



Analyse des bonnes pratiques en matière de retour au travail

RAPPORT DE SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS



Sommaire

1. INTRODUCTION	3
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE	4
3. METHODOLOGIE	5
3.1. UNE ENQUETE QUALITATIVE INSPIREE DES PRINCIPES DE LA RECHERCHE-ACTION	5
3.2. DEUX COMITES POUR SOUTENIR LA DEMARCHE DE RECHERCHE	6
3.3. UN PROJET STRUCTURE EN 5 PHASES	7
3.4. LE CHOIX DES ETUDES DE CAS	9
4. RESULTATS ET RECOMMANDATIONS	12
4.1. THEMATIQUE I : LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES UTILES	12
4.1.1. Recommandation transversale : Penser le retour au travail parallèlement aux démarches d'analyse des risques	12
4.1.2. Recommandation transversale : Mobiliser les principes d'une politique globale de prévention	13
4.2. THEMATIQUE II : LES POSSIBILITES ET MODALITES DE REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS MALADES	16
4.2.1. Recommandation transversale 1 : Distinguer les réponses en fonction du type de pathologie	16
4.2.2. Recommandation transversale 2 : Créer les conditions favorables pour adapter le travail	18
<i>Recommandation : Eviter une discrimination basée sur le handicap ou l'état de santé en ayant recours à des aménagements raisonnables</i>	20
4.2.3. Recommandation transversale 3 : S'appuyer sur les outils de mobilité intra/intersectorielle	21
<i>Recommandation : Avoir recours à une ou plusieurs périodes « test »</i>	23
4.3. THEMATIQUE III : L'ACCOMPAGNEMENT DU MALADE ET DES EQUIPES	24
4.3.1. Recommandation transversale 1 : Informer sur les démarches à suivre, les rôles et les missions des acteurs de santé engagés sur les questions de santé au travail	24
<i>Recommandation : Améliorer la connaissance de la législation sur la réintroduction des travailleurs</i>	25
4.3.2. Recommandation transversale 2 : Favoriser le suivi médical régulier et systématiser la visite de pré-reprise	25
4.3.3. Recommandation transversale 3 : Définir les modalités de contact entre l'institution et le malade de manière concertée	26
4.3.4. Recommandation transversale 4 : La préparation au retour avec l'ensemble des acteurs	27
<i>Recommandation : Avoir recours au Disability management pour mieux préparer le retour</i>	28
4.4. THEMATIQUE IV : LA CONCERTATION AVEC ET ENTRE LES MEDECINS	28
4.4.1. Recommandation transversale 1 : Construire une relation de confiance entre le travailleur malade et les différents médecins	29
4.4.2. Recommandation transversale 2 : Promouvoir la collaboration étroite et indépendante entre médecin du travail et représentants de l'employeur	30
4.4.3. Recommandation transversale 3 : L'enjeu d'une communication régulière entre les médecins	31
<i>Recommendations</i>	33
5. REFLEXIONS FINALES	34
6. LEXIQUE	35
7. BIBLIOGRAPHIE	37
8. ANNEXES	39

Analyse des bonnes pratiques en matière de retour au travail

RAPPORT DE SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Laetitia Mélon (Citéa Scrl-fs)
Maria Cecilia Trionfetti (Metices-ULB)
Isabelle Carles (Metices-ULB)
Aline Bingen (Metices-ULB)



1. Introduction

Favoriser le retour au travail de travailleurs malades de longue durée est une préoccupation des pouvoirs publics et des interlocuteurs sociaux depuis longtemps notamment à cause de son coût tant pour la sécurité sociale que pour les entreprises mais aussi pour les travailleurs qui sont eux, fragilisés tant financièrement que socialement. Diverses législations ont été adoptées, parmi lesquelles l'arrêté royal du 19 février 2013¹ et celui du 28 octobre 2016, qui concernent la réintroduction des travailleurs en incapacité de travail. Il est à préciser que « le trajet de réintroduction n'est pas applicable à la remise au travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle »².

¹ Cet arrêté royal oblige notamment les employeurs concernés à affecter une partie de leurs moyens en faveur de certains groupes à risque notamment les personnes avec une aptitude au travail réduite.

² Arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintroduction des travailleurs en incapacité de travail (M.B. 24 novembre 2016).

³ Cette réforme a été initiée par l'arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintroduction des travailleurs en incapacité de travail (M.B. 24 novembre 2016). D'autres dispositions ont complété cette réforme. Il s'agit de l'arrêté royal du 8 novembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle (M.B. 24 novembre 2016), la loi du 20 décembre 2016 portant dispositions diverses en droit du travail liées à l'incapacité de travail (M.B. 30 décembre 2016), l'arrêté royal du 30 janvier 2017 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs (M.B. 6 février 2017).

⁴ Chiffres de Co-prev cité par Kempeneers, E. (2020) « Le trajet de réintroduction gagne du terrain », Wolters Kluwer, senTRAL, Actualités 24 septembre 2020.

⁵ Falcinelli S., « Après la maladie : retour au travail ou licenciement ? Quels sont les véritables chiffres des "trajets de réintroduction" ? », RTBF Info, 3 janvier 2020, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_apres-la-maladie-retour-au-travail-ou-licenciement-quels-sont-les-veritables-chiffres-des-trajets-de-reintegration?id=10398470

Trois ans après la réforme³ initiée par la Ministre de la Santé publique Maggie De Block, sous le gouvernement Michel, le nombre de trajets de réintroduction a augmenté (32.000 en 2019 contre 15.000 en 2017). La proportion de trajets initiés par les employeurs et par les mutualités a augmenté, à l'inverse des trajets initiés par les travailleurs qui proportionnellement, sont en baisse. Les trajets se clôturent majoritairement par une rupture de contrat pour force majeure médicale même si la proportion de décision D tend à flétrir en 2020.⁴ Alors que les organisations syndicales dénoncent le nombre important de licenciements consécutifs à la réforme, les représentants patronaux relativisent en pointant le recours fréquent à d'autres démarches de retour au travail moins lourdes telles que la visite préalable à la reprise du travail.⁵

RAPPEL

> DÉCISIONS QUE LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT PRENDRE

1. Le travailleur peut, à terme, reprendre le travail convenu, le cas échéant avec une adaptation du poste de travail. Entretemps, il est en état d'effectuer chez l'employeur un travail adapté ou un autre travail.
(DÉCISION A)
2. Le travailleur peut à terme reprendre le travail convenu mais entretemps n'est pas en état d'effectuer chez l'employeur un travail adapté ou un autre travail.
(DÉCISION B)
3. Le travailleur est définitivement inapte à reprendre le travail convenu mais est en état d'effectuer chez l'employeur un travail adapté ou un autre travail.
(DÉCISION C)
4. Le travailleur est définitivement inapte à reprendre le travail convenu et n'est pas en état d'effectuer chez le même employeur un travail adapté ou un autre travail.
(DÉCISION D)
5. Il n'est pas opportun de déclencher un trajet de réintroduction pour des raisons médicales et la situation devra être réévaluée dans un délai de 2 mois (mais cette décision ne peut être prise lorsque la réintroduction a été demandée par le médecin-conseil).
(DÉCISION E)

L'évaluation récente menée par une équipe de recherche de la KULeuven et de l'ULB pour le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale montre que le retour effectif au travail est plus fréquent pour les travailleurs en incapacité qui passent par la visite préalable à la reprise de travail (73%) que pour ceux qui font l'objet d'un trajet de ré intégration (42%). Cette recherche montre en outre qu'il y a une proportion plus importante d'absents de longue durée (incapacité de plus d'un an) parmi le groupe ayant été concerné par un trajet de ré intégration (40 %) par rapport à ceux qui passent par une visite préalable (25%). Comme d'autres recherches antérieures, cette évaluation confirme que la durée de l'incapacité influence la ré intégration. En effet, les chances de ré intégration diminuent avec l'augmentation de la durée de l'incapacité.⁶

⁶ Boets I., Godderis L., De Greef V., Deroubaix H. (2020), « Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la ré intégration au travail », Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, pp.5-6.

Dans le cadre de la présente étude, les partenaires sociaux de plusieurs Fonds sectoriels membres des asbl APEF, FeBi et ABBET ont piloté une recherche-action qualitative, menée par le centre Metices de l'ULB et Citéa entre 2018 et 2020. Ce projet sur la ré intégration des travailleurs malades de longue durée visait non seulement à rendre compte des pratiques mises en œuvre dans les institutions du secteur non marchand pour encadrer l'accompagnement du retour au travail, mais également à mettre en évidence les éventuelles impasses et difficultés inhérentes aux situations de ré intégration.

La commande poursuivait une triple ambition : sensibiliser et outiller les employeurs et leurs services internes (SIPP, RH...) ainsi que les travailleurs et leurs représentants ; favoriser les collaborations avec des organismes tels que les services externes de prévention et de protection - SEPP – ou les mutualités et, enfin, interpeller les pouvoirs publics.

L'analyse des pratiques a permis de dégager un certain nombre de facteurs bloquant et facilitant la mise en œuvre de trajectoires de ré intégration efficaces dans les institutions sociales. Les recommandations reprises dans le présent rapport sont associées à un ensemble de « fiches-outils »⁷ prodiguant de conseils utiles aux acteurs de terrain pour mettre en œuvre des démarches collectives de ré intégration et, plus largement, de prévention.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude poursuit **deux objectifs principaux**, l'un visant à recueillir les pratiques mises en place par les différents acteurs concernés par la ré intégration des travailleurs malades de longue durée au sein des institutions ciblées du non marchand, l'autre visant à les analyser afin de dégager les bonnes pratiques et les éventuels freins. À ces deux objectifs généraux correspondent les **objectifs opérationnels** suivants :

- Identifier les bonnes pratiques et les stratégies favorisant la réussite d'un parcours de ré intégration.
- Déterminer les freins/obstacles à la mise en place d'un processus de ré intégration des travailleurs malades et les moyens de les dépasser.
- Initier une réflexion entre les acteurs des institutions en vue de favoriser la lecture partagée des facteurs bloquant et facilitant la mise en œuvre d'un parcours de ré intégration.
- Sensibiliser les intervenants externes aux institutions (administrations, médecins-conseil, SEPP, représentants sectoriels...) aux problématiques vécues dans les institutions dans le cadre de la ré intégration des travailleurs malades et, identifier, avec eux, les leviers d'action existants pour y remédier.
- Participer au déploiement, dans le secteur non marchand, d'un dispositif permettant la mise en place de procédures positives de ré intégration des travailleurs malades.

3. Méthodologie

3.1. Une enquête qualitative inspirée des principes de la recherche-action

Cette recherche a visé à recueillir les préoccupations exprimées sur le terrain en privilégiant la confrontation entre une pluralité de points de vue. Il s'agit d'un préalable méthodologique indispensable afin que l'étude puisse aboutir, à termes, à la mise en place de dispositifs d'action adaptés et validés collectivement. **Dès lors, les principes suivants ont guidé notre étude :**

- La rencontre d'**acteurs de profils diversifiés tout au long de l'étude, à savoir :**
 - **Les acteurs d'institutions issues des CP et SCP 318.01, 319, 319.02, 327, 329.02, 330, 332, 337⁸** : des travailleurs en situation d'arrêt de travail pour raison médicale et ayant réintégré le travail, des employeurs, des collaborateurs au sein des services RH, des délégués syndicaux, des conseillers en prévention internes et des personnes de confiance ;
 - **Les acteurs sectoriels** : les partenaires sociaux des secteurs (représentants des fédérations patronales & représentants syndicaux dont les permanents et secrétaires du secteur non marchand) ;
 - **Les professionnels du monde de la santé** : des médecins du travail, des conseillers en prévention et experts au sein des SEPP, des médecins-conseil et autres représentants des services des mutualités, des médecins généralistes et spécialistes, services multidisciplinaires (clinique du stress, centre de revalidation...), organismes de formation et d'accompagnement spécialisés sur le sujet ;
 - **Les experts d'administrations et organes fédéraux ou régionaux** tels que l'INAMI, l'AVIQ, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, le Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, des centres de recherche, etc.
- **La valorisation de la complémentarité des différents types d'expertise** : expertise des acteurs directement concernés au sein des institutions (travailleurs, employeurs, etc.) : celle des partenaires sociaux ; celle des experts de la prévention et de la santé ; celle des administrations ; celle des chercheurs.
- **L'exploitation des expériences vécues et racontées par les experts** afin de faire émerger une analyse fine des conditions de travail et un plan d'actions à mettre en place. Dans cette perspective, l'équipe de recherche est dans une position d'accompagnant et non de détenteur du savoir. Son rôle est celui d'un superviseur qui éclaire la production de connaissances établie par les acteurs de terrain.
- **Le recours à une approche qualitative approfondie et non quantitative.** L'équipe de recherche s'est appuyée sur une démarche inductive et peu directive qui a l'avantage de ne pas imposer un modèle d'analyse au terrain et permet aux acteurs d'avoir une grande liberté dans la formulation de leurs réponses. Nous privilégions la qualité des échanges avec les différents acteurs qui a nécessité dès lors un certain temps par entretien afin d'identifier les visions et représentations de chacun vis-à-vis des situations rencontrées en ne négligeant pas toute leur complexité et les différentes étapes parcourues. Etant donné que nous touchons également à une problématique relative à la santé, il importe que nous puissions garantir un cadre de confidentialité

⁸ Cf. Tableau 1: CP - SCP et types de services représentés dans l'étude.

et d'expression libre. C'est pourquoi, nous avons privilégié des entretiens individuels avec les acteurs de terrain (employeurs, travailleurs et leurs représentants, conseillers en prévention et personnes de confiance, etc.) afin que les points de vue potentiellement différents ne puissent pas venir entacher la qualité et la diversité des données recueillies.

3.2.Deux comités pour soutenir la démarche de recherche

Dans le cadre de l'étude, l'équipe de recherche a été soutenue par la mise en place de deux comités : d'une part, le comité scientifique et d'autre part, le comité de pilotage.

Le **comité scientifique** a regroupé un panel diversifié d'experts issus du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, de l'INAMI, du Conseil supérieur pour la prévention et la protection au travail, de centres de recherche (KULeuven, Université de Liège, Ecole de Santé publique de l'ULB), du réseau TRIO, de mutualités, de médecins et de représentants de plusieurs syndicats. Ce comité a permis de confronter les connaissances engrangées et les pratiques relevées par l'équipe de recherche à leur expertise. Ces échanges ont permis une prise de recul par rapport aux résultats obtenus et de pointer les difficultés transversales afin de faciliter l'identification des recommandations.

Le **comité de pilotage** a été composé des interlocuteurs sociaux des Fonds sociaux (représentants des fédérations patronales et des organisations syndicales) et de permanents des asbl APEF, FeBi et ABBET afin d'opérer les choix méthodologiques sur base des propositions formulées par l'équipe de recherche. Le retour continu vers le comité de pilotage a permis de réfléchir à la création des supports de communication afin de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des acteurs de terrain. Au cours des 4 réunions consécutives aux différentes étapes du projet (cf. infra), une démarche participative a été privilégiée afin de faire évoluer le dispositif de recherche et de l'adapter au plus près des réalités sectorielles, tant sur le fond que sur la forme.

3.3.Un projet structuré en 5 phases

1) La première phase, à visée exploratoire, a été réalisée à partir d'un **relevé de la littérature**, au niveau national et européen, pour déceler les enjeux posés par le retour au travail après une incapacité et identifier les facteurs considérés comme favorisant ou freinant la mise en place de parcours de réintégration efficaces. La littérature européenne et nationale relative à la prévention des risques professionnels a été particulièrement utile. En effet, plusieurs études ont déjà été menées sur les incitants et freins à la mise en place d'un système dynamique de prévention.

2) En vue d'approfondir cette phase exploratoire, une première rencontre du comité scientifique a eu pour objectif :

- a. de faire un état des lieux des connaissances des experts en la matière et des problèmes soulevées par la réintégration des travailleurs malades de longue durée ;
- b. d'orienter l'équipe de recherche vers d'autres sources documentaires ainsi que vers des personnes-ressources.

3) Afin de confronter les résultats de la revue de la littérature aux pratiques de terrain, des **groupes de discussion** ont été constitués, composés de médecins du travail, médecins-conseil, permanents syndicaux, employeurs ayant si possible un mandat au sein d'une fédération patronale ainsi que des coachs spécialisés en bilan de compétences. Ces rencontres ont eu lieu au sein de **quatre zones territoriales** afin de réduire les déplacements et, par conséquent, faciliter les rencontres (Hainaut, Namur, Liège, Bruxelles/Brabant-Wallon).

Ces *focus group* régionaux, composés chacun entre 5 et 8 personnes, nous ont permis de poursuivre deux objectifs :

- a. préciser les facteurs facilitant et bloquant dans le cadre d'un processus de réintégration des travailleurs malades de longue durée à partir du partage d'expériences réalisé ;
- b. identifier, à partir du réseau des participants au groupe de discussion, des situations précises à analyser lors de l'enquête approfondie (cf. étape suivante). Généralement, il s'agissait d'un contact en deux temps car les personnes composant le groupe de discussion ne pouvaient pas nous transmettre directement les coordonnées mais devaient solliciter l'autorisation des personnes concernées (respect des règles de confidentialité).

4) Afin de relever les pratiques de terrain, une **enquête qualitative approfondie** a été réalisée en trois étapes :

- a. Un **premier état des lieux** de chaque institution a été effectué, avant de planifier les entretiens en leur sein. Les données ont été recueillies soit directement par les chercheurs (forme juridique, CP, lieu, bilan y compris le bilan social, public accueilli, type d'agrément...), soit par le biais de documents internes (règlement de travail, organigramme...) et/ou d'échanges avec le représentant de l'institution, généralement l'employeur ou le service RH (historique, organisation du travail, difficultés actuelles...).

- b. Dans un second temps, des **entretiens semi-directifs avec les acteurs des institutions** ont été réalisés⁹ au sein de 16 institutions du secteur non marchand¹⁰. Ceux-ci ont pris la forme d'entretiens individuels (21) ou collectifs de type *focus group* (30), selon la réalité de chacun des terrains et du niveau de confiance entre les parties. 3 types d'acteurs ont été interviewés pour chaque institution, à savoir :

- l'employeur et/ou ses représentants (direction, CA, service RH) ;
- les travailleurs et leurs représentants ;
- les intervenants de la santé concernés (conseiller en prévention interne, personne de confiance, conseiller en prévention-médecin du travail...).

Ce mode de recueil de données nous a permis de croiser les données par la suite tout en garantissant un climat de confiance. L'ensemble des témoignages recueillis ont été rendus anonymes.

- c. Des **entretiens semi-directifs avec des travailleurs** malades de longue durée ou ayant été réinsérés après une longue période d'incapacité : 19 travailleurs ont été interrogés individuellement ou en petits groupes (quelques collègues). À cette occasion, tant les données relatives à leur parcours que celles relatives à leur situation d'incapacité et à leur trajet de réintégration ont été recueillies.

⁹ Cf. Annexe « Grille d'entretien »

¹⁰ Les critères de sélection de ces institutions sont développés au point suivant (cf. 3.4.)

5) Enfin, la phase de traitement et d'analyse des données a permis de présenter d'une part, au comité de pilotage et d'autre part, au comité scientifique, une version intermédiaire des deux délivrables de la recherche, à savoir les **fiches-outils** et le **présent rapport de recherche**.

Ces deux réunions ont permis :

- d'affiner les résultats sur base des questions posées par les acteurs sectoriels et les experts scientifiques ;
- et d'orienter les outils de communication afin de s'assurer que ceux-ci soient pertinents et utilisables par tous.

Sur base des différentes remarques formulées, le rapport de recherche ainsi que les fiches-outils ont été finalisés.

Rappelons que les **fiches-outils** ont pour objectif de synthétiser les bonnes pratiques observées et de les relayer vers les différents acteurs concernés (travailleurs, délégués syndicaux, employeurs...) afin qu'ils puissent les adapter et éventuellement les mettre en œuvre dans le cadre de leurs propres organisations.

Quant au **rapport de recherche**, son but est de synthétiser les démarches entreprises et de proposer des recommandations pour favoriser le retour au travail. Il s'agit en conséquence d'un outil de stratégie politique.

3.4.Le choix des études de cas

Le réseau constitué autour de l'équipe de recherche, des groupes de discussion territoriaux mais aussi du comité scientifique et du comité de pilotage a permis d'**identifier des institutions concernées par les trajets de ré intégration des travailleurs malades de longue durée**. Après un premier contact téléphonique avec la personne de contact au sein de chaque institution identifiée, en grande majorité la direction, deux critères cumulatifs ont permis de sélectionner les études de cas :

- avoir procédé à au moins une procédure de ré intégration d'un travailleur malade de longue durée (peu importe le résultat de celle-ci) ;
- avoir mis en place un dispositif de prévention et/ou d'accompagnement de retour au travail.

En outre, une attention particulière a été portée à l'existence d'une diversité au sein des institutions participantes (taille, lieu, sous-secteurs, présence/absence d'organes de concertation sociale...). Au final, 18 institutions ont participé à cette recherche.

TABLEAUX & CRITÈRES DE SÉLECTION DES CAS :

Tableau 1. CP - SCP et types d'établissements et/ou services représentés dans l'étude

Commissions Paritaires	Types d'établissement et/ou service	Régions
CP 332 CP 332 CP 319 CP 330 CP 330 CP 330 CP 337	Milieux d'accueil d'enfants (FS MAE) Aide sociale et soins de santé ambulatoires (FS ASSS) Services d'éducation et d'hébergement Etablissements et services de santé (FS ESS) Hôpitaux privés (FS HP) Maisons de repos (MR) et maison de repos et de soins (MRS) (FS MR) Auxiliaire non marchand (FS 337)	Bruxelles & Wallonie
SCP 327.02 SCP 319.02 SCP 318.01 SCP 329.02 CP 332 & 330 Divers	Entreprises de travail adapté (ETA) Aide aux personnes handicapées - Maisons d'accueil pour adultes en difficulté Aide à domicile Insertion socioprofessionnelle (ISP) Ambulatoire social santé Cohésion sociale	Bruxelles institutions reconnues par la COCOF

Un certain nombre de critères ont été établis par les commanditaires de l'étude avant le démarrage de l'enquête qualitative, à savoir :

15 institutions dont :

- au moins la moitié au sein d'organisations avec un CPPT ;
- au moins la moitié au sein d'organisations relevant de la CP 330 ;
- au moins trois au sein d'organisations relevant de la CP 332.

5 institutions relevant des secteurs de l'ABBET (Bruxelles) idéalement :

- 1 ETA ;
- 1 service d'aide à domicile ;
- 1 centre d'insertion socioprofessionnelle ;
- 1 service cohésion sociale ;
- 1 en CP 319 : soit 1 maison d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées (biconnunautaire) ou 1 centre accueillant des demandeurs d'asile.

Tableau 2. Présentation des études de cas effectuées

Activité ¹¹	CP ¹²	Nbre travailleurs	CPPT	Région
Aide aux personnes handicapées et Milieu d'accueil d'enfants	319.02 & 332	Entre 100 et 500	Oui	Wallonie
Adultes en difficultés et milieu d'accueil d'enfants	319.02 & 332	Entre 21 et 49	Non	Bruxelles
Insertion socioprofessionnelle	329.02	Entre 21 et 49	Non	Bruxelles
ETA	327	500	Oui	Wallonie
Auxiliaire non marchand	337	Entre 50 et 100	Non	Bruxelles
Etablissement et services de santé	330	> 100	Oui	Bruxelles
Hôpital	330	> 100	Oui	Wallonie
Hôpital	330	> 500	Oui	Wallonie
Hôpital	330	> 500	Oui	Wallonie
MR-MRS	330	> 100	CPPT coupole	Bruxelles
MR-MRS	330	< 50	Non	Wallonie
MR-MRS, Aide aux personnes handicapées, Milieu d'accueil d'enfants	330 & 319	> 500	Oui	Wallonie
Milieu d'accueil d'enfants	332	< 50	Non	Wallonie
Milieu d'accueil d'enfants	332	< 50	Non	Wallonie
Milieu d'accueil d'enfants	332	< 50	Non	Bruxelles
Ambulatoire social santé	332	> 100	Oui	Wallonie

¹¹ Activité(s) principale(s) de l'institution

¹² Commission Paritaire relative à l'/aux activité(s) principale(s)

4.Résultats et recommandations

Quatre thématiques principales ont été dégagées de l'analyse transversale des données issues des groupes de discussion régionaux (4 groupes réunissant 24 personnes), du comité scientifique (7 experts), de la littérature spécialisée et des différents entretiens menés au sein des institutions, à savoir :

1. les connaissances utiles à la mise en place de démarches de prévention et de réintégration des travailleurs malades de longue durée ;
2. les modalités et possibilités de réintégration des travailleurs malades de longue durée ;
3. l'accompagnement du travailleur malade de longue durée ;
4. la concertation avec et entre les médecins.

Ces thématiques sont présentées ci-dessous, accompagnées d'une série de recommandations visant principalement à améliorer les conditions de retour au travail, issues de l'observation des pratiques mises en œuvre par les organisations ayant participé à la recherche à travers les études de cas.

4.1.Thématique I : La production de connaissances utiles

4.1.1.Recommandation transversale :

Penser le retour au travail parallèlement aux démarches d'analyse des risques.

Il y a lieu de relier le trajet de réintégration à la politique de prévention des risques en matière de bien-être au travail au sein des institutions. En effet, une gestion dynamique des risques a pour but de réduire les risques mais aussi les dommages, ce qui engendre une diminution de l'absentéisme ou, à tout le moins, de la durée de celui-ci. En outre, les trajets de réintégration doivent permettre d'initier une réflexion en termes de bien-être au travail notamment au niveau de l'analyse des risques.

Néanmoins, sur le terrain, cette dynamique semble peu présente et non systématique alors que les causes de la maladie peuvent être liées à l'organisation, l'environnement de travail ou à une caractéristique inhérente de l'activité.

« C'est vrai que souvent, en consultation, je suis tombé sur le discours qui dit "je suis tombé malade à cause du travail et on ne se préoccupe pas de moi". »

Médecin du travail

Par exemple, lors d'une interview avec les membres d'un CPPT dans un hôpital, une représentante des travailleurs nous faisait part d'une équipe particulièrement touchée par le cancer du sein. Aucune réflexion n'avait cependant été initiée à ce sujet, par la voie d'un organe légal de concertation. C'est dans le cadre d'une analyse sur les causes possibles, induite par la recherche, que les considérations sur la structure des bâtiments ont émergé, comme en attestent les propos suivants :

« C'est vrai, nous n'avons jamais fait le lien mais ce service est juste au-dessus du service de radiographie. C'est peut-être un hasard mais nous ne nous sommes jamais questionnés là-dessus ».

Représentante des travailleurs

Cet exemple rend compte de la manière dont une réflexion sur le retour au travail et l'adaptation des postes peut alimenter les réflexions sur les facteurs de risques. Il est en effet regrettable que l'analyse des risques ne soit pas systématiquement réalisée et ce, bien qu'il s'agisse d'une obligation légale. Ce manque de réflexe n'est pas à attribuer uniquement à l'employeur même si ce dernier est responsable de la politique menée. Il est toutefois important de sensibiliser toute personne faisant partie du personnel au fait que chacun est acteur de prévention et qu'il peut susciter une réflexion en ce sens et solliciter l'employeur pour qu'une analyse des risques soit réalisée. Dans les institutions de plus grande taille, les organes de concertation sociale et en particulier le CPPT doivent jouer un rôle majeur à cet égard.

4.1.2. Recommandation transversale : Mobiliser les principes d'une politique globale de prévention.

Il importe de se baser sur les principes généraux d'une politique de bien-être au travail et de sensibiliser les différents acteurs aux rôles qu'ils ont à jouer en matière de prévention des risques. Pour rappel, l'article 5 §1 de la « Loi Bien-être » définit les principes généraux de prévention comme suit :

- a. éviter les risques ;
- b. évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- c. combattre les risques à la source ;
- d. remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- e. prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle ;
- f. adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de rendre plus supportable le travail monotone et le travail cadencé et d'en atténuer les effets sur la santé ;
- g. limiter, autant que possible, les risques compte tenu de l'état de l'évolution de la technique ;
- h. limiter les risques de lésion grave en prenant des mesures matérielles par priorité sur toute autre mesure ;
- i. planifier la prévention et exécuter la politique concernant le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail en visant une approche de système, qui intègre entre autres les éléments suivants : la technique ; l'organisation du travail ; les conditions de vie au travail ; les relations sociales et les facteurs ambiants au travail ;
- j. donner des informations au travailleur sur la nature de ses activités, les risques résiduels qui y sont liés et les mesures visant à prévenir ou limiter ces dangers ; ces informations doivent être mises à disposition au moment de l'entrée en service et à chaque fois que cela s'avère nécessaire à la protection du bien-être ;
- k. donner des instructions appropriées aux travailleurs et établir des mesures d'accompagnement afin de garantir d'une façon raisonnable l'observation de ces instructions ;
- l. prévoir une signalisation de sécurité ou de santé au travail adaptée, lorsque les risques ne peuvent pas être évités ou suffisamment limités par les moyens techniques de protection collective ou par des mesures, méthodes ou procédés d'organisation du travail.

Ces principes généraux permettent de rappeler la priorité à donner à la mise en place d'une politique collective de prévention des risques s'axant en premier lieu sur la prévention primaire plutôt que secondaire et tertiaire. Néanmoins, il est courant de constater que les actions de prévention définies au sein des institutions visent davantage à limiter les risques et relèvent, par conséquent, de la prévention secondaire.

La législation recommande également la mise en place d'un « système dynamique de gestion des risques », qui consiste en un processus continu, à partir duquel des actions de prévention sont élaborées et éventuellement réajustées en fonction de l'évaluation périodique de leur mise en œuvre.

Même si le trajet de réintégration se termine par une rupture de contrat pour force majeure, il y a lieu d'utiliser cette situation comme point de départ à une réflexion sur les facteurs de risques présents dans l'institution et sur les moyens de prévention qui peuvent être mis en place. Bien que cela ne modifie en rien la situation du travailleur dont le contrat aurait été rompu, d'autres salariés sont en effet toujours soumis au même contexte de travail.

De plus, la recherche révèle que certaines institutions mènent les trajets de réintégration sans aucune concertation avec le conseiller en prévention interne, dans la mesure où ce dernier n'est pas systématiquement repris dans les personnes-ressources à mobiliser après le retour alors que celui-ci peut être particulièrement attentif aux aménagements complémentaires pour faciliter la réintégration.

« La direction a la responsabilité de concrétiser le trajet, de donner les moyens. Moi, j'informe, et en tant que conseillère en prévention, je rencontre le travailleur au retour. En fait, l'entretien de retour se fait d'abord avec la direction et après j'essaie d'avoir une deuxième rencontre avec le travailleur mais pas forcément avec la direction.

On va prendre le temps de se mettre ensemble après un mois pour faire le point et alimenter la direction. On peut faire un rendez-vous informel plus tôt, mais de façon formelle, on va le faire après un mois ou deux. »

Conseillère en prévention

Il y a également lieu de sensibiliser davantage à l'utilisation de moyens de protection, du matériel adapté ainsi que des postures ergonomiques. Dans les institutions où ces dispositifs sont mis à la disposition des travailleurs, ceux-ci ne les utilisent pas systématiquement. Ils l'expliquent par les mauvaises habitudes prises et par le temps supplémentaire dans un contexte de pression temporelle déjà très élevée.

Dans le cadre d'une politique globale de retour au travail, les démarches mises en place doivent être guidées par « les principes généraux de prévention » et donner la priorité à la prévention primaire (sur la prévention secondaire et tertiaire) et aux mesures de prévention collectives sur les mesures individuelles¹³. Autrement dit, l'employeur est tenu de mettre en place des stratégies de prévention à l'égard des situations organisationnelles de travail qui peuvent potentiellement porter atteinte à la santé de travailleurs.

De nombreux obstacles émergent au niveau de la mise en place des mesures concrètes pour agir directement sur les sources des risques présents dans l'organisation du travail. Toutefois, en fonction du type de difficultés pointées par les acteurs, certains facteurs apparaissent incontournables pour assurer la mise en place des démarches de prévention collectives et pluridisciplinaires :

¹³ Article 5 §1 de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

- Une **culture de concertation** dans l'institution au niveau des instances liées aux matières du bien-être au travail (CPPT, DS) où les aspects collectifs de la réintégration doivent être discutés, objectivés et évalués.
- Le **rôle de la hiérarchie et du style de management** (participatif) pour favoriser la mise en place de stratégies de prévention des risques en concertation avec les travailleurs et leurs représentants par exemple sur base de la stratégie SOBANE.
- Le **rôle des organisations syndicales** comme levier permettant la prise de conscience collective, notamment à partir de leur capacité à traduire des difficultés rencontrées au niveau individuel sous forme d'actions au niveau collectif. En outre, les représentants de travailleurs peuvent jouer un rôle central au niveau de la qualité de l'accompagnement du travailleur absent pour raison médicale mais également en tant que relais entre la pluralité d'intervenants impliqués dans le cadre du parcours de réintégration.
- Au niveau de surveillance de la santé, des initiatives visant l'harmonisation des pratiques, en fonction du type de pathologie ou des réalités institutionnelles, ressortent comme un levier susceptible de favoriser la mise en place des politiques globales de retour au travail.
- Enfin, la **formation et l'expertise de l'ensemble des acteurs** est essentielle pour combler les lacunes concernant l'appréhension des risques en vue de poser un diagnostic qui tient compte des conditions réelles d'exercice du travail. A cet effet, il faut noter le caractère crucial d'une approche pluri et interdisciplinaire, ce qui n'implique pas une simple juxtaposition de connaissances mais un dialogue réel entre les diverses disciplines (ex. surveillance de la santé, psychologie, ergonomie) en vue de la co-construction d'outils de prévention.

4.2.Thématique II : Les possibilités et modalités de réintégration des travailleurs malades

Dans le cadre des politiques de retour au travail, que ce soit par le biais de trajets de réintégration ou en dehors de ceux-ci, deux leviers d'action majeurs sont mis en évidence pour favoriser la réintégration des travailleurs malades de longue durée et leur maintien au travail.

4.2.1.Recommandation transversale 1 : Distinguer les réponses en fonction du type de pathologie

L'enquête de terrain a permis de montrer la différence de traitement existant selon le type de pathologie.

Il convient, en préalable, de noter que dans la plupart des situations rencontrées, la pathologie était connue au moins de la personne représentant l'employeur et souvent du responsable et de l'équipe. Le secret médical semble peu questionné par les acteurs de terrain avec une banalisation du discours des travailleurs qui ont tendance à dire ouvertement les raisons de leur absence. Toutefois, l'enquête révèle que lorsqu'une pathologie n'est pas connue des acteurs de l'institution, la sollicitation d'informations à son sujet est susceptible d'exercer une pression supplémentaire sur les travailleurs atteints. Dans un souci de préparer le retour au travail et de gérer les équipes en place de façon optimale, l'employeur est en effet, parfois amené à inciter, directement ou

indirectement, le travailleur à dévoiler les détails d'une maladie dont les symptômes sont peu visibles.

« On était en contact par téléphone, j'informais la coordinatrice au moment où il fallait rentrer le certificat. Pour eux c'était aussi l'occasion de demander comment ça allait. Pour moi, des fois je me disais "pourquoi il faut rentrer dans les détails ?" Parfois on n'a pas envie. Je me sentais obligée de dire ce que j'avais, parce que cette maladie, je l'ai depuis des années, personne ne le sait, juste quelques collègues très proches, mais comme je me suis absenteé plus longtemps, voilà. »

Travailleuse

Pour mener à bien le trajet de réintégration, il y lieu de **distinguer les risques psychosociaux et les risques physiques**. En effet, le type de pathologie mais également les représentations sociales relatives aux maladies impactent la manière de penser et d'accompagner le trajet de réintégration. Cette distinction ne doit toutefois pas occulter les liens entre les deux types de risques puisque les RPS peuvent conduire à une dégradation de l'état de santé physique et inversement.

Lorsqu'il s'agit d'une **pathologie de nature psychosociale**, certains freins à la réintégration existent et requièrent une vigilance particulière :

- le travailleur est susceptible de ressentir de la culpabilité, voire de la honte, ou de perdre confiance en lui, ce qui rend plus difficile la prise de contact et la reprise du travail. De plus, il s'agit d'une période durant laquelle la personne a régulièrement des difficultés à se projeter dans l'avenir et doit reconstruire tout un projet.

« Ce n'est pas toujours évident de se faire remplacer.

Par rapport aux collègues, c'est aussi difficile de se dire "si ce n'est pas moi, c'est quelqu'un d'autre qui va être malade". J'étais quand même triste de me dire "ce que je ne fais pas, ça sera pour quelqu'un d'autre". »

Travailleuse réintégrée

- le travailleur peut exprimer le besoin de prendre ses distances avec l'organisation au cours d'une période plus ou moins longue, ce qui ne facilite pas la conservation du lien et la compréhension d'autrui (collègues, responsables,...) ;

*« Je suis malade, je veux qu'on me fiche la paix,
mais elle [la responsable] creuse "qu'est-ce qu'il y a ?".*

*"Comme ça je peux anticiper et voir ce qu'on peut mettre en place".
Mais ça, ce n'est pas mon problème ! Je veux qu'on me foute la paix, voilà. »*

Travailleuse réintégrée

- la distance physique et prolongée peut conduire à une moins grande compréhension, empathie vis-à-vis de la personne qui s'est absenteé ; une diminution de la cohésion du groupe face à l'augmentation de la charge de travail qui ne peut pas être reportée ;

« On était une équipe de trois et les deux animatrices qui étaient avec moi, sont tombées malades sur une longue durée, je me suis retrouvé seul

dans l'école pendant plus de deux mois. Honnêtement, concrètement, j'en avais vraiment marre, j'étais tout seul, j'allais tout seul en animation, pas de possibilité de faire ça en commun avec quelqu'un d'autre... pas possible de se reposer sur quelqu'un. Je devais moi-même répondre aux demandes de l'école sur place... On a concrètement envie de se dire, que la personne soit vraiment malade ou pas, « ça fait chier » ça fait deux mois que je suis seul, j'en ai ras-le-bol.»

— Travailleur

- le travailleur ne ressent aucun soutien social de la part des collègues, il craint que la légitimité de sa maladie soit mise en doute

« Dans mon cas, je pense que comme ça ne se voit pas, ça n'existe pas. Honnêtement, je le ressens comme ça. J'ai l'impression qu'on ne m'a jamais crue. »

— Travailleuse réintégrée dans un autre service

Lorsqu'il s'agit de risques physiques, les difficultés sont variables en fonction du type de maladie ou des circonstances. En effet, une comparaison flagrante est celle de la situation d'un travailleur atteint d'un cancer face à celui qui s'absente en raison de maux de dos alors que ceux-ci sont, tous deux, considérés comme des maux inhérents à la fonction. Dans le premier cas, la compréhension et le soutien sont souvent présents, mais une démarche de prévention est rarement initiée, considérant que ce type de pathologie ne résulte pas exclusivement de la sphère professionnelle. Il ne s'agit pas d'essayer de trouver à tout prix une cause professionnelle à un cancer mais bien d'avoir la démarche de se questionner sur l'existence d'un potentiel lien, d'analyser la situation notamment en regard d'autres cas qui se seraient présentés précédemment, ce qui nécessite bien entendu de garder des traces et d'assurer un suivi des dossiers à long terme. Les maux de dos et troubles musculo-squelettiques peuvent, quant à eux, être banalisés et, dans certaines équipes, conduire à l'émergence de tensions entre ceux qui « prennent le temps de s'arrêter » et ceux qui « prennent sur eux et qui continuent à venir travailler », avec, en toile de fond, la référence au degré de conscience professionnelle. A cet égard, certains employeurs regrettent la stratégie, adoptée par certains travailleurs, de chercher à dépasser leurs limites, « en restant malgré tout présent » car insister sur une blessure peut conduire à son aggravation et par conséquent, à un arrêt obligatoire dont la durée est souvent bien plus importante.

Lorsque le travailleur est victime d'un accident du travail, celui-ci est souvent dans une attente de réparation vis-à-vis de l'institution.

« Je me suis bousillée pour eux. J'ai toujours répondu présente lorsque quelqu'un était malade, lorsqu'il fallait faire des heures supplémentaires.

Le travail était dur mais j'y suis toujours arrivée sans me plaindre.

Et puis, un jour, pas de bol, l'accident et c'est fini : plus de genou.

*Mais la première chose qu'on est venu constater,
c'est si j'avais bien utilisé le matériel mis à disposition.*

Franchement...

*C'était bien normal qu'ils fassent quelque chose pour moi
avec tout ce que j'avais pu donner.*

*J'ai vraiment eu peur qu'ils me laissent tomber mais heureusement,
ils m'ont trouvé quelque chose. Il a fallu le temps.*

Je n'y croyais plus à un moment. »

— Travailleuse réintégrée dans une autre fonction

4.2.2. Recommandation transversale 2 : **Créer les conditions favorables pour adapter le travail**

Favoriser la reprise du travail après une absence de longue durée pour raison médicale peut nécessiter une adaptation du travail mais aussi la création de conditions de travail favorables au retour et au maintien du travailleur. Pour ce faire, des adaptations peuvent être effectuées sur les différentes composantes de l'organisation du travail : a) au niveau des conditions de travail (ex. réduction du temps de travail par le biais d'une reprise partielle du travail après une période d'incapacité de travail); b) au niveau des conditions de vie au travail (ex. amélioration des conditions physiques) et c) au niveau du contenu du travail (ex. aménagement du poste de travail afin de réduire la charge physique et/ou mentale au travail).

*« Le mi-temps médical est un bon tremplin et c'est un succès.
Que ce soit après un burn-out, une maladie compliquée,
c'est vraiment transposable à tous les cas.
C'est revenir en douceur en permettant aussi de se reposer.
Tout ne vient pas de plein fouet.
La durée est variable en fonction de la pathologie de la personne
mais c'est à chaque fois une très bonne solution. »*

Médecin du travail

La reprise partielle apparaît comme un levier important pour un certain nombre d'acteurs pour favoriser le retour progressif au travail. Il s'agit pour un travailleur toujours reconnu en incapacité de travail de reprendre son activité professionnelle un nombre inférieur d'heures par jour et/ou de jours par semaine. La variation du nombre d'heures prestées peut également être revu en fonction de l'état de santé avec pour objectif de prévoir une reprise progressive. Cet aménagement au niveau du temps de travail, communément appelé « le temps partiel médical », est soumis à l'accord du médecin-conseil et les démarches administratives doivent être impérativement réalisées avant la reprise (au plus tard le 1^{er} jour ouvrable précédent la reprise). Bien que l'intérêt de cette mesure ne soit pas contesté, il ne faut pas négliger son impact sur la réalisation des tâches. En effet, elle est susceptible de bousculer l'organisation du travail, notamment, au niveau de la répartition des tâches, de la charge et des temps de travail des membres du service. La reprise partielle ne doit pas conduire le travailleur malade à exécuter la même charge de travail sur un temps réduit, ce qui est tout à fait à l'opposé de la mesure.

*« Ce n'est pas que [la reprise partielle] soit dure dans la mise en pratique,
c'est dur dans la prise de décision par rapport à la demande (...) Ça concerne
en tout cas le service dont je suis responsable. C'était par rapport à la diminution de
temps de travail avec lequel je voyais une difficulté lorsqu'une personne s'absente
un jour, parce que tout le reste de l'équipe est absent le même jour,
et donc on a juste une seule personne qui est présente ce jour-là.
Quand elle est revenue, elle a demandé d'être absente ce jour-là.
Si la seule personne qui est là le vendredi peut prendre un congé et s'absenter
ce jour-là ou quoique ce soit, le service, entre guillemets ne fonctionne pas.
Et donc, nous on a l'habitude de fonctionner aussi avec l'humain, même si au final
la décision, je la trouve folle, on lui a quand même accordé le jour demandé.
Mais maintenant à côté de ça, nous en tant que responsables,
on doit assurer le service ce jour-là.
Comment faire ? Ça on verra en temps voulu. »*

Coordinateur du service

RECOMMANDATION :

Eviter une discrimination basée sur le handicap ou l'état de santé en ayant recours à des aménagements raisonnables.

Actuellement, quand un travailleur est déclaré définitivement inapte à exercer sa fonction, le contrat de travail peut être rompu pour force majeure.

Or, la jurisprudence de la CJUE a mis en évidence l'obligation faite à l'employeur de vérifier si l'employé malade de longue durée peut rester au sein de l'institution avec quelques aménagements raisonnables avant d'envisager une possibilité de licenciement pour force majeure.

De plus, la législation anti-discrimination belge développée tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées, interdit toute discrimination directe ou indirecte, sur base, notamment du handicap ou de l'état de santé (actuel ou futur). Cet arsenal législatif prévoit que le refus d'aménagements raisonnables est une discrimination.

Dans ce cas, le travailleur déclaré inapte de manière définitive ou non, peut être assimilé à une personne porteuse de handicap, définie par la CJUE comme « étant toute limitation susceptible d'être de longue durée, résultant notamment d'atteintes physiques, mentales, ou psychiques et entravant la participation de la personne concernée à la vie professionnelle. » Pour la Cour, le travailleur peut bénéficier d'aménagements raisonnables lorsqu'il est victime d'une limitation de longue durée et pouvoir ainsi bénéficier d'aménagements raisonnables dans le cadre d'une réinsertion professionnelle. Comme le recommandent Vanessa De Greef et Hélène Deroubaix, la législation mériterait d'être précisée à plusieurs égards notamment en requérant que le médecin du travail détermine la durée de l'inaptitude temporaire, en précisant la notion de demande d'aménagements raisonnables qui est un préalable à toute contestation par le travailleur contre le refus de son employeur à réaliser des aménagements raisonnables ou encore en déterminant si l'employeur peut ou non licencier le travailleur moyennant un préavis ou paiement d'une indemnité compensatoire durant le trajet de réintégration, etc.¹⁴

La reprise d'un travail adapté à l'état de santé du travailleur est préconisée par l'INAMI et analysée comme une mesure favorisant la réinsertion professionnelle. Selon cet organisme, cette mesure implique la nécessité d'une approche intégrée avec tous les acteurs concernés (médecin-conseil, conseiller en prévention-médecin du travail, médecin traitant/employeur et travailleur). Elle implique également l'adoption d'une approche multidisciplinaire.

Différentes interventions ou mesures peuvent réduire la charge financière ou organisationnelle de l'employeur qui emploie des travailleurs assimilés à des personnes en situation de handicap.

Il est donc recommandé d'informer davantage les employeurs sur les différentes primes dont ils peuvent bénéficier en réintégrant un travailleur malade de longue durée assimilé à un travailleur handicapé. En effet, ils peuvent obtenir différentes primes en cas de réintégration et différents avantages en cas de formation accordée au travailleur (cf. AVIQ, PHARE, VDAB, DSL).

Les organismes régionaux pour la réintégration des personnes handicapées (AVIQ, PHARE) accompagnent également les acteurs de terrain pour aménager au mieux le lieu de travail notamment au niveau ergonomique. Les travailleurs peuvent également faire appel à eux pour obtenir des conseils et proposer des mesures adaptées à leur employeur et ce, peu importe la durée de leur maladie. En effet, ces organismes regrettent souvent d'être appelés en dernier recours alors que leurs services insistent sur la prévention et qu'il n'est pas nécessaire d'être invalides (incapacité de plus d'un an) pour bénéficier de leur expertise. Il y a donc lieu de mieux informer sur les dispositifs proposés par ces organismes et déconstruire les représentations du handicap qui constituent toujours un frein à la mise en place de démarches utiles auprès de ces organismes.

Il est aussi recommandé aux employeurs et/ou aux directions RH de solliciter régulièrement l'avis d'Unia pour éviter une situation discriminatoire lorsque l'organisation est confrontée à un cas de réintégration. Les travailleurs peuvent aussi faire appel à Unia pour obtenir des conseils, un avis juridique ou un accompagnement : <https://www.unia.be/fr/contacter-unia>

Les travailleurs affiliés et leurs représentants peuvent également faire appel au service interne de leur syndicat. Ces services procurent des conseils, dispensent des formations et accompagnent les travailleurs victimes de discrimination notamment en raison de leur état de santé :

- Cellule Lutte contre les Discriminations (CLCD) au sein de la FGTB : <https://www.clcd.info/>
- Diversité au sein de la CSC : <https://www.lacsc.be/services/services-sur-mesure/victime-d'une-discrimination>
- Cellule diversité de la CGSLB Bruxelles : diversite-bruxelles@cgslb.be

¹⁴ De Greef V., Deroubaix H., « Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail », Volet juridique (MT 3), SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Août 2020, pp.61-68.

4.2.3. Recommandation transversale 3 : S'appuyer sur les outils de mobilité intra/intersectorielle

Favoriser la réintégration des travailleurs se rapporte aussi aux possibilités de reconversion professionnelle et, en fonction des capacités de la personne, à l'acquisition des compétences nécessaires pour occuper un nouveau poste. Lorsque la réintégration nécessite une remise à niveau des qualifications ou une reconversion, les acteurs mettent en évidence les bilans de compétences comme une ressource utile pour accompagner et aiguiller les travailleurs dans le processus de reconversion professionnelle. Il existe également d'autres initiatives qui sont pourtant peu connues et donc peu mobilisées alors que celles-ci peuvent permettre au travailleur malade de s'essayer à de nouvelles fonctions ou même à la fonction qu'il occupait afin de tester ses capacités à la suite de sa maladie et par conséquent, prévoir les aménagements les plus opportuns possibles. Ce type de dispositif est d'autant plus pertinent pour les travailleurs atteints d'une maladie qui a eu d'importantes conséquences sur son aptitude et/ou lorsque la période de maladie a été longue (plusieurs années par exemple). Dans ce cadre, l'INAMI met en place avec d'autres organismes concernés (mutualités, organismes régionaux pour l'emploi¹⁵ et les agences régionales pour la réintégration des personnes handicapées¹⁶, tout un dispositif pour faciliter la réinsertion socioprofessionnelle post-maladie et distingue à cet égard la réhabilitation et la réorientation¹⁷. La première envisage un projet de réinsertion dans la même lignée que celle du métier exercé précédemment ou du diplôme obtenu alors que la seconde envisage des projets de reconversion, de changement de perspective professionnelle étant donné l'état de santé. Dans ce cadre, un ou plusieurs stages de découverte sont possibles sous certaines conditions c'est-à-dire que durant une courte période (une à deux semaines) durant laquelle la personne teste un métier en conditions réelles chez son employeur ou dans une autre structure. Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle est également une priorité politique au niveau wallon. En effet, la Déclaration de politique wallonne 2019-2024 insiste sur l'importance du développement des compétences notamment par la création de chèques-formation carrière facilitant la réorientation notamment vers les métiers en pénurie ou d'avenir. En Flandre et à Bruxelles, le VDAB propose un accompagnement des projets de réorientation professionnelle notamment avec l'octroi de chèques carrière : <https://www.vdab.be/loopbaanbegeleiding>. En Flandre, un service dédié à l'accompagnement socioprofessionnel des personnes malades ou handicapées a été mis en place : <https://www.gtb.be/>. Les Fonds sectoriels du secteur non marchand offrent la possibilité aux personnes encore sous contrat de travail ou après la rupture de celui-ci, de bénéficier de toute une série de formations soutenant, par conséquent, le développement de leurs compétences (cf. catalogue Formapef ou les sites Internet des Fonds).

Or, il faut noter que dans la pratique des institutions du non marchand, les actions de prévention tertiaire restent particulièrement limitées en fonction notamment des contraintes qui relèvent autant des conditions de travail spécifiques à chacune des prestations effectuées, que des caractéristiques des structures en termes de taille, de niveau de qualification de travailleurs, ou encore de budget. Bien qu'un soutien des Fonds sectoriels soit mis en place pour les bilans de compétences ou encore pour favoriser le tutorat, ces initiatives semblent méconnues pour certains qui pourtant les jugent intéressantes. Pour ceux qui ont eu recours au bilan de compétences, qui était le dispositif le plus souvent utilisé par les acteurs de terrain rencontrés, ces derniers regrettent le manque de suivi après que les démarches administratives aient été exécutées et acceptées par le Fonds sectoriel concerné, laissant un laps de temps jugé trop long pour effectuer le bilan.

¹⁵ VDAB, FOREM, ACTIRIS, ADG.

¹⁶ GTB, PHARE, AViQ, Dienststelle.

¹⁷ INAMI, La réhabilitation ou la réorientation socio-professionnelle, dernière mise à jour le 7 novembre 2019,
<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/rehabilitation-reorientation-socio-professionnelle.aspx>

Ressources au sein des Fonds sectoriels de formation APEF et FeBi :

SITES INTERNET D'INFOS ET DE CONSEILS

- Competentia.be
- Parcours-professionnel.be : ce site propose des informations, des pistes de réflexion et des outils concrets sur les thématiques de la formation, de l'emploi et du bien-être au travail.
- Tutorats.org

ANALYSES DES RISQUES ET PLANS DE PREVENTION

- Possibilité d'obtenir des interventions pour la réalisation d'analyse des risque et la mise en place de plans de prévention
 - Contacter le Fonds sectoriel afin de connaitre son offre et ses critères d'octroi

SOUTIEN A LA FONCTION DE CONSEILLER EN PREVENTION OU DE PERSONNE DE CONFIANCE

- Possibilité d'obtenir des interventions pour soutenir la fonction de conseiller en prévention et/ou de personne de confiance
 - Contacter le fonds sectoriel afin de connaitre son offre et ses critères d'octroi

FORMATIONS ET ACCOMPAGNEMENT D'EQUIPE

- Possibilité de suivre, via le catalogue de formations APEF-FeBi des formations et/ou des interventions sur le bien-être au travail destinées aux conseillers en prévention, personnes de confiance...
- Possibilité d'obtenir des subsides pour des formations, remboursement des frais d'inscription et/ou accompagnement d'équipe.
 - Contacter le Fonds sectoriel afin de connaitre son offre et ses critères d'octroi

ACCOMPAGNEMENTS CONCERNANT LES TRANSITIONS PROFESSIONNELLES

- Bilan de compétences :
accompagnement de 12 à 18h accessible gratuitement pour les travailleurs www.bilandecompetences.be
- Conseil en évolution professionnel et tutorat: accompagnement auprès d'un conseiller externe (conseil) ou via un tuteur interne (tutorat)
- Evolutio-apef.be
- Embauche complémentaires si suivi de formations reconnues. Congé éducation payé.
 - Contacter le Fonds sectoriel afin de connaitre son offre et ses critères d'octroi

RECOMMANDATION :

Avoir recours à une ou plusieurs périodes « test »

Lorsque le changement de fonction est rendu nécessaire par l'état de santé du travailleur, il est recommandé de permettre au travailleur d'avoir une période de test afin de mieux gérer l'adéquation entre le poste proposé et le profil et les compétences de la personne à réintégrer.

Il est ainsi préconisé d'offrir à la personne réintégrée une période d'essai d'une durée de trois mois, par exemple, avec au départ quelques jours de découverte du métier, suivis de la période d'essai proprement dite et d'un bilan à l'issue de cette dernière. Ce bilan doit permettre de réajuster la fonction, si nécessaire.

Il convient cependant d'être attentif au fait que cette période de test ne soit pas utilisée aux fins de licenciement de la personne s'il ne s'avère pas satisfaisant. La période de test doit être analysée avant tout comme une période de réévaluation de la personne afin, si nécessaire, de réajuster la fonction. Il est préconisé, après la période de test, de réévaluer la fonction tous les six mois.

4.3.Thématique III : L'accompagnement du malade et des équipes

Lorsqu'il s'agit du processus de retour au travail et de la manière dont le suivi du travailleur est organisé, la définition d'une politique de retour au travail sur base d'une approche précoce et globale constitue un facteur déterminant pour éviter tout échec institutionnel et éviter le rejet au niveau individuel. L'enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2005 a montré qu'un arrêt de travail compris entre 3 et 6 mois réduit déjà de moitié la probabilité que le travailleur puisse reprendre son travail chez son employeur antérieur¹⁸. En Belgique, la SSST et l'ASMA ont mis en évidence que, sur le plan individuel, la prolongation d'une absence-maladie est en soi un facteur de risque vis-à-vis de la perte du lien à l'emploi. Il existe un réel risque de décrochage de la sphère professionnelle par les travailleurs qui se retrouvent longtemps en incapacité de travail¹⁹.

¹⁸ Eurofound. « Quatrième enquête sur les conditions de travail ». 2007. <https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2007/working-conditions/fourth-european-working-conditions-survey>

¹⁹ SSST-ASMA. « Piste d'intervention pour le maintien dans l'emploi et la prévention de l'invalidité ». Document de réflexion. 2011, p. 2.

²⁰ Mairiaux P., Vanmeerbeek M., Donceel P. et al. « Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle ». Rapport de recherche, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2011, p.4.

²¹ Vandermotten I., « Aborder la dimension « travail » en médecine générale ? Etude qualitative sur les perceptions de la relation travail/santé, du rôle du médecin généraliste, des difficultés et des outils existants ». Travail de fin d'étude, Médecine Générale. Université Catholique de Louvain, 2017, p.27.

4.3.1.Recommandation transversale 1 : Informer sur les démarches à suivre, les rôles et les missions des acteurs de santé engagés sur les questions de santé au travail

Pour l'ensemble des acteurs rencontrés, la faible (in)formation des travailleurs à l'égard des démarches à suivre ou encore la difficulté pour le travailleur malade de bien situer les rôles et missions de chacun des acteurs de santé sont des éléments critiques dans la mesure où un mauvais suivi du parcours est susceptible d'entraîner l'isolement du travailleur et la perte progressive de liens avec le milieu de travail. En effet, des études réalisées en Belgique montrent la méconnaissance des patients quant au rôle et au nom du médecin du travail de leur entreprise²⁰. Une étude met par ailleurs clairement en évidence une méconnaissance des rôles différenciés du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin-contrôle tant par les médecins traitants que par les patients²¹. Une étude menée à Liège et en Flandre a également montré que les patients méconnaissaient majoritairement le rôle et le nom du médecin du travail de leur entreprise²². Il est à noter que dans certains cas, l'employeur a également une méconnaissance des démarches à effectuer et du rôle de chaque acteur concerné²³. Une recherche menée par la Fondation Roi Baudoin concluait par ailleurs à une information lacunaire des travailleurs malades ; ces derniers estimaient qu'ils disposaient rarement de toutes les informations dont ils pensaient avoir besoin, et que les informations transmises par différentes parties prenantes (institution, mutualité, syndicat) étaient souvent contradictoires²⁴.

RECOMMANDATION : Améliorer la connaissance de la législation sur la réintégration des travailleurs

La nouvelle législation sur la réintégration des travailleurs en incapacité de travail²⁵ est globalement mal connue par les différents acteurs de la réintégration, qu'il s'agisse des employeurs et des directions des ressources humaines. Les travailleurs concernés ont également une connaissance insuffisante de l'arsenal législatif même lorsqu'ils initient un trajet de réintégration.

Certains pointent la difficulté de mettre en œuvre la législation en raison de sa complexité tandis que d'autres indiquent les zones d'ombre ou les vides juridiques qu'elle comporte.

Beaucoup ont également indiqué qu'ils parvenaient difficilement à trouver l'interlocuteur capable de répondre à leurs interrogations. Les personnes-ressources semblent parfois démunies quant aux réponses ou aux recommandations à apporter et laissent les acteurs de la réintégration sans réponse adéquate. Si les informations glanées auprès des acteurs ressources permettent de croiser les informations obtenues, elles n'aboutissent pas généralement à une interprétation unique et souvent les situations demeurent floues.

Il est dès lors recommandé d'élaborer un guide pratique à l'usage des acteurs de terrain, illustré par des cas pratiques afin de rendre la loi plus accessible et renforcer ainsi son effectivité. Le guide devrait permettre aux acteurs de la réintégration de s'orienter dans la réglementation en disposant pour chaque thème abordé à la fois d'une vue globale, et de points d'attention particuliers et de références leur permettant d'aller plus loin s'ils le souhaitent. Outre les textes légaux et la jurisprudence, le guide devrait comporter des situations illustrées, des avis juridiques relatifs à chacune de ces situations et des conseils éventuels aux managers.

4.3.2. Recommandation transversale 2 : **Favoriser le suivi médical régulier et systématiser la visite de pré-reprise**

En outre, les acteurs relèvent la difficulté liée au moment et au temps dont disposent les médecins (médecin du travail, médecin-conseil) pour réaliser le suivi du travailleur dans le cadre du trajet de réintégration.

²² Denis G., "GPs and occupational doctors: talking is key," Hesamag, n°3, 2011.

²³ Pour identifier le rôle de chaque acteur-clé, notamment des différents médecins concernés par les trajets de réintégration, nous renvoyons le lecteur vers la fiche 1.2 « Les acteurs-clé de la réintégration » de l'outil de sensibilisation réalisé dans le cadre de cette même étude. Mélon L, Trionfetti M-C, Carles I. Bingen A., « Analyse des bonnes pratiques en matière de retour au travail », Outil de sensibilisation à destination des acteurs de terrain, APEF, FeBi et ABBET, 2020.

²⁴ Gijssels – Seboio S., « Définir ensemble les priorités dans la recherche sur le retour au travail après une incapacité de travail de longue durée ». Rapport de recherche, Fondation Roi Baudoin - INAMI- RIZIV, 2018 p. 8.

²⁵ Voir Arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail paru au Moniteur belge, le 24 novembre 2016.

²⁶ SSST-ASMA, op.cit., p. 4.

²⁷ Mairiaux P, Vanmeerbeek M., Donceel P. et al., op.cit., p. 4.

« Chez nous, les travailleurs arrivent en bout de course, on est pris par le temps parce qu'il y a une remise au travail. Ce qui est bien sûr logique.

*Mais on n'a alors plus le temps et on se dit
"si je l'avais vu 2 mois plus tôt, j'aurais pu lui conseiller telle et telle démarche".
On a l'impression d'arriver trop tard. »*

Médecin du travail

Néanmoins, les acteurs de santé mettent en évidence l'efficacité de certaines démarches en dehors de ces trajets de réintégration pour favoriser la reprise du travail, telles que la visite de pré-reprise, démarche qui permet d'organiser le retour de façon simple, moins contraignante, au niveau administratif et institutionnel. Ces propos sont corroborés par la SSST et l'ASMA, lesquelles préconisent la systématisation de la visite de pré-reprise chez le CP-MT et l'envoi d'un courrier personnalisé à tout travailleur absent depuis quatre semaines afin de l'informer de l'existence de la visite de pré-reprise chez le médecin du travail²⁶. Pour les deux sociétés scientifiques, la visite de pré-reprise présente l'avantage de permettre un bilan de la situation de santé du travailleur et de proposer les dispositions qui faciliteront la reprise du travail, par exemple via un aménagement du poste de travail.

*« On est des hyper favorables à la visite de pré-reprise qui est un examen non obligatoire et qui se fait uniquement à la demande du travailleur.
C'est juste finalement une consultation chez le médecin du travail,
qui, si elle a lieu (pas trois jours avant la reprise,
parce que là on est tous mal partis
on ne sait plus quoi faire) peut être très utile.
Ça peut-être 8 ou 10 jours avant la reprise,
ça permet de préparer cette reprise de façon simple.*

OK, le travailleur vient.

*Oui, un mi-temps médical serait une bonne chose parce qu'il y a un burn-out
et reprendre six mois après, temporairement...
pendant une courte période, c'est vraiment favorable.*

*On téléphone à l'employeur il nous dit "comme madame, OK pas de souci".
En un coup de téléphone c'est fait.*

*Et c'est vraiment à favoriser ça dans la tête de tous,
donc l'information, qui doit passer via les médecins-conseils
puisque vous les voyez en interruption de travail via les employeurs.
Et on évite toute la machinerie où je dis "on arrive en bout de course"».*

Médecin du travail

Un effort d'information du malade sur l'existence de la visite de pré-reprise semble toutefois nécessaire. Une étude montre en effet que peu de patients connaissent son existence et que les médecins qu'ils rencontrent lors de leur arrêt maladie – médecins traitant et médecins-conseils – ne leur conseillent pas de prendre contact avec le médecin du travail²⁷.

4.3.3. Recommandation transversale 3 : **Définir les modalités de contact entre l'institution et le malade de manière concertée**

²⁸ Voir par exemple pour la Belgique SSST-ASMA, op.cit., p. 6, Mensura, « Absentéisme dans les entreprises belges ». Livre blanc, 2017, p. 16.

Alors qu'au niveau belge et européen, la littérature spécialisée a constaté l'importance de la pérennisation du lien avec le travailleur malade²⁸, pour les acteurs de l'institution, la question se pose de savoir comment nouer ce lien concrètement (fréquence des contacts, personnes responsables...). Pour maîtriser ce risque, il convient de noter l'importance de la définition concertée des procédures selon lesquelles le contact avec le travailleur doit être maintenu (ex : rôle des collègues proches, d'un intervenant indépendant, frontières floues du secret médical, ressenti et envie du travailleur malade, etc.).

« Il y a quelque chose qui me pose question par rapport au rôle de responsables d'équipes, et que je suis en train d'apprendre : quelle est la limite entre conscientiser le travailleur et ne pas le culpabiliser de la longue durée de sa maladie ? Parce qu'il y a une culpabilisation, je pense à moi, quand j'étais absent il y a eu une culpabilisation de ne pas être là. C'est déjà dur à supporter, je me pose la question, est ce qu'on est légitime de parfois dire aux travailleurs « c'est chiant, tu n'es pas là » alors que peut être lui aussi il culpabilise, je ne sais pas où est la frontière. »

Responsable d'équipe

4.3.4. Recommandation transversale 4 : **La préparation au retour avec l'ensemble des acteurs**

Outre l'information sur les procédures, la définition des rôles et missions des intervenants et la pérennisation du lien avec le travailleur malade, la préparation des tous les acteurs de l'institution impliqués au retour du travailleur apparaît comme un facteur-clé de l'approche collective d'une politique globale de retour au travail. A cet égard, il importe de préparer les membres de l'équipe au retour du travailleur malade²⁹. Cette préparation passe tant par une communication formelle respectant les principes de confidentialité liés à l'état de santé que par la mise en place de solutions organisationnelles ne négligeant pas la charge reportée et tentant de la réduire au maximum (ex : engagement d'un remplacement, augmentation du temps de travail de certains collègues à temps partiel, réorganisation du service, etc.). Au niveau de la gestion du personnel, il importe de valoriser le soutien et la compréhension entre les membres de l'équipe et de ne tolérer en aucun cas les propos négatifs vis-à-vis de la personne malade.

En effet, l'une des principales causes liées aux absences de longue durée se rapporte aux conflits intervenant au niveau des relations interpersonnelles au travail. Pour éviter que davantage de dissensions s'installent au retour du travailleur malade, une bonne information et communication des équipes de travail concernées sont des facteurs essentiels en termes de soutien social ; tant à l'égard du travailleur réintégré que des membres de l'équipe de travail. Aussi, à plusieurs reprises, on a évoqué l'importance de favoriser une approche intégrée et coordonnée avec tous les acteurs pour préparer le plan de réintroduction. Pour favoriser les liens entre les différents acteurs concernés, avoir recours au Disability management peut constituer une ressource intéressante.

RECOMMANDATION :

Avoir recours au Disability management pour mieux préparer le retour

Le *Disability management* est pointé comme un levier d'action visant à la fois une approche systématique au niveau de l'institution et des efforts coordonnés au niveau du travailleur. Le système repose sur deux intervenants désignés et, de préférence, préalablement formés à la fonction.

Il s'agit d'une part du *Disability Case Manager (DCM)*³⁰, qui doit être a priori une personne extérieure à l'institution, et qui est le coordinateur du processus de la ré intégration. Il assume également les fonctions de médiateur ou de facilitateur entre toutes les personnes impliquées dans le processus, à savoir : la mutuelle, l'employeur, le syndicat, le CP-MT, le médecin traitant, etc. Le DCM prend en charge l'accompagnement d'un travailleur qui a accepté un processus de ré intégration. Cette personne pourrait être par exemple un assistant social ou un infirmier de santé.

Le système repose d'autre part sur le *Disability Manager*, qui est la personne qui, au sein de l'institution, va contribuer à mettre en œuvre une politique structurée de ré intégration. C'est lui qui définit les procédures et les critères à soumettre au CPPT. Son rôle consiste à rechercher les solutions concrètes à mettre en place pour permettre le retour du travailleur, en association avec ce dernier et sa hiérarchie directe.

Ce système est notamment préconisé par la SSST et l'ASMA dans leurs pistes de maintien à l'emploi du travailleur malade³¹. Les deux sociétés scientifiques recommandent toutefois, en cas de mise en œuvre de ce système, de s'assurer que le *Disability case manager (DCM)*, coordinateur du processus de ré intégration, soit astreint au respect du secret médical vis-à-vis de l'employeur. Elles invitent par ailleurs à être attentif à l'établissement d'un lien de confiance entre le travailleur et le DCM.

Néanmoins, la mise en place d'un tel dispositif est plus réaliste dans des institutions de grande taille mais pourrait être pensé de manière plus collective notamment par la désignation de *Disability managers* qui interviendraient dans plusieurs institutions par le biais des Fonds sectoriels. Outre l'aspect financier, cela permettrait de croiser des données et de valoriser des initiatives et des outils mis en place dans d'autres institutions.

³⁰ Coordinateur du processus de ré intégration. Voir notamment : Minniti C., « Étude exploratoire de la fonction de disability-case manager : le cas de la lombalgie chronique ». Mémoire de Master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, 2019.

<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:184>

³¹ SSST-ASMA, op.cit., p.10.

4.4.Thématique IV : La concertation avec et entre les médecins

Un des facteurs fondamentaux favorisant la réussite d'un trajet de réintégration consiste en l'existence d'un partage de connaissances entre les différents acteurs (médecins, travailleurs, responsables...) relatif aux spécificités des métiers ainsi qu'à la législation. La question se pose de savoir comment appréhender les composantes de l'organisation du travail à l'origine du retrait du travailleur à partir des connaissances partielles sur les conditions réelles d'exercice du métier. Dès lors, les initiatives visant le partage des connaissances entre acteurs engagés en matière de santé au travail ressortent comme un moyen pour favoriser une lecture partagée des causes organisationnelles du mal-être au travail. Néanmoins, différents freins rendent difficile la mise en œuvre d'une réelle concertation et notamment le manque de temps causé par la charge de travail de chacun.

« *Nous avons de la chance d'avoir le Docteur [XXX - médecin du travail] car elle connaît parfaitement l'institution, déjà parce qu'elle y vient depuis de nombreuses années mais surtout parce qu'elle prend le temps de pouvoir discuter avec les travailleurs tant pendant les visites médicales qui sont organisées de manière régulière mais aussi parce qu'elle se déplace, elle va sur les lieux où se réalise le travail. Elle voit l'ambiance et aussi les vraies conditions de travail. Ça nous inquiète de la voir partir car les premiers contacts avec son remplaçant n'étaient pas du tout les mêmes.*

On l'a invitée à venir visiter les lieux et il nous a dit qu'il n'avait pas le temps. »

Conseiller en prévention

Dans un premier temps, nous aborderons la relation entre le travailleur malade et les différents médecins. Ensuite, nous nous pencherons sur la concertation entre les médecins et en particulier le médecin du travail avec les représentants de l'employeur. Enfin, notre analyse portera sur la nécessaire collaboration entre les médecins.

4.4.1.Recommandation transversale 1 : **Construire une relation de confiance entre le travailleur malade et les différents médecins**

Certains travailleurs rapportent ne pas avoir été examinés par le médecin-conseil, aucune anamnèse, aucune question sur le travail effectué. Des exemples de situations vécues comme un manque de considération de l'état réel de santé.

« *Elle [médecin-conseil] m'a juste posé deux questions quand je suis rentré dans son bureau :
"Bonjour Monsieur, est-ce que vous avez mal aux mains ?"
"Non, j'ai été opéré du dos, on m'a fait une arthrodèse"
"est ce que vous avez mal aux pieds?"
"Non, je vous dis on m'a opéré du dos donc j'ai mal au dos.
"Vous n'avez pas mal aux mains ni aux pieds ?"
Reprise du travail le mois suivant.
Et voilà... »*

Travailleur réintégré

Ce constat a été relevé également à l'égard de certains médecins du travail considérés non impliqués dans le trajet de réintégration.

« Quand je suis arrivée, j'avais l'impression d'être devant un jury.

Le médecin du travail était là mais elle ne semblait pas savoir ce qui allait se dire exactement. Elle s'est tue du début jusqu'à la fin. On ne m'a pas donné ma chance.

C'était décidé d'avance. Ils ont voulu m'écartier. Je ne savais pas quoi dire.

La visite médicale n'a servi à rien. La décision était prise d'avance. En tout cas, je le vis comme ça. J'étais complètement abasourdie. Je ne savais pas quoi dire. »

— Travailleuse réintégrée dans une autre fonction

A contrario, dans d'autres institutions, la relation de confiance avec le médecin du travail a été mise en évidence comme étant un facteur facilitant le trajet de réintégration.

Divers facteurs doivent se cumuler :

- Avoir le même médecin du travail et ce, depuis une longue période.
- Régularité des visites médicales. À cet égard, la réforme qui conduit à l'espacement des visites périodiques inquiète car cela pourrait fragiliser le lien établi.
- Connaissance du terrain par le médecin du travail : des conditions de travail et des difficultés du métier éprouvées sur le terrain.
- Ecoute et temps pris par le médecin du travail pour mieux comprendre le vécu du travail.
- Non existence d'une complicité malsaine avec la direction dans un contexte de suspicion.

4.4.2. Recommandation transversale 2 :

Promouvoir la collaboration étroite et indépendante entre médecin du travail et représentants de l'employeur

D'un côté, les médecins du travail mettent en avant la prise en compte de leurs recommandations et points de vigilance comme un élément contribuant à la réussite du trajet de réintégration. La relation de confiance réciproque facilite l'accompagnement du travailleur malade. Celle-ci facilite également la préservation du secret médical. Il importe que l'employeur ne cherche pas à savoir la pathologie du travailleur, ses conditions de vie ou encore toute autre information. La collaboration, la mise en place d'une stratégie commune si nécessaire avec le service interne de prévention et de protection au travail est également relevé comme un point facilitant le trajet de réintégration.

« Ce n'est pas évident avec tous les managers.

Mais j'y vais, j'essaie, je réessaye et surtout ce qui fait la différence, c'est qu'on travaille ensemble avec le conseiller en prévention (interne).

Parfois, à force, il y a des choses qui passent.

Il faut du temps, beaucoup d'énergie et je commence toujours par comprendre la situation et puis seulement, je viens avec mes arguments. »

— Médecin du travail

Le médecin du travail peut aussi faciliter la reprise de travail en sondant l'employeur sur les possibilités de réintégration lorsque le travailleur éprouve des difficultés à reprendre contact.

*« C'est le médecin du travail qui m'a contactée à propos de la reprise.
Elle ne m'a jamais dit que c'était à la demande de [prénom de la travailleuse]
mais je pense que lors de la visite, elles ont parlé de cette possibilité de prendre
le poste à la cuisine. Je n'ai pas besoin de savoir, ça me va très bien
car on a pu trouver une solution qui je pense est bonne pour tout le monde. »*

Direction

De leur côté, les directions et services RH mettent l'accent sur l'importance d'avoir des recommandations précises et non générales de la part du médecin du travail et d'avoir en amont de la rédaction des documents administratifs une discussion sur les possibilités de réintégration envisagées. Par exemple, une bonne pratique relevée était avant toute formalisation.

*« Quand vous avez comme recommandation : "ne peut plus porter de charge", et
"ne peut pas rester dans une posture assise prolongée ni debout"
et qu'en plus la personne n'a pas beaucoup de qualification...
Que voulez-vous que je fasse ? Du travail couché, il n'y en a pas. (rire)
Mais, c'est vrai, je ne sais pas faire de miracle non plus.
Il faut que je puisse retrouver une vraie fonction à la personne qui existe
au sein de l'institution ou qui a du sens car on a beau travailler dans le social,
il y a de la gestion et je dois aussi rendre des comptes. »*

Responsable RH

³² La décision E consiste à reporter pour des raisons médicales le démarrage du trajet de réintégration. Une réévaluation de la situation est prévue tous les deux mois. Pour plus d'informations sur la procédure et les décisions auxquelles peut aboutir le trajet de réintégration, nous renvoyons le lecteur vers la Fiche BOBET 5.4. La réintégration des travailleurs en incapacité de travail de longue durée (www.abbet.be)

³³ SSST-ASMA, op.cit., p.4.

³⁴ Voir Gijssels-Seboio St., op.cit.

³⁵ Le réseau TRIO est composé de plusieurs groupes réunissant des médecins généralistes, des médecins-conseils et des médecins du travail afin d'accroître la connaissance de chacun concernant l'incapacité de travail et améliorer la prise en charge
https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sante-et-bien-etre-au-travail/

Les échanges réguliers entre le médecin du travail et les représentants de l'employeur peuvent conduire à utiliser la décision E³² prévue parmi les différents trajets de réintégration pour postposer une décision et ce, même si cela s'écarte de la philosophie de la réglementation qui met l'accent uniquement sur les raisons médicales. Ce temps peut permettre à l'organisation de trouver une solution pour le travailleur en vue de sa réintégration, par exemple car un poste pourrait s'ouvrir dans les mois suivants ou pour permettre la reprise d'une formation par le travailleur en vue de sa réintégration. Néanmoins, les acteurs rencontrés utilisant cette possibilité regrettent que cette décision ne puisse pas être mise en œuvre lorsque le trajet est initié par le médecin-conseil.

4.4.3. Recommandation transversale 3 : L'enjeu d'une communication régulière entre les médecins

Des études montrent le rôle crucial d'une bonne collaboration du médecin-conseil et du médecin du travail afin d'éviter la rupture du lien à l'emploi³³. Les différents médecins qui peuvent intervenir dans le parcours de réintégration (médecin-conseil, médecin du travail, médecin traitant) sont eux-mêmes en demande d'une plus grande concertation formelle entre eux³⁴, comme celle qui existe dans le cadre du système TRIO³⁵. Mis en place à l'initiative de la société scientifique de médecine générale, ce système entend promouvoir la sensibilisation à la santé et au bien-être au travail en médecine générale et améliorer la communication afin de parvenir à une meilleure compréhension des rôles, limites et obstacles des différents intervenants.

Même si l'importance de cette concertation est relevée par les médecins du travail

rencontrés, ceux-ci font part de difficultés empêchant la mise en œuvre de cette recommandation pourtant jugée essentielle. Il existe un devoir de réserve dans la transmission des informations entre les médecins. C'est pourquoi le travailleur doit donner son accord pour que le dossier médical soit transmis au médecin du travail. Cette restriction légale est considérée comme une bonne chose par les médecins du travail interrogés mais en cas de refus de la part du travailleur, le trajet de réintégration est rendu plus complexe.

Néanmoins, le facteur qui freine le plus cette collaboration entre médecins est la difficulté pour le médecin du travail de contacter les autres médecins concernés par le suivi du travailleur malade et d'autant plus, le médecin-conseil de la mutualité. Les médecins du travail n'ont pas un accès privilégié aux services de la mutualité, le temps d'attente peut être long avant d'avoir un collaborateur en ligne qui a comme instruction de ne pas pouvoir transmettre l'appel au médecin directement. En outre, certaines mutualités ne transmettent même pas le nom du médecin-conseil en charge du dossier du travailleur malade, ce qui rend d'autant plus difficile la prise de contact voire la rendre impossible.

« [...] même que les médecins [conseil] en un quart d'heure, ils vous envoient des gens qui sont totalement incapables de travailler tout en nous empêchant de faire notre travail et quand on essaye de discuter avec eux je n'ai rien... Il y a des mutualités où ce n'est pas un problème, ceux des mutualités [xxx] on peut les avoir. Mais, je n'ai jamais réussi à contacter un médecin de la mutualité [xxx]. Jamais ! Par contre c'est faisable au niveau des mutualités [xxx], il y en a deux [médecins]. Au niveau de [la mutualité xxx], inutile ! C'est bien simple, si je vous montre les papiers qu'ils nous envoient, c'est scandaleux. Voilà, ça, c'est la mutualité [xxx], pas de nom de médecin-conseil, j'ai enlevé les noms de la personne, pas la moindre demande de trajet de réintégration, aucun moyen de les contacter pas de nom de médecin, regardez bien. Ils ne se gênent pas pour nous envoyer des demandes mais pas de nom de médecins, pas de nom d'infirmières, pas de nom d'administratifs. C'est tout ! D'ailleurs, je leur en veux parce que je constate qu'ils jettent des gens. »

Médecin du travail

Certains médecins du travail interviewés regrettent que le suivi du travailleur ne soit pas systématiquement assuré par le même médecin-conseil car cela insécurise d'autant plus le travailleur malade et rend encore plus complexe la collaboration souhaitée. Un médecin du travail rapporte que certains rendez-vous sont assurés par des infirmiers voire des gestionnaires de dossiers au sein de certaines mutualités et non par un médecin-conseil. Que ce fait soit avéré ou non, cela permet de mettre en évidence une défiance qui ne facilite pas une franche collaboration entre les acteurs.

Le médecin du travail se voit souvent contraint de multiplier les prises de contact par mail ou par téléphone avec le médecin traitant qui n'est pas forcément disponible au moment où le médecin du travail l'est.

Au niveau des médecins-conseil rencontrés lors des comités territoriaux, ils mettent en évidence une charge de travail importante, avec une pression forte exercée sur leurs services par rapport à l'introduction de trajets de réintégration. Le but devient plutôt quantitatif que qualitatif, ce qui conduit à l'existence d'un mécanisme de vase communicant au sein des branches de la sécurité sociale (incapacité-invalidité → chômage).

RECOMMANDATION :

Améliorer la connaissance de la législation sur la réintégration des travailleurs

- Dégager du temps suffisant pour le suivi du trajet de réintégration.
- Revoir les normes de prise en charge des médecins du travail et des médecins-conseils en leur permettant d'avoir suffisamment de temps pour réaliser une anamnèse correcte et un suivi de qualité notamment pour évaluer les capacités physiques et psychiques du travailleur.
- Obliger les mutualités à transmettre le nom du médecin-conseil.
- Mettre en place un accès privilégié des médecins-conseil uniquement pour les médecins du travail dans le cadre des trajets de réintégration.
- Prévoir la possibilité d'une décision E même lorsque le trajet est initié par le médecin-conseil.
- Sensibiliser davantage les médecins généralistes et spécialistes à l'impact du travail sur la santé et les inciter à prendre contact avec le médecin du travail si le travailleur est d'accord.
- Privilégier une évaluation qualitative plutôt que quantitative de la politique en matière de réintégration des travailleurs malades de longue durée.
- Avoir un médecin coordinateur par région et au niveau de la fédération des asbl. Evaluer la transposition de cette pratique développée dans le secteur des soins à domicile.

5.Réflexions finales

La mise en œuvre des trajets de réintégration ne peut pas être déconnectée de la politique de bien-être au travail au sein des entreprises et institutions. Il est nécessaire de prendre en compte les conditions de travail et d'emploi car d'une part, elles sont bien souvent à l'origine de l'incapacité de travail et d'autre part, elles sont des facteurs à prendre en compte lorsque la réintégration est envisagée. En effet, le contexte dans lequel le travailleur va reprendre son activité professionnelle détermine en grande partie la réussite ou l'échec du plan de réintégration. Il y a donc lieu de prendre en considération plusieurs particularités du secteur non marchand qui ont des conséquences sur la manière d'appréhender les trajets de réintégration. Au niveau des conditions d'emploi, il s'agit d'un secteur dans lequel les emplois sont subventionnés, ce qui impacte la gestion des remplacements et qui précarise davantage les salariés en raison de l'insécurité d'emploi. Étant donné ce subventionnement, les salaires sont payés suivant les barèmes et sont, par conséquent, moins attractifs que ceux d'autres secteurs du privé d'autant plus que les suppléments de salaire liés aux horaires atypiques (soirées, nuits, week-ends, jours fériés) ne sont plus perçus au cours de la maladie. Cette pression financière peut contraindre certains salariés à retourner travailler avant d'être tout à fait guéri. Néanmoins, l'origine des pressions les plus souvent relevées par les personnes interviewées relève plutôt des conditions de travail. En effet, les métiers du secteur non marchand sont majoritairement des métiers relationnels et plus particulièrement, du care, qui sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux. Outre l'aspect financier, la gestion de l'absentéisme et des remplacements n'est pas des plus aisées dans le secteur puisque l'établissement d'une relation de confiance est à la base de l'exercice de la fonction. Un changement fréquent de personne de référence dégrade la qualité de l'accompagnement proposé. Ce constat est aggravé par la pression liée à la marchandisation du social.³⁶ Les intervenants expriment leur débordement, malaise à cause de devoir « toujours faire plus avec moins ». Cette pression quantitative, le travail en sous-effectif et/ou en surcapacité est devenu la norme dans de nombreuses institutions du secteur non marchand. L'absence d'un membre de l'équipe ou encore sa réintégration partielle ou avec des aménagements alourdit davantage la surcharge de travail déjà ressentie.

Une ressource importante au sein du secteur non marchand relève des actions diverses proposées et gérées par les Fonds sectoriels (formations, bilans de compétences, aménagements de fin de carrière, etc). Ces dispositifs sont essentiels mais souffrent encore d'une méconnaissance auprès des acteurs de terrain directement concernés (employeurs et travailleurs). Ils devraient davantage soutenir les projets de réorientation professionnelle et de mobilité externe (entre institutions d'un même sous-secteur ou au niveau intersectoriel). À cet égard, l'hyperspecialisation liée à l'exercice du métier auprès d'un public particulier doit être déconstruite et la reconnaissance de l'ancienneté mérite d'être renforcée.

6.Lexique

ABBET : Association Bruxelloise pour le bien-être au travail asbl

Aménagement raisonnable : mesure concrète permettant de réduire, autant que possible, les effets négatifs d'un environnement sur la participation d'une personne à la vie en société. Ces mesures doivent être prises dans certaines situations afin d'éliminer les obstacles qui empêchent une personne en situation de handicap d'exercer pleinement ses droits.

APEF : Association Paritaire pour l'Emploi et la Formation asbl qui regroupe les "Fonds de sécurité d'existence" du secteur non marchand francophone et germanophone gérés par les partenaires sociaux : Fonds sociaux de formation, Fonds Maribel social et Fonds d'aménagement de carrière.

ASMA : Association Scientifique francophone de Médecins concernés par la médecine d'Assurance sociale.

AViQ : Agence pour une Vie de Qualité est un organisme d'intérêt public (OIP) autonome qui gère en Wallonie les compétences de la santé, du bien-être, de l'accompagnement des personnes âgées, du handicap et des allocations familiales.

Conditions de vie au travail : l'environnement physique dans lequel le travail est effectué.

CJUE : Cour de Justice de l'Union Européenne.

CoCof : La Commission communautaire française.

CP : Commission paritaire.

CP-MT : Conseiller en prévention médecin du travail.

CP-AP : Conseiller en prévention Aspects psychosociaux.

CE : Conseil d'entreprise.

CPPT : Comité pour la Prévention et la protection au travail.

DS : Délégation syndicale.

FeBi : Asbl dont l'acronyme signifie « Fédéral-Bicommunautaire ». Comme l'APEF, la FeBi regroupe plusieurs Fonds de formation et Fonds Maribel fédéraux et bicommunautaires au sein du secteur non marchand (CP 330, 319, 329.03, 337).

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Incapacité de travail primaire: Période d'un an d'interruption de travail pour raisons médicales après la période de salaire garanti (30 jours pour les employés).

Invalidité : Période qui suit l'incapacité primaire (interruption de travail pour raisons médicales > 1 an).

MR-MRS : Maison de repos et maison de repos et de soins.

PHARE: Personne Handicapée Autonomie Recherchée (anciennement SBFPN – Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées).

RPS : Risques psychosociaux. Pour le législateur, les risques psychosociaux (RPS) représentent « La probabilité qu'un ou plusieurs travailleurs subissent un dommage psychique, qui peut également s'accompagner d'un dommage physique, suite à l'exposition à des composantes de l'organisation du travail, du contenu du travail, des conditions de travail, des conditions de vie au travail et des relations interpersonnelles au travail, sur lesquelles l'employeur a un impact et qui comportent objectivement un danger ». Il existe de nombreuses manifestations telles que le stress, le burn-out, le harcèlement moral, les conflits interpersonnels, etc.

SCP : Sous-commission paritaire

SIPP : Service Interne de Prévention et de Protection au travail

SEPP : Service Externe de Prévention et de Protection au travail

SSST : Société Scientifique de Santé au Travail

TRI : Trajet de réintégration

Unia : Service public indépendant de lutte contre la discrimination et de promotion de l'égalité des chances en Belgique.

Anciennement, il s'agissait du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

VDAB : Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (Service flamand pour la recherche d'emploi et

la formation professionnelle).

7.Bibliographie

Arrêté royal du 19 février 2013 d'exécution de l'article 189, alinéa 4, de la loi du 27 décembre 2006 portant des dispositions diverses (!) (M.B. 8 avril 2013).

Arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail (M.B. 24 novembre 2016).

Boets I., Godderis L., De Greef V., Deroubaix H., « *Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail* », Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, 2020.

Code du bien-être au travail, livre I, titre 4 : Mesures relatives à la surveillance de la santé de travailleurs.

Déclaration de politique régionale pour la Wallonie 2019-2024.

<https://www.wallonie.be/fr/actualites/declaration-de-politique-regionale-dugouvernement-wallon-2019-2024>

De Greef V., Deroubaix H., « *Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail* », Volet juridique (MT 3), SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Août 2020.

Denis G., « *GPs and occupational doctors: talking is key* », Hesamag, n °3, 2011.

Eurofound, « *Quatrième enquête sur les conditions de travail* ». 2007.

<https://www.eurofound.europa.eu/fr/publications/report/2007/working-conditions/fourth-european-working-conditions-survey>

Falcinelli S., « *Après la maladie: retour au travail ou licenciement? Quels sont les véritables chiffres des "trajets de réintégration"?* », RTBF Info, 3 janvier 2020, https://www.rtbf.be/info/societe/detail_apres-la-maladie-retour-au-travail-ou-licenciement-quels-sont-les-veritables-chiffres-des-trajets-de-reintegration?id=10398470

Gijssels Seboio S., « *Définir ensemble les priorités dans la recherche sur le retour au travail après une incapacité de travail de longue durée* ». Rapport de recherche, Fondation Roi Baudoin - INAMI- RIZIV, 2018.

Hamzaoui M., Artois P., Mélon L. (sous la dir.), « *Le secteur non-marchand au cœur du changement* », Charleroi : Ed. Couleur Livres, 2016.

Kempeneers E., « *Le trajet de réintégration gagne du terrain* », Wolters Kluwer, senTRAL, Actualités 24 septembre 2020.

Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 18 septembre 1996).

Mairiaux P., Vanmeerbeek M., Donceel P. et al., « *Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle* ». Rapport de recherche, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, 2011.

Minniti C., « *Étude exploratoire de la fonction de disability-case manager : le cas de la lombalgie chronique* ». Mémoire de Master en sciences de la santé publique, Université catholique de Louvain, 2019. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:184>

SSST-ASMA, « *Piste d'intervention pour le maintien dans l'emploi et la prévention de l'invalidité* ». Document de réflexion. 2011.

Vandermotten I., « *Aborder la dimension "travail" en médecine générale ? Etude qualitative sur les perceptions de la relation travail/santé, du rôle du médecin généraliste, des difficultés et des outils existants* ». Travail de fin d'étude, Médecine Générale. Université Catholique de Louvain, 2017.

8. Annexes

³⁷ NB : Les rubriques de la grille d'entretien sont les mêmes pour les groupes « travailleurs » et « employeurs ». Les questions sont réorientées en fonction du rôle de chacun dans l'institution.

Exemple de la grille d'entretien utilisée par l'équipe de recherche dans le cadre de l'étude approfondie – focus group avec les conseillers en prévention.³⁷

V1 : Les modalités /possibilités de réintégration des travailleurs malades

Adapter le travail

- Type d'adaptation mis en place (temps de travail, environnement de travail, du contenu du travail)
- Quels types d'aménagements ont-ils été introduits sur le lieu de travail pour favoriser la réintégration du travail ?
 - Adaptation des heures de travail
 - Adaptations au niveau d'un réaménagement des espaces de travail
 - Adaptation au niveau du contenu du travail pour réduire la charge physique ou mentale
- La durée de la mesure (temporaire ou définitive)
- Définition en amont des modalités pratiques et organisationnelles (les objectifs, les tâches, les responsabilités, les plannings, les moyens et les résultats attendus)
- Les outils mis à disposition des travailleurs en cas de reconversion professionnelle (mobilité interne) (Bilan de compétences, formation, ...)
- Rôle du CP dans l'introduction de la mesure auprès des services
 - Réticences et/ou difficultés rencontrées pour l'adaptation du travail

Favoriser la mobilité intra/intersectorielle

- Modalités d'accompagnement et aiguillage des travailleurs dans le processus de reconversion professionnelle (outils)

V2 : La production de connaissances partagées utiles aux démarches de prévention

L'intérêt des démarches collectives, pluridisciplinaires et concertées

- Le rôle des instances liées aux matières du bien-être au travail dans la définition et mise en place des démarches de prévention ...
- Les relations entretenues avec les responsables du service, représentants des travailleurs, médecins du travail, conseillers en prévention.
- Les manières d'appréhender les différentes problématiques qui se posent sur le terrain.
- Dispositifs utiles à la production de connaissances sur base des données recueillies par les différents acteurs de santé.
- L'usage fait des données recueillies et le rôle des acteurs impliqués.

V3 : L'accompagnement du malade et des équipes

Informer sur les démarches à suivre, les rôles et les missions des acteurs de santé engagés sur les questions de santé au travail

- Modalités d'(in)formation des travailleurs au niveau des démarches à suivre, rôles et missions des acteurs de santé engagés sur les questions de santé au travail
 - formations concernant les procédures de retour au travail
 - rôle dans l'(in)formation des travailleurs
 - vers qui se tourner
- Bilan de la situation / lacunes à combler au niveau de la circulation de l'information.

Temps de suivi médical et la visite de pré-reprise

- Si entretien avec un CP médecin du travail :

- Temps imparti pour le suivi du travailleur dans le cadre d'un TRI
- Potentialités et limites de démarches en dehors du TRI pour favoriser la reprise du travail
- Possibilités d'échange entre le médecin du travail, le médecin-conseil et le médecin-contrôle

Modalités de contact avec le malade

- Définition de procédures pour prendre contact avec le malade
- De quelle manière est organisée la prise de contact avec la personne absente pour des raisons médicales ? (fréquence des contacts, personnes responsables, contenu des échanges...).
 - Les CP entretiennent-ils systématiquement des contacts avec les travailleurs malades?
 - Existe-t-il une procédure interne ? Si oui, a-t-elle été concertée ?

La préparation au retour

- Politique globale de retour au travail et dispositifs pour planifier la préparation des acteurs de l'institution au retour du travailleur (personnes responsables, personnes relais, moyens, dispositifs prévus en cas de rechute, information / présentation vers le service impliqué).
 - Dispositifs de suivi du processus de réintégration (ex. entretiens, personnes de références, ...)
 - Organisation de l'information et de la communication des équipes de travail
 - Coordination et suivi des éventuels changements au niveau de l'organisation du travail (ex. disability case managers)



CITÉa



ABBET
ASSOCIATION BRUXELLOISE
POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL
ASSOCIATIE IN BRUSSEL VOOR BETER
EVENWICHT TIJDENS TEWERKSTELLING



ziekenhuizen | vorming
hôpitaux | formation



ouderenzorg | vorming
secteur personnes âgées | formation



sociaal fonds voor de
gezondheidsinrichtingen en -diensten | vorming
Fonds social pour les
établissements et services de santé | formation



aanvullend sociaal fonds non-profit | vorming
Fonds social auxiliaire non-marchand | formation



bicomunitaire en federale opvoedings- en
huisvestingsinrichtingen | vorming
établissements d'éducation et d'hébergement
bicomunitaires et fédéraux | formation