail. Si un travailleur, qui était auparavant occupé à temps plein, reprend le travail à temps partiel mais dans le but ultime de revenir à un temps plein, il est important pour l'employeur de voir une certaine progression durant cette période de six mois. À un certain moment, il faut évaluer si les accords qui ont été conclus sont toujours respectés. Avec les conséquences qui en résultent.
- C'est le raisonnement sous-jacent à cet exemple. En fait, l'entreprise doit licencier cette dame et lui payer 30 années d'ancienneté.
- La reprise autorisée du travail est un système dans lequel on convient que quelqu'un va provisoirement travailler moins ou exercer un emploi adapté. Mais en fait, la volonté implicite de l'entreprise est de voir combien de temps cette fonction alternative ou cet horaire adapté peuvent être proposés et dans quelle mesure cela reste économiquement rentable.
- Dans notre (grande) entreprise, témoigne un participant, nous partons du principe qu'un travailleur autorisé à reprendre le travail pourra reprendre à terme son emploi et son horaire précédent. Au cours de cette période de six mois, nous voulons voir, en concertation avec notre médecin du travail, dans quelle mesure c'est encore possible. S'il s'avère que le travailleur a besoin de douze mois pour cela ou s'il peut se réaliser dans une autre fonction (et si tout le monde est convaincu que cela va marcher), ce n'est pas un problème pour nous, nous sommes très flexibles à cet égard.
- Mais l'objectif de tout l'exercice de la reprise autorisée du travail est tout de même que l'on puisse assez rapidement faire la différence entre les personnes qui seront définitivement en incapacité de travailler et celles qui peuvent être réintégrées, soit dans la même fonction, soit en exerçant un autre emploi. C'est ce que l'employeur veut savoir en fin de compte.
- Il y a aussi un aspect financier derrière tout cela. Dans une grande entreprise, chaque travailleur se trouve dans une certaine échelle salariale. Il se peut qu'à la suite d'une pathologie, la fonction prévue, à laquelle est attaché un certain salaire, ne soit plus adaptée. Cela crée alors un déséquilibre entre ce que quelqu'un est encore capable de faire et la rémunération qu'il perçoit. D'un point de vue entrepreneurial, il n'y a pas tellement de possibilités, d'autant plus que l'employeur doit tenir compte des autres travailleurs : vis-à-vis d'eux, il ne serait pas juste que quelqu'un qui exerce une fonction inférieure ou qui travaille moins touche un salaire plus élevé. Une possibilité est alors le licenciement, avec paiement complet des indemnités. L'autre est un nouveau contrat entre l'employeur et le travailleur, dans lequel celui-ci accepte de se retrouver dans une échelle salariale plus basse, adaptée au travail qu'il peut encore faire. Cela ne concerne pas l'aspect médical, mais c'est la réalité économique dans une entreprise.

- Dans le trajet de réintégration, il y a une obligation légale de maintenir le salaire et les avantages acquis précédemment. C'est une garantie qui est donnée, pour ainsi dire jusqu'à la pension, pour que les gens conservent ce qu'ils ont obtenu.
- Mais c'est tout de même l'aspect fondamental. C'est la raison pour laquelle les employeurs qui font des efforts pour s'engager dans des trajets de réintégration soulignent que ces trajets doivent être temporaires. En effet, il n'est pas possible que des personnes travaillent longtemps - dix ans ou plus - à temps partiel en restant dans la même échelle salariale qu'auparavant. Ce n'est pas correct.
- Dans le cas évoqué ci-dessus de la dame qui est motivée à travailler à mi-temps, de manière viable pour elle, c'est l'employeur qui dit : "Nous n'avons pas de travail adapté pour vous. Ce sera à plein temps ou rien." Il modifie donc les règles du jeu du contrat de travail.
- Il s'agit avant tout des capacités du travailleur, mais en tant que médecins du travail, nous devons aussi être attentifs aux capacités du groupe. Il faut que quelqu'un se charge du reste du travail. Il faut aussi penser aux travailleurs en bonne santé, ne pas les surcharger car leurs capacités ont aussi des limites. C'est l'équilibre délicat que le médecin du travail doit essayer de trouver. Il ne sert à rien de récupérer quelqu'un qui a un burn-out et de créer cinq autres cas.
- C'est effectivement quelque chose que nous entendons souvent de la part des grandes entreprises qui se heurtent à leurs propres limites avec le système de la reprise autorisée du travail : elles sont prêtes à appliquer ce système de manière aussi flexible que possible, mais elles rencontrent tout de même des problèmes dans certains départements.
- Enfin, un participant psychiatre tient encore à dire un mot du rôle du médecin du travail. Il cite l'exemple des personnes qui sont bipolaires. Il arrive que ces personnes 'disjonctent' à un certain moment. Cela peut durer longtemps, parfois même deux ou trois ans selon son expérience de psychiatre, avec entre-temps de brèves reprises du travail deux ou trois fois par an qui se terminent chaque fois par une rechute. A la longue, le médecin du travail ne peut plus plaider auprès de l'employeur pour qu'on fasse une nouvelle tentative de reprise du travail, à la demande du psychiatre. Mais ce n'est pas le rôle du médecin du travail de juger à ce moment-là que la personne est définitivement en incapacité de travail, de manière à ce que l'employeur puisse mettre un terme au contrat de travail. Ce patient est alors définitivement abandonné à son sort.

#### *Reprise progressive du travail*

- Pour l'employeur, il n'y a pas d'obligation à accepter une proposition de reprise progressive du travail. Le système présente pourtant des avantages, parce qu'il permet une réintégration plus progressive. Cela peut commencer par un jour par semaine et augmenter peu à peu. Mais il y a souvent des problèmes de mise en pratique. Certains médecins-conseils n'acceptent pas une reprise de plus de 50% alors que c'est légalement possible. Ils invoquent les difficultés d'application de l'article 100 §2. Mais en fait, cela devrait constituer une belle opportunité pour

instaurer beaucoup plus de flexibilité. Il y a une mission à remplir pour l'INAMI : informer correctement tous les médecins-conseils des possibilités de cet article pour qu'ils aillent tous dans le même sens, car il y a aujourd'hui des opinions et des pratiques très différentes.

- Le médecin-conseil doit aussi avoir l'accord de l'entreprise pour une reprise progressive du travail. Le problème se situe-t-il chez lui ou au niveau de l'entreprise ? Un partenaire RH estime que de nombreuses entreprises rechignent à réintégrer des travailleurs pour un ou deux jours par semaine ou dans une autre fonction.
- Du point de vue des dirigeants d'entreprise, il est en effet très difficile de s'organiser pour travailler moins de 50%. C'est encore plus difficile pour les PME, qui ont une moins grande capacité d'absorption. Cela exige une sérieuse adaptation des systèmes administratifs dans une entreprise. Certaines entreprises appliquent un seuil minimal de capacité de travail (très souvent 50%) avant que quelqu'un puisse revenir. On peut éventuellement envisager que des personnes qui travaillaient auparavant à 80% reprennent le travail à 40% dans un trajet progressif.
- Cette capacité minimale de 50% fait souvent partie du règlement de travail. D'autres entreprises examinent la question par fonction. Une personne qui fait de l'accueil pourrait par exemple commencer par un jour par semaine. Mais toutes les fonctions ne se prêtent pas à cela. C'est à l'entreprise de décider de la politique qu'elle veut mener en la matière.
- Du point de vue du patient aussi, une reprise d'un jour par semaine n'est souvent pas idéale. Comment peut-on retrouver le contact avec un travail et faire partie d'une équipe en étant absent quatre jours par semaine ?
- Des médecins traitants s'interrogent également sur une reprise du travail d'un jour par semaine. Si c'est la capacité de travail du patient... est-il bel et bien suffisamment rétabli ?
- D'un autre côté, une reprise limitée peut aussi avoir un effet thérapeutique, par exemple en cas de burn-out. Nous devons aussi en tenir compte. Vouloir soigner un burn-out entièrement en dehors de la sphère du travail n'est pas toujours la meilleure option. Le contact avec le milieu professionnel, même s'il n'est que de 10%, peut grandement favoriser la guérison. Certains avancent cependant un contre-argument : vouloir réintégrer quelqu'un de manière limitée pour des raisons thérapeutiques peut avoir des effets déstabilisants sur les autres travailleurs.
- Un participant affirme qu'il vaut la peine de vérifier la motivation du travailleur s'il opte pour une reprise progressive du travail. Si la raison principale est de rétablir des contacts sociaux, il peut être préférable de commencer par une reprise progressive de quatre demi-journées par semaine au lieu de deux journées entières. On peut même l'autoriser à ne commencer qu'à 10 heures et à

terminer à 15 heures pour qu'il puisse faire la pause de midi et revoir des collègues qui ne se trouvent pas dans son environnement immédiat.

Un autre avantage est que le collaborateur retrouve une routine quotidienne qu'il n'a pas toujours avec un régime de deux journées entières par semaine : il doit se lever chaque jour pour aller travailler, même si ce n'est que pour une demi-journée.

Il faut bien sûr tenir compte de tous les éléments : si ce travailleur doit faire trois heures de trajet pour se rendre au travail, deux journées entières sont une meilleure solution que quatre demi-journées.

- Une bonne chose serait aussi de prévoir dès le départ une évolution flexible : en passant par exemple, sur un ou deux mois, d'une reprise progressive d'un ou deux jours à quatre jours par semaine à la fin de la période, en tenant compte de la manière dont se sent la personne qui reprend le travail et dont elle gère la situation. Aujourd'hui, il faut indiquer d'emblée (sur les indications du médecin-conseil) quels jours la personne vient travailler et on ne peut pas toujours le prévoir à l'avance.
- Des participants dénoncent aussi l'attitude de certaines mutualités. On cite le cas de quelqu'un qui était en reprise autorisée du travail à mi-temps et qui avait de bonne foi échangé un jour de travail avec un mercredi de congé, parce qu'il y avait une réunion d'équipe ce jour-là, mais qui n'en avait pas informé le médecin-conseil. Cela a donné lieu à un grave conflit. Toute l'administration pourrait avoir un caractère plus flexible.
- Il y a aussi des fonctions pour lesquelles le télé-travail est possible. Cela peut se faire en combinaison avec une reprise progressive du travail.
- Il faut respecter l'évolution de l'état de santé de quelqu'un qui a un burn-out. En effet, il s'agit de quelqu'un qui a été surmené. Que fait-on de cette personne ? Car elle se remet en question et elle s'interroge beaucoup sur les raisons de sa maladie. Quels étaient mes objectifs ? Comment se fait-il que j'ai été surmené, comment et pourquoi me suis-je retrouvé dans une telle situation ? Cette personne doit assez rapidement comprendre certaines choses à propos de son propre fonctionnement, aussi bien dans son contexte personnel que professionnel. Il faut pour cela qu'elle se concerte avec son employeur et son supérieur hiérarchique avant de reprendre le travail. Il ne suffit donc pas que cette personne recommence à travailler, même dans un système progressif et évolutif. Ce qui est encore plus important, c'est de donner un nouveau contenu à son travail. Si rien n'a changé dans ce travail, les batteries ne tarderont pas à être de nouveau à plat. En cas de burn-out lié au travail, il faut de toute façon modifier le contexte de travail, sinon ça ne marchera pas.
- Un psychiatre fait remarquer qu'un diagnostic de burn-out peut dissimuler une autre problématique : des problèmes familiaux, sociaux, etc. Si on ne change rien à cette problématique sous-jacente, une reprise du travail aura peu de sens. Ces personnes doivent d'abord se changer elles-mêmes et changer les conditions externes qui ont provoqué les problèmes. Autrement dit, il y a tout un trajet

préalable à effectuer avant de pouvoir songer à une reprise du travail.

- Mais c'est précisément ce que l'employeur attend aujourd'hui du médecin traitant et du médecin-conseil : qu'ils veillent à ce que tout ce trajet préalable soit achevé avec succès avant de donner le feu vert à une reprise du travail. Si les causes de leur maladie subsistent et si ces personnes sont insuffisamment rétablies, on constate effectivement une rechute dans la plupart des cas.
- Malheureusement, les causes se situent aussi souvent dans le milieu de travail. Il s'agit d'une combinaison de facteurs personnels et externes, dont une partie peut toucher au milieu de travail.
- Le médecin du travail doit aussi disposer de ce genre d'information, estime l'un d'eux : il reçoit fréquemment des personnes qui viennent lui demander quels sont les problèmes auxquels ils doivent travailler et ceux que l'employeur va résoudre. Cela doit toujours venir des deux côtés. Il est important que les deux parties le comprennent et soient prêtes à agir dans ce sens.

#### **En bref**

- *Le système de reprise autorisée et progressive du travail est intéressant. Il gagnerait à être mieux connu et à être appliqué de manière plus flexible (avec des possibilités d'évolution au cours du temps).*
- *Le système permet de tester une reprise limitée du travail (un jour par semaine, petit temps partiel), mais cela pose des problèmes d'organisation aux entreprises. En pratique, c'est très rarement moins d'un mi-temps.*
- *Une autre limite est que la reprise progressive du travail implique souvent un aménagement et un allègement des tâches à effectuer, mais l'entreprise n'est pas toujours disposée à le faire ou ce n'est pas toujours possible. Cela pose aussi des problèmes d'équité salariale.*
- *En fait, l'objectif de l'entreprise est que cette reprise progressive débouche le plus vite possible sur un retour à la situation antérieure (retour du travailleur à 100%). Le système est trop peu utilisé pour explorer des formules alternatives ou pour remettre en question le contenu ou l'organisation du travail.*

#### **4. Communication**

*Comment l'INAMI a compris le message du rapport*

Enfin, il y a aussi la question de la communication, qui se joue à deux niveaux. Ce qui a frappé l'INAMI tout au long du rapport des focus groups précédents, c'est que certaines interprétations et perceptions des participants ne correspondent pas à la législation. En outre, elles entraînent une pratique qui n'exploite pas toujours les possibilités offertes par la législation.

D'autre part, le manque de communication entre les acteurs (e. a. suite aux limites du secret professionnel) a pour conséquence que ceux-ci ne se connaissent pas. L'INAMI espère que l'AR répond en partie à cette lacune et que la communication entre eux pourra être améliorée.

Les questions sur lesquelles l'INAMI a souhaité avoir un échange de vues

Comment l'INAMI et les autres institutions peuvent-ils, selon les parties prenantes et les partenaires, améliorer leur communication afin de clarifier certains éléments de la législation et leur application ?

#### Discussion

- Du côté de l'INAMI, on souligne tout d'abord que les informations fournies par les médias ne sont pas toujours correctes. Même des articles qui se réfèrent explicitement à des statistiques des pouvoirs publics comportent souvent des erreurs : les chiffres ont été mal utilisés, interprétés dans un autre contexte ou bien les références sont tout simplement fausses. Mais les pouvoirs publics sont conscients de la nécessité de réagir à cela. En tout cas, une task force fédérale 'burn-out', à laquelle participent plusieurs services publics, a été mise sur pied. Un premier objectif est que les pouvoirs publics soient au moins au courant de leurs initiatives respectives. Tout ce qui touche par exemple au travail et à la prévention ne relève pas du domaine de compétence de l'INAMI, mais l'INAMI souhaite être informé des initiatives d'autres instances publiques dans ce domaine. Le but est donc certainement de parvenir pour le burn-out à une approche large, harmonisée et intégrée.
- Aujourd'hui, les médias ne cessent de parler de la problématique du burn-out. Cela crée dans la société une très forte perception selon laquelle travailler est vraiment mauvais pour la santé. Le temps n'est-il pas venu pour les pouvoirs publics de mener une campagne sur les effets positifs du travail, y compris sur le plan de la santé ?
- L'INAMI va lancer une étude sur les effets positifs du travail sur la santé. Des études internationales démontrent que, dans un bon contexte social, avec un job que l'on trouve agréable, le travail est très bon pour la santé. Il peut également favoriser la revalidation, même pour des patients atteints du cancer et en cours de chimiothérapie : reprendre le travail peut être important pour eux, mais ils se heurtent souvent à l'opposition du médecin-conseil, du médecin du travail, de collègues... On ne peut pas maintenir les gens dans leur 'état de malade'. C'est préjudiciable à la qualité de la vie. Cela a été amplement démontré à l'étranger, mais encore très peu en Belgique. C'est pourquoi l'INAMI veut aussi disposer de statistiques belges pour donner plus de force à ce message. Le discours sur la réintégration doit être à nouveau placé sous un jour positif.
- L'AR part d'une vision positive pour examiner les capacités qui permettent aux gens de travailler et non plus ce qui les empêche de le faire. Cette vision positive de la réintégration doit trouver un prolongement dans la communication vis-à-vis des employeurs, des mutualités, des syndicats, des médecins et des patients.
- Il est important pour l'INAMI de démontrer que la réintégration crée une situation win-win pour tout le monde : le travail est sain pour l'individu, pour l'organisation, pour l'entreprise et pour la société.
- Le problème est que nous connaissons ce bénéfice de la réintégration pour les

entreprises en termes généraux (le maintien de compétences dans l'entreprise, le renforcement de son image, le prestige et les relations publiques, l'amélioration du climat de travail, etc.), mais la question est de savoir comment l'exprimer de manière concrète et plus spécifique.

- La communication vis-à-vis du patient lorsqu'il est depuis plus d'un an en incapacité de travail peut aussi être améliorée.
- Il y a aussi moyen de développer la communication et la formation vis-à-vis du corps médical. Durant toute la formation des médecins, on ne s'intéresse guère à l'incapacité de travail alors qu'on attend du médecin qu'il joue un rôle central à ce niveau. C'est encore plus vrai maintenant, alors qu'en quelques années nous sommes en train de développer une tout autre vision de la place du travail et de la santé et de leurs relations mutuelles. Pour les jeunes médecins, c'est un terrain tout à fait inconnu.
- Un psychiatre fait remarquer que cet aspect est aujourd'hui abordé dans la formation des médecins généralistes, mais pas du tout dans celle des psychiatres, par exemple.
- La newsletter de l'INAMI est un outil d'information trop peu connu des médecins. Un médecin suggère d'envoyer à tous les médecins un courrier écrit traditionnel leur recommandant de s'y abonner et leur expliquant comment le faire (comme l'a fait l'Ordre des Médecins).

#### **En bref**

- *Il y a une nécessité de mener une campagne de communication sur les effets positifs du travail sur la santé, étayée par des données objectives.*
- *Il faut aussi diffuser plus largement la vision positive de la réintégration qui est contenue dans le nouvel AR et mettre en évidence sa dimension 'win-win'.*
- *La communication vis-à-vis du corps médical peut être améliorée, notamment en promouvant la newsletter de l'INAMI comme outil d'information.*

#### **Remarques finales**

- Un participant fait remarquer qu'on a beaucoup parlé aujourd'hui de personnes qui ont du travail, qui sont tombées malades et qui sont ensuite réintégrées. Mais il existe aussi une catégorie importante de personnes en recherche d'intégration via le travail. On n'en a pas du tout parlé et c'est dommage. La capacité à travailler ne peut être mesurée (quand il s'agit de cas douteux) qu'en faisant suivre aux personnes un trajet sur le marché de l'emploi. Pourquoi des initiatives réussies telles que les services GTB en Flandre ('gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdiensten') sont-elles chaque fois prises avec tant d'hésitations ? Pourquoi leur pérennité n'est-elle pas garantie ? Pourquoi sont-elles chaque fois supprimées avant de renaître sous une autre forme ?...
- Selon un psychiatre flamand, cela fait 12 ans que l'on dit que l'on va supprimer



les projets GTB alors qu'il est tellement important, pour ce public, de pouvoir effectuer un stage ou d'autres trajets pour pouvoir mettre en lumière des compétences professionnelles et faire un premier pas vers un retour dans le circuit du travail. Il ne comprend pas que seulement 500 personnes soient occupées à cela pour toute la Flandre alors que le VDAB occupe 15.000 personnes. À ses yeux, cela devrait être l'inverse. D'où viennent ces hésitations ? Pourquoi ne choisit-on pas résolument d'intégrer ces personnes dans ces trajets ? La valeur de diagnostic est grande, la valeur thérapeutique peut-être plus grande encore, et en outre ces trajets peuvent faire office d'observatoire pour avoir une vision du problème que rencontre ce grand groupe de personnes qui n'a pas d'accès au marché de l'emploi. Il ne comprend pas pourquoi les services GTB sont traités en parent pauvre.

- L'un des plus grands problèmes est sans aucun doute qu'il y a trop peu d'employeurs qui veulent donner leur chance à ces personnes, dit ce psychiatre. C'est pour cela qu'il évoque cette question ici, parce qu'il y a des employeurs présents à ce forum.
- La recherche d'une flexibilité maximale est importante pour le travail adapté. L'évolution vers une reprise progressive du travail doit être possible en pratique, malgré toutes les lois, les objections et les obstacles qui constituent encore des freins aujourd'hui. C'est un grand défi. Mais on observe déjà une certaine ouverture qui, espérons-le, débouchera sur une véritable flexibilité dans la réintégration.
- Il faudrait demander au médecin-conseil, en cas de refus de la demande d'incapacité de travail, de communiquer aussi cette décision motivée au médecin traitant et au médecin du travail et de ne pas simplement envoyer une lettre au patient. Ce n'est qu'un élément de la meilleure communication entre les médecins concernés. Cette décision ne devrait pas non plus être prise du jour lendemain : elle peut être préparée dans une concertation afin qu'un trajet de réintégration puisse être élaboré en temps utile avec l'employeur.
- Jusqu'ici, nous avons mené la discussion dans l'idée implicite que toutes les parties sont de bonne volonté. Mais il y a aussi des patients qui n'autorisent ou qui ne prennent eux-mêmes aucune initiative, qui ne se rendent même pas chez le médecin-conseil quand ils sont convoqués. On se trouve parfois face à un groupe de personnes qui sabotent systématiquement toute communication, par mauvaise volonté ou par manque d'information et de connaissances sur leurs droits et leurs devoirs. C'est un petit groupe, mais il existe. Il faut également en tenir compte.



## SYNTHÈSE

Le régime belge d'incapacité et d'invalidité doit être réformé : c'est une conviction qui est partagée, dans une plus ou moins grande mesure, par tous les participants aux ateliers, francophones comme néerlandophones. Dans ses fondements, ce système a très peu évolué depuis le lendemain de la guerre et il ne répond plus de manière satisfaisante aux défis et aux enjeux du 21<sup>e</sup> siècle, estiment-ils. Ils lui reprochent d'être rigide, figé, cloisonné et trop peu responsabilisant, ce qui freine la réintégration des travailleurs absents pour raisons de santé.

Certes, de l'avis général, les choses ont en train de bouger : sous l'effet du nouvel Arrêté Royal, qui contient des impulsions positives, et sur le terrain, où la vision 'noir ou blanc' de l'incapacité de travail cède peu à peu la place à des conceptions plus nuancées. Mais, lorsque des mesures sont prises pour favoriser un retour au travail, c'est souvent de manière isolée et sans vision à long terme. Et il n'est pas rare que des efforts louables soient ensuite réduits à néant par des restrictions budgétaires (dans le groupe des médecins néerlandophones, on s'est d'ailleurs interrogé sur la pertinence de la présente concertation, au vu de précédentes mesures qui contribuent selon certains à 'détricoter' le système de protection sociale).

C'est donc l'ensemble du régime d'incapacité/invalidité qui doit être repensé. Sur quelles bases et selon quels grands principes ? Trois axes majeurs se détachent des différents ateliers.

### **Moins de rigidité, plus de flexibilité**

Les participants ont souligné la grande disparité des problèmes de santé, qui doivent être abordés tout autrement selon qu'ils relèvent du domaine physique ou psychique (et selon qu'ils sont directement liés ou non aux conditions de travail). Si la cause de l'absence est d'ordre psychologique, le retour au travail doit souvent être envisagé de manière plus progressive, avec un accompagnement personnalisé et en tenant compte d'un risque plus élevé de rechute. Il doit aussi être mieux préparé car les troubles psychiques restent moins bien compris et acceptés par l'entourage professionnel.

Pourtant, alors que dans certains secteurs le burn-out constitue aujourd'hui le principal facteur d'absentéisme, le régime d'incapacité/invalidité ne s'est pas adapté à cette évolution. Il offre peu de solutions flexibles et modulables. Au contraire même, il peut sanctionner ceux qui prennent des risques : une tentative avortée de reprise du travail peut entraîner de lourdes conséquences financières pour la personne concernée. Un autre effet pervers est qu'il est souvent financièrement plus intéressant d'être en incapacité complète que de travailler à mi-temps. Parfois, le système en arrive même à être détourné de ses objectifs et sert alors à se séparer 'en douce' de personnes dont l'entreprise ne sait plus très bien quoi faire, avec l'accord tacite des deux parties. Dans d'autres cas, des aidants proches qui souhaitent prendre un congé exceptionnel pour des raisons familiales, par exemple pour prendre soin d'un parent très âgé ou d'un conjoint en soins palliatifs, n'ont pas d'autre recours que de se déclarer eux-mêmes malades, faute de formules adaptées à leur situation. C'est compréhensible, mais cela constitue également un usage inapproprié du système.

On plaide donc pour un système plus souple, plus diversifié et plus évolutif, avec un éventail de solutions sur mesure pouvant être expérimentées sans ‘retour de manivelle’ en cas d’échec : adaptation de l’horaire et du contenu de la fonction, télétravail partiel, mi-temps. Cela passerait aussi par la suppression de la distinction entre le statut d’incapacité et d’invalidité, qui n’est plus pertinente aux yeux des participants. La barrière de la première année est devenue en effet un critère trop rigide, qui favorise longtemps une certaine passivité et qui pousse tout à coup à prendre des décisions hâtives à l’approche de cette échéance.

Le système de reprise autorisée et progressive du travail gagnerait à être mieux connu et à être appliqué de manière plus flexible (avec des possibilités d’évolution au cours du temps). Il permet de tester une reprise limitée du travail (un jour par semaine, petit temps partiel), mais en pratique, c’est très rarement moins d’un mi-temps. En effet, la reprise progressive du travail implique souvent un aménagement et un allègement des tâches à effectuer, mais l’entreprise n’est pas toujours disposée à le faire. Cela pose aussi des problèmes d’équité salariale. C’est pourquoi le système est trop peu utilisé pour explorer des formules alternatives ou pour remettre en question le contenu ou l’organisation du travail.

Enfin, l’élargissement des possibilités de reclassement doit aussi s’étendre au-delà du cadre professionnel strict, pour les personnes qui ne peuvent plus exercer d’activité rémunérée mais qui désirent néanmoins encore apporter leur contribution à la société, sous une forme ou sous une autre.

### **Une approche concertée pour une vision partagée**

Le travailleur, l’employeur, éventuellement avec son département RH, son conseiller en prévention et son service de médecine du travail, le médecin traitant, le médecin-conseil... Chacun a tendance à fonctionner en vase clos, en suivant sa propre logique et sans toujours bien connaître la réalité de l’autre. Il y a aujourd’hui un découplage regrettable entre le milieu professionnel et médical : d’un jour à l’autre, le travailleur devient un patient alors qu’il s’agit d’une seule et même personne.

Cette approche fragmentée freine la réinsertion. Chaque cas étant particulier, celle-ci nécessite au contraire une vision globale, nuancée et partagée de la situation, avec des lieux de dialogue et des moments de concertation. C’est en échangeant leurs informations, non seulement sur l’état de santé du travailleur et le contexte de travail mais aussi sur des aspects familiaux, sociaux ou financiers qui font partie intégrante de la problématique, que les différents acteurs peuvent convenir d’un trajet réaliste de réinsertion.

La concertation pourrait aller jusqu’à une prise de décision collégiale, en particulier dans des cas de prolongation de l’incapacité de travail pour des raisons psychiques ou des causes liées au burn-out. On pourrait imaginer une procédure en deux temps, dans laquelle le médecin du travail n’interviendrait qu’après une première concertation entre le médecin traitant et le médecin-conseil.

Il faut cependant réfléchir aux modalités concrètes d'une telle procédure, compte tenu du manque de temps de tous les acteurs concernés. Le projet de plateforme électronique développé par l'INAMI est une piste intéressante. S'il n'est pas possible aux différents acteurs, pour des raisons de disponibilité, de se retrouver autour d'une même table, les moyens de communication modernes (comme la vidéoconférence) peuvent être utilisés pour pallier ce manque de temps.

Ce processus de concertation multidisciplinaire, dont certains voudraient faire une obligation légale, doit être mis en place le plus tôt possible, car plus le temps passe, plus un retour au travail devient aléatoire. Il devrait aussi être piloté par l'un des intervenants. Ce serait l'occasion ou jamais de donner un rôle plus dynamique et moins répressif au médecin-conseil (voir ci-dessous). On suggère aussi de mieux exploiter les possibilités du certificat médical : un certificat moins sommaire, mentionnant explicitement les aspects de l'incapacité qui sont en lien direct avec le travail effectué, pourrait être un outil de dialogue entre les professionnels concernés.

### **Responsabiliser les acteurs, clarifier les rôles**

Dans un système cloisonné, personne ne se sent réellement responsable de la réussite du processus : on se renvoie simplement le dossier de l'un à l'autre. C'est pourquoi les participants aux ateliers ont fortement insisté sur la nécessité de responsabiliser les différentes parties concernées quant à leur rôle en vue de réduire les cas d'incapacité de travail :

- Le **médecin-conseil** devrait avoir une attitude plus pro-active. Nombreux sont ceux qui estiment qu'il convoque trop tard la personne en incapacité et qu'il est généralement mal informé des conditions de travail et des possibilités concrètes de réinsertion (ou non) dans l'entreprise en question. Cela l'amène à prendre des décisions contestables, tantôt en faisant preuve d'une complaisance excessive pour le malade, tantôt en le contraignant à reprendre trop tôt le travail, mais la plupart du temps dans une logique du 'tout ou rien'. L'idéal serait que le médecin-conseil anime et coordonne le processus de concertation évoqué ci-dessus. A défaut, on pourrait au moins lui imposer une obligation de contact avec la personne en incapacité et avec l'employeur dans un délai donné (dans les trois premiers mois, par exemple).
- Le **travailleur** en incapacité doit lui aussi être responsabilisé. On attend de lui à tout le moins qu'il respecte les étapes d'un parcours de réinsertion, à définir avec lui, et même qu'il prenne des initiatives. Pour certains participants (notamment dans le groupe des employeurs néerlandophones), le droit aux allocations d'incapacité ou d'invalidité pourrait être conditionné à cette attitude pro-active du travailleur, selon un système dégressif. Il faut toutefois veiller à ne pas créer une pression excessive qui favoriserait le 'présentisme' (retour anticipé au travail par crainte des conséquences) et qui compromettrait le droit fondamental de tout travailleur à être absent pour raisons de santé.
- Les employeurs le reconnaissent eux-mêmes : le système actuel ne responsabilise pas non plus les **entreprises**. Comme elles ne sont tenues que de verser un mois de salaire garanti, elles sont peu motivées pour réduire l'absentéisme au-delà de

ce délai, car les coûts cachés, indirects et à plus long terme ne leur apparaissent pas clairement. On fait observer que la période de salaire garanti payé par l'entreprise est nettement plus longue chez nos voisins.

- Mais la responsabilité des employeurs se situe aussi et surtout au niveau de la prévention. L'augmentation spectaculaire des absences dues à des problèmes psychosociaux est révélatrice d'un milieu professionnel de plus en plus déshumanisant. Certes, les pressions concurrentielles sont fortes, mais l'entreprise a aussi à sa disposition toute une gamme de stratégies pour améliorer le bien-être au travail : remplacer une structure organisationnelle dépassée, avec une hiérarchie stricte et un fonctionnement de type pyramidal, par de nouvelles formes de travail plus participatives et plus porteuses de sens ; mieux former les cadres intermédiaires à la gestion des ressources humaines ; mettre en place un accompagnement de carrière et une politique de formation continue afin d'orienter chacun vers la fonction la plus adaptée ; définir des paramètres pour identifier les personnes les plus exposées au risque de burn-out et prendre les mesures préventives qui s'imposent... Il va de soi que les règles d'ergonomie de base doivent aussi être respectées, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.
- On attend également de l'entreprise qu'elle gère mieux les situations d'incapacité de travail, notamment en vue de faciliter le retour des collaborateurs absents. Des entretiens préalables à la reprise du travail, avec élaboration d'un plan de réinsertion détaillé et désignation d'une personne de confiance pour coacher le travailleur, peuvent y contribuer.
- Les pouvoirs publics peuvent jouer un rôle d'appui à ce niveau en accordant des aides ciblées. Il pourrait s'agir d'une sorte d'échange en contrepartie d'un allongement de la période de salaire garanti, comme c'est le cas aux Pays-Bas : si les employeurs néerlandais peuvent être obligés de payer au moins une partie du salaire du travailleur absent pendant deux ans, ils bénéficient en échange de tout un dispositif d'aide, d'encadrement et de soutien pour favoriser sa réinsertion.
- Enfin, il est aussi nécessaire de mener une campagne de communication sur les effets positifs du travail sur la santé, en l'étayant de données objectives. Il faut diffuser plus largement la vision positive de la réintégration qui est contenue dans le nouvel Arrêté Royal et mettre en évidence sa dimension 'win-win'.

## ANNEXE 1 : COMPOSITION DU COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT

- Eline Bruneel, Vlaams Patiëntenplatform
- Prof. Filip De Keyser, Buitengewoon hoogleraar reumatologie, UGent
- Dr. Saskia Decuman, INAMI
- Sarah Defloor, Vlaams Patiëntenplatform
- Pascal Denhaerinck, Directeur Stratégie et Marketing, Groupe CESI
- Sabine Denis, Co-Executive Officer, The Shift
- Micky Fierens, Ligue des Usagers des Services de Santé - LUSS
- Liselotte Hedebouw, Studiedienst, Commissie Diversiteit (SERV)
- Dr. Xavier Janssens, Reumatoloog, Voorzitter Fonds voor Wetenschappelijk Reuma Onderzoek
- Virginie Lambert, Ligue des Usagers des Services de Santé - LUSS
- Dr. Evelyne Lenoir, Responsable de la cellule santé au travail, Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)
- Prof. Charles Kornreich, Chef de clinique, Psychiatrie et psychologie médicale, CHU Brugmann
- Eva Vandervelden, Adviseur Sociale zaken, UNIZO

## ANNEXE 2 LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION 'EMPLOYEURS'

### a. Participants atelier employeurs francophones - 21 avril 2016

- Isabelle André, STIB
- Sabine Denis, The Shift
- Elisabeth Etter, Securex
- Petra Fissette, STIB
- Marc Oblin, BNP Paribas Fortis
- Lara Piret, The Shift
- Nicole Plisnier, BNP Paribas Fortis
- Kathleen Meyer, Daoust

### b. Participants atelier employeurs néerlandophones- 27 avril 2016

- Charlotte Beirnaert, Engie
- Katrien De Clercq, Securex
- André De Landtsheer, Nationale Bank van België
- Eva Deschans, Lidl
- Jean-Paul Eeckels, BNP Paribas
- Tessa Gorris, Hrwijs (verso)
- Soen Janssen, Departement internationaal Vlaanderen, Vlaamse overheid
- Godelieve Keunen, Eandis
- Bart Mellaerts, KBC
- Lien Stevens, Lidl
- Heidi Verlinden, Securex
- Marc Vermeesch, SD worx

## ANNEXE 3 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION 'MÉDECINS'

### a. Participants atelier médecins néerlandophones- 24 mai 2016

- Dr. Dominique Dewilde, Huisarts
- Dr. Lucas Joos, Psychiater, PC Bethanië Zoersel
- Dr. Jeroen Kleinen, Psychiater, Voorzitter van de medische raad, PC Sint-Hiëronymus
- Dr. Bart Leroy, Expert in (psychische) arbeidsongeschiktheid
- Dr. Marc Stein, Expert in (psychische) arbeidsongeschiktheid, Psychiater, Liaison-psychiater ZNA Middelheim/St.Elisabeth, Verzekeringsdeskundige en medisch expert

### b. Participants atelier médecins francophones - 26 mai 2016

- Dr. Virginie Bedoret , Généraliste
- Dr. Jean-Pierre Brasseur, Rhumatologue
- Dr. Bernard Cappeliez, Psychiatre
- Dr. Nathalie Cogels, Généraliste
- Dr. Sophie Noël, Généraliste
- Dr. Gabrielle Scantamburlo, Psychiatre
- Dr. Sébastien Theunissen, Psychiatre
- Dr. Jacques Vanderstraeten, Généraliste
- Dr. Michel Vanhalewyn, Généraliste
- Dr. Christine Villers, Rhumatologue

## ANNEXE 4 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION MIXTES

### a. Participants atelier néerlandophone - 2 février 2017

- André De Landtsheer, Nationale Bank van België
- Katrien Devriendt, Eandis
- Jean-Paul Eeckels, BNP Parisbas
- Bart Mellaerts, KBC
- Lucien Raes, Securex
- Heidi Verlinden, Securex
  
- Dominique Dewilde, Huisarts
- Bart Leroy, Psychiatre Leuven
- Marc Stein, Psychiatre Antwerpen
  
- Saskia Decuman, Coördinator van het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV
- Miriam van Dick, Doctoraatstudente KU Leuven

### b. Participants atelier francophone - 3 février 2017

- Dr. Virginie Bedoret, Généraliste
- Dr. Bernard Cappeliez, Psychiatre
- Lara Piret, The Shift
- Dr. Sébastien Theunissen, Psychiatre
- Dr. Jacques Vanderstraeten, Généraliste
- Dr. Michel Vanhalewyn, Généraliste
- Dr. Christine Villers, Rhumatologue
  
- Saskia Decuman, Coordinateur du Centre d'expertise du service des indemnités de l'INAMI
- Miriam van Dick, Doctorante KU Leuven



---

[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)



Fondation Roi Baudouin,  
Fondation d'utilité publique  
Rue Brederode 21, 1000 Bruxelles  
[info@kbs-frb.be](mailto:info@kbs-frb.be)  
T. 02-500 45 55  
Les dons à partir de 40 euros sur notre  
compte IBAN : BE10 0000 0000 0404  
BIC : BPOTBEB1 bénéficient  
d'une réduction d'impôt de 45 %  
du montant effectivement versé.

### **La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure.**

La Fondation est, en Belgique et en Europe, un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Elle cherche à maximiser son impact en renforçant les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises.

Ses valeurs principales sont l'intégrité et la transparence, le pluralisme et l'indépendance, le respect de la diversité et la promotion de la solidarité.

Ses domaines d'action actuels sont la pauvreté et la justice sociale, la philanthropie, la santé, l'engagement sociétal, le développement des talents, la démocratie, l'intégration européenne, le patrimoine et la coopération au développement.

La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

### **Merci à la Loterie Nationale et à tous les donateurs pour leur précieux soutien.**

[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)      Abonnez-vous à notre e-news      [www.bonnescauses.be](http://www.bonnescauses.be)

Suivez-nous sur



PUB N° 3513

Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité :  
le point de vue des médecins et des employeurs