

# Retour au travail après une absence de longue durée Werkhervatting na een lange afwezigheid

[HUT/P/MS-BB/PSY15/2]

## Résumé du rapport de recherche 2 mai 2012

---



**Santé au Travail et Education pour la Santé (STES)**  
**Université de Liège**  
**Pr. Philippe Mairiaux**  
**Nathalie Schippers**



**Unité de droit social**  
**Université de Liège**  
**Pr. Fabienne Kéfer**  
**Sabine Cornélis**

**Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde**  
**Katholieke Universiteit Leuven**  
**Pr. Peter Donceel**  
**Pierre-René Somville**



# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b> .....	3
1. Contexte du projet .....	3
2. Objectifs définis dans le cahier des charges du SPF Emploi .....	3
3. Définitions et concepts .....	4
<b>Chapitre I - Inventaire de la réglementation en vigueur en Belgique</b> : .....	6
<b>Chapitre II - Revue de la littérature scientifique concernant les facteurs bloquant ou facilitant le retour au travail</b> .....	6
<b>Chapitre III - Définition du rôle des différents acteurs</b> : .....	9
<b>Chapitre IV - Inventaire des pratiques existantes dans les entreprises en matière de retour au travail</b> .....	11
<b>Chapitre V - Synthèse de l'étude</b> .....	12
1. Pistes d'action à tirer de l'évidence scientifique disponible .....	12
2. Dimension temporelle intrinsèque à une absence de longue durée et ses implications .....	13
3. Impact potentiel de la réglementation sur le retour au travail .....	14
4. Bonnes pratiques en vigueur dans les entreprises .....	14
5. Incitants financiers et processus de retour au travail .....	15
<b>Chapitre VI - Recommandations</b> .....	16
1. Principe n°1 : mettre le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle à l'agenda des entreprises et des SEPP/SIPP .....	16
A. Faire connaître les outils existants .....	16
B. Faire appliquer les outils existants .....	17
C. Revoir la procédure d'évaluation de santé d'un travailleur en incapacité de travail définitive en vue de sa réintégration .....	18
D. Promouvoir une politique structurée de réinsertion professionnelle .....	19
2. Principe n°2 : établir une collaboration interministérielle autour de la notion de « trajets individuels d'insertion » ....	20
A. Examiner les synergies possibles entre le plan « Back to work » du secteur indemnités de l'INAMI et les projets et initiatives du SPF Emploi .....	20
B. Clarifier les besoins et les procédures selon la situation du travailleur .....	21
C. Clarifier les concepts en matière de réinsertion .....	22
D. Garantir le volontariat du travailleur, et lui assurer sécurité juridique et financière .....	23
3. Principe n°3 : donner les impulsions politiques pour résoudre les nœuds du système .....	23
A. Application des principes de la loi de 2006 dans le secteur des accidents du travail .....	23
B. Promulgation du nouvel article 34 en matière de contrats de travail ? .....	24
C. Mise en place de procédures de coordination entre législations .....	24
D. Edition par l'autorité fédérale de guides informatifs et interprétatifs pour les travailleurs .....	25
E. Correction d'anomalies constituant des pièges à l'emploi .....	25
F. Insertion dans le système d'incitants aux entreprises qui font des efforts de réintégration .....	25

# Introduction

## 1. Contexte du projet

Le travailleur présentant un état de santé altéré, que la raison en soit la maladie, l'accident ou l'usure professionnelle, est, par définition confronté au risque de désinsertion du milieu professionnel que cette altération entraîne. La rupture du lien avec le monde du travail comporte des dimensions aussi bien sociétales qu'individuelles.

De façon schématique, une telle rupture peut déboucher sur trois statuts de non-travail : le régime de l'incapacité de travail (Assurance soins de santé et indemnités), celui du demandeur d'emploi (ONEm) et enfin un départ précoce à la retraite (éventuellement via le régime des prépensions). Sur le plan sociétal, la rupture du contrat de travail ou sa suspension pour une longue durée ont plusieurs conséquences : une perte de compétence pour l'entreprise et pour la société en général, la réduction ou le plus souvent la suppression des cotisations versées à la sécurité sociale, et le versement à l'assuré d'indemnités. Sur le plan financier, il s'agit donc de situations génératrices de coûts importants susceptibles de mettre en péril à terme l'équilibre de la sécurité sociale, dans un contexte démographique marqué par la diminution du nombre d'actifs arrivant sur le marché du travail et l'augmentation du nombre de travailleurs atteignant l'âge légal de départ à la retraite.

Il faut souligner que les arrêts de travail de longue durée constituent souvent une étape dans le processus conduisant à l'invalidité ou à la mise au chômage. Une enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2005 montre qu'un arrêt de travail compris entre 3 et 6 mois réduit déjà de moitié la probabilité que le travailleur puisse reprendre le travail chez son employeur antérieur. Or la cessation de la relation de travail peut avoir de sérieuses conséquences pour la personne concernée : perte de revenus, aggravation des problèmes de santé, isolement social, et constitue souvent un retrait prématuré et non souhaité du milieu de travail, ce qui a des répercussions psychiques évidentes.

Un consensus tant politique que scientifique se dégage donc actuellement pour promouvoir une politique plus active de réinsertion des travailleurs en arrêt de travail de longue durée et c'est dans ce contexte que le présent projet a été lancé par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

## 2. Objectifs définis dans le cahier des charges du SPF Emploi

L'objectif de cette recherche était d'analyser le système constitué par les différentes instances qui régissent la réinsertion professionnelle des travailleurs/euses après une absence de longue durée afin de limiter les dommages pour la travailleuse/le travailleur et lui permettre de réintégrer son milieu de travail de la manière la plus satisfaisante pour lui/elle-même, pour son employeur et pour l'ensemble de son collectif de travail. La recherche cible les travailleurs/euses

qui sont toujours dans les liens d'un contrat de travail, absent(e)s pour maladies professionnelles, maladies physiques ou psychologiques, TMS, accidents de travail, ...

La recherche devait prendre en compte la réglementation, le rôle des différents acteurs, institutions et les bonnes pratiques.

A partir de cet objectif général, le cahier des charges du SPF Emploi demandait de réaliser quatre tâches spécifiques :

1. un inventaire de la réglementation en vigueur en Belgique, des définitions des différents termes utilisés (incapacité, absence de longue durée, ...) ;
2. la définition du rôle des différents acteurs (publics et privés), institutions (fédérales et relevant des entités fédérées) et la procédure suivie en fonction du statut, du type de contrat (CDI, intérimaire, ...), des conditions de travail (télétravail, ...), du secteur, du genre, de la cause de l'absence, ... ;
3. un inventaire des pratiques existantes, des initiatives déjà envisagées, des expériences, des projets pilotes et des bonnes pratiques en Belgique et dans les autres pays européens ;
4. une réflexion (terminologie, impact de la cause de l'absentéisme, analyse des discordances éventuelles entre les réglementations et la pratique,...) sur ces trois premiers points et mise en évidence des facteurs bloquants et favorisant le retour au travail. Cette dernière partie devait proposer aussi des recommandations.

### 3. Définitions et concepts

Avant tout, il est important de situer la promotion du retour au travail des travailleurs en absence de longue durée dans un cadre plus large qui est celui du maintien dans l'emploi. Il importe en effet de bien distinguer différents types d'actions possibles, chacune se situant à un stade différent du processus de la désinsertion professionnelle.

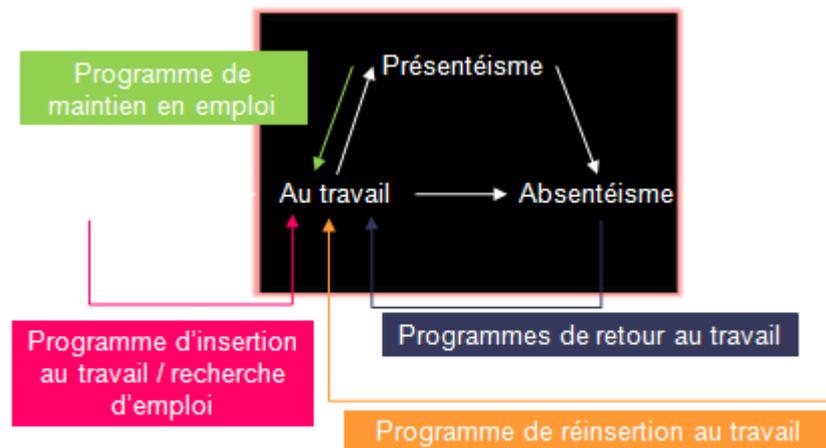
Comme l'illustre la figure 1, la littérature internationale distingue ainsi volontiers les trois notions suivantes :

- *Les programmes de maintien dans l'emploi :*

Ces programmes et interventions constituent en matière de préservation du lien d'emploi ce que l'on pourrait qualifier d'actions de *prévention primaire*. Il s'agit en pratique d'améliorer la qualité des conditions de travail tant sur le plan physique que sur le plan psychosocial afin de prévenir l'usure professionnelle. Dans ce cadre interviennent de façon préférentielle les interventions d'ergonomie participative.

Un deuxième aspect des programmes de maintien dans l'emploi concerne le dépistage précoce des travailleurs courant un risque de désinsertion professionnelle. Il s'agit, en particulier dans le cadre de la surveillance périodique de la santé, d'identifier les

travailleurs qui présentent, en raison de leur état de santé, des difficultés croissantes à assurer leurs tâches et commencent à présenter de façon répétée des absences de courte durée. Cette démarche de dépistage appartient au champ de la *prévention secondaire* et peut s'appuyer sur des outils tels que le Work Ability Index (WAI).



(d'après MJ Durand 2010)

- *Les programmes de retour au travail :*

Ces programmes et interventions visent les travailleurs qui sont en absence-maladie de longue durée et qui risquent donc, si l'absence se prolonge, de voir leur contrat de travail rompu, de passer soit dans le régime du chômage, soit dans le régime de l'invalidité. La présente étude concerne de façon spécifique ce volet des interventions destinées au maintien du lien d'emploi.

- *Les programmes de réinsertion de travail :*

Il s'agit d'interventions qui s'adressent à des travailleurs qui ont perdu leur contrat de travail et qui se retrouvent, selon les cas, dans le régime du chômage ou dans le régime de l'invalidité. Ces interventions peuvent prendre la forme d'un accompagnement pour la recherche d'un nouvel emploi ou de programmes de réadaptation professionnelle qui visent à permettre l'acquisition de nouvelles qualifications ou aptitudes professionnelles. Ce type d'interventions n'entre pas en soi dans le cadre fixé pour la présente étude mais il a cependant été spontanément évoqué par de nombreux intervenants interrogés au cours de celle-ci ; ce n'est pas surprenant dans la mesure où un même type d'intervention peut s'avérer adéquat aussi bien pour un travailleur encore sous contrat d'emploi que pour un travailleur ayant perdu ce lien à l'emploi.

## **Chapitre 1 - Inventaire de la réglementation en vigueur en Belgique :**

Cet inventaire a été réalisé par l'unité de droit social de l'ULg (Pr. F. Kéfer, Mme S. Cornelis). Il s'agissait de mettre en évidence dans chaque législation concernée, les dispositions traitant spécifiquement du maintien dans l'emploi, du retour au travail ou, le cas échéant, de la rupture du contrat de travail. Les législations qui ont fait l'objet de cette analyse sont les suivantes :

1. Loi coordonnée du 3 juin 1970 relative à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci
2. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail
3. Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail
4. Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage
5. Arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 26 avril 1994 promouvant l'occupation de personnes handicapées sur le marché libre du travail
6. Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
7. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail
8. Décret de la Commission Communautaire française du 4 mars 1999 relatif à l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées
9. Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail
10. Arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs
11. Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle.
12. Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination
13. Arrêté du Gouvernement wallon du 29 novembre 2007 visant à promouvoir l'égalité des chances des personnes handicapées sur le marché de l'emploi
14. Arrêté du Gouvernement flamand du 18 juillet 2008 relatif à l'intégration professionnelle des personnes atteintes d'un handicap à l'emploi

Les résultats de cette analyse constituent le Chapitre I du rapport de recherche.

## **Chapitre II - Revue de la littérature scientifique concernant les facteurs bloquant ou facilitant le retour au travail**

Une revue systématique de la littérature scientifique a été réalisée dans la base de données bibliographiques MEDLINE en se limitant aux articles publiés ces 10 dernières années en langue anglaise. La recherche consistait d'abord à croiser la notion d'absentéisme et ses déterminants. L'absentéisme a été défini en utilisant les mots clés sick leave, disability, return-to-work, work rehabilitation et ses déterminants ont été recherchés par les mots clés risk factors, determinants, predictors, facilitators, barriers et obstacles. Une troisième catégorie de mots clés a été utilisée pour cibler les actions de prévention : prevention, intervention, communication, workplace, stakeholders, collaboration.

Au terme de cette revue, les principaux facteurs identifiés comme entravant ou retardant le retour au travail sont synthétisés dans le Tableau 1 ; les facteurs facilitants ne sont pas décrits dans la mesure où ils constituent l'image en miroir des facteurs précédents (par exemple : genre masculin versus féminin, bonnes relations versus mauvaises relations au sein de l'équipe de travail).

Ainsi, par exemple, il ressort clairement que la gravité du problème, l'intensité de la douleur et de l'atteinte fonctionnelle constituent un premier frein au retour au travail. A un stade aigu, une prise en charge médicale appropriée du problème est la composante essentielle de la prévention de l'incapacité de longue durée et doit donc être prioritaire. Dans la suite de l'évolution du problème de santé, on observe que le contexte économique du travailleur et de l'entreprise tout comme la nature et le niveau de la compensation financière proposée représentent également selon les cas, un frein ou un facteur facilitant la reprise. Dans ce cas, les implications pour la prévention sont davantage de nature socio-politique.

Par contre, il apparaît clairement que l'âge élevé, la présence d'antécédents d'incapacité, des attentes négatives par rapport à la guérison et au retour au travail et un mauvais contexte psycho-social professionnel sont des facteurs bloquants pour l'ensemble des pathologies.

Dans le cas de la lombalgie, la présence de réactions de peur-évitement au travail comme dans la vie privée ressort comme une barrière déterminante pour le retour au travail. Ainsi, les résultats de cette revue suggèrent qu'il existe des travailleurs à plus haut risque dont certaines des caractéristiques sont potentiellement modifiables. Ainsi, la prévention concerne à la fois la prise en charge individuelle de certaines caractéristiques psychosociales et la prise en charge collective visant à l'amélioration du contexte de travail.

Cette revue a aussi étudié les facteurs propres aux stratégies d'intervention qui ont démontré un impact favorable sur le retour au travail (Tableau 2). Il y a ainsi consensus sur la nécessité d'interventions participatives visant à apporter des adaptations ergonomiques sur le lieu de travail. Il a aussi été démontré, de façon moins connue, que ces interventions pouvaient aussi être plus profitables à des travailleurs plus âgés et présentant des facteurs de risques psychosociaux au travail. Cette constatation plaide en faveur d'un dépistage précoce de ces travailleurs par le biais des médecins conseils et/ou des médecins du travail.

**Tableau 1 : Facteurs entravant ou retardant le retour au travail**

Facteurs identifiés	Problématique de santé	Auteurs
<b>Individuels démographiques</b>		
Age élevé	toutes sauf les problèmes de santé mentale	[Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ].
Genre féminin	toutes	[Beemsterboer et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004]
Genre féminin	TMS	Heymans et al. 2009 ; Steenstra et al., 2005]
Genre féminin	Stress	[Blank et al. 2008]
Genre masculin	dépression	[Blank et al. 2008]
<b>Liés à l'état de santé général</b>		
Douleur et importance de l'atteinte fonctionnelle	Essentiellement TMS	[Dekkers et al. 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Heymans et al. 2009 ; Melloh et al. 2009 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al. 2005]
Sévérité du problème	santé mentale, cancers, maladies chroniques	[Detaille et al., 2009 ; Peters et al. 2007 ; Spelten et al. 2002]
Association d'une mauvaise santé mentale à des troubles musculo-squelettiques		[Dekkers et al., 2009 ; Melloh et al., 2009 ; Werner et Côté, 2009 ; Lloyd et al., 2008]
Antécédents d'incapacité	TMS	[Borg et al., 2004]
<b>Psychosociaux</b>		
Attentes négatives quant au processus de guérison	toutes	[Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006]
Fausse croyance, peur-évitement par rapport à la douleur	lombalgies	[Heymans et al., 2009 ; Melloh et al., 2009 ; Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006 ; Pincus et al., 2002]
Anxiété et somatisation	santé mentale	[Brouwers et al., 2009]
Stress et tendances à la somatisation	TMS	[Pincus et al., 2002]
Manque de soutien social	toutes	[Melloh et al., 2009 ; Steenstra et al., 2005]
<b>Contexte professionnel</b>		
Fonction physiquement lourde	toutes	[Detaille et al., 2009 ; Peters et al., 2007 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al., 2002]
Insatisfaction au travail, manque de contrôle, de soutien, mauvaises relations avec les collègues	toutes	Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Heymans et al., 2009 ; Duijts et al., 2007 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al. 2002]
Réactions de peur-évitement liées aux situations de travail	lombalgies	[Melloh et al. 2009]
Croyances en la capacité de reprise/ ne pas se sentir bienvenu en cas de retour au travail	toutes	[Ekbaladh et al., 2010 ; Dekkers et al., 2009 ; Melloh et al., 2009]
<b>Contexte économique</b>		
Système de compensation ou d'assurance "trop" favorable	toutes	[Blank et al., 2008 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004]
Sécurité d'emploi	toutes	[Hansson et al., 2006]

**Tableau 2 : Facteurs facilitant le retour au travail en relation avec les stratégies d'intervention (\*)**

Facteur identifié	Auteurs
Consultation précoce, au début de l'incapacité de travail, par le médecin du travail sur base de critères de sélection établis par questionnaire	Kant et al. [2008]
Association au dépistage clinique de chronicité ; des critères professionnels identifiés sous forme de "drapeaux bleus"	Shaw et al. [2009]
Interventions comportant des modifications ergonomiques de l'environnement de travail	[Caroll et al. 2010 ; Anema et al., 2004]
Intervention à caractère participatif, faisant intervenir des personnes de référence	[Shaw et al., 2008 ; Werner et al., 2007]
Bonne communication entre médecins du travail, l'employeur, le système d'assurance et le travailleur lui-même	[Briant et al., 2008 ; Loisel et al., 2005 ; Mortelmans et al., 2006 ; Pransky et al., 2004 ; Anema et al. 2002]
Reconnaissance du cas par l'entreprise et le système d'assurance	[Mairiaux 2011]
Intervention ciblée sur travailleurs âgés de plus de 44 ans, présentant des antécédents d'incapacité dans l'année écoulée et des facteurs psychosociaux défavorables (insatisfaction, exclusion, faible autonomie, contexte socio-économique défavorable)	[Stapelfeldt et al., 2011 ; Heitz et al., 2009 ; Steenstra et al., 2009]

(\*)(les interventions décrites concernent essentiellement la lombalgie)

### **Chapitre III - Définition du rôle des différents acteurs :**

Le rôle des différents acteurs est naturellement déterminé pour une large part par la législation spécifique dans le cadre duquel il/elle exécute sa mission. L'équipe de recherche s'est donc efforcée de déborder du cadre théorique des missions et rôles définis par les réglementations pour aborder la réalité de l'exercice de ces missions. Dans ce but, l'équipe de recherche a conduit 22 entretiens approfondis (voir Tableau 3) avec des acteurs expérimentés dans chacun des secteurs concernés. Les interviews avaient une durée approximative de 1h à 1h30. Avec l'accord des participants, les interviews ont été enregistrées et puis retranscrites entièrement. L'échantillon comptait principalement des médecins et des juristes, ainsi qu'une conseillère en emploi, une psychologue du travail, une ergonome et une infirmière.

**Tableau 3 : Liste des interviews réalisées parmi les acteurs intervenant dans le retour au travail**

	Prévu	Contacté	Réalisé	Personnes interviewées
Médecins-conseils	2 FR 2 NL	4	4	Etienne Laurent (FR) (MC) Jean-Philippe Vaiser (FR) (UNML) Christophe Van den Bremt (NL) (UNML) Philiep Berkein (NL) (Socmut)
Médecins du travail	2 FR 2 NL	4	4	Florence Laigle (FR) (SPMT) Edelhart Kempeneers (NL) (Arista) Katrien Mortelmans (NL) (Groep IDEWE) Patrick Libouton (FR) (Securex)
Médecins-ONEM	1 FR 1 NL	0	0	
VDAB FOREM		1	1	Wendy Ranschaert (NL) (VDAB)
Revalidatiecentrum Universiteit Gent	1 NL	1	1	Katrien Vermeulen (NL)
ActDesiron	1 NL	1	1	Huget Desiron (NL)
Assureurs-loi	3	5	3	Patrick Michel (FR) (Assurances Fédérales) Danielle Polspoel (FR) (AXA) Paul Martin (FR) (Ethias)
Fonds des Accidents du travail	1	0	0	
Fonds des Maladies professionnelles	1	1		
Assuralia	1	1		→ Danielle Polspoel (Axa)
Secrétariats sociaux	1 FR 1 NL	2	2	Rony Baert (FR) (Partena) Frédéric Mignolet (FR) (UCM)
FEB-VBO	1 FR 1NL	4	2	Chris De Meester (NL) (VBO – FEB) Catherine Vermeersch (FR) (VBO-FEB)
Organisations syndicales	2 FR 2 NL	4	3	Jilali Laaouej (FR) (FGTB) Paul Palsterman (FR/NL) (ACV-CSC) Stefaan Peirsman (NL) (ACV)
AWIPH		1	0	
		1	1	Viviane De Boey (NL) (Securex, Volvo Cars Gent)
TOTAL	26 (11NL)	29	22 (10 NL)	

Chaque personne interviewée a été invitée à décrire les obstacles qu'elle rencontre dans l'exécution de ses missions, les incohérences règlementaires éventuelles auxquelles elle fait face, les difficultés d'interprétation de tel ou tel aspect de la réglementation ; il leur a été également demandé de détailler leurs suggestions d'amélioration et leurs souhaits d'évolution de la réglementation qui les concerne.

Le cadre de référence choisi pour l'analyse des interviews est celui proposé par Loisel et al. (2005) ; il s'agit d'une approche biopsychosociale qui comprend l'incapacité de travail comme une interaction complexe entre le système personnel d'une part, et les différents systèmes sociaux d'autre part (soins de santé, milieu de travail, système législatif et d'assurance) (voir figure ci-dessous). Loisel et al. (2005) proposent ce modèle en réponse au modèle biologique d'incapacité qui considère que la maladie cause la douleur, le mal-être et ainsi l'incapacité. Ce lien direct et causal n'est pas tout à fait correct. La prolongation de l'incapacité n'est pas tellement liée au facteur médical. D'autres facteurs comme ceux liés à la personne (peurs, perception d'incapacité, ...), à l'organisation (stress, relations de travail, ...), à l'administration (compensation, ...) y jouent un rôle important. L'incapacité est donc un phénomène multifactoriel.

La synthèse des 22 entretiens réalisés constitue le Chapitre III du rapport de recherche.

## **Chapitre IV - Inventaire des pratiques existantes dans les entreprises en matière de retour au travail**

Afin de réaliser un inventaire aussi exhaustif que possible des initiatives existantes, en développement ou en projet, au niveau belge, l'équipe de recherche a suivi trois pistes :

- Interroger à ce sujet les acteurs du système à l'occasion des interviews approfondis réalisés avec eux (voir Chap. III) ; trois des personnes interviewées ont décrit des projets ou initiatives de nature structurée, qui sont brièvement décrites ci-après au point 2. Les autres intervenants ont souvent mentionné des interventions de nature plus ponctuelle et orientées vers des cas individuels.
- Réaliser un sondage par e-mail auprès des médecins du travail des deux communautés avec la collaboration des deux sociétés scientifiques (SSST et VWVA). De façon assez inattendue, ce sondage n'a livré qu'un nombre très restreint de réactions ! Ce fait peut être interprété de deux façons : soit le nombre d'initiatives concrètes est en ce domaine effectivement très limité ; soit ces initiatives sont menées par la direction RH de l'entreprise sans que le médecin du travail n'y soit associé, ou n'en soit même informé.
- Réaliser une enquête parmi les responsables RH des entreprises, c'est-à-dire les personnes les mieux placées pour conduire des initiatives originales en matière de retour au travail et de prévention des absences de longue durée. Cette enquête concernait des PME de taille moyenne (100 à 200 travailleurs) tant en région flamande qu'en région wallonne ; les responsables RH de 38 PME ont collaboré à l'enquête.

Les résultats de cet inventaire des bonnes pratiques constituent le Chapitre IV du rapport de recherche.

## Chapitre V - Synthèse de l'étude

L'équipe de recherche s'est efforcée de capitaliser dans le présent chapitre l'ensemble des informations relatives au retour au travail décrites dans les quatre premiers chapitres du rapport de recherche.

### 1. Pistes d'action à tirer de l'évidence scientifique disponible

Un premier axe de réflexion a trait à l'évidence scientifique actuelle (Chap. II) lorsqu'on la confronte au modèle multidimensionnel proposé par Loisel pour décrire les facteurs déterminant le retour au travail.

A la lecture du Tableau 1, le lecteur peut constater que la plupart des facteurs identifiés dans la littérature scientifique appartiennent à la dimension individuelle, propre au travailleur en incapacité, c'est-à-dire une dimension peu accessible à des interventions préventives à développer par les autorités publiques. Beaucoup de facteurs cités dans ce tableau sont en effet soit des facteurs non accessibles à la prévention, tels que l'âge et le genre, ou des facteurs de nature médicale (importance de la douleur, importance des antécédents) ou psychosociale tels que la tendance à la somatisation, les fausses croyances relatives aux risques supposés que feraient courir les efforts et les mouvements. Ces derniers facteurs peuvent justifier des mesures dans le domaine de la prise en charge médicale des syndromes douloureux, de la communication médecin-patient, et de l'information du grand public sur la nature réelle des risques de santé liés en particulier aux troubles musculo-squelettiques, mais ces pistes possibles de prévention sortent cependant du champ des prérogatives du SPF Emploi et concernent plutôt le SPF Santé Publique et le secteur des soins de santé.

En ce qui concerne la dimension relative au contexte professionnel et à l'entreprise, la littérature est particulièrement cohérente pour souligner tout l'impact que peut avoir sur le retour au travail, l'ambiance de travail, la qualité des relations entre collègues ou avec le responsable hiérarchique ou de façon plus globale, le niveau de satisfaction au travail. Il y a là clairement des arguments solides pour améliorer la qualité de vie au travail dans un cadre de prévention primaire qui correspond à celui voulu par la législation sur le bien-être au travail de 1996. La difficulté potentielle que représente l'occupation d'un métier physiquement lourd constitue une deuxième piste d'intervention potentielle : il s'agit ici, non pas tellement de modifier fondamentalement la nature physique de certains métiers, mais de réfléchir à des dispositifs qui vont systématiser dans ces métiers l'accès à un travail adapté transitoire facilitant pour le travailleur la reprise du travail.

Enfin en relation avec la dimension du système législatif et d'assurance, le tableau 1 montre que la littérature est cohérente en ce qui concerne l'impact d'un système de compensation ou d'assurance : lorsque celui-ci est financièrement favorable, il constitue clairement un frein à un retour rapide au travail.

De façon générale, le lecteur pourrait s'étonner du peu de présence dans la littérature scientifique de certains aspects du modèle biopsychosocial de Loisel et tout particulièrement la composante d'organisation du système de santé. La raison en est relativement aisée à comprendre. La très grande hétérogénéité, d'un pays à l'autre, de ces systèmes d'assurance et de compensation rend relativement aléatoire la mise en évidence sur une base scientifique de l'impact de tel ou tel aspect du système d'assurance. Certaines études ont bien été menées par comparaison entre différents pays mais elles se heurtent alors à l'influence d'autres facteurs, notamment de type culturel, qui rendent difficiles l'interprétation des différences constatées.

Les données présentées dans le Tableau 2 relatif à la revue de la littérature permettent de compenser quelque peu le caractère relativement décevant du Tableau 1 en soulignant l'impact favorable de certaines stratégies d'intervention qui a été observé dans un certain nombre d'études.

## **2. Dimension temporelle intrinsèque à une absence de longue durée et ses implications**

Un second axe de réflexion concerne l'élément temporel intrinsèque à une absence de longue durée et les implications que cet élément devrait avoir sur la planification des interventions de prévention.

Comme cela a été rappelé à l'occasion de la table ronde organisée par le SPF Emploi le 29 mars 2011 pour discuter du retour du travail après une absence de longue durée, les études de la Fondation européenne de Dublin ont révélé que le risque de la rupture du lien d'emploi est d'autant plus important que l'absence au travail se prolonge. Ce seul élément plaide déjà pour une intervention précoce en faveur du patient-travailleur concerné. Toutefois comme cela a été évoqué à cette même table ronde, les experts internationaux en matière de prévention de l'incapacité de longue durée et de l'invalidité s'accordent en outre à considérer que plus une absence se prolonge, moins les raisons qui justifient cette prolongation ont un rapport direct avec le diagnostic médical initial ayant justifié l'arrêt de travail. En d'autres termes, une incapacité de longue durée constitue une entité spécifique dont les composantes psychologiques et sociales prennent progressivement une place croissante et ne peuvent être traitées par une approche purement médicale. Dans le domaine des lombalgies, une évidence scientifique particulièrement solide (Loisel et al. 1997 ; Anema et al. 2007 ; Van Oostrom et al. 2009) montre qu'une intervention précoce, à partir de la 4<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semaine d'arrêt de travail, raccourcit de façon significative la durée d'absence et permet un retour au travail plus précoce. Il s'agit dans ces études scientifiques canadiennes et hollandaises d'interventions multidisciplinaires comportant une implication significative du milieu du travail. Des études similaires sont actuellement conduites pour tester ce type d'approche, qualifiée de « Sherbrooke model », pour tester la pertinence de ce modèle dans le cas des incapacités provoquées par un problème de santé mentale tel que dépression, syndrome anxieux ou syndrome d'adaptation.

En conclusion, il ressort de ces différents éléments, que les recommandations concrètes à formuler doivent, en tout état de cause, comporter un élément de précocité par rapport à la situation du travailleur en arrêt de travail.

### **3. Impact potentiel de la réglementation sur le retour au travail**

Un troisième axe de réflexion concerne la réglementation belge et son impact sur le retour au travail.

Tant l'inventaire de la réglementation réalisée par le Pr Kefer de l'Unité de Droit Social de l'ULg (Chap. I), que les nombreux entretiens réalisés avec des acteurs du système (Chap. III) montrent que la Belgique dispose sans conteste d'une législation sociale riche mais également particulièrement complexe. Bien que la présente étude ait été restreinte à la situation des travailleurs du secteur privé disposant encore d'un contrat de travail, et que donc, n'ont pas été abordées la situation des travailleurs du secteur public, ni celle des travailleurs indépendants. Tous les intervenants interrogés s'accordent pour reconnaître la complexité de la législation et pour avouer que malgré leur compétence et leur expérience personnelles, ils ne disposent pas d'une connaissance complète des différentes législations. Il n'est donc pas surprenant que selon la plupart des opinions recueillies, les usagers du système, c.à.d. les travailleurs en arrêt de travail, rencontrent souvent de grandes difficultés à comprendre les différents éléments de la situation dans laquelle ils se trouvent et à apprécier les implications des orientations qu'ils sont invités à prendre pour en sortir. Il y a donc consensus pour considérer qu'il y a insuffisance d'informations, de grandes difficultés de compréhension, et pour recommander la clarification des trajets possibles de réinsertion et de leurs implications pour le travailleur. Un point qui a été particulièrement souligné, est la nécessité d'assurer une sécurité juridique et financière au travailleur qui accepte de s'engager dans un parcours de réinsertion. Il paraît essentiel que ce travailleur puisse se voir accorder la garantie que, si ce parcours de réinsertion ne débouche pas sur le résultat espéré, à savoir la reprise du travail dans l'entreprise au sein de laquelle il était occupé (ou à défaut, la reprise d'un autre travail), il ne subira pas de conséquences négatives sur son statut social.

L'étude réalisée montre qu'il y a là un enjeu très important en matière de clarification des différentes législations à l'intention des utilisateurs, que ceux-ci soient les travailleurs ou également les médecins qui sont amenés à intervenir à différents stades du processus, médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils.

### **4. Bonnes pratiques en vigueur dans les entreprises**

Un quatrième axe de réflexion a trait à l'identification des bonnes pratiques dans les entreprises.

Le chapitre IV du rapport permet de dresser un constat relativement cruel de la situation dans les entreprises belges. A côté d'un certain nombre d'exemples très positifs de pratiques bien structurées et systématisées destinées à favoriser le retour au travail au bénéfice de travailleurs en absence de longue durée, activités développées par de grandes entreprises de plus de mille personnes en général, la situation dans la majorité des entreprises et en particulier dans celles de taille moyenne est loin d'être réjouissante. Comme le montre l'enquête réalisée auprès de responsables des Ressources Humaines dans des PME comptant 100 à 200 personnes, la presque totalité de ces entreprises n'ont pas, à l'heure actuelle, de procédures systématisées pour favoriser le retour au travail même si une majorité d'entre elles se déclarent intéressées par leur mise en place dans le futur. Cette enquête auprès de responsables RH de même que les interviews réalisées auprès d'interlocuteurs familiers des activités des services de médecine du travail soulignent par ailleurs une grande méconnaissance des dispositions réglementaires existantes telles que la visite de pré-reprise ou l'établissement d'une liste mensuelle des travailleurs absents de longue durée ; cette méconnaissance s'accompagne d'un faible taux d'utilisation concrète de ces mesures.

Le seul élément vraiment positif de ce constat est la motivation de beaucoup d'entreprises à faire évoluer leurs pratiques dans ce domaine et à s'appuyer pour ce faire sur l'aide que pourra leur apporter leur service pour la prévention et la protection au travail.

## **5. Incitants financiers et processus de retour au travail**

Un dernier axe de réflexion concerne le rôle des incitants financiers dans le processus de retour au travail.

Comme cela a été mentionné au point 1, la littérature scientifique souligne l'influence potentielle du système d'assurance sur la facilité avec laquelle le travailleur reprendra ou non le travail. Les interviews réalisées avec des experts du système confirment l'importance de ce facteur et ce, particulièrement dans la situation spécifique à la Belgique.

Plusieurs intervenants familiers du système ont en effet souligné que le système belge ne comporte que très peu d'incitants, voire aucun, au niveau de l'employeur pour réintégrer au travail un travailleur atteint d'une problématique de santé ; en effet, la charge directe pour l'employeur ne concerne que la période de salaire garanti, qui est limitée à un mois dans notre pays. Aux yeux de certains de nos interlocuteurs, ceci est particulièrement remarquable si l'on considère les durées de salaire garanti ou les contraintes financières imposées, selon eux, aux employeurs dans certains pays voisins. En l'absence d'incitants financiers, nous a-t-on dit, il est également difficile pour un employeur de bonne volonté de faire des efforts significatifs en matière de travail adapté ou en matière d'aménagement de postes de travail pour faciliter la réintégration au travail.

Par ailleurs, l'analyse de la réglementation et certains des témoignages recueillis confirment qu'il existe en fonction de l'arsenal législatif des situations particulières qui peuvent être qualifiées de

« pièges à l'emploi » : dans ces situations, et c'est notamment le cas, dans certaines hypothèses, de la reprise à temps partiel, il est parfaitement possible pour l'assuré de gagner une rémunération équivalente, sinon parfois légèrement supérieure, en ne travaillant qu'à mi-temps par rapport à une situation de travail à plein temps. Les données collectées dans ce rapport montrent que de ce point de vue également, des efforts doivent être apportés pour corriger le système là où existent des anomalies et pour l'améliorer là où il y a manifestement une absence d'incitants financiers pour l'employeur et/ou pour le travailleur en arrêt de travail.

## Chapitre VI - Recommandations

Afin de répondre à la demande du SPF Emploi, l'équipe de recherche propose une série de recommandations concrètes pour améliorer les conditions du retour au travail, réduire un certain nombre des barrières identifiées, favoriser une meilleure coordination des dispositions réglementaires existantes, et promouvoir un recours effectif et plus systématique aux dispositifs déjà mis en place pour favoriser le retour au travail. Ces recommandations sont structurées autour de trois principes essentiels :

- mettre le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle à l'agenda des entreprises et des SEPP/SIPP ;
- construire une collaboration interministérielle autour de la notion de « trajets individuels d'insertion »
- donner les impulsions politiques nécessaires pour résoudre les nœuds du système ;

Pour chacun de ces trois principes, le document décrit un certain nombre des implications concrètes qui doivent en découler en rappelant chaque fois que c'est nécessaire les données de l'étude qui les justifient ou les suggèrent.

### 1. Principe n°1 : mettre le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle à l'agenda des entreprises et des SEPP/SIPP

Si la société reconnaît la nécessité de maintenir dans un lien d'emploi les travailleurs en dépit de limitations de santé ou qui subissent des altérations fonctionnelles liées à l'âge, elle doit alors mettre en œuvre une série de mesures concrètes pour atteindre un tel objectif. Nous distinguons 4 implications concrètes au principe mentionné.

#### A. Faire connaître les outils existants

La législation comporte une série d'outils et de mesures qui peuvent s'avérer très utiles pour favoriser de façon directe ou indirecte un retour au travail lors d'une absence de longue durée :

possibilités de contact avec le conseiller en prévention - médecin du travail durant la période d'incapacité via la visite dite de « pré-reprise », examen de reprise du travail, reprise autorisée à temps partiel par le médecin-conseil et enfin, la fourniture au médecin du travail de la liste des travailleurs absents depuis au moins 4 semaines. Ce dernier élément peut faciliter les initiatives du service médical en faveur des travailleurs absents de longue durée et il constitue aussi *de facto* un outil de dialogue potentiel entre le service de gestion des ressources humaines et le service pour la prévention et la protection au travail. Comme l'a montré le présent rapport, ces différents dispositifs sont à la fois peu connus, voire pour certains d'entre eux inconnus, tant des travailleurs que des entreprises ou même parfois des services pour la prévention et la protection ; ils sont généralement très peu utilisés, ce qui résulte au moins en partie de leur méconnaissance. Cette observation est d'autant plus surprenante qu'un certain nombre de ces dispositions sont relativement anciennes. En ce qui concerne la reprise autorisée à temps partiel, elle est normalement bien connue du médecin-traitant et, bien sûr, des médecins-conseils mais sa mise en œuvre concrète se heurte à des difficultés de communication, à des lenteurs administratives, à des réticences des employeurs et parfois à des difficultés d'interprétation.

Sur la base de nos observations, il paraît donc judicieux de **lancer des campagnes de sensibilisation de grande ampleur** à destination des employeurs, de leurs secrétariats sociaux, des directions RH mais également des organisations syndicales, des services pour la prévention et la protection au travail sans oublier les médecins-conseils de l'assurance soins de santé et indemnités et, dans la mesure du possible, les médecins-traitants.

## B. Faire appliquer les outils existants

Lorsque les outils existants seront mieux connus de leurs utilisateurs potentiels, il importera également de prendre une série de mesures pour en favoriser l'application effective. L'équipe de recherche propose en particulier :

- de **simplifier et faciliter la procédure d'accès à la visite de pré-reprise** ; Est-il indispensable de maintenir un circuit administratif qui impose l'envoi d'un courrier à l'employeur ? Cet élément peut constituer un obstacle dans le chef du travailleur. Ne pourrait-on envisager que l'information de l'employeur soit enregistrée *a posteriori*, par exemple, dans le cadre du rapport annuel d'activités du service de prévention ? Il faut cependant remarquer que le seuil d'accès à la visite de pré-reprise dépend également, du point de vue du travailleur et de son médecin-traitant, du degré de confiance qu'ils placent dans le conseiller en prévention - médecin du travail. La perception de l'indépendance et de la neutralité de celui-ci est donc essentielle.
- **Ouvrir la procédure de pré-reprise au médecin-conseil et au médecin traitant du travailleur** ; cette proposition figure dans les conclusions du projet du SPF Emploi consacré à la collaboration entre médecins-traitants, médecins du travail et médecins-conseils. Une telle disposition devrait favoriser le recours effectif à la visite de pré-reprise

et encourager à cette occasion une communication directe avec le médecin du travail pour préparer un retour au travail dans les meilleures conditions.

- **Réguler le coût de la visite de pré-reprise** : dans les conditions actuelles de fonctionnement des services pour la prévention et la protection, il semble qu'un certain nombre de services facturent les visites de pré-reprise réalisées en sus de la cotisation de base qui fait l'objet du contrat avec l'employeur. Si tel est le cas, cette facturation représente nécessairement pour les petits employeurs de PME ou TPE un obstacle financier concret qu'il faudrait lever. Le SPF Emploi pourrait à cet égard édicter des règles précises d'application de cette modalité de visite. A terme, on pourrait également envisager un financement dans le cadre de l'Assurance Soins de Santé et indemnités et ce tout particulièrement si la visite de pré-reprise est prescrite par le médecin généraliste ou par le médecin-conseil.
- **Valoriser les activités des services pour la prévention et la protection en matière de réintégration professionnelle** : celles-ci devraient faire partie intégrante du système d'assurance qualité des services et un compte-rendu détaillé devrait figurer obligatoirement dans leurs rapports d'activités annuels.

### C. Revoir la procédure d'évaluation de santé d'un travailleur en incapacité de travail définitive en vue de sa réintégration

Tant l'inventaire de la réglementation (Chap. I) que les entretiens approfondis (Chap. III) menés avec des intervenants du système de retour au travail ont montré que le dispositif réglementaire inscrit dans le cadre de l'A.R. relatif à la surveillance de santé (mai 2003) soulève un certain nombre de critiques et suscite des interprétations divergentes. L'équipe de recherche propose donc que :

- **Le service juridique du SPF Emploi réexamine ces dispositions** de façon détaillée afin de voir de quelle manière il serait possible, par des modifications, de répondre aux nombreuses critiques formulées à ce propos ;
- **Une réflexion soit menée pour voir s'il est possible d'inscrire dans la législation relative au bien-être au travail, un cadre juridique général spécifiquement dédié à la réintégration professionnelle** et aux démarches et processus de réinsertion professionnelle de travailleurs en absence de longue durée. Ce cadre général devrait notamment opérer une distinction claire entre le contrôle de l'absentéisme et la prévention et la gestion des absences de longue durée, garantir la transparence des procédures, et préserver le principe du volontariat du travailleur.

#### D. Promouvoir une politique structurée de réinsertion professionnelle

La promotion d'une politique de réinsertion professionnelle devrait s'appuyer sur le développement de « guidelines » ou recommandations de bonne pratique qui décriraient une série de principes et détailleraient les mesures concrètes susceptibles de favoriser le retour au travail et de réduire les absences de longue durée. Les grandes lignes d'un tel document sont proposées ci-après :

- **Souligner l'intérêt du maintien d'un contact avec le travailleur durant la période d'incapacité de travail** et le cas échéant, préciser selon quelles modalités un tel contact peut être organisé et prévu au sein d'une entreprise ;
- **Souligner la nécessité d'une formation de la hiérarchie** et en particulier de la maîtrise à l'organisation d'un tel contact avec le travailleur malade et absent ;
- **Souligner l'importance de la qualité de l'accueil du travailleur absent lors de sa première journée de reprise sur le lieu de travail**, y sensibiliser la hiérarchie mais également les collègues de travail; toutes les études soulignent en effet que le succès ou l'échec de la reprise du travail peuvent se jouer durant les premières heures de la reprise ou en tout cas durant le premier jour ;
- **Préciser les objectifs d'un entretien formalisé avec le travailleur lors de sa reprise** du travail et le cas échéant ses modalités ;
- **Préciser les modalités du travail adapté à offrir au travailleur** pour faciliter son retour ; par modalités, il faut entendre ici tant la durée prévue que le contenu du travail proposé ;
- **Mettre en œuvre un « disability case management »** : De nombreux interlocuteurs interrogés dans le cadre de l'étude considèrent comme intéressante l'idée d'un disability case management. Toutefois, lorsque l'on considère le contenu du concept et surtout la manière selon laquelle ce concept pourrait être intégré dans le système actuel, il persiste encore de nombreuses questions et incertitudes. Il est donc important qu'il y ait d'abord le développement d'un concept clair de disability case management, concept qui soit reconnaissable par toutes les parties concernées et qui soit admis comme tel. Le modèle de Sherbrooke peut, de ce point de vue, servir d'exemple. Ensuite, il est important que la mise en œuvre du concept se fasse à un niveau le plus proche possible des travailleurs en arrêt de travail et que le seuil d'accès à ce système soit réellement bas. En ce qui concerne la localisation du futur « disability case manager », on peut envisager que celui-ci soit situé au niveau de l'employeur ou du service médical du travail et cela pour les travailleurs qui possèdent encore leur contrat de travail, et auprès des Mutuelles pour les travailleurs en absence maladie qui ont perdu un tel contrat. Sur ce point, il n'y a pas encore vraiment de consensus.

- **Reprise du travail à temps partiel ou de façon progressive** : L'application de l'article 100, § 2 de la loi sur l'assurance soins de santé et indemnités reste en pratique malaisée. Bien qu'en théorie il s'agisse d'une mesure valide et utile, elle comporte aussi plusieurs points problématiques. La formulation de l'article 100, § 2 favorise une ambiguïté sur le terrain sur base de laquelle certains médecins conseils limitent l'application de cette mesure à 50% du volume horaire du travail antérieur (travail à mi-temps). Les règles d'indemnisation peuvent, dans certaines hypothèses, constituer un piège à l'emploi. Et enfin, il s'agit d'une procédure qui, malgré les modifications récentes, reste complexe sur le plan administratif. Les deux premiers problèmes peuvent être résolus en adoptant de meilleures définitions juridiques dans l'article 100, § 1 et § 2 et en revoquant les règles de cumul des indemnités. En vue de limiter dans le temps l'application du régime de l'article 100, § 2, un avis obligatoire du conseiller en prévention - médecin du travail pourrait être requis de telle façon que les possibilités d'intégration à l'intérieur de l'entreprise puissent être utilisées au maximum.
  
- **Instaurer dans la réglementation un régime optionnel de reprise du travail à l'essai**, avec maintien des indemnités de la sécurité sociale et donc, sans coût pour l'employeur ; cette modalité a été proposée par le document conjoint SSST/ASMA d'octobre 2010 (voir <http://www.ssstr.be/index.php?part=0&a=1&b=1&c=1&d=11> ) ; elle peut constituer un retour thérapeutique au travail et sa mise en oeuvre dans l'entreprise devrait faire l'objet d'un suivi par le médecin du travail.

## 2. Principe n°2 : établir une collaboration interministérielle autour de la notion de « trajets individuels d'insertion »<sup>1</sup>

### A. Examiner les synergies possibles entre le plan « Back to work » du secteur indemnités de l'INAMI et les projets et initiatives du SPF Emploi

La présence de représentants du secteur indemnités de l'INAMI dans le Comité d'accompagnement du présent projet financé par le SPF Emploi, de même que la présence de représentants du SPF Emploi dans le Comité de Suivi du projet Back to Work de l'INAMI, constitue un premier pas dans la direction d'une collaboration plus étroite entre ces deux Administrations. Il paraît essentiel, en effet, qu'un meilleur usage soit fait du système belge de santé au travail et de sa présence généralisée dans les entreprises quelle qu'en soit la taille afin d'offrir aux praticiens du secteur curatif et aux médecins conseils en charge de la réinsertion professionnelle, la connaissance des conditions du travail des travailleurs en arrêt de travail de longue durée. Une collaboration renforcée entre les deux administrations permettrait également

---

<sup>1</sup> Note de politique générale du secrétaire d'Etat Ph. Courard

sans doute de favoriser d'une part, une utilisation accrue de la visite de pré-reprise et, d'autre part, un meilleur usage de la reprise à temps partiel qui dépend du médecin-conseil.

## B. Clarifier les besoins et les procédures selon la situation du travailleur

Les entretiens réalisés avec les intervenants du système de retour au travail (Chap. III) ont indiqué qu'une certaine confusion règne actuellement dans les concepts utilisés et dans les divers types d'intervention à proposer pour faciliter ou organiser le retour au travail. Plusieurs interlocuteurs ont suggéré qu'un guide informatif soit édité afin de distinguer différentes catégories d'intervention susceptibles d'aider le travailleur à se réinsérer au travail, et d'ainsi pouvoir préciser, pour chacune d'elle, les conditions d'accès et les procédures à suivre. Sur la base de ces suggestions, nous proposons de distinguer :

- **Job-coaching** c.à.d. une procédure d'accompagnement du travailleur durant la phase de préparation au retour au travail et le cas échéant durant les premiers jours de la reprise ; ce type d'intervention ne comporte donc pas de processus de formation ni de processus particulier de revalidation médicale. Il s'agit d'un accompagnement individualisé par une personne spécialisée et qui encadre le travailleur moyennant l'accord de celui-ci au début de la procédure.
- **Remise à niveau dans le métier antérieur** : ce type d'intervention peut s'avérer nécessaire dans la situation d'un travailleur qui après une absence prolongée a cependant gardé l'intégrité de ses capacités tant mentales que physiques. Un bon exemple de besoins potentiels est donné dans le travail de fin d'études du Docteur Caprasse consacré au retour au travail de travailleuses atteintes d'un cancer du sein. Dans ce type de situation, la femme qui souhaite reprendre le travail après plusieurs mois de chimiothérapie ou de radiothérapie a conservé ses aptitudes et capacités mais peut se retrouver en difficulté du fait de l'évolution de l'organisation du travail au sein de l'entreprise, des changements de technologie informatique ou d'autres modifications apportées à sa situation de travail. Dans ce type de cas, une remise à niveau peut s'avérer utile pour redonner confiance au travailleur concerné et lui permettre de satisfaire très rapidement dès son retour aux exigences de productivité de son employeur.
- **Recherche d'un travail adapté pour une période transitoire** : ce type de besoin peut concerner un travailleur manuel atteint d'une affection musculo-squelettique (lombalgies ou autres) qui, sur le plan médical, n'est pas tout-à-fait rétabli mais qui est capable de reprendre un travail si ce travail ne comporte pas un certain nombre de contraintes précises telles que la manutention de charges lourdes. Un besoin similaire peut être rencontré dans le cas d'affections psychiques où le travailleur devrait transitoirement être affecté à des tâches comportant un niveau de stress ou de pression temporelle moindre. Ce besoin de travail adapté est une demande pour laquelle l'intervention du médecin du travail est particulièrement justifiée.

- **Recherche d'un travail adapté à caractère permanent** : lorsqu'un travailleur a perdu définitivement une partie de ses capacités suite à un traumatisme ou une affection médicale, il est alors nécessaire, pour le réinsérer au travail, de lui trouver un travail différent du travail antérieur. Il peut s'agir d'un travail ou l'organisation horaire est adaptée (par exemple, reprise du travail à temps partiel), ou d'un poste léger spécifique qui sera proposé au travailleur atteint d'un handicap réel et définitif. Dans ce cas également, l'interlocuteur à mobiliser au sein de l'entreprise est le conseiller en prévention - médecin du travail et le service pour la prévention et la protection au travail. Il apparaît cependant essentiel de bien distinguer cette situation à caractère permanent de la situation précédente où le travail adapté doit garder un caractère temporaire.
- **Formation à l'apprentissage d'un nouveau métier** : lorsqu'il y a inaptitude au métier antérieur, il peut alors être indispensable pour retrouver un emploi, de devoir se former à un nouveau métier, ou à une nouvelle discipline dans la catégorie de métier antérieur. Ce type d'intervention implique très rarement le médecin du travail mais le plus souvent des organismes spécialisés dans la formation professionnelle qui sont appelés à intervenir soit par le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités (via la mutuelle du patient) ou par les différentes autorités compétentes en matière de formation des demandeurs d'emploi (FOREM, ACTIRIS, VDAB).

### C. Clarifier les concepts en matière de réinsertion

Les interviews réalisées avec différents intervenants des secteurs concernés par le retour au travail ont montré qu'il serait utile de clarifier les concepts utilisés dans la législation, et ceci tout particulièrement depuis que de nouvelles dispositions relatives à la réinsertion professionnelle ont été introduites dans différentes législations par la loi de juillet 2006. L'équipe de recherche recommande donc que la concertation évoquée ci-avant entre l'assurance soins de santé et indemnités et le SPF Emploi puisse notamment déboucher sur une définition commune et uniforme, sur le plan juridique, des termes suivants :

Processus (ou prestations) de réadaptation professionnelle

Intégration effective après réadaptation professionnelle

Réinsertion professionnelle

Il serait souhaitable que ces définitions soient acceptées aussi bien dans le secteur de l'assurance soins de santé et indemnités que dans celui des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

#### **D. Garantir le volontariat du travailleur, et lui assurer sécurité juridique et financière**

L'équipe de recherche partage avec un nombre important des interlocuteurs interviewés la conviction que le succès d'une politique novatrice et dynamique en matière de retour au travail suppose qu'une telle politique soit développée en respectant deux balises jugées fondamentales : d'abord le volontariat du travailleur concerné et ensuite sa sécurité juridique et financière.

En matière de prévention de l'invalidité, de nombreuses études montrent en effet que la motivation personnelle du travailleur concerné constitue, en tout état de cause, un élément fondamental susceptible de garantir le succès du processus. Sans sous-estimer les différentes mesures qui peuvent promouvoir et favoriser une telle motivation, nous pensons qu'une nouvelle politique en matière de prévention de l'arrêt de travail de longue durée ne devrait en aucun cas pouvoir être confondue avec une politique de contrôle et de sanctions. L'objectif est en effet de mettre en place une série de dispositifs et de mesures susceptibles d'aider le travailleur qui a la motivation de retrouver le travail qui était le sien avant sa maladie ou son accident ou, à défaut, un autre travail compatible avec sa qualification et ses capacités restantes.

Un second élément souligné par beaucoup d'intervenants est la nécessité d'assurer aux personnes motivées pour s'engager dans un trajet de réinsertion, l'indispensable sécurité juridique et financière qui puisse leur garantir, qu'en cas d'échec éventuel du trajet, le travailleur ne perde pas le bénéfice du statut antérieur dont il bénéficiait tant sur le plan juridique que financier.

### **3. Principe n°3 : donner les impulsions politiques pour résoudre les nœuds du système**

Le chapitre III a montré combien les différentes législations impliquées pouvaient générer des problèmes d'interprétation qui ne pouvaient être résolus dans beaucoup de cas que par le recours aux juridictions du travail. En outre, plusieurs intervenants ont souligné les obstacles d'ordre administratif ou statutaire qui peuvent entraver la possibilité d'une réinsertion au travail. Il est donc évident que certaines de ces difficultés, que certains nœuds ou points noirs du système actuel ne peuvent trouver une issue sans une impulsion politique forte pour les résoudre. Cette impulsion devrait concerner les points suivants.

#### **A. Application des principes de la loi de 2006 dans le secteur des accidents du travail**

Nous ne pouvons ici que relayer les souhaits de pratiquement toutes les parties concernées qui ont été interrogées dans le cadre de ce travail à voir le gouvernement actuel relancer le processus de concertation et de négociation qui devrait permettre d'appliquer également dans le

secteur des accidents du travail les principes de la loi de 2006 en matière de réinsertion professionnelle.

## **B. Promulgation du nouvel article 34 en matière de contrats de travail ?**

L'analyse de la réglementation existante (Chap. I) a bien montré que lorsque l'incapacité de travail résultant d'une maladie ou d'un accident empêche définitivement le travailleur d'accomplir le travail convenu, dans l'état actuel de la législation, le contrat de travail peut être dissous pour cause de force majeure. Un certain nombre d'intervenants ont estimé lors des interviews que ce mécanisme donnait lieu à des abus manifestes et constituait un véritable obstacle à une politique de reclassement professionnel. La mise en application du nouvel article 34 de la loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail (qui avait été insérée par la loi du 27 avril 2007) est donc la solution recommandée par plusieurs intervenants. Différents obstacles à son entrée en vigueur ont néanmoins été rencontrés et n'ont pu être surmontés à ce jour.

Il est intéressant de remarquer à cet égard, que la Ministre de l'Emploi, Madame De Coninck, a récemment pris position à ce sujet en réponse à une question parlementaire : elle a manifesté au Sénat son intention de proposer au Parlement de modifier l'article 34 de telle manière à éviter de faciliter les situations où la force majeure pourrait être invoquée de façon injustifiée ou abusive. Elle souhaite repenser les dispositions législatives pour promouvoir la réintégration d'un travailleur en incapacité de travail définitive. Il reste à espérer que les nouvelles dispositions qui seront proposées permettront réellement d'atteindre l'objectif annoncé sans alourdir de façon excessive la procédure de dissolution du contrat de travail.

## **C. Mise en place de procédures de coordination entre législations**

Les intervenants interrogés ont illustré nombre de situations concrètes où l'existence de législations qui ont été développées de façon séparée pour des domaines spécifiques peut conduire à des situations concrètes où les règles d'une législation entrent en conflit avec les règles d'une autre législation. Même si ces conflits peuvent finalement trouver une issue devant le tribunal du travail, il paraît hautement souhaitable pour les travailleurs concernés et leurs familles que le recours à la procédure judiciaire soit évité dans toute la mesure du possible. La prévention de la judiciarisation de ces difficultés implique dans une première étape que dans chaque secteur législatif évoqué au cours de cette étude, les autorités concernées entreprennent un effort important d'information en direction des travailleurs afin de les éclairer sur les implications des décisions prises et sur les options éventuelles qui s'offrent à eux . Dans le même esprit, il paraît également essentiel pour prévenir les conflits et éviter les procédures judiciaires, que chaque administration ou chaque organisme responsable veille à motiver sa décision ; on ne peut trop insister sur l'importance d'adopter une motivation complète mais aussi compréhensible par les profanes.

Au-delà de ces mesures élémentaires de prévention, il faut souhaiter que les administrations concernées veilleront à mettre en place des cellules de coordination afin d'établir dans toute la

mesure du possible, une interprétation commune de situations non-directement prévues par la législation, et de rédiger des guides explicatifs d'un certain nombre de dispositions.

#### **D. Edition par l'autorité fédérale de guides informatifs et interprétatifs pour les travailleurs**

Comme cela a été souligné à plusieurs reprises dans ce rapport, il existe un problème très important d'information de toutes les parties concernées, et lorsque l'information existe, il subsiste un problème de clarté et de lisibilité de l'information fournie.

L'équipe de recherche recommande donc que l'autorité fédérale s'attèle à rédiger des guides pratiques non seulement pour les travailleurs mais également pour les autres parties concernées, c.à.d. les employeurs, les secrétariats sociaux, les conseillers en prévention, les médecins du travail...etc. Ces guides pratiques devraient comporter non seulement des textes mais également des organigrammes montrant clairement sur un plan graphique les différents scénarios possibles dans une situation donnée.

#### **E. Correction d'anomalies constituant des pièges à l'emploi**

Les autorités politiques devraient également, comme cela a été mentionné plus haut, veiller à corriger les anomalies qui peuvent constituer des pièges à l'emploi et l'on peut notamment évoquer le cumul des indemnités avec la rémunération de l'employeur en cas de reprise à temps partiel ; ce cumul peut s'avérer plus avantageux pour le travailleur concerné que la reprise d'un travail à temps plein.

#### **F. Insertion dans le système d'incitants aux entreprises qui font des efforts de réintégration**

L'absence presque totale d'une responsabilisation financière des employeurs en cas d'incapacité de travail de longue durée a déjà été mentionnée dans le présent rapport. Il faut cependant souligner que l'autre versant de la responsabilisation n'est pas présent non plus : lorsqu'un employeur de bonne volonté fait un effort pour réintégrer un travailleur malade ou blessé, il ne reçoit aucune récompense financière dans ce cas. Ne pourrait-on donc pas envisager, comme c'est le cas dans la législation relative aux accidents de travail, l'introduction d'un principe de bonus-malus en matière de réinsertion professionnelle et de réintégration dans l'emploi ?