

Dossier

Malades de longue durée



Dans le cadre de la formation du gouvernement fédéral, la question des malades de longue durée est de nouveau à l'ordre du jour. Afin d'augmenter le nombre de personnes actives en Belgique, les projets des partis en cours de négociation se concentrent sur l'activation des travailleurs malades. Dans les faits, il s'agit d'une attaque contre la santé de tous les travailleurs. En effet, ces mesures risquent de détériorer les conditions de travail de tous. Pour comprendre pourquoi, nous devons examiner la situation dans son ensemble.

Quelles sont les propositions en jeu ?

Les différentes notes de négociation abordent :

« Un plan global de prévention et de réintégration des malades de longue durée. Ce plan global repose sur une plus grande responsabilisation des 5 acteurs concernés : employeurs, travailleurs, médecins, mutualités et services régionaux de l'emploi. »

En ce qui concerne les **employeurs**, on parle des mesures suivantes :

- Ils sont encouragés à mettre en place une politique active en matière de congés de maladie, dans le cadre de laquelle les travailleurs malades sont contactés et font l'objet d'un suivi régulier ;
- Une extension de la durée du salaire garanti pour les travailleurs malades ;
- Une réforme des parcours d'intégration en fonction de l'emploi chez un autre employeur ;
- L'obligation de faire évaluer le potentiel de travail après 4 semaines d'incapacité de travail et, le cas échéant, d'entamer un processus de réintégration assortie de sanctions si cela n'a pas été fait après 6 mois d'incapacité de travail ;
- Si les travailleurs se révèlent définitivement inaptes au travail pendant le processus de réintégration, ils peuvent être licenciés immédiatement (au lieu de devoir attendre 9 mois) ;
- Les trajets de réintégration peuvent commencer dès le premier jour d'incapacité de travail ;
- En échange, le gouvernement supprime les pénalités pour les entreprises qui comptent un nombre relativement élevé de malades de longue durée.

Pour les **travailleurs**, les dispositions suivantes s'appliqueraient :

- Le jour de carence est réintroduit (ce qui signifie que vous n'êtes pas payé pour le premier jour de maladie) et le droit d'absence sans certificat de maladie est à nouveau supprimé pour certains travailleurs ;
- Les malades de longue durée ayant un potentiel d'emploi sont obligatoirement inscrits auprès d'agences de placement (VDAB, Actiris, Forem) ;
- Des sanctions sont introduites ou augmentées dans les parcours de réintégration et de retour au travail (voir l'annexe pour une explication de ces parcours) ;
- En cas de rechute, les travailleurs malades ne peuvent prétendre à une rémunération garantie qu'après 12 semaines.

- Il devient possible d'entamer un processus de réintégration de manière préventive ;
- La reprise partielle du travail fera l'objet d'un assouplissement administratif.

Les **médecins** :

- Ils doivent désormais utiliser une « fitnote », une note décrivant ce que le travailleur peut encore faire, au lieu d'un arrêt de travail ;
- Ils risquent des sanctions s'ils prescrivent des périodes de maladie plus longues ou plus nombreuses que d'habitude.

Pour les **mutuelles**, le financement est subordonné à leur capacité à remettre au travail les malades de longue durée.

Les services régionaux de l'emploi sont également soumis à un financement basé sur leurs résultats.

Un système d'invalidité partielle est enfin introduit aussi pour les **indépendants**, et la charge administrative en cas d'invalidité est réduite.

Un examen critique de ces mesures révèle que les employeurs sont particulièrement peu responsabilisés. Les sanctions existantes seraient même supprimées. L'extension de la durée du salaire garanti pourrait les responsabiliser, mais on ne sait pas encore dans quelle mesure elle pèsera.

Ce sera en tout cas bien moins qu'aux Pays-Bas, où les employeurs versent des salaires garantis pendant deux ans. Mais même là, les effets ne sont pas uniformément positifs pour les travailleurs. D'une part, il semble qu'aux Pays-Bas, cette mesure ait permis de réduire l'absentéisme et le nombre de personnes en incapacité de travail, et que les efforts de réintégration des employeurs aient augmenté. D'autre part, il semble également que les travailleurs reprennent le travail plus rapidement, même si leur état de santé ne s'est pas suffisamment amélioré. Enfin, on constate également que le système néerlandais conduit à une discrimination, car seules les personnes jeunes et en bonne santé peuvent encore obtenir un contrat à durée indéterminée, les employeurs estimant que le risque est trop grand dans le cas contraire.

Contrairement aux employeurs, les travailleurs sont confrontés à des mesures très concrètes qui les touchent directement et durement. Avec l'introduction du jour de carence, ils perdraient le salaire du premier jour à chaque fois qu'ils tombent malades, ce qui équivaldrait en moyenne à une perte d'environ 300 euros par an. À cela s'ajoute l'effet dissuasif de cette mesure qui rend les salariés malades moins enclins à exercer leur droit au congé maladie.

Les mesures les plus notables sont celles qui concernent les parcours de réintégration et les parcours de retour au travail. Une vue d'ensemble des règlements actuels est présentée en annexe.

Les parcours de réintégration sont actuellement des parcours volontaires pour les travailleurs malades ayant un contrat de travail. À l'origine, la philosophie de ces parcours était de permettre aux travailleurs de reprendre le travail auprès de leur employeur de manière adaptée, en leur fournissant un travail adapté, un accompagnement, une formation, etc. Les nouvelles propositions rendent le parcours de réintégration plus coercitif et en font plutôt un parcours de sortie pour le travailleur concerné.



Les parcours de retour au travail s'adressent à tous les malades qui ne sont pas engagés dans un parcours de réintégration, avec ou sans contrat de travail. Ils sont initiés par le médecin-conseil de la mutuelle, par la personne malade elle-même ou par le VDAB. Ici aussi, la pression s'accroît, tant au niveau des mutuelles que du Forem/Actiris. À terme, après un an d'incapacité de travail, presque toutes les personnes malades devront obligatoirement s'inscrire dans un tel parcours auprès du Forem/Actiris.

Tous les autres acteurs sont censés se fixer pour objectif de remettre les gens au travail. Les médecins, les caisses d'assurance maladie et le Forem/Actiris sont jugés sur cette base et leur financement en dépend.

Certaines des mesures proposées n'ont rien à voir avec la réintégration des malades de longue durée : il s'agit de mesures d'intimidation qui ne peuvent qu'accroître la pression au travail, le présentéisme (le fait de se rendre au travail tout en étant malade) et, en même temps, les maladies de longue durée.

La mesure visant à ne réintroduire le salaire garanti qu'après 12 semaines n'est pas non plus conçue pour réintégrer les malades de longue durée. Il s'agit simplement d'une économie pour les employeurs. En effet, si un salarié reprend le travail pour plus de deux semaines après une période de maladie et qu'il fait une rechute, il recevra à nouveau un salaire complet pendant un mois. Selon les propositions du gouvernement, il faudra avoir repris le travail pendant 12 semaines pour avoir à nouveau droit à la rémunération garantie. Le seul résultat possible est que les gens continuent à travailler en étant malades pour atteindre leurs 12 semaines, ce qui est évidemment néfaste pour leur santé à long terme.

Augmenter le taux d'emploi

Ces mesures sont motivées par la volonté d'augmenter le nombre de personnes au travail. La note de formation indique que le taux d'emploi en Belgique n'est que de 72,1 %, alors que la moyenne de l'UE est de 75,4 %. Au niveau européen, seuls cinq pays ont des taux d'emploi inférieurs. Des pays voisins tels que les Pays-Bas et l'Allemagne, en revanche, enregistrent des taux d'emploi supérieurs à 80 %.¹ Cet objectif est totalement arbitraire.

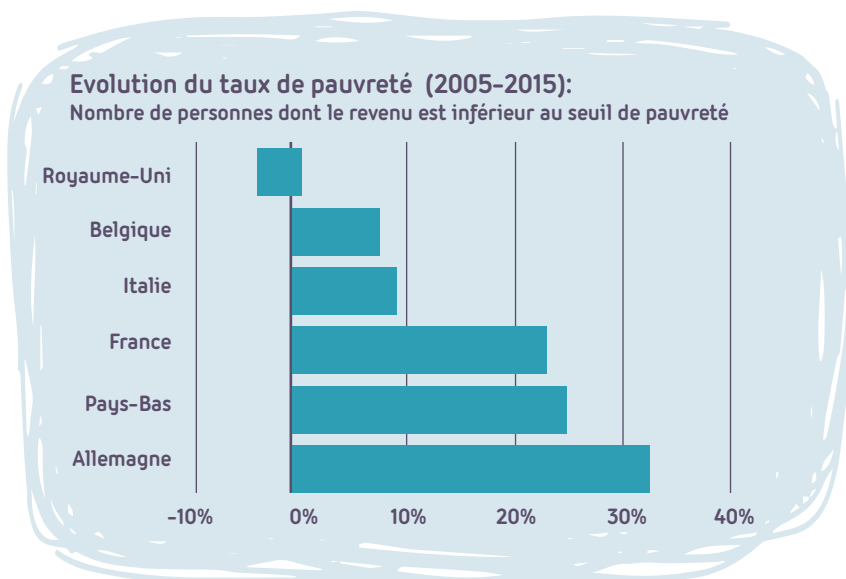
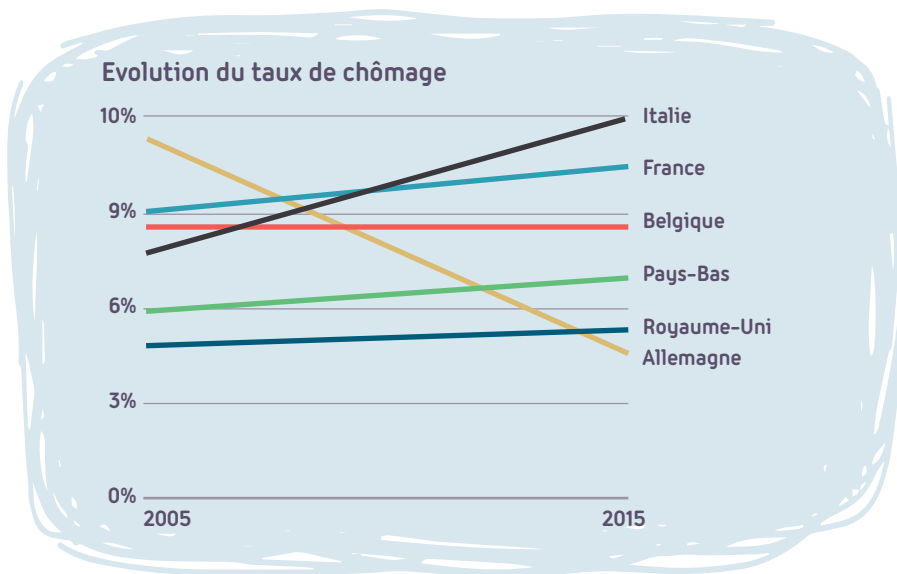
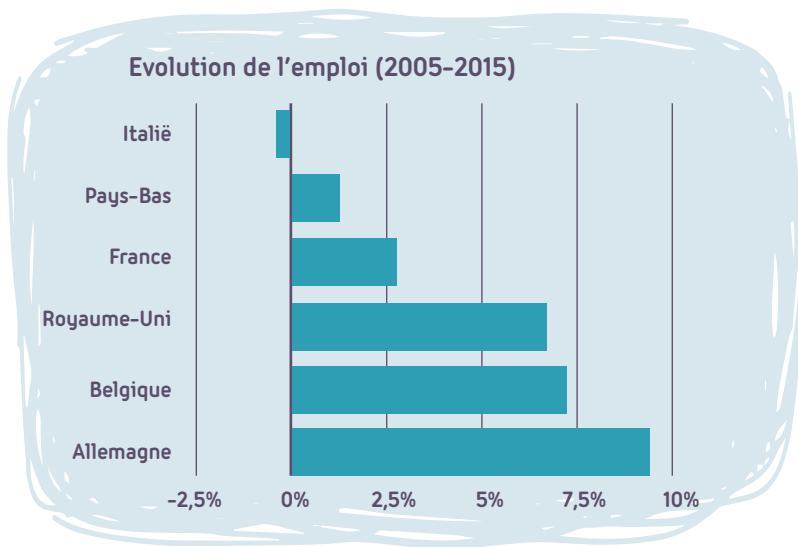
Dans un premier temps, le gouvernement souhaite déjà combler l'écart avec la moyenne de l'UE au cours de la prochaine législature. Cet objectif est très ambitieux. L'Allemagne, par exemple, malgré les vastes réformes Hartz, a mis 14 ans pour faire passer le taux d'emploi de 70 % à 80 %, les Pays-Bas, eux, ont eu besoin de 22 ans.²

Dans ces deux pays voisins, ces réformes se sont accompagnées d'une augmentation de l'emploi précaire et la notion de « travailleur pauvre » a été largement introduite. En Allemagne, par exemple, les réformes Hartz ont certes créé 3,3 millions d'emplois supplémentaires, mais elles ont aussi plongé 5 millions de personnes supplémentaires dans la pauvreté (+35 %), 1,5 million de personnes supplémentaires dans la grande pauvreté (+61 %), et 2 millions de personnes supplémentaires sont pauvres tout en travaillant (+119 %).³

1 Waarom De Werkzaamheid In België En De Gewesten Achterop Bleef Hinken Sinds De Vorige Verkiezingen. Stories @ UGent @ Work, numéro 16, mardi 14 mai 2024. <https://www.ugent.be/ugentatwork/nl/acties/policy-brief-16.pdf>

2 <https://www.itinera.team/sites/default/files/Itinera-werkzaamheidsgraad.pdf>

3 <https://www.denktankminerva.be/analyse/2016/12/1/s0h9556wej2srzjr13obrpaavxyj3t>



(Graphiques du groupe de réflexion Minerva : <https://www.denktankminerva.be/analyse/2016/12/1/s0h9556wej2srzjr13obrpaavxyj3>)

Dans cette comparaison avec les pays voisins, il faut également tenir compte du fait que le nombre moyen d'heures travaillées par an et par travailleur est plus élevé en Belgique en raison du recours plus fréquent aux contrats à temps partiel et irréguliers dans ces pays. Lorsque le taux d'activité (le nombre de personnes occupées par rapport au total) est multiplié par le nombre moyen d'heures travaillées par an et par travailleur, le taux d'activité réel de la Belgique (le nombre d'heures travaillées par rapport au total) se situe dans la moyenne européenne.

Le taux d'emploi est défini comme le pourcentage de personnes actives au sein d'un groupe d'âge donné, généralement les 20-64 ans. Outre les actifs, il existe deux autres groupes, les chômeurs et les inactifs (voir tableau). Ainsi, la seule façon d'augmenter le taux d'emploi est de réduire les groupes de chômeurs et d'inactifs. En gros, nous parlons de 300 000 chômeurs et de 1 600 000 inactifs.⁴

Actifs	4 900 000	72 %
Chômeurs	300 000	5 %
Inactifs	1 600 000	23 %
Total	6 800 000	100 %

Les malades (de longue durée) représentent moins d'un tiers du total des inactifs. Alors pourquoi se concentre-t-on autant sur l'activation des malades de longue durée pour augmenter les taux d'emploi ?

Tout d'abord, les malades de longue durée constituent un groupe important qui croît très rapidement. Le nombre de malades de longue durée a doublé, passant de 250 000 en 2008 à 500 000 en 2023, et approchera de 600 000 en 2025. La Belgique est première d'Europe en termes de proportion de personnes inactives en raison d'une maladie ou d'un handicap. Pas moins de 7,2 % des personnes âgées de 20 à 64 ans sont inactives pour cette raison. Si les Pays-Bas affichent un pourcentage similaire, en France et en Allemagne, il se situe autour de 4 %.⁵

Deuxièmement, il ne suffit pas d'activer les demandeurs d'emploi pour obtenir des résultats. Pour atteindre un taux d'emploi de 80 % (5,4 millions), plus de 500 000 personnes supplémentaires devront travailler. En bref, même si tous les chômeurs, les « demandeurs d'emploi », trouvent un emploi, l'objectif ne sera pas atteint. En conséquence, les inactifs sont également dans le viseur. Il ne suffit pas d'activer les demandeurs d'emploi. Pour atteindre un taux d'emploi de 80 %, les autres aussi doivent travailler, qu'ils le veulent ou non.

4 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/werkgelegenheid-en-werkloosheid>

5 Arbeidsongeschiktheid En De Re-Integratie Van Werknemers Op De Arbeidsmarkt. Conseil supérieur de l'emploi, mars 2024

Quel est l'impact attendu de ces mesures ?

Pour évaluer le potentiel de ces mesures pour la réintégration des malades de longue durée, nous devons d'abord déterminer les causes de l'augmentation considérable de leur nombre. L'augmentation de l'inactivité due aux maladies de longue durée dans notre pays a été assez bien étudiée et le gouvernement (INAMI) a également pu expliquer cette évolution en se basant sur les facteurs suivants⁶:

- **L'augmentation du taux de participation des femmes au marché du travail**

L'une des tendances à long terme les plus importantes est la forte augmentation du taux de participation des femmes au marché du travail, y compris dans les groupes d'âge plus élevés, car la société évolue de plus en plus vers des familles à double revenu.

- **Le vieillissement de la population**

Une deuxième tendance à long terme est le vieillissement de la population belge. Le nombre de travailleurs âgés de 50 à 59 ans augmente, alors qu'il tend à diminuer pour les groupes d'âge plus jeunes. L'incapacité de travail étant un phénomène qui augmente avec l'âge, l'augmentation du nombre de travailleurs âgés entraîne également une augmentation du nombre de personnes dans le système d'invalidité et d'incapacité.

- **Le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes**


Une première accélération des statistiques, autour de 2008, coïncide avec le relèvement de l'âge de la retraite, surtout de celle des femmes. L'âge de la retraite des femmes a été progressivement aligné sur celui des hommes. Depuis 2009, l'âge de la retraite est le même pour les femmes et les hommes.

- **De nouvelles pathologies**

Une deuxième accélération, depuis 2013-2014, ne peut pas être entièrement expliquée par les mesures relatives aux pensions. Des changements importants sont intervenus en ce qui concerne les pathologies à l'origine d'une période d'invalidité. Le nombre de malades souffrant de troubles mentaux et comportementaux, mais aussi de maladies du système osseux et musculaire et du tissu conjonctif augmente considérablement. À cet égard, on peut se référer au fait que de plus en plus d'analyses établissent un lien entre le stress et les conditions de travail, d'une part, et l'incapacité de travail, d'autre part. Cette évolution s'accompagne d'une féminisation accrue de l'invalidité. Par exemple, entre 2018 et 2022, on observe une augmentation annuelle moyenne de 5,16 % chez les femmes, contre 2,76 % chez les hommes.

Fin 2021, les personnes souffrant de troubles psychosociaux représentaient un peu plus d'un tiers (36,4 %) de l'ensemble des personnes en situation d'invalidité. Deux tiers d'entre elles (66,4 %) souffraient de dépression ou d'un burn-out, soit environ un quart

⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnitees/statistiques-2022/statistiques-sur-l-invalidite-des-travailleurs-salaries-et-chomeurs-en-2022>



de l'ensemble des personnes en situation d'incapacité. Entre 2016 et 2021, le nombre de personnes en incapacité pour cause de troubles psychosociaux a augmenté de 31 %. En ce qui concerne le burn-out et la dépression, l'augmentation est de 46,4 %. Il convient également de noter que 59 % des personnes en incapacité sont des femmes. Pour l'incapacité due au burn-out ou à la dépression, ce taux atteint 68 %. C'est également chez les femmes que l'on observe la plus forte augmentation de l'incapacité due au burn-out ou à la dépression : près de 50 % sur 5 ans. Parmi les femmes exerçant une activité indépendante, cette augmentation était de plus de 66 %. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale, d'être en incapacité de travail et même d'être en incapacité de longue durée en raison de problèmes de santé mentale.⁷

Il existe un décalage évident entre les causes réelles de l'augmentation du nombre de malades de longue durée et les mesures proposées. L'analyse des causes profondes indique qu'il s'agit de personnes qui ne peuvent pas (plus) travailler pour une raison ou une autre. Elle concerne les travailleurs âgés, les femmes ayant d'autres responsabilités familiales et de plus en plus de personnes qui ne peuvent pas faire face à la charge de travail, c'est-à-dire au travail qui rend malade. En d'autres termes, des solutions doivent être recherchées pour alléger la charge de travail, fournir un travail adapté, un repos en temps voulu et un travail réalisable.

Cependant, toutes les mesures proposées reposent sur une logique différente. Elles partent d'une méfiance fondamentale à l'égard des malades de longue durée. L'hypothèse est que les gens doivent être activés parce qu'ils abusent du système. Bart De Wever l'avait déjà noté dans une interview publiée dans De Morgen juste avant les élections : « Bien sûr, parmi les malades de longue durée, certains ne sont pas vraiment malades. »⁸ Il a ajouté : « Les gens s'installent confortablement dans ce système en sachant que quelqu'un d'autre paie. Encore une fois, surtout en Wallonie ». Ce faisant, il ressort une fois de plus le cliché des profiteurs wallons. En moyenne, les taux d'emploi sont effectivement plus faibles en Wallonie qu'en Flandre, mais ces différences sont sans aucun doute liées à des différences socio-économiques et démographiques plutôt qu'à des attitudes individuelles. Le Brabant wallon, par exemple, obtient de meilleurs résultats que la moyenne belge et il existe également des différences significatives entre les provinces flamandes.⁹

7 Invalidité de longue durée due à des troubles psychosociaux. Luk Bruyneel, Xavier Rygaert, Jarmila Oslejova, Hervé Avalosse, Valérie Fabri, Clara Noirhomme, Didier Willaert, Jérôme Vrancken, Annelies Meeus, Agnès Leclercq, Güngör Karakaya, Théo Brunois, Tonio Di Zinno. Agence intermutualiste. 30/04/2024. <https://www.inami.fgov.be/fr/etude/etude-sur-les-profil-des-incapacites-de-travail-de-longue-duree-dues-a-des-troubles-psycho-sociaux>

8 <https://www.demorgen.be/verkiezingen-9-juni/n-va-voorzitter-bart-de-wever-natuurlijk-zijn-niet-al-die-langdurig-zieken-echt-ziek~b4e51a24/>

9 <https://www.hln.be/binnenland/terwijl-west-vlaanderen-schittert-zakt-vlaams-brabant-verder-weg-expert-stijn-baert-over-nieuwe-studie-van-tewerkstelling-in-onze-provincies~a930c6e1/>

Quelle politique de réintégration ?

Bien entendu, nous ne sommes pas opposés à ce que les travailleurs malades reprennent le travail dès que possible. C'est aussi ce que veulent la plupart des gens. Par conséquent, les syndicats et les scientifiques ne sont pas hostiles aux parcours de réintégration. Dans le contexte belge, cependant, les parcours de réintégration n'ont pas bonne réputation. Tout d'abord, il est apparu que l'accent mis sur la réintégration et l'introduction de nouveaux outils au cours de la période 2013-2020 n'a pas permis d'accélérer le retour au travail des malades de longue durée. La probabilité que la durée de l'incapacité soit au moins d'un an est restée relativement stable entre 2013 et 2020, autour de 20 %.¹⁰

De plus, un processus de réintégration se terminait souvent par un licenciement pour cause de force majeure médicale.¹¹ C'est pourquoi le système a été réformé en 2022, séparant les parcours de réintégration et la procédure conduisant au licenciement pour force majeure médicale.

En séparant les trajectoires de réintégration et les licenciements, le nombre de trajectoires de réintégration est passé de 10 000 à 2 000 par trimestre.¹² En outre, pour de nombreux malades de longue durée, une procédure de licenciement pour cause de force majeure médicale a immédiatement été entamée, sans accès à une trajectoire de réintégration. Selon les syndicats, les nouveaux chiffres montrent clairement que les employeurs ne font pas assez d'efforts pour permettre à leur personnel malade de reprendre le travail. Au lieu d'aider les travailleurs malades à trouver du travail adapté, ils choisissent d'entamer immédiatement une procédure de licenciement.

Cependant, la recherche scientifique montre que les parcours de réintégration peuvent être couronnés de succès si un certain nombre de conditions sont remplies :

Tout d'abord, se faire sur base volontaire. C'est également la raison pour laquelle les trajectoires de réintégration informelles ont toujours été beaucoup plus efficaces que les trajectoires de réintégration formelles. Bien que ces dernières soient en principe également sur base volontaire, elles sont généralement accompagnées d'une certaine pression.

Deuxièmement, il est préférable de commencer le plus tôt possible. La probabilité de quitter une situation d'incapacité diminue rapidement après six mois d'absence. Au cours des six premiers mois, deux tiers des personnes concernées quittent le système. Par la suite, le retour sur le marché du travail est beaucoup plus difficile. Environ 2 personnes sur 10 qui se retrouvent en incapacité de travail restent absentes pendant un an. Mais parmi les personnes malades pendant un an, 8 sur 10 sont toujours en incapacité un an plus tard.¹³

Troisièmement, il est important qu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une politique de réintégration plus large, axée sur la participation des travailleurs. Une évaluation de l'impact de la réglementation sur la réintégration au travail réalisée en 2020, par exemple,

10 https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/2024_cse_incapacitedetravail_rapport_0.pdf

11 https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoeksprojecten/RTW_Verslag_WP1en2_KULeuven_2020.pdf

12 <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/veel-vaker-medisch-ontslag-voor-langdurig-zieke-dan-re-integratie/10565079.html>

13 https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/2024_cse_incapacitedetravail_rapport_0.pdf

concluait déjà que : « Il faut veiller à ce que la réintégration soit au cœur de l'entreprise, par exemple en analysant les ressources dont le Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT) a besoin pour s'y consacrer réellement. »¹⁴

Enfin, la politique de réintégration des travailleurs malades doit être en lien avec la politique de prévention des risques (analyse des risques et mesures de prévention). De telles politiques, lorsqu'elles sont mises en œuvre avant l'incapacité, peuvent réduire le nombre de travailleurs malades.¹⁵

Travail faisable ou travail qui rend malade

Les parcours de réintégration peuvent donc jouer un rôle dans le retour au travail après une maladie de longue durée. Mais la prévention de l'incapacité de travail est encore plus importante. Cela n'est pas possible avec les mesures proposées qui ne font qu'accroître la pression et ne font qu'engendrer davantage de maladies de longue durée. Contre l'image fautive de profiteurs qu'ont les malades de longue durée, nous nous concentrons sur le switch d'un travail qui rend malade à un travail faisable.

Les mesures que nous proposons s'inscrivent parfaitement dans le cadre d'un travail faisable : un travail qui n'entraîne pas de stress excessif, qui offre des possibilités d'apprentissage suffisantes, qui est motivant et qui permet de concilier vie professionnelle et vie privée. En d'autres termes, un travail de qualité.

Cela concerne différents aspects du travail : un contrat à durée indéterminée, des horaires prévisibles avec des pauses suffisantes, le droit à la déconnexion, la participation sur le lieu de travail, le soutien des responsables, un travail adapté en cas de capacité réduite, la possibilité de s'épanouir, des congés et des régimes de retraite adaptés, etc.

Ce sont les syndicats et les mutuelles qui ont mis en commun leur expertise dans ce domaine. Ils peuvent jouer un rôle important dans la promotion d'un travail faisable, nous mettant sur la voie d'une société comptant beaucoup moins de malades de longue durée. Les syndicats peuvent avoir davantage voix au chapitre dans toutes les décisions ayant un impact sur la santé et le bien-être psychologique des travailleurs, notamment par l'intermédiaire du Comité pour la prévention et la protection au travail (CPPT).

Cependant, ces organisations sont elles-mêmes sous le feu des critiques.¹⁶ Bouchez et De Wever veulent également réduire la protection des représentants syndicaux contre le licenciement. Ils proposent également que les directions d'entreprise puissent contourner les syndicats pour imposer des conditions moins favorables à leurs travailleurs. L'Arizona encourage aussi les négociations individuelles sur le temps de travail, ce qui affaiblit encore le rôle des syndicats et isole les travailleurs.

En bref, ceux qui peuvent apporter des solutions sont eux-mêmes attaqués. C'est pourquoi un large front se forme pour empêcher ces mesures.

¹⁴ <https://emploi.belgique.be/fr/propos-du-spf/services-offerts/projets-de-recherche/2020-evaluation-de-limpact-de-la-nouvelle>

¹⁵ <https://emploi.belgique.be/fr/propos-du-spf/services-offerts/projets-de-recherche/2023-realisation-dun-recueil-de-bonnes>

¹⁶ <https://www.ptb.be/chapitre-5-affaiblir-les-syndicats-pour-affaiblir-la-classe-travailleuse>

Annexe :

Quelles sont les mesures actuelles de réintégration après une maladie (de longue durée) ?

Il y a plusieurs options de trajectoires vers le (retour au) travail après une période de maladie :

- 1) Une réintégration informelle
- 2) Un trajet formel de réintégration (initié à la demande du travailleur ou de l'employeur.
- 3) Un parcours de retour au travail (parcours RAT) initié par le médecin-conseil ou le travailleur.

Il existe également une procédure de licenciement en cas de force majeure médicale..

La réintégration informelle

Dès le premier jour d'incapacité, le travailleur ou le médecin traitant peut prendre l'initiative de la réintégration auprès de l'employeur. Le travailleur peut programmer une visite avec le conseiller en prévention-médecin du travail (CPMT).

Le trajet formel de réintégration

Ce trajet de réintégration ne vaut que pour les personnes malades qui ont un contrat de travail. Après 4 semaines d'incapacité, le conseiller en prévention/médecin du travail (CPMT) prend contact avec le travailleur pour discuter des possibilités de reprise du travail. Si le travailleur est d'accord, le CPMT peut prendre l'une des trois décisions possibles après enquête et consultation :

- a. Le travailleur est temporairement inapte à reprendre le travail convenu ;
- b. Le travailleur est définitivement inapte à reprendre le travail convenu ;
- c. L'évaluation de la réintégration n'est pas possible (pour l'instant).

Dans les cas (a) ou (b), l'employeur consulte le travailleur, le CPMT et tout autre acteur. Sur cette base, un plan est établi pour un autre travail (temporaire ou permanent), un travail adapté, une formation, un accompagnement, etc. Ce plan est soumis au travailleur qui peut l'accepter ou non. Si le travailleur l'accepte, il sera mis en œuvre. La mise en œuvre est contrôlée par le CPMT et ajustée si nécessaire.

Le trajet de réintégration ne peut aboutir à un licenciement pour force majeure médicale que si le CPMT décide que le travailleur est définitivement inapte (décision b) et que le travailleur ne demande pas d'enquête pour un travail adapté ; ou que le travail adapté s'avère impossible, ou que le travailleur refuse de mettre en œuvre le plan de réintégration.

Le trajet de retour au travail

Le trajet RAT s'adresse à toutes les personnes malades qui ne sont pas engagées dans un trajet de réintégration, avec ou sans contrat de travail. Il peut être lancé soit à l'initiative du médecin-conseil de la mutuelle (voie A), soit à l'initiative de la personne malade (travailleur, indépendant ou chômeur, ayant droit ou non à des prestations sociales) (voie B) ; soit à l'initiative du VDAB, d'Actiris ou du Forem (voie C).

Voie A :

Le médecin-conseil, en concertation avec le patient, peut choisir la voie A à la suite d'un contrôle.

Après 10 semaines d'incapacité, un travailleur malade reçoit automatiquement un questionnaire. S'il n'est pas complété, le travailleur risque une pénalité. Le travailleur est également invité à se soumettre à une évaluation de sa capacité de travail résiduelle par le médecin-conseil de la mutuelle. Ce rendez-vous est obligatoire.

Si le médecin-conseil estime que la reprise du travail semble possible moyennant des adaptations ou un accompagnement, il en réfère au coordinateur RAT de la mutuelle si la personne concernée est d'accord.

L'intervention du coordinateur RAT dépend de l'existence ou non d'un contrat de travail pour la personne malade. Dans le cas où un contrat de travail existe et si cela est approuvé, le coordinateur RAT renvoie au CPMT avec un accompagnement. Si ce n'est pas le cas, le coordinateur RAT établit un plan de réintégration en concertation avec la personne concernée.

Voie B :

La personne malade peut à tout moment s'adresser elle-même au médecin-conseil de la mutuelle pour reprendre un travail à temps partiel ou entamer un processus de réintégration. Si cette dernière option est choisie, tout se passe comme dans la voie A.

La voie C est réservée aux personnes malades en incapacité de travail depuis plus d'un an. Celles-ci peuvent s'adresser au VDAB, à Actiris et au Forem. Le médiateur demandera l'autorisation au médecin-conseil de la mutuelle pour initier un parcours RAT. Après accord, le médiateur du VDAB, d'Actiris ou du Forem continuera à accompagner la personne malade.

La procédure de licenciement pour force majeure médicale

La procédure de licenciement pour force majeure médicale est distincte des procédures de réintégration depuis 2022, et la procédure ne peut pas être engagée alors qu'une procédure de réintégration est en cours.

Quand est-elle possible ?

- Après une incapacité de travail d'au moins 9 mois
- Après la détermination de l'inaptitude définitive Décision b
- Si le travailleur ne demande pas d'enquête pour un travail adapté ou alternatif ;
- Si l'employeur justifie dans un rapport que le travail adapté n'est pas possible ;
- Ou si le travailleur refuse le plan de réintégration qui lui est proposé.

En cas de licenciement pour force majeure médicale, le travailleur licencié a droit aux allocations de chômage mais n'a droit ni au préavis ni à l'indemnité de licenciement.



médecine 
pour le peuple 