

LA CHASSE AUX MALADES ?

Entré en application le 1^{er} décembre 2016, le nouvel arrêté royal relatif à la réintégration des travailleurs malades de longue durée suscite la polémique. Notamment parce qu'il aurait pour effet pervers une vague de licenciements.

Interview croisée de **François Perl**, directeur général du service des indemnités de l'Inami, et de **Philippe Vigneron**, du service d'études de la centrale générale de la FGTB.
Propos recueillis par **Marinette Mormont**, journaliste à l'Agence Alter.

Les nouvelles mesures ont provoqué une levée de boucliers des syndicats et des mutuelles. Pourquoi ?

François Perl : Symboliquement, ces mesures sont dans l'air du temps et s'inscrivent dans la perspective de l'État social actif. Pour les mutuelles et les syndicats, c'est tout un symbole de passer de quelque chose de volontaire à quelque chose d'obligatoire. Derrière tout cela, il y a cette crainte d'une intention sous-jacente du Gouvernement de faire du chiffre en faisant diminuer le montant des indemnités. Le système d'indemnisation de l'incapacité de travail doit rester soutenable et la meilleure manière d'y parvenir est d'améliorer les perspectives de retour à l'emploi des personnes en invalidité. Mais c'est vrai que le problème est le même que pour les chômeurs : il faut trouver des emplois en correspondance qui, en plus, sont compatibles avec l'état de santé de la personne.

Philippe Vigneron : En 2014, Maggie De Block est venue avec cette proposition, présente dans l'accord de Gouvernement. Pourquoi ? Parce que les mutuelles ont constaté que le niveau des incapacités de travail a atteint le niveau du chômage (en 2015, pour la première fois dans l'histoire de la Sécurité sociale belge, les dépenses liées à l'incapacité de travail ont été supérieures aux dépenses de chômage, NDLR). Le principe de Maggie De Block, c'est de dire que le malade est un menteur. Et qu'il y a moyen de le faire travailler. Une

étude de Solidaritis démontre pourtant qu'après un an d'absence les travailleurs reprennent spontanément leur travail avant la fin de leur incapacité. On constate aussi une augmentation de la prise de médicaments dans les mois précédant l'incapacité et dans les mois qui suivent le retour au travail. Ce qui démontre que les travailleurs tentent le maximum pour rester actifs, tout en prenant des médicaments...

Les oppositions concernent particulièrement le risque d'une augmentation des licenciements pour force médicale majeure...

PV : Il y a eu un imbroglio juridique, car les ministres de l'Emploi et de la Santé s'y sont mis de concert. Outre l'entrée en vigueur de l'arrêté royal, la loi de 1978 sur le contrat de travail et la loi de 1994 sur le régime d'incapacité ont été modifiées. Jusqu'à la publication de l'arrêté, le recours au licenciement pour force majeure médicale (C4 médical) n'était possible qu'après six mois d'absence.

Désormais, avec l'ensemble de ces dispositions, la force majeure médicale ne peut plus être utilisée avant la fin d'un trajet de réintégration ; mais d'un autre côté le trajet de réintégration peut prendre fin si l'employeur constate qu'il n'y a plus de possibilité de travail adapté dans l'entreprise. Conséquence : on peut recourir au licenciement pour force majeure médicale après deux mois. Les premiers chiffres confirment

nos craintes. Au premier trimestre 2017, plus de 2 000 travailleurs ont été convoqués par la mutuelle. Dans 72% des cas, les décisions se sont soldées par un C4 médical. Toutes ces personnes se retrouvent donc au chômage alors que, dans 50% des cas, les trajets de réintégration avaient été mis en place à la demande des travailleurs.

Le trajet de réintégration est l'occasion, pour l'employeur, de se débarrasser des personnes en maladie depuis trop longtemps... Reprendre quelqu'un en incapacité à 60%, cela ne l'intéresse pas. On a lancé une enquête en ligne dans les secteurs des titres-services et du nettoyage, secteurs atteints par la surproductivité. D'un point de vue économique et technique, ce n'est pas possible pour ces entreprises de créer du travail adapté. Dans d'autres secteurs, c'est la même chose, il ne faut pas se leurrer. Dans le verre ou la construction, il n'y a pas 25 000

places à la photocopieuse... Quant à la plupart des postes qui pouvaient accueillir momentanément certains travailleurs comme les postes de garde aux entrées des entreprises, ce sont des métiers aujourd'hui sous-traités.

On peut parler d'une machine à licencier. Durant l'année 2017, la mesure ne touche que les incapacités de moins d'un an. Plus tard, ce seront les invalidités qui vont être mises sur la table. Ce sera encore une autre paire de manches.

FP : Concernant la levée de boucliers des syndicats sur la question des C4 médicaux, on ne peut pas leur donner tort. Dans 70% des cas, on met fin au contrat de travail pour inaptitude physique. C'est la fin du contrat sans préavis. Cette disposition a toujours existé, mais les nouvelles procédures du ministre de l'Emploi Kris Peeters ont probablement provoqué une augmentation du nombre de C4 pour raisons médicales. Aujourd'hui on compte 30% de

Réintégration des travailleurs malades : de quoi parle-t-on ?

Ce n'est pas une trouvaille de la ministre fédérale de la Santé. La reprise partielle d'activité existait déjà, soit à temps plein avec une diminution de la charge de travail, soit à temps partiel en cumulant un revenu professionnel et une indemnité d'incapacité de travail. Elle concernait environ 45 000 personnes par an. De même, les personnes sans emploi et en incapacité de travail avaient déjà la possibilité depuis 2006 (mais la mesure a réellement été mise en œuvre à partir de 2011) de reprendre une formation professionnelle courte ou de longue durée dans le but de valoriser leur formation initiale et de se réinsérer sur le marché de l'emploi. Dans ce cas, le demandeur d'emploi bénéficiait d'une présomption d'incapacité de travail pour tout le temps de la formation et pendant six mois après la fin de la formation, ainsi qu'une prime de 500 euros au terme de la formation.

Avec le nouvel arrêté royal de 2016, les pouvoirs publics entendent stimuler davantage la réintégration des travailleurs malades de longue durée (cette disposition concerne les malades de droit commun ; elle ne s'applique pas aux travailleurs victimes d'un accident de travail ou souffrant d'une maladie professionnelle). Celle-ci ne se fait plus uniquement sur base volontaire, mais peut être imposée. Elle peut être initiée par le travailleur lui-même, par le médecin-conseil de l'assurance maladie-invalidité ou par l'employeur. Concrètement, c'est au médecin du travail de voir dans quelle mesure des aménagements peuvent être mis en place dans l'entreprise pour favoriser la réintégration du travailleur. Un « trajet de réintégration » est alors mis en place, comprenant une série d'étapes et d'évaluations.

Les malades sans emploi peuvent également être amenés à entamer un trajet de réintégration dans le cadre de trajets Actiris, Forem et Orbem. La présomption d'incapacité de travail demeure pour la durée de la formation, les personnes concernées perçoivent 5 euros par heure de formation suivie ainsi qu'une prime de 500 euros au terme de la formation.

Enfin, pour ce qui est des personnes en invalidité (plus d'un an d'incapacité), les mesures s'appliqueront à elles aussi à partir du 1^{er} janvier 2018. ■

Machine à licenciements ? L'avis de Maggie De Block

Réponse de la ministre fédérale de la Santé, à l'interpellation de Jean-Marc Delizée (Séance plénière à la Chambre, 4 mai 2017).

« Dans sa communication, la FGTB se réfère fortement à moi alors que plusieurs aspects relèvent du ministre de l'Emploi – conditions de travail, réglementation bien-être au travail, rupture de contrat de travail pour incapacité définitive. Cela étant, la législation actuelle sur ce dernier point résulte d'un accord entre les partenaires sociaux et je m'étonne qu'ils nous reprochent d'exécuter cet accord. Notre objectif n'est pas de favoriser le recours à l'incapacité définitive de travail, mais la réintégration des travailleurs malades en adaptant les conditions ou la charge de travail, voire en proposant un autre travail. C'est aussi la responsabilité des employeurs, dans la mesure du possible. Pour le nettoyage, les possibilités de réadaptation sont parfois limitées, mais nous favorisons la réintégration et la prévention. Je déplore l'envie de certains de créer une atmosphère négative autour de ces mesures, ce qui n'aide pas les travailleurs malades à se réinsérer. »

Source : www.lachambre.be

réinsertion dans l'emploi contre 70% de C4 médicaux. Ceci dit, ces 30%, ce n'est pas rien. On peut en faire une double lecture : d'un côté il y a des personnes qui voient leur contrat de travail terminé alors qu'elles pensaient reprendre un travail dans leur entreprise. De l'autre, il y a des personnes qui ont repris le travail grâce à ce dispositif et qui ne l'auraient peut-être pas fait. Tout cela devra être évalué.

Ces dispositions ont-elles pour seul but de faire des économies ?

FP : Encore une fois, on peut le prendre de deux manières. L'objectif est sans doute de faire en sorte que le montant des indemnités pour incapacité de travail cesse d'augmenter comme ces dernières années. On ne peut pas considérer aussi facilement qu'il n'y a pas d'économies à faire. Mais je n'ai pas le sentiment que nous sommes dans un système inhumain comme cela peut-être le cas dans d'autres pays, au

Royaume-Uni par exemple. Par ailleurs, le dispositif ne va pas radicalement changer la tendance : il y aura toujours plus de personnes qui rentrent dans le système que de personnes qui en sortent. Il a plutôt pour but de permettre une intervention prématurée vers une reprise de travail via des procédures plus systématiques.

PV : Depuis toujours, on a été pour les trajets de réintégration. Une personne en incapacité de travail qui souhaite garder un tissu social doit pouvoir être remise au travail. Avec un accompagnement. Cet accompagnement a un coût. Or ici ce que le Gouvernement veut, c'est que les trajets de réintégration rapportent de l'argent. On va au carnage. Ce n'est pas en voulant faire des économies que l'on va pouvoir mettre des trajets de réintégration en place.

Avec ces mesures, ne s'attaque-t-on pas aux conséquences plutôt qu'aux causes ?

PV : C'est ce qui nous a choqués dès le départ : avec cette mesure, on ne traite pas des causes, mais des conséquences. Or les études de Solidaris montrent qu'il y a une explosion du nombre de maladies liées au burn out et aux troubles musculo-squelettiques, qui sont deux pathologies intimement liées aux conditions de travail. Aujourd'hui les gens sont atteints physiquement par le travail. Et avec les trajets de réintégration, on va les remettre dans les conditions qui les ont fait tomber en burn out. C'est surréaliste !

FP : Il y a de plus en plus de maladies chroniques qui peuvent avoir des composantes professionnelles. La discussion sur les causes des maladies est sans fin. La causalité est souvent difficile à établir. Un des grands défis est d'arriver à travailler en étroite connexion avec la prévention. La politique de santé et de sécurité au travail a longtemps connu un sous-investissement, à la fois dans le chef des employeurs et dans celui de l'État. Certaines entreprises sont pragmatiques et ont développé des politiques en la matière. Mais d'une façon globale, on ne peut pas toujours dire que le problème soit évalué à sa juste mesure. Par ailleurs, les travailleurs belges sont parmi les plus productifs au monde. Or on constate aujourd'hui que les gens sont laminés après

vingt ans de carrière professionnelle et qu'ils deviennent très difficiles à réinsérer...

Quid des sanctions financières à l'égard des personnes malades ?

FP : À l'heure actuelle, il n'y a pas de sanctions prévues. Le mécanisme est toujours en discussion, mais il sera assez léger. Cela n'a rien à voir avec le dispositif d'activation des chômeurs. Il n'y a pas de suspension des allocations ou d'exclusion en cas de refus de formation. La seule chose envisageable est une sanction administrative limitée à la fois dans le temps et dans le montant.

PV : C'était dans le projet initial et cela a été retiré. Mais c'est toujours dans le tiroir. L'idée était de faire perdre 5% de ses indemnités à la personne qui n'aura pas été à son premier rendez-vous et 10% à celle qui a manqué son second rendez-vous. Sauf que, comme l'idée du Gouvernement n'est pas de solutionner les incapacités de travail mais de faire 122 millions d'économies en un an, nous craignons que si le bilan chiffré n'est pas atteint on remette sur le tapis la question de cette sanction financière.

Il a aussi été question de sanctions vis-vis des employeurs...

FP : Cela n'a pas encore atterri. Je suis pour une responsabilisation des employeurs, mais c'est très difficile à mettre en place. Comment objectiver à partir de quand mettre en place une sanction ? Ce n'est pas évident, mais il serait juste que, s'il y a une responsabilisation des travailleurs malades, il y en existe aussi une pour les employeurs qui ne font pas d'efforts suffisants pour la réintégration.

PV : De toute façon, si des sanctions sont mises en place, elles seront minimales. Qu'est-ce qu'une sanction de 500 euros au regard d'un licenciement pour force majeure médicale, dans le cadre duquel l'employeur ne doit pas payer de préavis ? Il n'y a pas photo...

Quel est le rôle du médecin traitant dans ce dispositif ?

FP : L'avis du médecin traitant est fondamental pour l'Inami, parce qu'il est le mieux placé. Il influence sur l'avis du médecin-conseil et sur les experts de l'Inami. C'est évidemment une matière

très subjective, on n'évitera jamais des variations d'un médecin à l'autre, mais on va rarement à l'encontre de l'avis du médecin traitant.

PV : Un travailleur sur deux consulte son médecin à cause de son travail. Or jusqu'à présent la médecine générale et la médecine du travail ne se croisent jamais. L'avis du médecin traitant ? Quand il fait une anamnèse, il tient compte de plein d'autres paramètres, mais ne fait pas le lien avec le travail. L'Atelier Santé à Charleroi a lancé une campagne pour inciter le patient à parler de son travail à son médecin généraliste. Mais récemment, certains contacts commencent enfin à se créer...

Existe-t-il un réel accompagnement du travailleur malade qui reprend son travail ?

FP : C'est le médecin du travail et le département de gestion des ressources humaines qui sont chargés de cet accompagnement. Ce qu'on essaye de promouvoir, c'est le *disability management* (cette méthodologie part du principe que le lieu de travail est l'endroit le plus efficace pour une réinsertion. Elle est axée sur le maintien au travail, ou sur un retour rapide/adéquat de la personne en incapacité de travail, dans le cadre duquel il est tenu compte des besoins individuels de la personne, des conditions de travail et du cadre législatif, NDLR). À l'Inami, on forme des personnes dont le métier va être d'accompagner le retour au travail, notamment en prenant en compte l'impact sur les collègues de travail. Nous ne sommes pas dans une société où les entreprises sont très inclusives.

PV : Pour les malades de droit commun qui se remettraient au travail, adapter les postes et mettre en place un accompagnement coûte cher aux employeurs. Donc ils ne font rien. Quant aux médecins du travail, chargés de faire une analyse de ce qui est possible à mettre en place dans l'entreprise et de faire une proposition à l'employeur, ils ne sont pas assez nombreux, et les mesures Maggie De Block leur donnent un surcroît de travail. Pour compenser, la ministre propose de diminuer la fréquence des examens médicaux. Donc, on remet les malades au travail, et on veut diminuer la surveillance de la santé des travailleurs... C'est une spirale où la santé au travail est devenue une préoccupation mineure. ■