

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

12 octobre 2021

**L'ACTIVATION
DES MALADES CHRONIQUES**

Audition

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES, DE L'EMPLOI
ET DES PENSIONS
PAR
MME **Valerie VAN PEEL**

SOMMAIRE

Pages

I.	Audition en matinée.....	3
A.	Exposés introductifs	3
B.	Questions et observations des membres	11
C.	Réponses.....	18
II.	Audition de l'après-midi.....	24
A.	Exposés introductifs	24
B.	Questions et remarques des membres	39
C.	Réponses.....	47

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

12 oktober 2021

**DE ACTIVERING
VAN LANGDURIG ZIEKEN**

Hoorzitting

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR SOCIALE ZAKEN, WERK EN
PENSIOENEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Valerie VAN PEEL**

INHOUD

Blz.

I.	Hoorzitting in de voormiddag	3
A.	Inleidende uiteenzettingen.....	3
B.	Vragen en opmerkingen van de leden.....	11
C.	Antwoorden.....	18
II.	Hoorzitting in de namiddag	24
A.	Inleidende uiteenzettingen.....	24
B.	Vragen en opmerkingen van de leden.....	39
C.	Antwoorden.....	47

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**

Président/Voorzitter: Marie-Colline Leroy

A. — Titulaires / Vaste leden:

N-VA Björn Anseeuw, Wim Van der Donckt, Valerie Van Peel
Ecolo-Groen Cécile Cornet, Marie-Colline Leroy, Evita Willaert
PS Chanelle Bonaventure, Jean-Marc Delizée, Sophie Thémont
VB Ellen Samyn, Hans Verreyt
MR Christophe Bombled, Florence Reuter
CD&V Nahima Lanjri
PVDA-PTB Nadia Moscufo
Open Vld Tania De Jonge
Vooruit Anja Vanrobaeys

B. — Suppléants / Plaatsvervangers:

Frieda Gijbels, Sigrid Goethals, Katrien Houtmeyers, Wouter Raskin
Barbara Creemers, Laurence Hennuy, Dieter Vanbesien, Gilles Vanden Burre
Leslie Leoni, Eliane Tillieux, Philippe Tison
Ortwin Depoortere, Dominiek Sneppe, Frank Troosters
Daniel Bacquellaine, Denis Ducarme, Vincent Scourneau
Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Gaby Colebunders, Sofie Merckx
Maggie De Block, Egbert Lachaert
Vicky Reynaert, Gitta Vanpeborgh

C. — Membre sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigd lid:

cdH Catherine Fonck

N-VA : *Nieuw-Vlaamse Alliantie*
Ecolo-Groen : *Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
PS : *Parti Socialiste*
VB : *Vlaams Belang*
MR : *Mouvement Réformateur*
CD&V : *Christen-Democratisch en Vlaams*
PVDA-PTB : *Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Open Vld : *Open Vlaamse liberalen en democraten*
Vooruit : *Vooruit*
cdH : *centre démocrate Humaniste*
DéFI : *Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH : *Indépendant - Onafhankelijk*

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 55 0000/000 Document de la 55^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA Questions et Réponses écrites
CRIV Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV Compte Rendu Analytique
Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN Séance plénière
COM Réunion de commission
MOT Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkorting bij de numerering van de publicaties:

DOC 55 0000/000 Parlementair document van de 55^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV Beknopt Verslag
Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN Plenum
COM Commissievergadering
MOT Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission s'est réunie le 18 mai 2021 pour des auditions sur le thème de l'activation des malades de longue durée.

Ont été entendus:

I. En matinée:

— Prof. Lode Godderis, professeur en médecine du travail (KU Leuven);

— Mme Annemie Bonroy, médecin-conseil à la Direction médicale de la MC;

— M. François Perl, ancien directeur général INAMI;

— Prof. Stijn Baert, économie du travail (UGent).

II. L'après-midi:

— M. Luc Henau, directeur général du GTB;

— M. Raf Deweerdt, secrétaire fédéral de la FGVB;

— Mme Eline Bruneel et M. Koen Neyens, "Vlaams Patiëntenplatform";

— M. Louis Warlop, FEB;

— Dr. Philippe Marneth, médecin-directeur des Mutualités libres.

I. — AUDITION EN MATINÉE

A. Exposés introductifs

La présidente explique que le thème vise à inciter à une réflexion commune avec des experts, des chercheurs et des personnes du terrain sur l'activation des malades chroniques et les possibilités de prévention ainsi qu'à proposer des solutions en la matière.

1. Exposé introductif de M. Lode Godderis, professeur en médecine du travail à la KU Leuven

M. Godderis résume son point de vue de médecin du travail comme suit: pour prévenir l'incapacité de travail de longue durée et favoriser les chances de retour au travail, la réintégration doit faire partie du traitement et du rétablissement.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft haar vergadering van 18 mei 2021 besteed aan hoorzittingen rond het thema van de activering van langdurig zieken.

Werden gehoord:

I. In de voormiddag:

— Prof. Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde (KU Leuven);

— mevrouw Annemie Bonroy, adviserend arts bij de Medische directie van de CM;

— de heer François Perl, voormalig algemeen directeur RIZIV;

— Prof. Stijn Baert, arbeidseconomie (UGent).

II. In de namiddag:

— de heer Luc Henau, algemeen directeur van GTB;

— de heer Raf Deweerdt, federaal secretaris van het ABVV;

— mevrouw Eline Bruneel en de heer Koen Neyens, Vlaams Patiëntenplatform;

— de heer Louis Warlop, VBO;

— Dr. Philippe Marneth, arts-directeur Onafhankelijke Ziekenfondsen.

I. — HOORZITTING IN DE VOORMIDDAG

A. Inleidende uiteenzettingen

De voorzitter licht toe dat het thema een aanzet moet zijn om samen met experts, onderzoekers en mensen van het werkveld na te denken en oplossingen aan te reiken over activering van chronisch zieken en de mogelijke preventie.

1. Inleidende uiteenzetting van de heer Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde, KU Leuven

De heer Godderis vat zijn visie als arbeidsarts als volgt samen: om de langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen en de kansen voor terugkeer naar werk te bevorderen moet re-integratie een onderdeel zijn van de behandeling en het herstel.

L'orateur explique que le retour au travail à la suite d'une maladie est divisé en trois phases. Dans la phase aiguë, à savoir pendant les trois ou quatre premières semaines, le retour au travail est spontané et aucune intervention n'est nécessaire. Pendant la phase subaiguë, qui se situe entre quatre et douze semaines, un certain pourcentage de personnes reprendra le travail spontanément, mais un certain pourcentage évoluera aussi vers la phase chronique. Pour ceux qui sont absents pendant plus de trois mois, le retour est difficile. C'est le cas pour toutes les maladies et particulièrement dans le cas de maux de dos, d'un cancer et de troubles mentaux.

L'orateur souligne que la réintégration doit faire partie du processus de traitement et de rétablissement avant que l'on passe le cap des trois mois d'incapacité de travail. Les obstacles au retour au travail sont, d'une part, imputables à la personne elle-même, qui a entre-temps trouvé un nouvel équilibre dans sa vie quotidienne et qui, en raison de son absence, doute de la réaction de ses collègues et de son supérieur. D'autre part, un processus analogue se déroule sur le lieu de travail: le travail a été redistribué ou un nouveau collègue a été recruté et le supérieur a des doutes sur la manière dont le travailleur qui va revenir reprendra le travail. Le risque de rechute et l'obligation de payer à nouveau le salaire garanti peuvent également jouer un rôle.

M. Godderis plaide pour la suppression du certificat médical obligatoire pendant la première semaine de maladie, à calculer comme les cinq premiers jours ouvrables ou les sept premiers jours effectifs. Un certificat médical est comparable à un médicament puissant, mais il a aussi des effets secondaires lorsqu'il est utilisé fréquemment et pendant une longue période. Il est utilisé de manière fréquente, sans que l'on réfléchisse bien à ses effets secondaires. L'orateur fait référence à la réglementation en vigueur dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas et y voit un effet positif sur l'absentéisme. Les raisons en sont la décision autonome de la personne malade, qui peut ainsi évaluer son propre état, et le contact direct avec le supérieur qui s'ensuit, afin de décider des modalités du retour. En outre, M. Godderis plaide pour l'introduction d'une "*fit note*" inspirée de l'exemple britannique. Actuellement, on part d'une situation d'antagonisme: "être capable" ou "ne pas être capable" de travailler, alors que parfois, un travail à temps partiel est possible ou, en cas de limitations fonctionnelles, le travailleur pourrait exercer un travail adapté. La "*fit note*" indique ce que le travailleur est encore capable de faire. L'orateur admet que cela n'est pas toujours évident pour le médecin traitant, car il ne connaît pas la situation de travail. Un renvoi vers le médecin du travail pourrait être une solution.

De spreker legt uit dat de terugkeer naar werk bij ziekte wordt opgedeeld in drie fasen. In de acute fase, eerste drie tot vier weken, gebeurt de terugkeer naar het werk spontaan en in deze fase is geen interventie nodig. De subacute fase, die zich situeert tussen de vier en de twaalf weken, kent zowel een percentage mensen die toch nog spontaan terug aan het werk zullen gaan, maar ook een percentage mensen dat zal evolueren naar de chronische fase. Voor wie langer dan drie maanden afwezig is, is de terugkeer moeilijk. Dit geldt voor alle aandoeningen, maar ook in het bijzonder voor rugpijn, kanker en mentale stoornissen.

De spreker beklemtoont dat dat re-integratie een onderdeel moet zijn van de behandeling en het herstel en dit voor de kaap van drie maanden arbeidsongeschiktheid. De hindernissen om terug aan het werk te gaan zijn enerzijds toe te schrijven aan de persoon zelf, die intussen een nieuw evenwicht heeft gevonden in het dagelijks leven en door afwezigheid twijfelt aan de reactie van collega's en leidinggevende. Anderzijds speelt zich op de werkvloer een analoog proces af: het werk is herverdeeld of een nieuwe collega is aangeworven en de leidinggevende heeft zijn twijfels hoe de terugkerende werknemer het werk opnieuw zal opnemen. Mogelijks speelt ook het risico op hervat en de verplichting het gewaarborgd loon opnieuw te moeten betalen een rol.

De heer Godderis pleit voor de afschaffing van het verplicht ziekteattest tijdens de eerste week van ziekte te berekenen als de eerste vijf werkdagen of zeven effectieve dagen. Een ziekteattest is vergelijkbaar met een krachtig geneesmiddel maar heeft ook neveneffecten bij frequent en langdurig gebruikt. Het wordt frequent ingezet, zonder dat goed wordt nagedacht over de neveneffecten. De spreker verwijst naar de regeling in Scandinavische landen en Nederland en ziet een positief effect op het ziekteverzuim. Redenen zijn de autonome beslissing van de zieke, die zo zijn eigen toestand kan inschatten en het direct contact met de leidinggevende dat hierop volgt, zodat een afspraak voor terugkeer kan worden gemaakt. Daarnaast pleit de heer Godderis voor de invoering van de "*fit note*" geïnspireerd op het Britse voorbeeld. Momenteel vertrekt men van een zwart wit situatie: "kunnen" of "niet kunnen" werken terwijl er soms wel deeltijds werk mogelijk is of bij functionele beperkingen aangepast werk mogelijk zou zijn. De "*fit note*" geeft aan wat de werknemer wel nog kan. De spreker geeft toe dat dit voor de behandelende arts niet altijd evident is, omdat die de werksituatie niet kent. Een doorverwijzing naar de arbeidsarts zou hier een oplossing kunnen zijn.

M. Godderis souligne qu'il s'indique donc que la préparation du retour au travail se fasse dans les trois mois, avant le début de la phase chronique. Il est donc préférable d'intervenir avant cette date et auprès de la population qui présente un risque élevé d'entrer dans cette phase chronique. Qu'est-ce qui est déterminant pour le risque d'incapacité de travail de longue durée? L'orateur se réfère à des études qui indiquent qu'une première catégorie est liée au fonctionnement, une deuxième à des événements stressants de la vie à la maison et/ou au travail, qu'il y a des facteurs liés au travail et enfin des facteurs personnels. Ces facteurs sont inclus dans un questionnaire qui peut être utilisé à partir de deux mois d'incapacité de travail et donne un aperçu des déterminants pour lesquels un accompagnement spécifique peut être prévu afin de permettre un retour au travail. L'orateur souligne que deux éléments sont déterminants pour le retour au travail: comment le travailleur évalue-t-il son propre état de santé et dans quelle mesure envisage-t-il son retour au travail?

M. Godderis sait que, pendant la phase chronique, les chances de reprendre le travail sont faibles, surtout lorsque la personne tombe sous le régime de l'invalidité. Il estime également que, dans la pratique, on attend trop longtemps pour organiser un accompagnement en vue d'un retour au travail. L'orateur fait référence aux trajets de réintégration introduits par la ministre de l'époque, Mme De Block, qui aident les malades de longue durée à trouver un autre lieu de travail. L'introduction d'une visite informelle avant la reprise du travail par le médecin du travail a, quant à elle, un effet positif sur la reprise du travail sur le lieu de travail initial.

Enfin, l'orateur délivre le message suivant: il faut mettre l'accent sur la réintégration souhaitée et affecter les moyens à cet effet. Actuellement, on consacre encore beaucoup de moyens au contrôle de l'incapacité de travail: une personne a-t-elle droit à des prestations ou au salaire garanti? L'accent doit être mis sur l'objectif, à savoir la réintégration ou le retour au travail. Le système devrait également être simplifié et davantage axé sur la personne. Il convient de faire en sorte que la réintégration et le rétablissement fassent partie du traitement. Et enfin, il convient de remplacer la politique de contrôle par une politique de facilitation, d'incitation et d'autonomisation, de supprimer le certificat médical obligatoire, d'instaurer une "*fit note*" et de songer à des incitants financiers pour les petites entreprises.

De heer Godderis stipt aan dat de voorbereiding voor de terugkeer naar het werk dus best binnen de drie maanden valt, voordat de chronische fase wordt ingezet. Een interventie gebeurt dus best voor die datum en bij de populatie bij wie het risico groot is om in deze chronische fase terecht te komen. Welke determinanten bepalen het risico voor langdurige arbeidsongeschiktheid? Spreker verwijst naar onderzoek dat aangeeft dat een eerste categorie gelinkt is aan functioneren, een tweede categorie gerelateerd is aan stressvolle levensgebeurtenissen thuis en/of op het werk, vervolgens zijn er werk gerelateerde factoren en tot slot persoonsgerelateerde factoren. Deze factoren zijn opgenomen in een vragenlijst die kan worden gebruikt vanaf twee maanden arbeidsongeschiktheid en geeft inzicht in de determinanten waarvoor specifieke begeleiding kan worden voorzien om de terugkeer naar het werk mogelijk te maken. De spreker beklemtoont dat twee elementen bepalend zijn voor de terugkeer naar werk: wat is de inschatting van de medewerker zelf over zijn eigen gezondheid en hoe hoog schat de medewerker de terugkeer naar het werk in?

De heer Godderis weet dat in de chronische fase de kans op terugkeer naar het werk klein is, zeker wanneer de persoon in de invaliditeit terecht komt. Hij is tevens van oordeel dat er in de praktijk te lang wordt gewacht met de begeleiding naar de terugkeer naar werk. De spreker verwijst naar de re-integratietrajecten ingevoerd door toenmalig minister De Block die langdurig zieken de weg helpt vinden naar een andere werkplek. De introductie van een informeel bezoek voorafgaand aan de werkhervatting door de arbeidsarts heeft dan weer een positief effect op de werkhervatting op de oorspronkelijk werkplek.

Tot slot geeft de spreker de volgende boodschap: de focus en middelen moet worden ingezet naar de gewenste re-integratie. Momenteel worden nog heel wat middelen gestopt in de controle van de arbeidsongeschiktheid: heeft iemand recht op uitkering of gewaarborgd loon? De focus moet liggen op het doel namelijk de re-integratie of terugkeer naar het werk. Het systeem wordt best ook vereenvoudigd en moet meer persoons gericht zijn. Maak re-integratie en herstel onderdeel van de behandeling. En tot slot vervang het controlerend beleid door een faciliterende, incentiverend en empowerend beleid, schaf het verplicht ziekteattest af, voer de "*fit note*" in en denk aan financiële incentives voor kleine ondernemingen.

2. Exposé introductif de Mme Annemie Bonroy, médecin-conseil à la Direction médicale de la MC

Mme Annemie Bonroy est attachée à la mutualité chrétienne en tant que médecin-conseil et experte en incapacité de travail et réintégration à la direction médicale. Elle renvoie aux chiffres de l'INAMI, qui indiquent que le nombre de personnes en incapacité de travail et en invalidité augmente de 4 à 5 % par an, la même tendance étant observée chez les indépendants. Les affections les plus courantes sont les troubles psychiques et comportementaux (36 %) et les maladies musculo-squelettiques et du tissu conjonctif, qui représentent un pourcentage similaire. Il s'agit généralement de syndromes en lien avec une surcharge: burn-out, lumbago, lombalgies de longue durée.

L'oratrice précise qu'après trois mois d'incapacité de travail, les chiffres du retour au travail atteignent un palier. Des facteurs étrangers à la maladie compliquent le retour au travail. Du point de vue juridique, l'incapacité de travail relève de la compétence du médecin-conseil. À la réception d'une attestation d'incapacité, le médecin-conseil doit évaluer si la personne dispose encore de capacités restantes et, par ailleurs, fixer la capacité de gain, ce qui débouche sur la règle des 66 %, qui détermine si la personne peut prétendre à une indemnité. Le médecin-conseil surveille également la réintégration socio-professionnelle de l'intéressé. Le médecin-conseil emprunte deux trajets: d'une part, le trajet de contrôle, qui doit déterminer si la personne remplit les critères prévus par la législation en vigueur pour être reconnue inapte au travail, et d'autre part, le trajet de réintégration, qui vise à réintégrer l'assuré sur le plan socio-professionnel. Cet objectif peut être atteint soit par le biais d'un retour au travail, adapté ou non, d'une reconversion ou d'une réintégration sociale, notamment au moyen du volontariat. Les trajets de contrôle et de réintégration se déroulent en parallèle. Le trajet de réintégration fait appel à des coaches ayant notamment pour mission d'évaluer les capacités restantes, de mener des entretiens de motivation et d'accompagner l'assuré.

Mme Bonroy souligne également que l'évaluation personnelle, par l'assuré, de sa capacité à reprendre le travail est déterminante pour le retour au travail. Grâce au quick scan, qui est réalisé après huit semaines d'incapacité de travail, le médecin-conseil se fait une idée des possibilités de reprise du travail ou de la nécessité d'un travail adapté. En fonction de la situation, la personne concernée est orientée vers le médecin du travail ou se voit proposer un trajet.

L'oratrice souligne un certain nombre d'évolutions positives, comme la collaboration avec le médecin du

2. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Annemie Bonroy, adviserend arts bij de Medische directie van de CM

Mevrouw Annemie Bonroy is als adviserend arts verbonden aan de Christelijke Mutualiteit en expert arbeidsongeschiktheid en re-integratie op de medische directie. Ze verwijst naar de Riziv-cijfers die aantonen dat het aantal arbeidsongeschikten en invaliden toeneemt met 4 tot 5 % per jaar, *idem* voor zelfstandigen. De meest voorkomende aandoeningen zijn psychische en gedragsstoornissen (36 %) en de ziekten van bot, spier en bindweefsel die een vergelijkbaar percentage innemen. Doorgaans gaat het om overbelastingssyndromen: burn-out, lumbago, langdurige rugklachten.

De spreker geeft aan dat na drie maanden arbeidsongeschiktheid de uitstroom naar het werk stabiliseert. Factoren die niet gerelateerd zijn aan ziekte zorgen ervoor dat mensen minder makkelijk terug aan het werk gaan. Vanuit juridisch oogpunt is arbeidsongeschiktheid een bevoegdheid van de adviserende arts. De adviserende arts moet bij de ontvangst van een getuigschrift nagaan of de persoon nog restcapaciteiten heeft en moet daartegenover ook het verdien-vermogen plaatsen, wat leidt tot de 66 % regel, die bepaalt of de persoon in aanmerking komt voor een uitkering. De adviserende arts heeft ook een rol in het toezien op socio-professionele re-integratie. De adviserend arts volgt twee trajecten. Enerzijds het traject controle dat moet nagaan of de persoon voldoet aan de criteria in bestaande wetgeving om als arbeidsongeschikt te worden erkend. Anderzijds is er het traject re-integratie. Dit proces is erop gericht de verzekerde sociaal-professioneel te re-integreren. Dit kan zowel met terugkeer naar werk, al dan niet aangepast werk, herscholing als de sociale re-integratie met onder meer vrijwilligerswerk. De trajecten controle en re-integratie lopen parallel. Bij het re-integratietraject worden coaches ingezet die onder meer de restcapaciteiten nagaan, motivatie gesprekken voeren en de verzekerde begeleiden.

Mevrouw Bonroy wijst eveneens op het feit dat de eigen inschatting van de persoon op werkhervatting heel bepalend is voor de terugkeer naar het werk. Via de quick scan, die wordt uitgevoerd na acht weken arbeidsongeschiktheid, krijgt de adviserend arts inzicht in de mogelijkheden van werkhervatting of de noodzaak aan een aangepaste job. Afhankelijk van de situatie wordt de persoon in kwestie doorverwezen naar de arbeidsarts of wordt een traject opgesteld.

De spreker wijst op een aantal positieve evoluties zoals de samenwerking met de arbeidsarts. Dit maakt

travail, ce qui augmente les chances de réintégration. Il reste des points négatifs, comme la lourdeur des trajets officiels, l'application de délais stricts et l'obligation pour le médecin du travail de prendre une décision. Dans certaines situations, l'employeur dispose d'un délai de 12 mois pour prendre une décision, ce qui est en totale contradiction avec l'intervention rapide. La performance de la plateforme de concertation entre les différentes parties que sont le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin traitant pourrait également être améliorée. L'implication du médecin généraliste/traitant dans le trajet est tout aussi susceptible d'être améliorée.

Au sein de l'INAMI, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité a rédigé une note mettant l'accent sur la nécessité d'une approche multidisciplinaire des malades de longue durée. Des équipes composées du médecin-conseil, de kinésithérapeutes, d'infirmiers, de psychologues, d'ergothérapeutes et de personnel administratif peuvent faire la différence.

Parmi les possibilités de réintégration, l'oratrice mentionne la reprise partielle du travail chez le même employeur ou un autre employeur, le recyclage des compétences, l'apprentissage d'un nouveau métier, la conclusion d'un accord de coopération avec le VDAB, Actiris ou le Forem, une demande de reconversion professionnelle adressée directement à l'INAMI. Le volontariat, les stages et la formation dans des centres de réorientation professionnelle sont d'autres possibilités.

Enfin, Mme Bonroy met l'accent sur la prévention. Elle renvoie, à cet égard, à une étude de la mutualité chrétienne indiquant que les personnes concernées demandent d'abord du temps pour se rétablir avant de s'atteler à leur réintégration. Souvent, les personnes en incapacité de travail indiquent qu'au cours des semaines qui ont précédé leur maladie, elles auraient aimé bénéficier d'un certain nombre d'adaptations, comme une réduction temporaire de leur temps de travail, une adaptation du contenu de leur travail, une réduction de la charge physique. La qualité des relations professionnelles permet également de réduire la fréquence et la durée des incapacités de travail. Le maintien d'un lien solide avec l'entreprise a des effets positifs. Le soutien du supérieur hiérarchique est également essentiel pour la réintégration. Il est important de faciliter l'accompagnement psychologique de la personne concernée. L'oratrice attire également l'attention sur un problème sociétal structurel: on observe un déplacement du chômage vers l'incapacité de travail. La suppression de la prépension se traduit par une augmentation de l'incapacité de travail dans certains secteurs. La transposition de la réglementation européenne dans la législation belge est également un point important.

de kans op re-integratie groter. Minpunten blijven de logheid van de officiële trajecten, het hanteren van strakke termijnen en de verplichting voor de arbeidsarts om een beslissing te nemen. In bepaalde situaties krijgt de werkgever tot 12 maanden tijd om een beslissing te nemen, wat compleet haaks staat op de vroege interventie. Ook kan de performantie van het overlegplatform voor overleg tussen verschillende partijen zowel adviserend, arbeidsarts als behandelende arts beter. Evenzeer kan ook de betrokkenheid van de huisarts/behandelend arts in het traject nog verbeterd worden.

Binnen Riziv in de Hoge commissie werd een nota uitgewerkt die de nadruk legt op multidisciplinariteit in de aanpak van langdurige zieken. Teams bestaande uit een adviserend-arts, kinesitherapeut, verpleegkundige, psycholoog, ergotherapeut en administratieve krachten kunnen een verschil maken.

Over de mogelijkheden tot re-integratie zegt spreekster dat er de mogelijkheid van een deeltijdse werkhervatting bij de eigen of een andere werkgever, het oprispen van competenties, het aanleren van een nieuw beroep, een samenwerkingsovereenkomst met bijvoorbeeld VDAB, een beroepsherscholing die rechtstreeks bij het Riziv worden aangevraagd. Andere mogelijkheden zijn vrijwilligerswerk, stages en oriëntatie in centra.

Tot slot zoomt mevrouw Bonroy in op preventie. Ze verwijst hierbij naar een studie van de CM die aangeeft dat mensen tijd vragen om te herstellen en vervolgens aan re-integratie te werken. Niet zelden geven mensen in arbeidsongeschiktheid aan dat ze in de weken voorafgaand graag een aantal aanpassingen hadden gezien, zoals tijdelijk minder uren presteren, aangepaste job inhoud, minder fysieke belasting. Ook zorgt een goede relatie op het werk ervoor dat mensen minder arbeidsongeschikt worden en ook minder lang in de tijd. Als de band goed blijft met het bedrijf, heeft dit positieve gevolgen. De houding van de werkgever is ook belangrijk voor de re-integratie. De psychologische begeleiding van de persoon faciliteren is belangrijk. De spreekster wijst ook op het maatschappelijk structureel probleem: er is een shift tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Het wegvallen van brugpensioen geeft in sommige sectoren aanleiding tot meer arbeidsongeschiktheid. De Europese regelgeving implementeren in de Belgische wetgeving is eveneens een belangrijke item.

3. Exposé introductif de M. François Perl, ancien directeur général de l'INAMI

M. Perl évoque la genèse législative de la politique de réinsertion des malades de longue durée. La loi du 13 juillet 2006, qui organise la réinsertion des malades de longue durée à trois niveaux (invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles) mais qui se concentre surtout sur l'invalidité, a été une première étape. Il y a eu ensuite, en 2011, le premier accord de coopération entre l'INAMI, les mutualités et les régions en vue de concrétiser les trajets INAMI dans la pratique. Cet accord a été suivi, en 2013, par le plan *back to work* de l'ancienne ministre Laurette Onkelinx, qui avait le mérite de prévoir aussi un soutien financier pour ces accords. À cela sont venus s'ajouter, en 2016, l'arrêté royal De Block et l'arrêté royal Peeters, qui diffèrent sur le plan sémantique et qui sont trop souvent confondus. Les trajets INAMI sont les "trajets De Block" et ne sont pas liés à la réintégration sur le lieu de travail. Enfin, il y a eu l'accord Vivaldi de 2020, qui fait de la réinsertion professionnelle des malades de longue durée une priorité politique, dès lors que cet accord établit un lien entre cette réinsertion et l'augmentation du taux d'emploi.

M. Perl cite également plusieurs chiffres: fin 2020, notre pays comptait 471 000 invalides, ce qui représente un budget de plus de 9 milliards d'euros. En ce qui concerne les trajets INAMI, il convient d'opérer une distinction entre ces trajets et la reprise du travail à temps partiel. Selon les chiffres, on dénombrait en 2019 un total de 5 970 trajets, dont 4 707 en Flandre, 1 186 en Wallonie et 77 à Bruxelles. On observe une augmentation généralisée du nombre de trajets par rapport à l'année 2012. Le nombre de trajets augmente plus rapidement que le nombre d'invalides, ce qui constitue un signal positif. Le nombre de reprises partielles d'activité est passé de 31 287 en 2012 à 76 738 en 2019. On observe dès lors effectivement une forte progression du nombre de trajets. L'orateur indique également que les différences observées entre les régions doivent être analysées à l'aune du contexte professionnel, la Flandre se concentrant davantage sur les malades de longue durée alors que les autres régions mettent l'accent ailleurs.

L'orateur souligne également la thématique du financement. Si les arrêtés royaux de l'ancienne ministre Onkelinx ont offert un peu de marge de manœuvre financière, ils sont néanmoins suffisants. Jusqu'à présent, les organismes assureurs ont dû prendre à leur compte une large partie du coût des trajets. Il en va de même pour le VDAB et ses homologues: le financement prévu est insuffisant.

M. Perl indique que deux défis de taille doivent être relevés: la non-inclusivité du marché du travail et la

3. Inleidende uiteenzetting van de heer François Perl, voormalig algemeen directeur RIZIV

De heer Perl staat stil bij de wettelijke historiek van de re-integratie van langdurig zieken. Een eerste aanzet was de wet van 13 juli 2006 die de re-integratie van langdurig zieken kadert op drie vlakken: invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten, maar vooral focust op invaliditeit. Vervolgens was er in 2011 het eerste samenwerkingsakkoord tussen het Riziv, de ziekenfondsen en de Gewesten waarmee het Riziv-traject in de praktijk wordt omgezet. In 2013 was er vervolgens het "*back to work*" plan van toenmalig minister Laurette Onkelinx, dat de verdienste had de akkoorden ook financieel te ondersteunen. En tot slot kwam er in 2016 het koninklijk besluit De Block en het koninklijk besluit Peeters, die van elkaar verschillen in semantiek en te vaak door elkaar gehaald worden. De Riziv-trajecten zijn de "De Block-trajecten" en staan los van de re-integratie op de werkplek. En tot slot is er het Vivaldi-akkoord uit 2020 die de re-integratie van langdurig zieken op de politiek agenda plaatst omdat dit in het akkoord wordt gelinkt aan een toename van de werkgelegenheid.

De heer Perl geeft ook een aantal cijfers: eind 2020 telde ons land 471 000 invaliden wat staat voor een budget van meer dan 9 miljard euro. Voor wat de Riziv-trajecten betreft moet er een onderscheid gemaakt worden met de tijdelijke werkhervatting. Volgens de cijfers waren er in 2019 in totaal 5 970 trajecten waarvan 4 707 in Vlaanderen, 1 186 in Wallonië en 77 in Brussel. In vergelijking met 2012 is er overal een toename. Het aantal trajecten stijgt sneller dan het aantal arbeidsongeschikten, wat een positief signaal is. Het aantal gedeeltelijke werkhervattingen stijgt van 31 287 in 2012 tot 76 738 in 2019. Er is dus wel een belangrijke vooruitgang. De spreker wijst er ook op dat de verschillen tussen de gewesten moeten worden gezien in de professionele context. Vlaanderen is meer geconcentreerd op de langdurige zieken, in ander Gewesten ligt de klemtoon elders.

De spreker wijst ook op de financieringsproblematiek. De KB's van toenmalig minister Onkelinx brachten wat financiële ruimte, maar zijn onvoldoende. Tot op vandaag moeten de verzekeringsorganen een groot deel van het traject op zich nemen. Datzelfde geldt ook voor de VDAB en zijn homologen: er is onvoldoende financiering.

De heer Perl stelt dat er twee grote uitdagingen zijn: de arbeidsmarkt is niet inclusief en er is de demografische

pyramide démographique des médecins-conseils. Il est très difficile d'organiser un trajet qui sera suivi de bout en bout par un seul et même médecin-conseil. Des modifications rapides pourraient faciliter le retour au travail. La révision des règles de cumul instaurées par l'ancienne ministre De Block permettrait de rendre de nouveau la reprise partielle d'activité financièrement plus attrayante. Les organisations syndicales et les autres organisations sont d'accord pour affirmer qu'il s'agit d'une mesure judicieuse à court terme mais pas à long terme. Il convient également de communiquer clairement sur les portes que la reprise partielle d'activité peut ouvrir.

M. Perl conclut son intervention en formulant la recommandation suivante: l'avis du Conseil national du travail est de très bonne qualité et constitue un exemple de concertation sociale fructueuse entre tous les partenaires sociaux. Il convient de conserver le caractère volontaire des trajets INAMI. Il indique que le nombre de travailleurs souhaitant reprendre le travail est plus élevé que le nombre d'emplois disponibles. Des sondages nous apprennent que 80 % des malades de longue durée souhaitent un jour reprendre leur activité, et il serait plus judicieux de prendre des mesures ciblant le groupe qui souhaite retourner au travail. Le financement destiné à l'ensemble des acteurs (les travailleurs, les employeurs et les organismes régionaux) est insuffisant. L'orateur indique que chaque euro investi dans la réinsertion professionnelle permet à terme d'économiser deux à trois euros d'allocations.

4. Exposé introductif de M. Stijn Baert, professeur d'économie du travail, UGent

M. Baert souligne l'importance de soigner les malades de longue durée et de limiter leur nombre, compte tenu des répercussions de ce phénomène sur les recettes et les dépenses de notre système de sécurité sociale. L'augmentation du taux d'emploi entraîne une augmentation des recettes de la sécurité sociale, ce qui permet également d'éviter des dépenses en faveur des personnes inactives sur le marché du travail. En 2020, le taux d'emploi des 25-64 ans s'élevait à 73,5 %. Or, les demandeurs d'emploi représentaient seulement 3 % des inactifs de cette catégorie d'âge. Un groupe bien plus large d'individus est inactif, ce qui signifie qu'ils ne sont ni demandeurs d'emploi ni occupés. La concrétisation de l'ambition de notre pays d'augmenter le taux d'emploi passera sans aucun doute par la réduction de l'inactivité. On constate surtout que notre pays enregistre un très haut taux d'inactivité par rapport à nos voisins, alors que le pourcentage de demandeurs d'emploi est semblable.

L'orateur souligne que le pourcentage de malades de longue durée a augmenté plus fortement en Belgique que dans d'autres pays européens. Cela signifie qu'il serait

piramide van de adviserende artsen. Het is moeilijk om een heel traject te organiseren waar de adviserende arts bij betrokken kan blijven. Enkele snelle aanpassingen zouden dan weer de terugkeer naar het werk kunnen faciliteren. Het ongedaan maken van de cumulregels, ingevoerd door toenmalig minister De Block, kunnen een gedeeltelijke werkhervatting terug financieel aantrekkelijker maken. De vakbonden en de andere organisaties zijn het ermee eens dat dit een goede maatregel is op korte termijn maar niet op lange termijn. Daarnaast moet duidelijk gezegd worden wat de kansen zijn die verbonden zijn aan de deeltijdse werkhervatting.

Tot slot doet de heer Perl de volgende aanbevelingen: het advies van de Nationale Arbeidsraad is kwalitatief bijzonder goed en geeft blijk van een goed sociaal overleg tussen alle sociale partners. Het vrijwillig aspect van het Riziv-traject moet behouden blijven. Hij wijst op het feit dat er meer mensen zijn die terug aan het werk willen, dan het werkaanbod. Bevestigingen leren dat 80 % van de langdurig zieken op een dag terug aan het werk willen en maatregelen focussen beter op de groep die terug aan het werk wil. Er is onvoldoende financiering voor alle actoren: de werknemer, de werkgever en de gewestelijke organen. Spreker wijst erop dat elke euro die geïnvesteerd wordt in werkhervatting, op termijn twee tot drie euro bespaart op uitkeringen.

4. Inleidende uiteenzetting van de heer Stijn Baert, professor arbeidseconomie UGent

De heer Baert benadrukt het belang van zorg voor langdurige zieken en het beperken van hun aantal, verwijzend naar de inkomsten en uitgaven binnen de sociale zekerheid. Door de werkzaamheidsgraad te verhogen, stijgen de inkomsten voor de sociale zekerheid en vermijdt je ook uitgaven die verband houden met het niet actief zijn op de arbeidsmarkt. De werkzaamheidsgraad van alle 25- tot 64-jarigen bedroeg in 2020 73,5 %. De werkzoekenden nemen slechts 3 % in van de niet-werkenden binnen deze leeftijdscategorie. Een veel grotere groep is inactief, niet werkzoekend maar ook niet aan het werk. Als ons land de ambitie heeft om de werkzaamheid te verhogen, zal dit ongetwijfeld moeten komen van de verlaging van de inactiviteit. In vergelijking met onze buurlanden valt vooral de zeer hoge inactiviteit op terwijl het percentage werkzoekenden gelijkmatig is verdeeld.

De spreker merkt op dat het percentage langdurig zieken in België sterker toeneemt dan in andere EU-landen. Dat betekent dat door middel van preventie, toegang,

préférable d'endiguer le nombre de malades de longue durée par le biais de la prévention, de l'accessibilité, de l'activation et de la réinsertion. En outre, l'orateur indique que des mesures planifiées ciblées sont nécessaires. Le gouvernement fédéral a par exemple investi 5,5 millions d'euros dans le bien-être psychologique au travail. Il plaide pour le déploiement de projets-pilotes scientifiques concernant la gestion des malades de longue durée, comme cela se fait également pour le développement de vaccins. Il s'agirait d'études qui compareraient les résultats escomptés de mesures envisagées et qui permettraient de mettre en œuvre les trajets les plus adéquats à plus grande échelle.

L'orateur fait le lien avec la prévention. À l'heure actuelle, on ne sait pas toujours clairement ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas. Par exemple, en ce qui concerne le burn out, la politique de prévention qui est menée ne repose guère sur les preuves. L'orateur estime que la Belgique pourrait jouer un rôle innovant sur ce plan et pourrait identifier, sur une base scientifique, les mesures envisageables en la matière.

M. Baert souligne que des études scientifiques montrent qu'il est préférable de surveiller l'accès à la sécurité sociale. Le recours à la sécurité sociale est effectivement assorti d'aléas moraux et le risque existe que des citoyens en bénéficient indûment. On constate par exemple qu'un durcissement de l'accès au chômage entraîne une augmentation du nombre de malades de longue durée.

L'intervenant poursuit en évoquant les bonnes pratiques mises en œuvre aux Pays-Bas. Il se demande si les mutualités sont suffisamment encouragées à contribuer à la réduction du nombre de malades de longue durée par le biais de la réinsertion. On peut également se demander si les employeurs sont suffisamment encouragés à agir pour éviter les absences de longue durée, aussi bien dans le contexte de la prévention que dans celui de la réinsertion. S'agissant de la réactivation, l'orateur renvoie à une proposition précédemment formulée par l'ancienne ministre De Block: la réduction de 5 à 10 %, durant une période d'un mois, du montant l'allocation perçue par tout individu jugé apte au travail qui ne coopère pas ou ne se présente pas à son entretien de réinsertion. À l'époque, cette proposition n'avait pas été adoptée, mais l'orateur estime qu'il s'agit d'une piste logique et qu'il semblerait même indiqué de prévoir des sanctions plus lourdes en cas de récidive.

M. Baert renvoie également aux preuves scientifiques attestant de l'existence de discriminations pour raison de santé sur le marché de l'emploi. Les discriminations pour raisons de santé constituent une réalité et jouent inévitablement un rôle dans la réinsertion. Des études

activering en re-intégratie het aantal langdurig zieken best onder controle wordt gehouden. Daarnaast wijst hij er op dat doelmatig geplande maatregelen nodig zijn. Zo investeerde de federale regering 5,5 miljoen euro in mentale welzijn op werkvloer. Hij pleit voor het uitrollen van wetenschappelijke pilootprojecten voor de aanpak van langdurig zieken, zoals dit ook in de vaccinontwikkeling gebeurt. Studies waarbij de outcome van maatregelen worden vergeleken en waarbij de meest adequate trajecten op bredere schaal kunnen worden geïmplementeerd.

De spreker maakt de link met preventie. Momenteel is niet altijd duidelijk wat effectief is en wat niet. Zo is er voor burn-out weinig evidence-based preventie. Hij meent dat België een innovator zou kunnen zijn op dit vlak en interventies wetenschappelijk in kaart zou kunnen brengen.

De heer Baert beklemtoont dat wetenschappelijk onderzoek aantoont dat de toegang tot de sociale zekerheid best bewaakt wordt. Er zijn wel degelijk "moral hazards" bij het gebruik van de sociale zekerheid en er is het risico dat burgers onterecht instromen. Zo wordt vastgesteld dat bij een verstrenging van de toegang tot werkloosheid, het aantal langdurig zieken toeneemt.

De spreker wijst verder op de best practices in Nederland. Hij vraagt zich af of de ziekenfondsen voldoende incentives krijgen om het aantal langdurige zieken te helpen bij re-integratie. Eveneens kan de vraag worden gesteld of werkgevers voldoende incentives hebben om langdurige uitval te vermijden zowel in de context van preventie als naar re-integratie. Wat betreft de re-activering wijst de spreker naar een eerder voorstel van toenmalig minister De Block: wanneer iemand in staat wordt geacht om aan het werk te gaan en wanneer deze persoon niet meewerkt en niet verschijnt op het re-integratiegesprek, kon die persoon zijn uitkering gedurende één maand zien verminderen met 5 tot 10 %. Dit voorstel heeft het toen niet gehaald, maar volgens de spreker is dit een logische piste en zelfs bij recidive lijkt een zwaardere sanctie aangewezen.

De heer Baert verwijst ook naar de wetenschappelijk evidentie van discriminatie op de arbeidsmarkt op basis van gezondheid. Discriminatie op basis van gezondheid is een realiteit en speelt onvermijdelijk een rol bij de re-integratie. Onderzoek toont aan dat functiebeperking,

montrent qu'un handicap, une précédente dépression, des antécédents oncologiques ou un précédent burn out réduisent les chances de recrutement ou de promotion. Il serait judicieux que les raisons de santé soient également intégrés dans les tests de discriminations qui sont menés par l'autorité fédérale.

B. Questions et observations des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) résume que les avis des orateurs vont dans le même sens et soulignent tous l'importance d'une stimulation positive. L'intervenante souhaite se concentrer sur les propositions de loi pendantes concernant les emplois d'intégration professionnelle, les certificats d'aptitude au travail, l'instauration d'"emplois-rebond", la résolution sur l'indépendance du médecin-conseil, la suppression des pièges à l'emploi pour les fonctionnaires bénéficiant d'une pension de maladie, mais l'adaptation des trajets de réintégration existants en mettant l'accent sur une approche multidisciplinaire, la responsabilisation de toutes les parties, le salaire garanti et les exemples néerlandais sont aussi des thèmes intéressants.

Aujourd'hui, un malade de longue durée peut reprendre partiellement le travail tout en conservant une partie de son allocation. Toutefois, ce système comporte également des obstacles: par exemple, l'approbation du médecin-conseil de la mutualité est requise et l'employeur risque de devoir payer une indemnité de congé s'il ne peut plus employer le travailleur. Par conséquent, ce système se concentre sur l'emploi chez l'employeur actuel. Les experts sont-ils d'accord sur le fait qu'il convient de procéder à des adaptations en ce qui concerne la reprise progressive du travail? Que pensent-ils des emplois d'intégration professionnelle dans le cadre desquels le travailleur conserve l'intégralité de l'allocation de maladie, mais où une cotisation de solidarité supplémentaire est introduite et où l'accord du médecin-conseil n'est plus requis, mais où la durée est limitée à deux ans? En outre, la durée du travail serait limitée à un mi-temps au maximum, l'employeur ne devrait payer que les heures prestées et ne devrait pas verser d'indemnité de congé en cas de rechute permanente. Cette proposition vise à sensibiliser toutes les parties concernées et à offrir aux malades de longue durée davantage de possibilités chez un nouvel employeur.

L'intervenante demande également l'avis des orateurs sur la proposition d'un certificat d'aptitude au travail non contraignant: cette proposition a-t-elle du sens ou comporte-t-elle des risques? En effet, ce type de certificat ne peut être utile que si les travailleurs souhaitent l'utiliser et si les employeurs, les médecins du travail et les médecins généralistes peuvent en faire usage. Elle renvoie ensuite aux interventions du professeur Baert et

eerdere depressie, kanker-ervaring of een eerdere burn-out leidt tot een lagere kans op aanwerving en promotie. De federale discriminatietoetsen van de federale regering nemen best ook de gronden van gezondheid op in hun onderzoek.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA), vat samen dat de adviezen van de sprekers dezelfde richting uitgaan en allemaal het belang van een positieve stimulatie benadrukken. De spreker wenst vooral in te gaan op de hangende wetsvoorstellen rond arbeidsintegratiejobs, geschiktheidsattesten, de invoering van de doorstartbanen, de resolutie over de onafhankelijkheid van de adviserende arts, het wegwerken van invaliditeitsvallen bij ambtenaren op ziektepensioen maar ook de bijsturing van de bestaande re-integratietrajecten met een focus op een multidisciplinaire aanpak, de responsabilisering van alle partijen, het gewaarborgd loon en de Nederlandse voorbeelden zijn interessante topics.

Vandaag kan een langdurig zieke het werk deels hervatten met een gedeeltelijk behoud van de uitkering. Dit systeem kent echter ook drempels: zo is er een goedkeuring nodig van de adviserende arts van het ziekenfonds en riskeert de werkgever een opzegvergoeding te moeten betalen wanneer hij de werknemer niet langer kan tewerkstellen. Dit systeem richt zich dus vooral op de tewerkstelling bij de bestaande werkgever. Zijn de experts het eens dat aan de progressieve werkhervatting gesleuteld moet worden? Wat is hun visie op de arbeidsintegratiejobs waarbij de werknemer de volledige ziekte-uitkering blijft behouden maar waarbij een extra solidariteitsbijdrage wordt ingevoerd en waarbij de goedkeuring van de adviserende arts niet langer nodig is maar waarbij de looptijd beperkt wordt tot twee jaar? Aanvullend zou de werkduur worden beperkt tot maximaal halftijds, de werkgever zou enkel de gepresteerde uren moeten betalen en bij blijvend herval geen opzegvergoeding moeten betalen. Dit voorstel moet alle betrokkenen sensibiliseren en moet langdurig zieken meer kansen geven bij een nieuwe werkgever.

De spreker vraagt daarnaast naar de visie van de sprekers over het voorstel voor een vrijblijvend geschiktheidsattest: is dit zinvol of houdt dit risico's in? Dergelijk attest kan immers slechts zinvol zijn als de werknemers het willen gebruiken en werkgevers, bedrijfsartsen en huisartsen er mee aan de slag kunnen. Ze wijst verder naar de tussenkomsten van professor Baert en professor Godderis die pleiten voor de afschaffing van het

du professeur Godderis, qui plaident pour la suppression du certificat médical pendant la première semaine, ce qui aurait pour effet d'impliquer davantage l'employeur. Actuellement, le certificat médical n'est pas légalement requis, mais son usage est répandu dans la pratique. Est-il possible de l'abolir dans la pratique? Est-il possible d'obtenir une plus grande implication des employeurs sans supprimer le certificat médical?

Mme Van Peel demande ce que les orateurs pensent de la prolongation de la période du salaire garanti. Quels sont les risques? Elle souligne que la durée pendant laquelle le salaire est garanti est de deux ans aux Pays-Bas, alors qu'elle est d'un mois en Belgique. Quelle est la durée idéale? En cas de prolongation de la période de salaire garanti, est-il judicieux de réduire le salaire garanti au fil du temps pour encourager les travailleurs à reprendre le travail? Il est important que les coûts pour les employeurs soient limités. D'une part, il est possible d'y parvenir si les travailleurs reprennent le travail plus rapidement, mais, d'autre part, il faut également examiner comment les dépenses moindres de la sécurité sociale peuvent être réinvesties, par exemple, dans la réintégration.

L'intervenante souhaiterait également savoir en quoi un ajustement ou une réforme de l'indemnité AMI pourrait contribuer à la réintégration. Aux Pays-Bas, il est tenu compte de la capacité de travail restante. Serait-il utile d'identifier, de repérer et d'activer les bénéficiaires de l'indemnité AMI ayant des possibilités d'emploi relativement plus élevées? Les personnes qui ont été en incapacité de travail pendant au moins deux ans ou qui ont relevé du régime de l'invalidité pendant un an reçoivent une prime de rattrapage à la fin du mois de mai de chaque année, mais celles qui reprennent le travail entre décembre et la fin du mois de mai ne bénéficient pas de cette prime. Ne serait-il pas préférable de supprimer toutes ces primes et de les incorporer dans l'allocation elle-même, en vue de stimuler le retour au travail?

Mme Van Peel souhaiterait également savoir quels sont les avantages et les inconvénients de l'individualisation des allocations. L'employeur peut lancer un trajet de réintégration dès le premier jour de l'incapacité de travail. Elle se demande s'il faudrait offrir la possibilité de planifier cela encore avant le début de l'incapacité de travail.

Mme Evita Willaert (*Ecolo-Groen*) souligne que les exposés se concentraient principalement sur l'activation des malades de longue durée, et plaide en même temps pour que l'on accorde plus d'attention à la prévention et à l'analyse des risques exigée par la loi. Dans le même temps, il convient d'accorder une attention suffisante

ziekteattest in de eerste week, wat tot gevolg zou hebben dat de werkgever nauwer betrokken zou zijn. Het ziekteattest is vandaag niet wettelijk verplicht maar is wel in de praktijk ingeburgerd. Is het mogelijk dit in de praktijk af te schaffen? Is het mogelijk om een meer betrokken houding van werkgevers te creëren zonder de afschaffing van het ziekteattest?

Mevrouw Van Peel vraagt wat de sprekers denken over de verlenging van de periode van het gewaarborgd loon. Wat zijn de risico's? Ze wijst erop dat de termijn voor het gewaarborgd loon twee jaar bedraagt in Nederland, terwijl dit in België één maand is. Wat is de ideale periode? Is het zinvol om bij het verlengen van de periode van gewaarborgd loon, het gewaarborgde loon in de tijd te laten dalen, zodat werknemers gestimuleerd worden terug aan de slag te gaan? Belangrijk is dat de kosten voor de werkgevers beperkt worden. Dat kan enerzijds doordat de werknemers sneller aan de slag gaan, maar daarnaast moet ook worden bekeken hoe de minderaantgaven van de sociale zekerheid kunnen worden herinvesterd in bijvoorbeeld de re-integratie.

De sprekerster wil ook graag weten op welke manier een aanpassing of hervorming van de ziv-uitkering een bijdrage kunnen leveren aan de re-integratie. In Nederland wordt gekeken naar het resterende arbeidsvermogen. Zou het kunnen helpen om ziv-gerechtigden met relatief meer tewerkstellingskansen te identificeren, op te sporen en te activeren? Wie minstens twee jaar arbeidsongeschikt is of één jaar invalide is, ontvangt elk jaar eind mei een inhaalpremie, maar wie tussen december en eind mei terug aan de slag gaat, loopt die premie mis. Zou het niet beter zijn om al die premies af te schaffen en ze te incorporeren in de uitkering zelf en dit met het oog op het stimuleren van de werkhervatting?

Mevrouw Van Peel wil ook weten wat de voordelen en valkuilen zijn van de individualisering van de uitkeringen? De werkgever kan vanaf dag één van de arbeidsongeschiktheid een re-integratietraject starten. Ze vraagt zich af of de mogelijkheid moet geboden worden om dit nog vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid in te plannen.

Mevrouw Evita Willaert (*Ecolo-Groen*), wijst er op dat in de uiteenzettingen vooral gefocust wordt op de activering van langdurig zieken en pleit tegelijk voor meer aandacht voor preventie en een wettelijk verplichte risicoanalyse. Tegelijk moet er voldoende aandacht zijn voor het opleidingsniveau, wat de re-integratiekansen

au niveau d'éducation, qui a une forte influence sur les chances de réintégration. Elle se demande ce qui peut être amélioré.

La députée déclare qu'elle est favorable au certificat médical pour les maladies de courte durée et à l'introduction de certificats d'aptitude au travail. Elle demande au professeur Godderis si un contact informel avec l'employeur est une bonne solution.

L'intervenante a noté qu'un trajet de réintégration est demandé par 50 % des travailleurs. La membre souhaiterait savoir si une attention suffisante est accordée aux adaptations apportées par l'employeur? Elle se demande également comment les experts perçoivent le rôle des coordinateurs de retour au travail, et en lien avec celui-ci, le rôle du médecin-contrôleur, du médecin du travail et du médecin généraliste. Qu'en est-il du burn out, qui est défini comme un diagnostic poubelle?

Quelles sont les opportunités et les éventuels effets négatifs d'une extension du salaire garanti dans le temps?

M. Marc Goblet (PS) souligne la problématique des maladies musculo-squelettiques, d'une part, et du burn out et de la dépression, d'autre part, dans le cadre de l'incapacité de travail de longue durée. L'OMS montre également qu'un temps de travail de plus de 55 heures par semaine entraîne davantage de maladies. La limitation du statut RCC et de l'ancien régime de prépension a entraîné une augmentation des maladies de longue durée. Le député souligne l'importance de la prévention et du contrôle des conditions de travail.

Le député souligne que, dans le cadre des trajets de réintégration, l'employeur a trop souvent la possibilité d'indiquer qu'un travail adapté n'est pas possible, même à temps partiel, ce qui a pour conséquence qu'il peut mettre fin au contrat pour cause de force majeure et, par conséquent, ne pas verser d'indemnité de congé. Existe-t-il des données sur le nombre de contrats de travail qui sont résiliés après le début d'un trajet de réintégration? Y a-t-il une possibilité de combiner les données de l'INAMI et de l'ONEM? Quelle est la valeur ajoutée d'un trajet de réintégration par rapport à une reprise du travail à temps partiel? Est-il possible d'apporter le soutien humain et matériel nécessaire aux travailleurs qui entament un trajet de réintégration afin qu'ils ne courent pas le risque d'être défavorisés par cette formule?

Mme Ellen Samyn (VB) résume la problématique en indiquant que les incapacités de travail de longue durée mettent notre système de sécurité sociale sous pression. Les contrôles des incapacités de travail primaires sont réalisés par les médecins-contrôle des mutualités et de l'INAMI. Les chiffres montrent qu'il existe de très fortes

sterk beïnvloedt. Zij vraagt zich af wat er kan verbeterd worden?

Het lid geeft aan voorstander te zijn van het ziektebriefje voor kortdurende ziekte en voorstander te zijn van de introductie van bekwaamheidsbriefjes. Van professor Godderis wenst zij te vernemen of het informeel contact met de werkgever wel een goede piste is?

De spreekster noteerde dat een re-integratietraject wordt aangevraagd door 50 % van de werknemers. Het lid wil graag weten of er voldoende aandacht is voor aanpassingen door de eigen werkgever? Ook vraagt zij zich af hoe de experts kijken naar de rol van de terug-naar-werk-coördinatoren, en hieraan gelinkt de rol van de controlearts, de arbeidsarts en de huisarts? Wat met burn-out, die wordt gedefinieerd als vuilbakdiagnose?

Welke kansen en mogelijke negatieve effecten heeft een verlenging van het gewaarborgd loon in de tijd?

De Heer Marc Goblet (PS), duidt op de problematiek van spier- en skeletziekten enerzijds en de burn-out en depressies anderzijds in het kader van langdurige arbeidsongeschiktheid. Ook toont de WGO aan dat een arbeidstijd van meer dan 55 uren per week leidt tot meer ziekte. De beperking van het SWT-statuuut en het voormalige prepensioen heeft geleid tot meer langdurige zieken. Het lid beklemtoont het belang van preventie en de controle op werk- en arbeidsomstandigheden.

Het lid wijst erop dat in het kader van de re-integratietrajecten de werkgever te vaak de mogelijkheid krijgt om aan te wijzen dat aangepast werk niet mogelijk is, ook niet deeltijds met als gevolg dat het contract wordt stopgezet door overmacht en er bijgevolg geen opzegvergoeding wordt betaald. Zijn er gegevens over het aantal arbeidscontracten dat wordt stopgezet na het opstarten van een re-integratietraject? Is er de mogelijkheid om de gegevens van het Riziv en de RVA te combineren? Wat is de meerwaarde van een re-integratietraject tegenover een deeltijdse werkhervatting? Is het mogelijk werknemers die in een re-integratieproject stappen de nodige menselijke en materiële ondersteuning te geven zodat ze niet het risico lopen hierdoor benadeeld te worden?

Mevrouw Ellen Samyn (VB), vat samen dat de langdurige arbeidsongeschiktheid de sociale zekerheid onder druk zet. De controle op de primaire arbeidsongeschiktheid gebeurt door de controle artsen van de ziekenfondsen en het Riziv. De cijfers tonen aan dat er zeer grote verschillen zijn tussen Vlaanderen Wallonië en Brussel

disparités entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles, ce qui laisse à penser que des critères différents sont utilisés dans les différentes régions, même si la politique de réintégration semble mieux fonctionner en Flandre qu'en Wallonie.

L'intervenante demande s'il ne serait pas préférable de prévoir une responsabilisation financière totale des régions en la matière, afin de permettre l'élaboration d'une politique sur mesure. Les services régionaux pour l'emploi sont un acteur important du processus d'activation du marché du travail. Il est vrai que le niveau fédéral profite des gains financiers générés par le bon fonctionnement de ces services régionaux. Par le passé, dans le cadre d'un examen du fonctionnement d'Actiris et du Forem, la Cour des comptes avait fustigé le fait que ces deux organismes ne disposaient pas de listes des métiers en pénurie, ce qui complique leur fonctionnement. Dans ce contexte, la Cour des comptes avait renvoyé au fonctionnement du VDAB. En effet, la Flandre enregistre 4 707 trajets de réintégration, contre 1 186 pour la Wallonie et 77 pour Bruxelles. Comment les experts expliquent-ils cette différence? Serait-il possible d'harmoniser le fonctionnement de l'ensemble de ces services pour l'emploi et de l'optimiser?

La membre demande s'il ne serait pas préférable d'élaborer des mesures de réactivation sur mesure. Actuellement, les mêmes mesures s'appliquent à l'ensemble du pays. Ne serait-il pas préférable d'organiser la politique de l'emploi au niveau régional?

Le niveau d'éducation et l'apprentissage en continu constituent un baromètre du niveau de réactivation. L'enseignement est une matière régionale et l'ambition fédérale de miser sur l'apprentissage en continu ne fera que creuser le fossé existant. Quelle est la meilleure stratégie à adopter à cet égard?

L'intervenante demande au professeur Baert comment il serait préférable de modifier le système du salaire garanti octroyé durant le premier mois de l'incapacité de travail, système qui est aujourd'hui surtout coûteux pour l'employeur. La membre évoque la proposition du professeur Godderis, qui est une proposition élaborée sur mesure pour les grandes entreprises. Elle demande quelles seraient ses conséquences pour les travailleurs indépendants qui emploient un ou deux travailleurs? Le processus devrait-il être modifié?

Mme Nahima Lanjri (CD&V) estime que les trajets de réintégration ne sont pas une réussite totale et qu'il est urgent de les réformer. Comment réduire les lourdeurs administratives? Comment dissiper les doutes des travailleurs qui hésitent à s'engager dans un projet de réintégration? Un refus risque aujourd'hui de conduire à

wat laat vermoeden dat er andere maatstaven worden gebruikt in de verschillende gewesten, ook lijkt de re-integratie beter te lukken in Vlaanderen dan in Wallonië.

De spreekster vraagt of het beter zou zijn om de gewesten in deze materie volledig financieel te responsabiliseren, zodat een beleid op maat kan worden uitgewerkt? De gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten zijn een belangrijke speler in het activeren van de arbeidsmarkt. Het is wel zo dat de financiële vruchten van de goede werking van de gewestelijke diensten op federaal niveau terecht komen. Het Rekenhof maakte eerder als vernietigende opmerkingen over de werking van Actiris en Le Forem omdat deze instellingen niet beschikken over lijsten van knelpuntberoepen wat de werking bemoeilijkt. Het Rekenhof verwees in deze naar de werking van de VDAB. Vlaanderen telt 4 707 re-integratietrajecten, Wallonië 1 186 en Brussel 77. Hoe verklaren de experts het verschil? Kan men al deze arbeidsbemiddelingsdiensten op één lijn krijgen en optimaliseren?

Het lid vraagt of de reactiveringsmaatregelen niet beter op maat zouden worden gemaakt? Nu gelden dezelfde maatregelen voor het gehele land. Zou het beter zijn om het werkgelegenheidsbeleid via de gewesten te organiseren?

Opleidingsniveau en levenslang leren zijn een barometer voor het re-activeringsniveau. Onderwijs is regionale materie en de federale piste om in te zetten op levenslang leren zal de kloof alleen nog maar vergroten. Hoe wordt dit beste aangepakt?

Aan professor Baert vraagt spreekster hoe het systeem van het gewaarborgd loon gedurende de eerste maand arbeidsongeschiktheid best wordt aangepast? Nu is dit vooral duur voor de werkgever. Het lid wijst op het voorstel van professor Godderis dat op maat is van grote bedrijven. Ze stelt zich de vraag wat dit betekent voor de zelfstandigen die één of twee werknemers tewerkstellen? Moet het proces worden aangepast?

Mevrouw Nahima Lanjri (CD&V), meent dat de re-integratietrajecten geen onverdeeld succes zijn en dat een aanpassing zich opdringt. Hoe kan de administratieve rompslomp worden aangepakt? Hoe kunnen de twijfels om in een re-integratieproject te stappen worden weggenomen? Nu bestaat het risico dat dit kan leiden

un licenciement. Un travailleur qui reprend le travail et qui fait une rechute peut-il être sanctionné financièrement? Quid d'une nouvelle stratégie basée sur des incitants positifs plutôt que sur des sanctions?

La membre demande également comment il serait possible d'améliorer la combinaison d'un salaire et d'une allocation. Comment garantir que les travailleurs incapables de reprendre à temps plein et non autorisés à combiner leur salaire avec une allocation ne soient pas pénalisés financièrement?

Elle souhaite également savoir comment il serait possible d'améliorer la coopération avec les régions et quelles sont les raisons des disparités gigantesques existant entre celles-ci. L'intervenante demande au professeur Godderis ce qu'il pense de la suppression des certificats médicaux? Comment cela fonctionne-t-il dans d'autres pays? Cette suppression comporte-t-elle le risque que les travailleurs ne seront pas suffisamment rétablis au moment de reprendre le travail, dès lors qu'ils devront reprendre le travail après une semaine? Comment cela fonctionne-t-il dans d'autres pays?

Aux Pays-Bas, la période du salaire garanti est beaucoup plus longue: pourrions-nous en faire de même? L'intervenante s'interroge également sur le recours à la prévention: des chiffres sont-ils disponibles à ce sujet? La prévention est-elle utilisée à grande échelle? Comment convaincre les employeurs de l'utilité de la prévention? À l'occasion de la Journée de la sécurité au travail, la CSC a formulé plusieurs propositions, dont celle de la réalisation d'une évaluation triennale des risques psychosociaux dans l'entreprise. La membre souhaiterait connaître la position des orateurs à propos de cette proposition.

Les experts sont-ils associés à l'élaboration du plan d'action "Résilience mentale au travail" du gouvernement fédéral? Sont-ils également associés à l'élaboration du projet de coordinateurs du processus de retour au travail? Ce poste ne fera-t-il pas doublon avec celui de coach existant au sein du VDAB? Dans l'affirmative, comment éviter cette situation?

Mme Florence Reuter (MR) souligne qu'un tiers des personnes en incapacité de travail souffre de problèmes mentaux et de stress au travail, qu'un autre tiers souffre de problèmes musculaires et physiques et qu'il ne faut pas oublier les personnes victimes d'intimidations et de harcèlement sexuel ou d'autre nature. L'intervenante demande s'il existe des études qui examinent en détail les répercussions de différents facteurs, comme l'âge et les facteurs de stress, sur une éventuelle absence de longue durée? Existe-t-il des études montrant, par

tot ontslag? Wat als men opnieuw aan de slag gaat en een terugval kent, dan kan men financieel benadeeld worden? Wat met een nieuw plan van aanpak met positieve prikkels eerder dan met sancties?

Ook wil het lid weten hoe de cumul tussen loon en uitkering kan worden verbeterd? Hoe kan men ervoor zorgen dat werknemers die niet voltijds kunnen herstarten en dit niet kunnen cumuleren met een uitkering toch niet financieel worden gestraft?

Ze wenst verder te vernemen hoe de samenwerking met de regio's kan worden verbeterd en wat de verklaring is voor de gigantische verschillen tussen de gewesten? Aan professor Godderis vraagt spreekster wat zijn advies is over het afschaffen van ziektebriefjes? Hoe werkt dit in andere landen? Is er gevaar dat door de afschaffing mensen niet voldoende uitzielen omdat ze na één week terug aan het werk moeten? Hoe pakt men dit aan in andere landen?

In Nederland is de periode van gewaarborgd loon veel langer: kan dit bij ons ook? De spreekster vraagt ook naar de inzet van preventie: zijn hierover cijfers beschikbaar? Gebeurt dit op grote schaal? Hoe kan je werkgevers overtuigen van het nut van preventie? Het ACW diende naar aanleiding van de dag van veiligheid op het werk een aantal voorstellen in. Onder de voorstellen was er een driejaarlijks evaluatie van de psychosociale risico's in het bedrijf. Zij wenst te vernemen wat het standpunt van de sprekers is ten aanzien van dit voorstel.

Zijn de experts betrokken bij het plan van aanpak "veerkracht op het werk" van de federale regering? *Idem* voor het project van de terug-naar-werk-coördinatoren? Is er overlap met de coaches van de VDAB? Zo ja kan die overlap worden vermeden?

Mevrouw Florence Reuter (MR) wijst erop dat één derde mensen in arbeidsongeschiktheid kampen met mentale problemen en stress op het werk, nog één derde heeft musculaire en fysieke problemen en dan zijn er de gevallen en intimidatie van seksuele en andere aard. De spreekster wenst te weten of er studies voorhanden zijn die in detail bestuderen wat de impact is van de verschillende factoren op een mogelijke langdurige afwezigheid, zoals de leeftijd en de stressfactoren? Zijn er studies die bijvoorbeeld aantonen dat jongeren meer geconfronteerd

exemple, que les jeunes souffrent davantage de burn out et que les problèmes physiques sont plus fréquents chez les travailleurs plus âgés?

La membre évoque l'objectif ambitieux de porter le taux d'emploi à 80 %. Quels sont les instruments disponibles pour y parvenir? Quelles seront les répercussions du COVID-19? Existe-t-il un risque d'augmentation du nombre de malades de longue durée?

L'intervenante poursuit en soulignant l'évolution de la société, où les femmes travaillent de plus en plus et où la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle peut constituer un facteur de stress supplémentaire. Existe-t-il des mesures, des instruments ou des propositions qui pourraient faciliter l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée? L'intervenante demande aussi si les outils de prévention destinés aux employeurs pour lutter contre l'absentéisme de longue durée sont efficaces et si des données sont disponibles à ce sujet.

M. Gaby Colebunders (PVDA-PTB) note que l'accent est mis sur la remédiation et regrette que l'on ne s'intéresse pas aux causes du problème des malades de longue durée. Le membre renvoie à son expérience chez Ford Genk et à l'évolution du burn out et de la dépression parmi les maladies de longue durée. Il considère que l'employeur en ressort gagnant: l'augmentation de la pression au travail met le travailleur en difficulté et, en définitive, l'employeur se voit offrir la possibilité de licencier le malade de longue durée. Le membre attire en outre l'attention sur l'élimination d'un certain nombre de filets de sécurité pour les travailleurs âgés, tels que la prépension et le RCC médical, des systèmes dont bénéficiaient auparavant un certain nombre de travailleurs souffrant de maladies de longue durée.

L'intervenant demande s'il existe un lien de causalité entre, d'une part, la charge physique et mentale et, d'autre part, la gravité des maladies de longue durée dans certains secteurs. Dans l'affirmative, dans quels secteurs ce lien est-il le plus fort? Selon le *werkbaarheidsmonitor* du Conseil économique et social flamand, ces dernières années, le stress au travail a augmenté dans tous les secteurs. Un tiers des travailleurs sont confrontés au stress, tous secteurs confondus. Plusieurs secteurs se distinguent: l'enseignement, les soins et le bien-être et l'industrie alimentaire. Ces trois secteurs emploient plus d'un quart de tous les travailleurs flamands. Y a-t-il un lien avec l'augmentation du burn out? Et quelles sont les causes de l'augmentation du stress au travail?

Le membre demande enfin si le système du salaire garanti pendant deux ans, selon le modèle néerlandais, est efficace et s'il pourrait être introduit chez nous.

worden met burn-out en dat fysieke klachten bijvoorbeeld vaker voorkomen bij oudere werknemers?

Het lid wijst op de ambitieuze doelstelling van 80 % tewerkstelling. Wat zijn de instrumenten om dit te bereiken? Wat zal de impact zijn van COVID-19? Is er een risico dat er nog een stijging komt van het aantal langdurig zieken?

De spreker wijst verder op de maatschappelijke evolutie van de meewerkende vrouwen en de combinatie met het gezin wat een extra stressfactor kan zijn. Zijn er maatregelen, instrumenten of voorstellen die de combinatie van werk en privé eenvoudiger kunnen maken? Voorts wil de spreker ook weten of de preventietools voor werkgevers in de strijd tegen langdurig ziekteverzuim efficiënt zijn, en of hierover gegevens beschikbaar zijn.

De heer Gaby Colebunders (PVDA-PTB), merkt op dat de focus ligt op de remediëring maar mist aandacht voor de oorzaken van het probleem van langdurig zieken. Het lid wijst op zijn ervaring bij Ford Genk en de evolutie van burn-out en depressie in het aandeel van langdurig zieken. De spreker meent dat de werkgever hier als winnaar uitkomt, de werknemer ontwikkelt een probleem door verhoging van de werkdruk en uiteindelijk krijgt de werkgever de kans om de langdurig zieke te ontslaan. Voorts wijst het lid op het wegvallen van een aantal vangnetten voor oudere werknemers zoals brugpensioen en medisch SWT, systemen die vroeger een aantal werknemers met langdurige ziekte opving.

Spreker vraagt of er een oorzakelijk verband is tussen de fysieke en mentale belasting en de ernst van de aandoening van de langdurige zieken in bepaalde sectoren? Zo ja in welke sectoren is dat verband het sterkst? Volgens de *werkbaarheidsmonitor* van de Sociaal Economische Raad van Vlaanderen steeg de voorbije jaren de werkstress in alle bedrijfstakken, één derde van de werknemers heeft stressklachten ongeacht de sector. Een aantal sectoren springen eruit: onderwijs, zorg en welzijn en de voedingsindustrie en deze drie sectoren hebben ruim een kwart van alle Vlaamse werknemers in dienst. Is er een verband met de toename van burn-out? En wat zijn de oorzaken van de stijgende werkstress?

Tot slot wil het lid weten of het systeem van het gewaarborgd loon gedurende twee jaar, volgens het Nederlands model, effectief is en of dit ook bij ons kan worden ingevoerd?

Mme Tania De Jonge (Open Vld) souligne l'importance du parcours d'accompagnement. La Belgique affiche un pourcentage très élevé de malades de longue durée par rapport aux pays voisins. L'intervenante demande comment les médecins généralistes et les médecins traitants peuvent se voir confier un rôle d'accompagnement. Comment pouvons-nous encourager les praticiens de la santé à permettre le retour au travail?

L'intervenante demande au professeur Godderis à quoi devrait ressembler un processus de retour. Comment peut-il être mis en place et quels sont les ajustements nécessaires à cette fin?

L'arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs donne de bons résultats en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail qui ont été malades pendant moins de trois mois. L'impact sur les malades de longue durée est toutefois moins bon. Sur la base de l'accord de gouvernement, serait-il possible d'œuvrer à l'évaluation, à la simplification et au renforcement de cette législation?

La membre s'enquiert par ailleurs du rôle du VDAB, d'Actiris et du Forem dans la reprise du travail. Dans quelle mesure leurs efforts correspondent-ils à ce qui peut être décidé au niveau fédéral? Elle se demande quels points les intervenants inscriraient à l'ordre du jour de la conférence interministérielle "Emploi" pour améliorer la coopération.

Le professeur Baert a indiqué que l'accès à toutes les branches de la sécurité sociale devait être surveillé. Cette question demeure un point d'attention pour la politique. La membre se demande dans quelle mesure les chômeurs de longue durée sont responsabilisés, que ce soit du côté de l'employeur ou de celui des intéressés, et elle s'enquiert de la position des orateurs concernant cette problématique. L'intervenante demande ensuite ce que pense le professeur Baert de la suppression du certificat médical pour les absences de courte durée.

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) évoque le modèle anglais "Feet", dont l'effet est relativisé. Elle se demande comment faire de ce modèle une réussite.

Dans le cadre de la réintégration, l'accent est mis sur le travailleur, mais le contexte organisationnel doit également être pris en compte. La membre demande si des chiffres sont disponibles sur les différences entre les femmes et les hommes. Dispose-t-on de statistiques sur les malades de longue durée par catégorie de pathologies pour les hommes et les femmes? Y a-t-il un lien avec les rôles que les hommes et les femmes jouent

Mevrouw Tania De Jonge (Open Vld), onderstreept het belang van het begeleidingstraject. België kent een heel groot percentage langdurig zieken in vergelijking met de buurlanden. Spreekster vraagt hoe huisartsen en behandelende artsen een begeleidende rol kunnen krijgen? Hoe kunnen we zorgverleners aanzetten om de terugkeer naar de werkplek mogelijk te maken?

Aan professor Godderis vraagt de spreekster hoe een terugkeerproces er best uit ziet? Hoe kan dit gebeuren en welke aanpassingen zijn hiervoor nodig?

Het Koninklijk besluit van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers resulteert voor wat betreft de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers die minder dan 3 maanden ziek zijn in goede resultaten. De impact voor langdurig zieken is echter minder goed. Kan er op basis van het regeerakkoord werk gemaakt worden van de evaluatie, vereenvoudiging en versterking van die wetgeving?

Het lid wenst verder te weten wat de rol is van de VDAB, Actiris en Le Forem in de werkhervatting? Hoe sluiten de inspanningen aan bij wat federaal kan worden beslist? Zij vraagt zich af welke punten de sprekers op de agenda van de interministeriële conferentie Werk zouden zetten om de samenwerking te verbeteren?

Professor Baert gaf aan dat de toegang tot alle takken van de sociale zekerheid moet worden bewaakt. Dit blijft een aandachtspunt in het beleid. Het lid stelt zich de vraag in welke mate de langdurige werklozen worden geresponsabiliseerd zowel van de kant van de werkgever als van de langdurige werkloze en wat de sprekers hiervan vinden. Voorts wil de spreekster graag weten wat de visie van professor Baert is over de afschaffing van het ziektebriefje voor de kortdurende afwezigheid?

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit), verwijst naar het Engelse Feet model waarvan het effect gerelativeerd wordt. Zij vraagt zich af hoe van dit model een succesverhaal kan worden gemaakt.

Bij de re-integratie ligt de focus op de werknemer maar er moet ook gekeken worden naar de organisatiecontext. Het lid informeert of er cijfers voorhanden zijn van de verschillen tussen vrouwen en mannen? Zijn er cijfers van langdurig zieken beschikbaar per ziektegroep voor mannen en vrouwen? Is daar een link met de rol die mannen en vrouwen nog altijd aannemen in de maatschappij? Is er een verband met de segregatie op de

travail y fonctionne autrement. Les maladies de longue durée sont moins nombreuses que dans les autres régions, et le contexte joue ici un rôle.

En outre, il se dit favorable au coordinateur de retour au travail, qui complète les coaches qui existent chez Actiris et au VDAB. Toutefois, il doit y avoir une coopération concrète et un moyen d'échanger des informations entre les différents organes pour l'emploi, l'accompagnateur et les mutualités.

L'orateur estime que la question sur les jeunes et les maladies de longue durée est particulièrement intéressante. Jusqu'à présent, l'invalidité était liée à la vieillesse. Les chiffres sont en hausse chez les travailleurs plus âgés, à partir de 50 ans, et sont également liés à l'exiguïté du marché du travail pour ces personnes. L'augmentation des maladies de longue durée est également liée aux régimes: il existe un lien entre la prépension et l'invalidité, entre le chômage et l'invalidité. L'augmentation de l'âge de la pension s'accompagne chaque fois d'une augmentation du nombre de personnes relevant du régime de l'invalidité. Il faut être prudent avec les chiffres internationaux car on compare des pommes et des poires. Il n'existe pas de chiffres internationaux unifiés et les régimes nationaux sont différents.

En réponse à la question de Mme Reuter, M. Perl indique que les chiffres relatifs aux problèmes de santé mentale chez les personnes âgées de 30 à 35 ans sont très inquiétants. Il souligne l'importance de la prévention et l'absence d'une politique fédérale de prévention.

L'orateur trouve le modèle néerlandais intéressant. L'allongement du salaire garanti peut-il être une solution? En Belgique, la période est trop courte. Il pense qu'il est trop facile aujourd'hui d'éviter les problèmes des travailleurs malades grâce, notamment, à la possibilité de licenciement pour raisons médicales. Il estime qu'il est utile de réfléchir au système du salaire garanti.

En outre, il estime que les mutualités devraient être dotées de moyens suffisants pour les tâches qu'elles ont à accomplir.

En réponse à la question de Mme Vanpeborgh, l'orateur répond qu'il existe trois éléments fondamentaux. Les réussites doivent être mises en avant, et elles sont nombreuses. Par ailleurs, les organes régionaux font un travail considérable, mais la réintégration des malades de longue durée est un métier en soi. *L'Individual Placement and Support* est un projet qui rassemble de nombreuses philosophies de la réintégration. Ainsi, les malades chroniques bénéficient d'un accompagnement supplémentaire au travail. Ce projet donne de

werkt. Er zijn minder langdurige ziektes dan in andere gewesten en hier speelt de context een rol.

Verder zegt hij voorstander te zijn van de terug-naar-werk-coördinator die complementair is met de coaches die bestaan bij Actiris en de VDAB. Wel moet er een concrete samenwerking zijn en een middel om informatie uit te wisselen tussen de verschillende arbeidsorganen, de begeleider en de ziekenfondsen.

De spreker vindt de vraag over de jongeren en langdurige ziekte bijzonder interessant. Tot nog toe was invaliditeit gelinkt aan ouderdom. De cijfers stijgen bij oudere werknemers en dit vanaf de leeftijd van 50 jaar en houden ook verband met de krappe arbeidsmarkt voor die personen. De stijging van langdurige ziektes is ook gelinkt aan de stelsels: er is een link tussen prepensioen en invaliditeit, werkloosheid en invaliditeit. Telkens de pensioenleeftijd stijgt, gaat ook het aantal mensen op invaliditeit naar omhoog. Voorzichtigheid is geboden met internationale cijfers omdat je appels met peren vergelijkt. Er zijn geen één gemaakte internationale cijfers en de nationale stelsels zijn verschillend.

Als antwoord op de vraag van mevrouw Reuter antwoordt de heer Perl dat de cijfers over mentale gezondheidsproblemen bij mensen tussen de 30 jaar en 35 jaar heel verontrustend zijn. Hij benadrukt het belang van preventie en het gebrek aan een federaal preventiebeleid.

De spreker vindt het Nederlands model interessant. Kan het verlengen van het gewaarborgd inkomen ingezet worden als oplossing? In België is de termijn te kort. Hij meent dat het nu te gemakkelijk is om de problemen van de zieke werknemers van zich af te schuiven onder meer met de mogelijkheid van ontslag omwille van medische redenen. Hij meent dat het nuttig is na te denken over het systeem van gewaarborgd loon.

Voorts vindt hij dat de ziekenfondsen voldoende middelen moeten krijgen voor de taken die ze moeten uitvoeren.

Als antwoord op de vraag van mevrouw Vanpeborgh antwoordt de spreker dat er drie fundamentele elementen zijn. De succesverhalen moeten worden onderlijnd en zo zijn er heel wat. Daarnaast leveren de regionale organen veel werk, maar de re-integratie van langdurige ziektes is een beroep op zich. *Individual Placement and Support* is een project dat heel wat filosofieën rond re-integratie samenbrengt. Zo krijgen chronische zieken op het werk bijkomende begeleiding. Dit project levert zeer goed werk. Maar er zijn daarvoor middelen

très bons résultats. Mais cela nécessite des moyens et l'intervention de job coaches qui passent en revue le dossier spécifique, et la réintégration des personnes ayant des problèmes mentaux nécessite des connaissances spécifiques. Enfin, les mutualités, l'employeur et le travailleur doivent aussi se faire confiance, il faudrait une coordination claire de la politique et un moyen d'échanger facilement des informations. En outre, des moyens financiers supplémentaires sont nécessaires à tous les niveaux.

M. Stijn Baert estime qu'il serait logique d'associer les employeurs à une prolongation de la période d'octroi du salaire garanti. Il n'est pas certain que la durée de cette période doive être portée à deux ans. Il souligne que l'instauration de cette mesure seule n'est pas souhaitable, dès lors qu'elle pourrait rendre moins intéressant le recrutement de travailleurs. En outre, il estime que cette mesure pourrait être envisagée dans le cadre d'une réforme majeure, auquel cas il conviendra également de tenir compte de l'avis des employeurs. Si la durée d'octroi du salaire garanti était prolongée, faudrait-il alors en diminuer le montant? Il serait illogique de ne pas toucher au montant de ce salaire, et l'orateur estime que le nouveau montant devrait se situer quelque part entre le montant d'une allocation de chômage et celui d'un revenu d'intégration.

L'orateur indique qu'il n'existe aucune base scientifique pour l'individualisation des allocations. Une allocation est un complément de revenu qui doit être considéré comme un élément de la sécurité sociale, raison pour laquelle il est logique de tenir également compte d'autres revenus pour en déterminer le montant, ce qui permet d'accorder un complément d'un montant variable au lieu d'accorder le même montant à tout un chacun. Il s'agit d'une utilisation efficace des ressources.

En ce qui concerne la responsabilisation et la régionalisation, M. Baert indique qu'il s'agit d'une question politique. Le fruit des efforts consentis en matière de responsabilisation profite actuellement à un autre niveau de pouvoir.

Selon l'orateur, aucune étude ne permet de répondre à la question relative à la suppression du certificat médical. En ce qui concerne l'accès à la sécurité sociale, il souligne que toutes les mesures relatives à la sortie précoce du marché du travail, comme la pension anticipée, contribuent aussi intrinsèquement au taux élevé d'inactivité chez les plus de 55 ans. En outre, il souligne qu'il n'est pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle il serait impossible de remettre les plus de 55 ans au travail. S'il est vrai qu'il existe le problème de la discrimination, on constate toutefois parallèlement que d'autres pays y parviennent.

nodig, het veronderstelt het inzetten van jobcoaches die het specifieke dossier scannen en de re-integratie van mensen met mentale problemen vergt specifieke kennis. Tot slot moeten de ziekenfondsen, de werkgever en de werknemer elkaar ook vertrouwen, er is de vraag naar een duidelijke coördinatie van het beleid en een manier om makkelijk informatie uit te wisselen. Ook zijn er meer financiële middelen nodig op alle niveau's.

De heer Stijn Baert meent dat het logisch zou zijn om de werkgevers te betrekken bij een verlenging van de termijn van gewaarborgd loon. Of dit twee jaar moet zijn is niet zeker. Hij benadrukt dat de invoering ervan als een "*stand alone*" maatregel, niet wenselijk is, omdat dit als gevolg zou kunnen hebben dat het minder interessant wordt om mensen aan te werven. Verder meent hij dat dit kan gezien worden in het kader van een grote hervorming en hier ook moet rekening gehouden worden met de mening van de werkgevers. Als het gewaarborgd loon verlengd wordt, moet dit dan lager zijn? Het zou niet logisch zijn dit aan 100 % te laten en de grootte moet volgens spreker ergens tussen een werkloosheidsuitkering en een leefloon zijn.

De spreker zegt dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de individualisering van de uitkering. Een uitkering is een inkomensaanvulling die gezien moet worden als een deel van de sociale zekerheid, waarbij het logisch is dat hier ook andere inkomens worden meegenomen, waarbij het bedrag wordt aangevuld eerder dan iedereen hetzelfde bedrag te geven. Dit is een efficiënt gebruik van middelen.

Wat betreft de responsabilisering en defederalisering geeft de heer Baert aan dat dit een politiek vraagstuk is. De winst van de inspanningen die geleverd worden inzake responsabilisering komen momenteel terecht op een ander niveau.

Volgens de spreker zijn er geen studies die een antwoord geven op de vraag over de afschaffing van het ziektebriefje. Over de toegang tot sociale zekerheid merkt hij op dat alle maatregelen die betrekking hebben op een vervroegde uittreding uit de arbeidsmarkt, zoals vervroegd pensioen, in se ook bijdragen tot de hoge inactiviteit onder 55-plussers. Verder beklemtoont hij dat hij het niet eens is met de stelling dat het onmogelijk is om 55-plussers terug aan het werk te krijgen. Er is het probleem van discriminatie, maar tegelijk zie je dat dit in ander landen wel mogelijk is.

M. Baert explique que l'objectif ne peut être de pousser les inactifs à demander le bénéfice du revenu d'intégration. Il en va de même pour les allocations de chômage. Il souligne qu'il n'est pas favorable à la suppression du bénéfice de l'allocation de chômage après un certain temps, mais qu'il est en revanche favorable à une dégressivité accélérée du montant de cette allocation. S'il est vrai qu'un chômeur qui perd le bénéfice de son allocation de chômage disparaît des statistiques du chômage, cela ne signifie néanmoins pas qu'il vient gonfler les statistiques de l'emploi.

En réponse à la question relative aux répercussions du télétravail sur les maladies de longue durée, l'orateur indique qu'il s'attend en principe à des statistiques favorables, dès lors que le télétravail permet de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Il perçoit toutefois d'autres risques potentiels, comme la diminution des possibilités de formation et de promotion et la réduction de la taille du réseau social des individus. M. Baert indique qu'il n'est pas associé à l'élaboration du plan d'action concernant la résilience.

À la question de savoir si les employeurs peuvent déjà agir sur le lieu de travail pour prévenir les absences prolongées, *Mme Annemie Bonroy* répond que des pistes sont effectivement envisageables, comme la réduction du temps de travail en concertation avec le médecin du travail. La législation actuelle prévoit que le cumul d'un salaire et d'une allocation n'est possible qu'en cas d'incapacité de travail d'au moins un jour. Ce n'est qu'alors que des modifications peuvent être effectuées.

Elle souscrit à l'observation selon laquelle il serait préférable de penser à la réintégration dès le premier jour d'incapacité de travail. À cet égard, elle souligne que le licenciement pour raison médicale ne doit pas nécessairement être perçu comme une chose négative. Si un licenciement de cette nature peut paraître négatif *a priori*, il s'agit néanmoins souvent de la seule manière de réintégrer le travailleur, dès lors que cela ouvre la voie à d'autres emplois et constitue parfois une chose positive. À l'entrée en vigueur de la légalisation sur la réintégration professionnelle, cette solution avait souvent été considérée comme une possibilité, pour les employeurs, de licencier les travailleurs souffrant d'une maladie de longue durée, mais elle a toutefois eu pour effet d'ouvrir d'autres portes à ces travailleurs.

L'oratrice indique qu'elle est associée au projet de coordinateurs de retour au travail. Des expériences menées dans la province de Limbourg nous apprennent que les coordinateurs de retour au travail sélectionnent, avec un franc succès, les personnes en mesure de suivre un trajet de réintégration. En Flandre occidentale aussi,

De heer Baert licht toe dat het niet de bedoeling kan zijn om mensen in een leefloonsituatie te duwen. Hetzelfde voor wat betreft een werkloosheidsuitkering. Hij geeft aan geen voorstander te zijn van een stopzetting van de werkloosheid in de tijd, maar wel voor een versnelde degressiviteit. Wanneer de werkloosheid stop wordt gezet dan verdwijnt die persoon uit de werkloosheidsstatistieken maar komt daarom nog niet terug in de werkzaamheidsstatistieken.

Op de vraag naar de impact van telewerk op langdurige ziekte antwoordt de spreker dat hij in principe gunstige statistieken verwacht omdat werk en privé beter combineerbaar zou zijn. Wel ziet hij andere risico's zoals minder kansen tot opleiding, promotiekansen en een minder sociaal netwerk. De heer Baert geeft aan niet betrokken te zijn bij het plan rond veerkracht.

Mevrouw Annemie Bonroy antwoordt op de vraag of werkgevers tijdens het werk al iets kan doen, dat dit inderdaad mogelijk is door bijvoorbeeld de arbeidstijd te verkorten in samenspraak met de bedrijfsarts. De huidige wetgeving schrijft voor dat het statuut waar mensen loon en uitkering kunnen combineren slechts mogelijk is, als er minstens een arbeidsongeschiktheid van één dag is. Dan pas kunnen aanpassingen gebeuren.

Ze treedt de opmerking bij dat best vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid aan re-integratie wordt gedacht. Hierbij beklemtoont zij dat ook ontslag om medische redenen niet noodzakelijk een negatief verhaal moet zijn. In een eerste instantie lijkt dit negatief, maar het is vaak is de enige mogelijkheid om te re-integreren. Het opent de deur naar ander werk en resulteert soms wel in een positief verhaal. Bij het in voege treden van de re-integratiewetgeving werd die vaak gezien als een mogelijkheid voor werkgevers om werknemers met langdurige ziekte te ontslaan, maar dit heeft wel voor gevolg gehad dat die mensen ander mogelijkheden konden opzoeken.

De spreekster geeft aan betrokken te zijn bij het project terug-naar-werk-coördinatoren. Ervaring in de provincie Limburg leert dat de terug-naar-werk-coördinatoren mensen selecteren en die in aanmerking komen voor om een dergelijk traject te doorlopen en met een groot succes. Ook in West-Vlaanderen liep een project met de

on a mené un projet impliquant des coordinateurs de retour au travail, qui ont aidé avec succès les personnes souffrant de burn out à se réintégrer professionnellement.

Elle souligne que le montant des allocations dépend aujourd'hui de la situation individuelle des bénéficiaires. Par exemple, les cohabitants bénéficient d'allocations d'un montant moindre et le fait qu'un bénéficiaire soit isolé ou chef de ménage détermine le montant de l'allocation.

En ce qui concerne la notion de maladie et d'incapacité de travail, Mme Bonroy précise que lorsqu'un médecin-conseil déclare un travailleur en incapacité de travail, cela signifie que ce travailleur est, à ce moment-là, incapable d'exercer son emploi. Les médecins-conseil renvoient évidemment aussi beaucoup d'individus au travail, ce qui suscite souvent de l'incompréhension chez les travailleurs. Cela ne signifie toutefois pas que le travailleur concerné n'est plus malade, mais que le médecin-conseil juge que ce travailleur est capable de reprendre son travail. Il existe dès lors une différence entre le fait d'être malade et le fait d'être en incapacité de travail.

En ce qui concerne la question de savoir comment les médecins généralistes pourraient jouer un rôle plus actif, l'oratrice explique que le projet TRIO est cofinancé par l'INAMI et mise notamment sur l'organisation de formations dans les cercles de médecins généralistes (GLEM). Les médecins-conseil et les médecins du travail organisent des formations destinées aux médecins généralistes, qui se concentrent sur les informations de base concernant l'incapacité de travail, le déroulement des trajets de réintégration et ce qui est nécessaire à cet effet. Par ailleurs, il importe d'œuvrer à la création d'un outil de communication entre les différents partenaires, afin que les médecins généralistes puissent consulter les informations à partir du DMG.

En ce qui concerne l'enregistrement, il existe une commission au sein du Collège national de médecine d'assurance sociale qui examine certaines pathologies et la durée de l'incapacité de travail qui se justifierait pour chacune d'entre elles. Les médecins généralistes sont eux aussi favorables à l'élaboration de ces directives.

À la question de savoir si un trajet de réintégration doit être lancé par l'employeur à partir du premier jour, Mme Bonroy répond que rien n'empêche un employeur d'organiser une réintégration, sans trajet officiel. La valeur ajoutée semble limitée. En ce qui concerne la "*fit note*", l'oratrice fait référence au "certificat COVID", qui est un certificat de quarantaine et implique que les gens peuvent travailler, mais pas sur le lieu de travail: à cet égard, il s'agit donc d'une "*fit note*". Elle suggère de limiter ce certificat à une durée inférieure à 15 jours.

terug-naar-werk-coördinator die mensen met burn-out met succes helpt re-integreren.

Ze merkt op dat de uitkeringen momenteel individueel worden aangepast, zo genieten samenwonenden minder uitkering en het feit of iemand alleenstaand of gezinshoofd is, bepaalt de hoogte van uitkering.

Over het begrip ziekte en arbeidsongeschiktheid verduidelijkt mevrouw Bonroy dat wanneer een adviserend arts iemand arbeidsongeschikt verklaart dit wil zeggen dat die persoon op dat moment niet in staat is om zijn werk te doen. Een adviserende arts stuurt natuurlijk ook heel wat mensen terug aan het werk, wat vaak tot onbegrip leidt bij de werknemer. Dit wil echter niet zeggen dat de persoon in kwestie niet meer ziek is, maar dit betekent dat de adviserende arts oordeelt dat de persoon in kwestie in staat is om zijn werk te hervatten. Er is dus een verschil tussen enerzijds "ziek zijn" en "arbeidsongeschikt zijn".

Betreffende de vraag hoe huisartsen een meer betrokken rol kunnen krijgen, legt de spreker uit dat het TRIO-project mee wordt gefinancierd door het Riziv en onder meer inzet in bijscholing in de huisartsenkringen (LOK's). Adviserende artsen en bedrijfsartsen verzorgen bijscholing voor huisartsen die de nadruk leggen op de basisinformatie over arbeidsongeschiktheid en het verloop van re-integratie-trajecten en wat hiervoor nodig is. Daarnaast is het belangrijk dat er wordt ingezet op een communicatietool tussen de verschillende partners zodat huisartsen de informatie vanuit het GMD kunnen raadplegen.

Inzake de registratie is er in het Nationaal College voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde een commissie die zich buigt over bepaalde pathologieën en de duur van de arbeidsongeschiktheid die hierbij verantwoord zou zijn. Ook huisartsen zijn vragende partij deze richtlijnen te krijgen.

Op de vraag of er een re-integratietraject door de werkgever moet gestart worden vanaf dag één, antwoordt mevrouw Bonroy dat niets een werkgever tegenhoudt om aan re-integratie te doen, zonder een officieel traject. De meerwaarde lijkt beperkt. Voor de "*fit note*" verwijst de spreker naar het "COVID-attest" dat een attest is voor quarantaine en inhoudt dat mensen wel mogen werken maar niet op de werkplaats, in dit opzicht is dit een "*fit note*". Ze stelt voor dit wel te beperken tot een periode korter dan 15 dagen.

Le questionnaire médical est le résultat d'une étude de doctorat; il s'agit d'un instrument validé qui est envoyé au bout de huit semaines et qui fonctionne bien. Un certificat médical n'offre aucune valeur ajoutée. Mme Bonroy note également que le médecin généraliste n'est pas formé pour évaluer les capacités restantes du travailleur, et ce, parce que les conditions de travail peuvent varier considérablement. Le rôle du médecin du travail en dialogue avec le médecin-conseil est important, tout comme le dialogue entre le médecin du travail et le médecin généraliste. La *"fit note"* doit être examinée à la lumière de la législation existante. L'oratrice donne l'exemple suivant: si la *"fit note"* décide qu'un travailleur peut exercer une activité à temps partiel, mais que cela ne nécessite pas l'intervention du médecin-conseil, les allocations ne seront pas adaptées, ce qui entraîne un nouveau problème.

L'oratrice sait qu'à l'INAMI, des chiffres sur les malades de longue durée sont disponibles par sexe, mais elle ne sait pas s'ils sont disponibles par pathologie. Des chiffres sont également disponibles sur les invalides par groupes d'âge d'hommes et de femmes.

M. Lode Godderis se réjouit du consensus sur ce sujet et souligne que le travail et le retour au travail constituent un élément important dans le rétablissement. De nombreuses études montrent que le travail contribue à une santé positive. La prévention est bien sûr très importante et la Belgique dispose d'une bonne législation et d'une bonne infrastructure en matière de prévention au travail. À titre d'exemple, l'orateur cite l'analyse des risques en matière de bien-être psychosocial. L'analyse des risques est évaluée régulièrement. Le *"healthy workshop effect"* regroupe les entreprises qui obtiennent de bons résultats en matière de prévention, mais qui y consacrent également des efforts supplémentaires. Il indique également que certaines entreprises dans lesquelles les conditions de travail ne sont pas tellement bonnes sont beaucoup plus difficiles à repérer. De nombreuses analyses des risques effectuées par IDEWE sont souvent induites par l'inspection du travail, qui a constaté l'absence d'analyse des risques dans l'entreprise.

En ce qui concerne les risques liés à la suppression du certificat médical, il indique qu'il existe un risque qu'une personne incapable de travailler se rende tout de même au travail. Il plaide en faveur de la suppression de l'obligation du certificat médical, ce qui ne signifie pas que le certificat médical doit être supprimé. La possibilité d'un certificat médical doit demeurer en tant que mesure de précaution au cas où des personnes seraient mises sous pression pour aller travailler. La *"fit note"* s'inscrit parfaitement dans ce contexte; l'introduction de la *"fit note"* a connu un grand succès au début, mais son efficacité à long terme n'est pas si claire. Pour expliquer cela,

De medische vragenlijst is het resultaat van een doctoraatsonderzoek, is een gevalideerd instrument en wordt verzonden na acht weken en werkt goed. Een medische verklaring biedt geen meerwaarde. Mevrouw Bonroy merkt ook op dat de huisarts niet is opgeleid om de restcapaciteit van de werknemer te kunnen inschatten en dit omdat de werkomstandigheden sterk kunnen verschillen. De rol van de arbeidsarts in dialoog met de adviserende arts is belangrijk alsook de dialoog tussen de arbeidsarts en de huisarts is belangrijk. De *"fit note"* moet getoetst worden aan de bestaande wetgeving. Ze geeft het volgende voorbeeld: als de *"fit note"* zou besluiten dat een werknemer een deeltijdse activiteit zou kunnen uitoefenen, maar als daar geen interventie van de adviserend arts meer voor nodig is, dan zullen de uitkeringen niet aangepast worden, wat tot een nieuw probleem leidt.

De spreekster weet dat er bij het Riziv cijfers over langdurige zieken per geslacht beschikbaar zijn, maar is niet zeker of die per pathologie beschikbaar zijn. Ook zijn er cijfers voorhanden over invaliden over de leeftijdscategorieën van mannen en vrouwen.

De heer Lode Godderis is opgetogen over de consensus over dit onderwerp en benadrukt dat werk en terugkeer naar werk een belangrijk element is in herstel. In heel veel studies wordt aangetoond dat werk bijdraagt tot een positieve gezondheid. Preventie is uiteraard heel belangrijk en België heeft een goede wetgeving en infrastructuur rond preventie op het werk. Als voorbeeld geeft spreker de risicoanalyse psychosociaal welzijn. De risicoanalyse wordt geregeld geëvalueerd. Het *"healthy workshop effect"* groepeerde bedrijven die het goed doen inzake preventie, maar daar ook nog extra op inzetten. Hij geeft ook aan dat een aantal ondernemingen waar het niet zo goed loopt met arbeidsomstandigheden en voorwaarden, veel moeilijker te vatten zijn. Veel risicoanalyses die worden uitgevoerd door IDEWE zijn vaak geïnduceerd door de arbeidsinspectie, die heeft vastgesteld dat er geen risicoanalyse ter beschikking is in het bedrijf.

Omtrent de risico's van het afschaffen van het ziektebriefje, geeft hij verder aan dat het risico bestaat dat iemand die niet in staat is om te werken, toch gaat werken. Hij pleit voor de afschaffing van de verplichting van het ziekteattest, wat niet betekent dat het ziekteattest moet worden afgeschaft. De mogelijkheid van het ziekteattest moet blijven bestaan als een stok achter de deur indien mensen onder druk zouden worden gezet om te gaan werken. De *"fit note"* past daar zeer goed bij, de invoering van de *"fit note"* was in het begin een groot succes maar de effectiviteit op lange termijn is niet zo duidelijk. Als redenen haalt spreker aan dat de huisarts er niet bij

l'orateur mentionne le fait que le médecin généraliste n'y a pas été associé. Un renvoi vers le médecin du travail est très important car celui-ci connaît le lieu de travail.

Selon l'orateur, le coordinateur de retour au travail n'est qu'une deuxième option: les personnes qui ne sont pas prises en charge au travail, qui n'ont pas été renvoyées vers le médecin du travail et qui risquent d'être absentes pendant une longue période peuvent en bénéficier. Il est favorable à un système par étapes, plutôt que d'utiliser tous les moyens dès le départ. Par ailleurs, la communication entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-contrôleur doit être facilitée. Pour l'instant, les canaux appropriés font défaut. Le COVID-19 a également démontré ce besoin. Il faut pouvoir partager des informations dans l'intérêt du patient.

Selon l'orateur, la différence entre les femmes et les hommes est internationale. Il n'y a pas de bonnes explications scientifiques à cela, mais il pense que les femmes exercent davantage des professions de soins et de contact qui sont plus éprouvantes mentalement; les femmes sont également confrontées au plafond de verre, ce qui signifie qu'elles ont moins d'autonomie. Par ailleurs, les femmes assument aussi un rôle plus important dans le ménage. La recherche montre qu'il existe un risque plus élevé d'incapacité de travail à long terme pour les femmes. Ce risque est également plus élevé pour les groupes socio-économiquement défavorisés et s'explique principalement par la moindre qualité des emplois, qui exigent des efforts physiques plus importants, par des conditions de travail moins favorables et un niveau plus faible de connaissances en matière de santé.

Quant à la question de savoir s'il existe de grandes différences entre les facteurs physiques et mentaux qui jouent un rôle dans l'incapacité de travail, M. Godderis explique que chaque secteur, comme les soins de santé et l'éducation, la construction et les transports, présente des risques spécifiques. Il est important d'examiner par secteur comment assurer la prévention et une responsabilisation.

II. — AUDITION DE L'APRÈS-MIDI

A. Exposés introductifs

1. *Exposé introductif par M. Luc Henau, directeur-général de la GTB*

M. Luc Henau, directeur général de la GTB (équipe de médiation spécialisée), explique avoir conclu un contrat de collaboration avec l'Institut national d'assurance

betrokken werd. Een doorverwijzing naar de arbeidsarts is heel belangrijk omdat die de werkplaats kent.

De spreker zegt dat de return naar werk coördinator pas in tweede instantie aan de orde is, mensen die niet opgevangen worden door het werk, niet zijn doorverwezen naar de arbeidsarts en dreigen voor lange tijd afwezig te zijn, kunnen hier baat bij hebben. Hij is voorstander van een getrapt systeem, eerder dan alle middelen vanaf het begin in te zetten. Daarnaast moet de communicatie tussen de huisarts, de arbeidsarts en de controlearts worden gefaciliteerd. Momenteel ontbreken hiervoor de goede kanalen. Ook de COVID-19 heeft die noodzaak aangetoond. Informatie moet kunnen worden gedeeld in het belang van de patiënt.

Het verschil tussen vrouwen en mannen is internationaal, zo zegt de spreker. Er zijn geen goede wetenschappelijke verklaringen voor maar hij meent dat vrouwen meer in zorgende functies en contactberoepen terecht komen die mentaal meer belastend zijn, vrouwen kampen ook met het glazen plafond, waardoor ze minder autonomie hebben. Het is ook zo dat vrouwen een grotere rol innemen in het huishouden. Onderzoek toont een hoger risico op langdurige arbeidsongeschiktheid voor vrouwen. Dat risico is ook groter voor de lage socio-economische groep en heeft vooral te maken met de minder goede jobs met een hoger fysieke belasting, minder goede werkomstandigheden en minder kennis over gezondheid.

Inzake de vraag of er grote verschillen zijn tussen de fysieke en mentale factoren die een rol spelen bij arbeidsongeschiktheid, legt de heer Godderis uit dat elke sector zijn specifieke risico's heeft zoals de gezondheidszorg en het onderwijs, de bouw en het transport. Belangrijk is dat per sector wordt nagegaan hoe aan preventie kan worden gedaan en aan responsabilisering.

II. — HOORZITTING IN DE NAMIDDAG

A. Inleidende uiteenzettingen

1. *Inleidende uiteenzetting van de heer Luc Henau, algemeen directeur van het GTB*

De heer Luc Henau, algemeen directeur van het GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling), geeft aan dat met betrekking tot de sociaalprofessionele

maladie-invalidité (Inami), l'Office flamand de l'emploi et de la formation professionnelle (*Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding*, VDAB) dans le cadre de la réinsertion socioprofessionnelle des assurés reconnus en incapacité de travail.

La santé et le travail sont deux aspects distincts de la problématique relative aux malades de longue durée. Pour sa part, l'action de la GTB se concentre sur le second volet. Quant au trajet de réintégration, il comporte différentes étapes, à savoir la période avant la maladie, le moment où une personne tombe malade ainsi que la période précédant et celle suivant la reprise du travail. S'agissant des plans axés sur la reprise du travail, ils reposent sur quatre mots-clés: l'espoir, les perspectives, la force et le futur.

Lorsqu'une personne est en incapacité de travail, on a tendance à automatiquement dire qu'elle n'est plus capable de travailler ni de produire, qu'elle n'est plus mobile ni en bonne santé. Selon M. Henau, le terme "incapacité de travail" est obsolète. En outre, il serait essentiel de se concentrer sur les possibilités qui s'offrent au malade. Mettre en avant ce que la personne peut encore faire permettrait d'alimenter l'espoir. Susciter l'espoir constitue d'ailleurs la première étape du trajet de réintégration. Il est essentiel d'entretenir cet espoir auprès de l'ensemble des citoyens. En effet, mettre en avant les bons exemples et les histoires positives contribuerait à briser le préjugé qui associe incapacité de travail et fin de carrière professionnelle.

L'orateur estime que sensibiliser le malade à propos du fait que tous les éléments nécessaires à une réintégration existent déjà aiderait à le rassurer et à lui donner de l'espoir. Quant aux médiateurs, ils doivent toujours offrir des perspectives aux malades. Pour cette seconde étape du trajet de réintégration, M. Henau estime qu'il est crucial d'organiser la reprise du travail le plus rapidement possible. La reprise ne doit toutefois pas être imposée. Le succès ne sera de la partie que si le malade a une forte motivation. Idéalement, l'absence ne devrait pas dépasser un à deux mois. D'après une étude, 80 % des personnes en incapacité de travail pendant trois à six mois risquent de se retrouver sans revenus professionnels dans les cinq années qui suivent. Lorsqu'un doute plane par rapport à la capacité d'une personne à reprendre le travail après un mois d'absence, l'orateur conseille de tenter cette reprise.

Aujourd'hui, les mutuelles doivent attendre le premier jour qui suit le mois de revenu garanti avant de constater l'existence d'un problème. L'organisme est alors informé de la situation et entreprend une série de

re-intégration van de als arbeidsongeschikt erkende verzekerden een samenwerkingsovereenkomst werd gesloten met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en met de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).

Gezondheid en werk zijn twee onderscheiden aspecten van het vraagstuk inzake langdurig zieken. Het GTB focust zich op het tweede onderdeel. Het re-integratietraject omvat verschillende fasen, namelijk de periode vóór de ziekte, het tijdstip waarop iemand ziek wordt, alsook de periodes vóór en na de werkhervatting. De werkhervattingsplannen berusten op vier kernwoorden: hoop, perspectief, kracht en toekomst.

Wanneer iemand arbeidsongeschikt is, klinkt het haast automatisch dat de betrokkene niet langer in staat is te werken of te produceren, niet langer mobiel is en evenmin in goede gezondheid verkeert. De heer Henau vindt de term "arbeidsongeschikt" voorbijgestreefd. Bovendien is het volgens hem cruciaal te focussen op de mogelijkheden die zich voor de zieke wel nog aandienen. Door te benadrukken waar de betrokkene wél nog toe in staat is, wordt hoop gegeven. Dat laatste is trouwens de eerste fase van het re-integratietraject. Het is van kapitaal belang die hoop bij alle burgers in stand te houden. Door goede voorbeelden en positieve verhalen op de voorgrond te plaatsen, helpt men het vooroordeel ontkrachten dat arbeidsongeschiktheid het einde van de beroepsloopbaan betekent.

De spreker is van mening dat het de zieke al zou geruststellen en hoop zou geven mocht hij ervan worden bewustgemaakt dat alle bouwstenen voor een re-integratie al voorhanden zijn. De bemiddelaars moeten de zieken altijd perspectief bieden. De heer Henau meent dat het in die tweede fase van het re-integratietraject van kapitaal belang is de werkhervatting zo snel mogelijk op het getouw te zetten. De hervatting mag echter niet worden opgelegd, want om kans op slagen te hebben dient de zieke terdege gemotiveerd te zijn. Idealiter zou een afwezigheid niet langer dan één of twee maanden mogen duren. Onderzoek wijst uit dat 80 % van de mensen die drie tot zes maanden arbeidsongeschikt zijn, in de vijf daaropvolgende jaren zonder beroepsinkomsten dreigen te vallen. Wanneer er twijfel over bestaat of de betrokkene wel in staat is na één maand afwezigheid opnieuw aan het werk te gaan, raadt de spreker aan het daar toch op te wagen.

Momenteel moeten de ziekenfondsen tot de eerste dag na de maand waarin het gewaarborgd loon wordt ontvangen, wachten alvorens een probleem te kunnen vaststellen. Het ziekenfonds wordt dan op de hoogte

démarches. M. Henau estime ce laps de temps beaucoup trop long et s'inquiète de l'évolution du rôle des mutuelles, qui s'occupent de plus en plus de réintégration et de revalidation.

L'évaluation des capacités fonctionnelles est un outil international qui permet d'analyser la situation d'un malade et de déterminer le travail qu'il est encore capable d'effectuer. L'Inami compte mener une expérience sur l'ensemble de la Belgique à l'aide de cet outil.

D'après M. Henau, lors du premier tri, les mutuelles devraient se demander si la personne peut à nouveau occuper sa fonction. En cas de doute ou si la personne n'est plus capable d'assumer l'emploi qu'elle occupait chez son ancien employeur, il faut la rediriger vers l'un des autres partenaires de l'accord-cadre. Actuellement, six longs mois s'écoulent entre les premiers moments de doutes et le moment où la personne est menée à la GTB.

La troisième étape consiste à donner de la force aux personnes. Pour ce faire, chaque client bénéficie d'un encadrement personnalisé. Les trajectoires classiques sont encadrées par le VDAB (30 % des trajectoires), tandis que la GTB s'occupe des trajectoires personnalisées (70 % des trajectoires). Les 300 médiateurs de la GTB bénéficient également de l'aide d'une équipe multidisciplinaire, composée de conseillers médicaux et en ergonomie.

Pour les personnes qui doivent reprendre le travail dans un autre secteur ou auprès d'un nouvel employeur, les stages en entreprise sont une solution. Cette option leur donne la possibilité de travailler dans diverses entreprises. Dans ce cadre, la GTB explique clairement ce qui est possible par rapport à la reprise progressive du travail, ce qu'il advient de l'allocation et le scénario en cas de rechute. L'accompagnement de la GTB se clôture soit sur une reprise du travail soit sur l'envoi du malade vers un autre organisme plus approprié.

D'après l'orateur, 30 % des personnes ayant entamé une trajectoire avec la GTB reprennent le travail. Si ce chiffre semble peu élevé aux yeux de la ministre Crevits, M. Henau se dit satisfait des résultats obtenus. Chaque trajet est une trajectoire qui a du sens. En outre, les personnes qui reprennent des études ou qui se tournent vers le bénévolat en fin de trajet ne sont pas comptabilisées. De plus, au cours de ces 9 dernières années, la GTB est parvenue à prendre en charge 27 000 trajets, alors qu'elle disposait d'un financement pour 22 000 trajets.

gebracht van de situatie en zet een aantal stappen. De heer Henau meent dat die tijdspanne veel te lang is. Ook is hij ongerust over de evolutie van de rol van de ziekenfondsen, die zich almaar meer met re-integratie en revalidatie bezighouden.

Iemand's functionele mogelijkheden worden beoordeeld aan de hand van een internationaal instrument, dat de situatie van de zieke ontleedt en helpt bepalen tot welk werk de betrokkene nog in staat is. Het RIZIV is van plan om met behulp van dat instrument een experiment over heel België uit te voeren.

Volgens de heer Henau zouden de ziekenfondsen zich bij de eerste indeling moeten afvragen of de betrokkene zijn functie opnieuw zal kunnen uitoefenen. In geval van twijfel of wanneer de betrokkene niet langer in staat is zijn werk bij zijn oude werkgever te verrichten, moet hij worden doorverwezen naar een van de andere partners van de raamovereenkomst. Momenteel verstrijken zes lange maanden tussen de eerste twijfels en het tijdstip waarop de betrokkene naar het GTB wordt doorverwezen.

De derde fase bestaat erin de betrokkenen kracht te geven. Daartoe krijgt elke klant begeleiding op maat. De traditionele trajecten (30 % van het totaal) worden begeleid door de VDAB, terwijl het GTB de maattrajecten (70 % van het totaal) voor zijn rekening neemt. De driehonderd bemiddelaars van het GTB krijgen bovendien hulp van een multidisciplinair team dat bestaat uit medisch adviseurs en ergonomen.

Voor wie het werk moet hervatten in een andere sector of bij een nieuwe werkgever, bieden bedrijfsstages uitkomst. Aldus kunnen zij in meerdere ondernemingen werken. Het GTB legt dan duidelijk uit wat met betrekking tot de geleidelijke werkhervatting mogelijk is, wat met de uitkering gebeurt en welk scenario van toepassing is bij herval. De begeleiding door het GTB mondt uit in hetzij een werkhervatting, hetzij de doorverwijzing van de zieke naar een passender organisme.

Volgens de spreker gaat van de mensen die een GTB-traject hebben aangevat, 30 % opnieuw aan de slag. Minister Crevits mag dat cijfer dan wel aan de lage kant vinden, de behaalde resultaten stemmen de heer Henau tevreden. Bij elk traject wordt een zinvolle weg afgelegd. In die cijfers zijn de mensen die op het einde van het traject nieuwe studies aanvatten of vrijwilligerswerk gaan doen, bovendien niet meegeteld. Voorts is het GTB er de voorbije negen jaar in geslaagd 27 000 trajecten te begeleiden, terwijl de organisatie slechts kon bogen op een financiering voor 22 000 trajecten.

Le traitement des dossiers est particulièrement lent. En Belgique, quelque 100 médecins-conseils sont disponibles pour plus de 100 000 personnes. Chaque mois, 400 personnes entament une trajectoire encadrée par la GTB, ce qui est moins que par le passé. L'intervenant recommande de renforcer le rôle de coordination des mutuelles afin d'enrayer cette diminution.

Quant au travail, c'est un facteur essentiel pouvant contribuer à la guérison du patient. Il faudrait sensibiliser les différents acteurs (services de prévention, syndicats, employeurs, services de soins de santé) à ce propos. Les employeurs redoutent souvent les possibles difficultés liées à la réintégration d'un malade. Si de nombreux employeurs sont prêts à se lancer dans un tel processus, M. Henau note toutefois qu'ils ont besoin de soutien. Ici, la GTB peut intervenir (par exemple avec du *job crafting*) ou prodiguer des conseils aux ressources humaines afin de créer des emplois adaptés aux malades. Quant aux syndicats et aux services de prévention, ils devraient renforcer leur soutien aux personnes en difficulté.

En outre, lorsqu'une personne retourne travailler, il est important d'organiser un accompagnement de carrière personnalisé afin de lui garantir de bonnes conditions de travail. Ce faisant, on évite les rechutes. Il est à noter que le trajet d'une personne qui reprend le travail coûte 4 800 euros à notre société, alors qu'une personne en incapacité coûte 40 000 euros par an.

2. Exposé introductif par M. Raf De Weerd, Secrétaire fédéral de la FGTV

M. Raf De Weerd, secrétaire fédéral de la FGTV, souligne la hausse de 60 % du nombre de malades de longue durée au cours des dix dernières années. Selon lui, trois causes expliquent ce phénomène. Pour commencer, le vieillissement de la population, dont le nombre n'aura de cesse d'augmenter. Une population plus âgée génère évidemment plus de malades. La deuxième cause est le démantèlement des régimes de prépension et de réduction du temps de travail. M. De Weerd estime d'ailleurs qu'il serait judicieux de réintégrer certains systèmes tels que le crédit-temps. La troisième cause est l'augmentation de la charge de travail: on demande aux personnes de travailler plus longtemps, mais on accorde peu d'attention au travail faisable.

Dans le cadre d'une réintégration, il est essentiel que tout soit fait sur une base volontaire. Sanctionner les malades de longue durée serait contre-productif. En outre, l'intervenant préfère le terme "réintégration" ou la notion de "retour au travail" au terme "activation", qui est associé au chômage.

De dossierverwerking verloopt uiterst traag. In België zijn er ongeveer 100 adviserend artsen beschikbaar voor meer dan 100 000 mensen. Elke maand starten 400 mensen een GTB-traject; dat is minder dan in het verleden. Om die terugval een halt toe te roepen, beveelt de spreker aan de coördinerende rol van de ziekenfondsen uit te breiden.

Werk draagt wezenlijk bij tot de genezing van de patiënt. De diverse spelers (preventiediensten, vakbonden, werkgevers, gezondheidszorgdiensten) zouden daar meer bewust van moeten worden gemaakt. Werkgevers zijn vaak bang voor eventuele moeilijkheden bij de re-integratie. De heer Henau stelt vast dat veel werkgevers weliswaar bereid zijn in een dergelijk traject mee te gaan, maar behoefte hebben aan ondersteuning. Hier kan dan een rol weggelegd zijn voor het GTB, dat bijvoorbeeld kan aansturen op *job crafting* of de personeelsdienst kan adviseren zodat banen ontstaan die aan de zieke aangepast zijn. De vakbonden en de preventiediensten, van hun kant, zouden hun steun aan mensen in moeilijkheden moeten uitbreiden.

Wanneer iemand opnieuw aan de slag gaat, is het bovendien van belang persoonlijke loopbaanbegeleiding op het getouw te zetten om voor de betrokkene goede werkomstandigheden te waarborgen. Zulks voorkomt hervat. Meldenswaardig is dat een traject met iemand die het werk hervat, de samenleving 4 800 euro kost, terwijl een arbeidsongeschikte werknemer 40 000 euro per jaar kost.

2. Inleidende uiteenzetting van de heer Raf De Weerd, federaal secretaris van het ABVV

De heer Raf De Weerd, federaal secretaris van het ABVV, wijst erop dat het aantal langdurig zieken de jongste tien jaar met 60 % is toegenomen. Dat verschijnsel valt volgens hem te verklaren door drie factoren. Om te beginnen vergrijsd de bevolking en zal het aantal oudere werknemers almaar toenemen. Wanneer de bevolking ouder wordt, zijn er uiteraard meer zieken. De tweede oorzaak is de afbouw van de stelsels voor vervroegd pensioen en arbeidsduurvermindering. De heer De Weerd meent trouwens dat het een goede zaak zou zijn bepaalde regelingen, zoals het tijdskrediet, opnieuw in te voeren. De derde oorzaak is de stijging van de werkdruk; men vraagt de mensen immers langer te werken, maar er gaat weinig aandacht uit naar werkbaar werk.

Bij re-integratie is het van wezenlijk belang dat alles op vrijwillige basis gebeurt. Langdurig zieken sanctioneren zou contraproductief zijn. De heer De Weerd spreekt trouwens liever van "herintegratie" of "terugkeer naar het werk" dan van "activering", want die term wordt geassocieerd met werkloosheid.

Quant au licenciement pour force majeure médicale, des employeurs s'en sont servis pour se débarrasser de certains salariés sans devoir payer de préavis. Il serait utile de repenser cette réglementation. En outre, lors de la précédente législature, il y a eu une révision du calcul permettant de déterminer ce que le salarié peut recevoir lorsqu'il reprend partiellement le travail. Ce changement a surtout eu un effet sur les bas revenus et il est important de veiller à ce que le salarié ne soit pas pénalisé lorsqu'il reprend le travail. En outre, certaines mesures relatives au revenu garanti sont parfois désavantageuses pour les salariés. Si ces personnes reprennent le travail et retombent malades pour une autre raison, elles n'ont plus droit à un salaire garanti. Cette règle n'encourage évidemment pas les personnes à reprendre le travail.

Quant aux indemnités, l'intervenant estime qu'elles devraient être imposées de manière distincte ou ne pas être imposées du tout. Aujourd'hui, elles sont trop lourdement taxées, car elles sont additionnées aux autres revenus et donc imposables de la même manière que le reste. L'orateur recommande aussi de veiller à offrir aux salariés suffisamment de possibilités d'adapter leur carrière (volume de travail, tâches à accomplir, etc.).

Il est évidemment dans l'intérêt de l'employeur de travailler le plus longtemps possible avec des personnes en bonne santé. À ce propos, M. De Weerdt estime que de nombreuses entreprises devraient revoir leur politique de santé préventive. En outre, il faudrait aller plus loin dans l'analyse des risques multidisciplinaires. Actuellement, l'attention se concentre principalement sur le lieu de travail et l'ergonomie. L'orateur recommande de consacrer plus de moyens aux services internes et externes de prévention afin de mener régulièrement des analyses et d'en assurer le suivi.

Il est essentiel d'adapter la législation actuelle aux nouvelles réalités (télétravail, coronavirus, etc.). Renforcer et faciliter la collaboration entre les médecins constitue également un élément-clé. Quant à la prévention, on devrait y faire plus attention et veiller à proposer au salarié un travail adapté bien avant qu'il ne tombe malade. L'intervenant recommande aussi de sensibiliser davantage les employeurs et de les encourager à prendre leurs responsabilités. À ce propos, si la période de salaire garanti était plus longue, cela renforcerait la relation entre l'employeur et le salarié. En outre, un "système de bonus-malus" pourrait mettre en évidence les employeurs enregistrant un plus grand nombre de malades de longue durée.

L'intervenant formule ensuite une série de recommandations à l'attention des autorités. Selon lui, une révision de la législation est nécessaire. Dans ce domaine, la

Werkgevers hebben ontslag wegens medische overmacht gebruikt om zich van sommige werknemers te ontdoen zonder een opzeggingsvergoeding te moeten uitbetalen. Het ware nuttig die reglementering tegen het licht te houden. Tijdens de vorige regeerperiode werd bovendien de berekening herzien waarmee wordt bepaald hoeveel de werknemer ontvangt wanneer hij het werk deeltijds hervat. Die wijziging heeft vooral gevolgen gehad voor de laagste inkomens en het is belangrijk ervoor te zorgen dat de werknemer niet wordt gestraft wanneer hij opnieuw aan de slag gaat. Bovendien vallen bepaalde maatregelen in verband met het gewaarborgd loon soms nadelig uit voor de werknemer: wanneer hij het werk hervat en om een andere reden ziek wordt, heeft hij niet langer recht op het gewaarborgd loon. Die regel spoort dus uiteraard niet tot werkhervatting aan.

De spreker meent dat men de uitkeringen afzonderlijk of helemaal niet zou moeten belasten. Momenteel worden zij te zwaar belast: doordat ze bij de andere inkomsten worden geteld, zijn ze op dezelfde wijze belastbaar als de rest. Voorts beveelt de spreker aan dat werknemers afdoende mogelijkheden krijgen om hun loopbaan aan te passen (arbeidsvolume, takenpakket enzovoort).

Uiteraard heeft de werkgever er belang bij zo lang mogelijk te werken met personeel in goede gezondheid. In dat verband meent de heer De Weerdt dat veel ondernemingen hun preventief gezondheidsbeleid moeten herzien. Bovendien is er nood aan diepgaandere multidisciplinaire risicoanalyses. Nu wordt vooral gekeken naar de werkplek en de ergonomie. De spreker beveelt aan meer middelen ter beschikking te stellen van de interne en externe preventiediensten, zodat regelmatig analyses kunnen worden uitgevoerd en de follow-up ervan kan worden gewaarborgd.

Het is van groot belang dat de huidige wetgeving wordt aangepast aan de nieuwe werkelijkheid (telewerk, coronavirus enzovoort). Uitgebreidere en vlottere samenwerking tussen de artsen is eveneens een sluitsteen. Er zou meer aandacht moeten gaan naar preventie en men zou erop moet letten dat de werknemer, ook lang voordat hij ziek wordt, passend werk kan worden geboden. De spreker beveelt voorts aan de werkgevers meer bewust te maken en hen aan te moedigen hun verantwoordelijkheid op te nemen. Mocht de periode met gewaarborgd loon langer zijn, zou dat de relatie tussen werkgever en werknemer overigens versterken. Bovendien zou via een "bonus-malussysteem" aan het licht komen bij welke werkgevers er meer langdurig zieken zijn.

De spreker formuleert vervolgens enkele aanbevelingen voor de overheid. Volgens hem is de wetgeving aan herziening toe. Samenwerking tussen de Federale

collaboration entre l'État fédéral et les Régions est essentielle. Ces deux niveaux de pouvoir doivent s'entraider dans la mesure du possible. Une revalorisation des professions de médecins-conseils, médecins du travail et médecins-contrôles est également cruciale. Enfin, M. De Weerdts estime qu'une campagne de sensibilisation permettrait de briser certains stéréotypes. Par exemple, il est plus facile de dire qu'un malade chronique est totalement incapable de travailler, car on ignore comment gérer cette situation. Il souligne également qu'il faut faire très attention au cadre référentiel utilisé. Quand on parle d'un malade de longue durée, peu importe qu'il soit hautement ou peu qualifié. Il s'agit avant tout d'une personne vulnérable.

3. Exposé introductif par M. Koen Neyens et Mme Eline Bruneel, représentants du Vlaams Patiëntenplatform

Pour M. Koen Neyens, de la Vlaamse Patiënten platform, la terminologie utilisée (le mot "activation") influence l'image que l'on a des malades de longue durée. Ces personnes n'ont toutefois pas choisi de se trouver dans cette situation et sont bien plus qu'un statut. Le ministre Vandenbroucke et la ministre Crevits souhaitent intégrer cette approche positive, reposant sur les capacités et les compétences des personnes, dans leur politique, ce qui est un point positif.

M. Neyens souligne que l'envie de travailler est bien présente chez trois personnes avec des maladies chroniques sur quatre. Outre percevoir un revenu, ces personnes ont aussi besoin de donner un sens à leur vie, d'être reconnues, de se sentir utiles et d'avoir des contacts sociaux. Le travail peut faire partie intégrante du processus de guérison du patient. Les initiatives de réintégration doivent toutefois reposer sur la volonté seule du patient. Il est important de tenir compte des souhaits et des objectifs du patient.

Les aménagements raisonnables pour les personnes présentant une pathologie chronique sont clairement définis par la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. Il s'agit d'adaptations et de mesures telles que des horaires flexibles, un travail flexible, des adaptations du poste de travail, la mise au point d'une alerte visuelle pour un malentendant, etc. De cette manière, ces personnes ont la possibilité de prendre part à la vie professionnelle. De tels aménagements ne doivent toutefois pas constituer une surcharge de travail pour l'employeur. Quant aux licenciements pour force majeure médicale, ils peuvent uniquement être utilisés lorsque toutes les autres mesures ont été envisagées. L'orateur estime que des adaptations raisonnables

Staat en de gewesten is op dat punt van wezenlijk belang. Beide beleidsniveaus moeten elkaar zoveel mogelijk helpen. Voorts komt het erop aan de beroepen van adviserend arts, arbeidsarts en controlegeneesheer op te waarderen. Tot slot meent de heer De Weerdts dat een bewustmakingscampagne nodig is om komaf te maken met bepaalde clichés. Zo wordt een chronisch zieke al sneller volstrekt arbeidsongeschikt verklaard, louter omdat men niet weet hoe verder met die situatie om te gaan. Daarnaast vraagt de spreker aandacht voor het gehanteerde referentiekader. Met betrekking tot een langdurig zieke doet het er weinig toe of die kort- dan wel laaggeschoold is; bovenal gaat het om een kwetsbare persoon.

3. Inleidende uiteenzetting van de heer Koen Neyens en mevrouw Eline Bruneel, vertegenwoordigers van het Vlaams Patiëntenplatform

De heer Koen Neyens, beleidsmedewerker bij het Vlaams Patiëntenplatform, meent dat de gehanteerde terminologie (namelijk het woord "activering") mee het beeld bepaalt dat men van de langdurig zieke heeft. Deze laatste heeft nochtans niet voor die situatie gekozen en is veel meer dan een "statuut". Het is een goede zaak dat federaal minister Vandenbroucke en Vlaams minister Crevits die positieve, op de mogelijkheden en vaardigheden van de betrokkene gestoelde benadering een plaats willen geven in hun beleid.

De heer Neyens beklemtoont dat drie op de vier personen met chronische aandoeningen ook écht wil werken. Niet alleen streven zij een inkomen na, ook willen ze hun leven zinvol maken, worden erkend, zich nuttig voelen en sociale contacten hebben. Werk kan een volwaardig onderdeel van het genezingsproces van de patiënt zijn. Re-integratie-initiatieven mogen evenwel louter en alleen berusten op de wil van de patiënt. Het is van belang naar de patiënt te luisteren en rekening te houden met zijn wensen en doelen.

De redelijke aanpassingen voor mensen met een chronische aandoening worden duidelijk omschreven in de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie. Het gaat om aanpassingen en maatregelen zoals flexibele werkuren, flexibel werk, aanpassingen van de werkpost, visuele waarschuwingen voor slechthorenden enzovoort. Aldus kunnen die mensen aan het beroepsleven blijven deelnemen. Omgekeerd mogen dergelijke aanpassingen geen bijkomende werklast voor de werkgever teweegbrengen. Ontslag wegens medische overmacht is alleen mogelijk wanneer alle andere maatregelen overwogen werden. Volgens de spreker zouden redelijke aanpassingen moeten worden opgenomen in de Codex van 28 april 2017 over het

devraient être reprises dans le Code du 24 avril 2017 du bien-être au travail et qu'il faudrait informer et soutenir les parties prenantes à ce sujet.

La prévention joue un rôle essentiel. Une analyse des risques et un suivi de cette analyse permettent d'agir avant que la personne ne tombe malade. M. Neyens explique toutefois que les aménagements raisonnables n'empêchent pas toujours une personne présentant une pathologie chronique décroche au travail. Quant à l'attitude de l'employeur, elle joue également un rôle déterminant. Il est de ce fait important d'aider les employeurs. Les autres mesures en matière de prévention et de protection au travail sont également essentielles. Dans sa note de politique générale, le ministre Vandenbroucke prévoit d'intégrer des coordinateurs pour encadrer le retour au travail des malades de longue durée. De plus, l'intervenant pointe du doigt le fait que le travail faisable est bon pour la santé, mais que la faisabilité du travail diminue avec les années. Il serait utile d'élaborer un plan d'action renforcé à ce propos.

Quant aux trajets informels, ils incluent une visite préalable à la reprise du travail ou un entretien entre le salarié et le médecin du travail. L'orateur note qu'ils présentent un taux de réussite (73 %) plus élevé que les trajets formels (42 %)¹. En outre, les personnes ayant suivi un trajet informel retournent généralement chez le même employeur. Il est important de réaliser un enregistrement approprié des choses telles que visites avant la reprise du travail, résultat de ces visites, nombre de licenciements pour force majeure médicale, afin de permettre une évaluation complète de la politique de bien-être au travail. Cette idée est soutenue par le Conseil national du travail (CNT) dans son avis n° 2099.

La communication et la collaboration multidisciplinaire entre les parties prenantes sont essentielles. L'orateur insiste d'ailleurs sur l'importance de la collaboration entre l'État fédéral et les Régions. Ces deux niveaux de pouvoir ne sont pas en compétition et devraient s'entraider dans la mesure du possible. En outre, l'organisation des différentes trajectoires et le rôle des différentes parties prenantes doivent être clairement définis. Lors du renouvellement de l'accord-cadre entre l'Inami, le VDAB et la GTB, il faudra également veiller à intégrer les médecins du travail. Enfin, M. Neyens précise que l'échange d'informations et de données doit se faire dans le respect de la vie privée de la personne concernée. Cette dernière doit toujours donner son accord préalable au traitement de ses données personnelles.

¹ Source: Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie. I. Boets et L. Godderis (KU Leuven, 2020).

welzijn op het werk en zouden de belanghebbenden moeten worden geïnformeerd en ondersteund.

De rol van preventie is cruciaal. Met een risicoanalyse en bijbehorende follow-up kan worden opgetreden nog voordat iemand ziek wordt. De heer Neyens geeft echter aan dat redelijke aanpassingen niet altijd voorkomen dat iemand met een chronische aandoening uitvalt op het werk. Ook de houding van de werkgever is doorslaggevend. Daarom is het van belang de werkgevers te helpen. Andere maatregelen inzake preventie en bescherming op het werk zijn evenzeer essentieel. In zijn beleidsnota heeft minister Vandenbroucke aangegeven te willen werken met coördinatoren die de langdurig zieken bij hun terugkeer naar het werk begeleiden. De spreker wijst er voorts op dat werkbaar werk goed voor de gezondheid is, maar dat die werkbaarheid met de jaren afneemt. Met betrekking tot dat aspect zou een uitgebreider actieplan mogen worden opgesteld.

De informele trajecten omvatten onder meer een bezoek aan de werkgever vóór de werkhervatting of een gesprek met de arbeidsarts. De spreker merkt op dat de slaagkans van die trajecten (73 %) hoger ligt dan die van de formele trajecten (42 %)¹. Patiënten die een informeel traject hebben gevolgd, keren bovendien sneller terug naar dezelfde werkgever. Het is van belang zaken zoals bezoeken vóór de werkhervatting, resultaat van die bezoeken, aantal ontslagen wegens medische overmacht) terdege te registreren om een volledige evaluatie van het arbeidswelzijnsbeleid mogelijk te maken. Die suggestie heeft de steun van de Nationale Arbeidsraad (NAR) in zijn advies nr. 2099.

De communicatie en de multidisciplinaire samenwerking tussen de belanghebbenden zijn van groot belang. De spreker benadrukt overigens het belang van samenwerking tussen de Federale Staat en de gewesten. Beide beleidsniveaus zijn geen concurrenten en moeten elkaar zoveel mogelijk helpen. Daarnaast moeten de organisatie van de diverse trajecten en de rollen van de verschillende betrokkenen duidelijk worden omschreven. Bij de verlenging van de raamovereenkomst tussen het RIZIV, de VDAB en het GTB mogen de arbeidsartsen niet over het hoofd worden gezien. Tot slot stipt de heer Neyens aan dat bij de uitwisseling van gegevens en data acht moet worden geslagen op de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene. Die laatste moet altijd vooraf instemmen met de verwerking van zijn persoonsgegevens.

¹ Bron: Evaluatie van de impact van de nieuwe reglementering op de re-integratie op het werk. Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie. I. Boets et L. Godderis (KU Leuven, 2020).

Mme Eline Bruneel, collaboratrice à la Vlaamse Patiëntenplatform, indique que le rôle des médecins doit être renforcé, en raison de l'importance qu'ils ont dans le trajet de réintégration. Le médecin traitant est une personne de confiance qui peut aborder la question du travail avec le malade en début de trajet. Cet échange permet de parler de la reprise du travail et d'envisager diverses solutions dès le départ. Il serait donc utile de mieux informer et de soutenir ces médecins pour qu'ils puissent assumer correctement leur rôle.

Quant aux médecins du travail, ce sont également des acteurs clés. Ils représentent le lien avec le monde du travail. Leur mission est d'identifier les situations où la maladie d'une personne peut avoir une incidence sur la situation professionnelle et d'envisager les solutions possibles. Dans ce cadre, il est essentiel de se concentrer sur les compétences de la personne et sur ce qu'elle est encore en mesure de faire afin de soutenir l'employeur dans la mise en place des aménagements nécessaires.

Pour sa part, le médecin-conseil joue le rôle d'accompagnateur et de contrôleur. Si le patient a un bon contact avec cette personne, cela aura un effet positif sur le trajet de réintégration. L'oratrice pointe toutefois du doigt la pénurie de médecins-conseils et de médecins du travail.

D'après Mme Bruneel, il serait nécessaire de créer un site internet permettant de regrouper toutes les informations nécessaires. Ces informations porteraient sur les différents niveaux de pouvoir et concerneraient les employés comme les employeurs. Les internautes y trouveront notamment des informations sur les conséquences d'un retour au travail sur le plan financier, les allocations et statuts existants, les systèmes et mesures de soutien, la différence entre un trajet de réinsertion informel et formel. L'intervenante précise que le site internet www.weeraandeslag.be constitue un bon début, mais qu'il se concentre entièrement sur les trajets formels.

Mme Bruneel recommande de soutenir et d'accompagner l'employeur et l'employé, ainsi que toute personne à la recherche d'un emploi. Concernant l'employeur, il est essentiel de l'accompagner dans la mise en place de sa politique de réintégration afin d'élaborer une procédure de réintégration de qualité. Elle estime, en outre, que le VDAB ne devrait pas faire de distinction entre un salarié et une personne à la recherche d'un emploi.

S'agissant des trajets de réintégration, l'intervenante souligne plusieurs points de l'avis du CNT. Pour commencer, il faudrait renforcer le rôle et la participation des médecins du travail. Ensuite, il faudrait intégrer le droit à des aménagements raisonnables. Il faudrait, en outre, garantir aux personnes le droit à une consultation et un

Mevrouw Eline Bruneel, beleidsmedewerkster bij het Vlaams Patiëntenplatform, geeft aan dat de artsen een grotere rol moeten krijgen omdat zij heel belangrijk zijn in het re-integratietraject. De behandelende arts is een vertrouwenspersoon die van bij de aanvang van het traject samen met patiënt op de werkkwestie kan ingaan. Zo kan de werkhervatting van meet af aan worden besproken en kunnen er allerlei oplossingen voor worden overwogen. De behandelende artsen kunnen hun rol echter slechts naar behoren vervullen als zij beter worden geïnformeerd en ondersteund.

Ook de arbeidsartsen hebben een sleutelrol, want zij zijn de brug naar de werksituatie. Zij dienen die situaties te herkennen waarin iemands ziekte gevolgen kan hebben voor diens beroepssituatie, en er mogelijke oplossingen voor aan te reiken. In dat verband is het essentieel te focussen op de vaardigheden van de betrokkene en op wat hij of zij wél nog kan, en op basis daarvan de werkgever te ondersteunen bij het doorvoeren van de nodige aanpassingen.

De adviserend arts vervult dan weer de rol van begeleider en controleur. Wanneer de patiënt een goed contact heeft met die arts, zal zulks het re-integratietraject ten goede komen. De spreker wijst echter op het tekort aan adviserend artsen en arbeidsartsen.

Volgens mevrouw Bruneel is er nood aan een website die alle nodige informatie bundelt. Die informatie zou moeten slaan op de verschillende beleidsniveaus en moeten zijn uitgesplitst naargelang het werknemers dan wel werkgevers betreft. Websitebezoekers vinden er onder meer informatie over de financiële gevolgen van een werkhervatting, over de bestaande uitkeringen en statuten, over de steunregelingen en -maatregelen, en over het verschil tussen een informeel en een formeel re-integratietraject. De spreker stipt aan dat de webstek www.weeraandeslag.be een goed begin is, maar uitsluitend op de formele trajecten is toegespitst.

Mevrouw Bruneel beveelt aan om steun en begeleiding te bieden aan werkgever en werknemer, alsook aan eenieder die werk zoekt. Het is van wezenlijk belang dat de werkgever bij de voorbereiding van zijn re-integratiebeleid wordt begeleid om een kwaliteitsvolle re-integratieprocedure tot stand te brengen. Voorts meent de spreker dat de VDAB geen onderscheid zou mogen maken tussen werknemers en werkzoekenden.

Met betrekking tot de re-integratietrajecten beklemtoont de spreker meerdere punten uit het advies van de NAR. Ten eerste moet meer worden ingezet op de rol en de betrokkenheid van de arbeidsartsen. Ook zou het recht op redelijke aanpassingen vorm moeten krijgen. Bovendien zou de zieke werknemer het recht op een

dialogue avant toute décision d'incapacité définitive. Il serait également nécessaire d'adapter les délais dans le Code sur le bien-être au travail (appel contre une décision C ou D dans les 20 jours ouvrables au lieu de 7 jours ouvrables; faire passer le délai accordé à l'employeur pour établir un plan de réintégration après une décision C de 12 mois à 6 mois).

L'intervenante recommande aussi de contrôler davantage la bonne application du droit à des aménagements raisonnables, notamment dans les procédures pouvant conduire à un licenciement pour force majeure médicale. Pour ce dernier point, Mme Bruneel explique que l'employeur devrait vérifier si des aménagements raisonnables sont possibles avant de licencier une personne. Aujourd'hui, il n'y a aucun contrôle et c'est à l'employé d'assurer ce suivi. En cas de doute, il peut contacter Unia pour dire qu'il estime que son employeur ne l'aide pas suffisamment. D'après l'avis du 25 septembre 2018 du CNT, cette responsabilité devrait être assumée par le gouvernement et non pas par l'employé. Mme Bruneel est entièrement d'accord et ajoute que l'accord gouvernemental prévoit de renforcer la réinsertion des malades de longue durée sur le marché du travail, en concertation avec les partenaires sociaux. Quant aux avis de la Commission diversité et de l'Observatoire des maladies chroniques, ce sont également des documents essentiels, qui pourraient servir de base pour élaborer une nouvelle politique.

S'agissant de la reprise de travail partielle, Mme Bruneel estime que certaines améliorations seraient nécessaires pour renforcer la réintégration. Pour commencer, elle regrette qu'il ne soit pas possible d'intégrer ce système avant d'être en incapacité de travail complète. Il faudrait élaborer un système plus dynamique et permettant de réduire progressivement le temps de travail. Offrir un travail adapté à une personne pourrait lui éviter de se retrouver en incapacité de travail. Pour ce faire, une solution est de passer d'un temps plein à un mi-temps. Actuellement, cette réduction du temps de travail a un effet considérable sur l'allocation. En comparaison, une personne qui passe d'un temps plein à une incapacité de travail totale a droit à une allocation plus élevée.

L'intervenante ajoute que le calcul permettant de déterminer le montant de l'allocation a été revu en avril 2018. D'après le CNT, ce nouveau calcul est désavantageux pour les personnes ayant de faibles revenus, un volume de travail plus faible ou une santé fluctuante. Les personnes qui reprennent le travail à temps partiel risquent de perdre certaines allocations (allocation sociale, allocation de chômage, intervention majorée). En outre, ces allocations sont fortement taxées. Il serait donc nécessaire d'envisager des exceptions et des mesures pour éviter

raadpleging en een gesprek moeten krijgen alvorens enige beslissing tot definitieve arbeidsongeschiktheid wordt genomen. Daarenboven is het zaak de termijnen in de Codex over het welzijn op het werk aan te passen (beroep tegen een C- of D-beslissing binnen 20 in plaats van binnen 7 werkdagen; inkorting van 12 tot 6 maanden van de aan de werkgever verleende termijn om na een C-beslissing een re-integratieplan uit te werken).

Tevens beveelt de spreekster aan beter toe te zien op de correcte toepassing van het recht op redelijke aanpassingen, in het bijzonder bij procedures die kunnen uitmonden in ontslag wegens medische overmacht. Wat dit laatste punt betreft, stelt mevrouw Bruneel dat de werkgever eerst dient na te gaan of redelijke aanpassingen mogelijk zijn alvorens iemand te ontslaan. Momenteel is hier geen enkele controle op en is het aan de werknemer zelf om een en ander op te volgen. Bij twijfel kan hij contact opnemen met Unia om aan te geven dat hij van oordeel is dat zijn werkgever hem onvoldoende helpt. Volgens het NAR-advies van 25 september 2018 valt die verantwoordelijkheid niet de werknemer maar de regering toe. Mevrouw Bruneel is het daar volkomen mee eens en voegt eraan toe dat het regeerakkoord vermeldt dat de re-integratie van de langdurig zieken op de arbeidsmarkt zal worden versterkt, in overleg met de sociale partners. Ook de adviezen van de commissie Diversiteit en van het Observatorium voor de chronische ziekten zijn belangrijke documenten die de grondslag kunnen vormen voor nieuw beleid.

Wat de gedeeltelijke werkhervatting betreft, meent mevrouw Bruneel dat bepaalde verbeteringen aan de orde zijn om tot een betere re-integratie te komen. Vooreerst betreurt zij dat van die regeling geen gebruik kan worden gemaakt als men niet eerst volledig arbeidsongeschikt is verklaard. Er is nood aan een dynamischer systeem waarbij de arbeidsduur geleidelijk kan worden vermindert. Door iemand passend werk aan te bieden, kan arbeidsongeschiktheid worden voorkomen. Een mogelijke oplossing is niet langer voltijds maar deeltijds gaan werken. Momenteel heeft die arbeidsduurvermindering een grote invloed op de uitkering. Ter vergelijking: wie met een voltijdse baan volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard, heeft recht op een hogere uitkering.

De spreekster voegt er nog aan toe dat de berekening ter bepaling van het uitkeringsbedrag in april 2018 werd herzien. Volgens de NAR valt die nieuwe berekening nadelig uit voor mensen met een laag inkomen, met een kleiner arbeidsvolume of met een fluctuerende gezondheid. Wie het werk deeltijds hervat, dreigt bepaalde uitkeringen te verliezen (sociale toeslag binnen het Groeipakket, verhoogde tegemoetkoming). Bovendien worden die uitkeringen zwaar belast. Er zou dus moeten worden nagedacht over uitzonderingen en

une diminution de leurs revenus. Mme Bruneel ajoute que la reprise partielle du travail ne doit pas forcément mener à une reprise complète du travail. Ce n'est spécifié nulle part dans la loi; tout dépend de l'avis du médecin-conseil et de l'employeur. Auparavant, lorsqu'on parlait de capacités réduites à 50 %, certains pensaient que la reprise du travail n'était possible qu'à 50 %. L'interprétation a toutefois changé: ce n'est pas parce qu'une personne est en incapacité de 50 % qu'elle ne peut pas reprendre le travail à 80 %.

4. Exposé introductif par M. Louis Warlop, représentant de la FEB

M. Louis Warlop, attaché à la Fédération des entreprises de Belgique (FEB), recommande d'investir dans la prévention et la réintégration. Il est essentiel d'avoir un filet de sécurité sociale solide pour ceux qui ne peuvent plus travailler. Il faut, en outre, prodiguer des conseils pour soutenir ceux qui peuvent reprendre le travail. L'incapacité de travail est une notion assez vague. Il existe en effet différents niveaux d'incapacité et de maladie. Il faut avant tout se concentrer sur l'humain et déterminer ses capacités restantes.

Une reprise durable du travail aura un effet positif sur la personne et la société. Chaque année, environ 8 milliards d'euros sont injectés dans les allocations de maladie et les indemnités d'invalidité, tandis que 100 millions d'euros sont investis dans la réintégration et la prévention.

Aujourd'hui, tout le monde est d'accord sur le fait qu'un changement est nécessaire. L'approche devrait partir d'un point de départ différent, car une personne en incapacité de travail n'est pas une personne au chômage. Jusqu'à récemment, le rôle de la mutuelle était de contrôler la diminution de l'allocation. Les parcours de réintégration ne sont pris en considération que depuis quelques années.

Il est également essentiel de renforcer la capacité des entreprises, en particulier celles de petite taille. Les entreprises doivent connaître la loi et les possibilités qui existent ainsi que disposer des moyens financiers suffisants pour mettre en place les aménagements raisonnables nécessaires.

Concernant le retour chez l'employeur, l'orateur note qu'il est parfois impossible. Si la trajectoire du médecin du travail se concentre sur l'employeur, celle de la mutuelle se concentre sur le marché du travail et les employeurs. En théorie, il faut d'abord envisager les possibilités auprès de l'employeur initial et, tout de

over maatregelen om te voorkomen dat hun inkomsten voort slinken. Mevrouw Bruneel wijst er overigens op dat een gedeeltelijke werkhervatting niet noodzakelijk hoeft te leiden tot een volledige werkhervatting. Zulks wordt nergens in de wet vermeld; alles hangt af van het door de adviserend arts verstrekte advies en van de werkgever. Voorheen werd weleens gedacht dat een halftijdse werkhervatting slechts mogelijk was wanneer iemand voor 50 % arbeidsongeschikt was verklaard. De interpretatie is echter gewijzigd; het is niet omdat iemand voor 50 % arbeidsongeschikt is dat hij of zij het werk niet voor 80 % kan hervatten.

4. Inleidende uiteenzetting van de heer Louis Warlop, vertegenwoordiger van het VBO

De heer Louis Warlop, attaché bij het VBO, beveelt aan te investeren in preventie en in re-integratie. Het is belangrijk dat wie niet langer kan werken, kan rekenen op een degelijk vangnet van de sociale zekerheid. Bovendien moet wie het werk kan hervatten, met raad worden bijgestaan. Arbeidsongeschiktheid is een vrij vaag begrip, want er bestaan verschillende ongeschiktheids- en ziekteniveaus. Men moet bovenal focussen op de betrokkene als mens en uitzoeken welke mogelijkheden hij of zij wel nog heeft.

Een duurzame werkhervatting zal een positieve weerslag hebben op mens en maatschappij. Elk jaar gaat ongeveer 8 miljard euro naar ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, terwijl 100 miljoen euro wordt geïnvesteerd in re-integratie en preventie.

Vandaag is iedereen het ermee eens dat verandering nodig is. Er moet voor een andere invalshoek worden gekozen: een arbeidsongeschikte is immers geen werkloze. Tot voor kort bestond de rol van het ziekenfonds erin te waken over de vermindering van de uitkering. Re-integratietrajecten worden pas sinds enkele jaren overwogen.

Voorts is het uiterst belangrijk de ondernemingen, vooral de kleinere, beter te wapenen. Zij moeten de wet en de bestaande mogelijkheden kennen, maar ook over voldoende financiële middelen beschikken om de nodige redelijke aanpassingen door te voeren.

De spreker merkt op dat een terugkeer naar dezelfde werkgever soms onmogelijk is. Terwijl het traject met de arbeidsarts op de werkgever is gericht, spitst dat van het ziekenfonds zich toe op de arbeidsmarkt en op de werkgevers in het algemeen. In theorie moeten eerst de mogelijkheden bij de eigen werkgever worden

suite après, examiner les possibilités qui existent sur le marché du travail. Dans la pratique, c'est toutefois différent, car les mutuelles font face à des problèmes de capacité. En outre, les connaissances des différents acteurs laissent parfois à désirer et ils communiquent trop peu entre eux.

Souvent, la vision que l'on a du trajet de réintégration est trop limitée. Si le trajet de réintégration chez l'employeur initial est un échec, il ne doit pas pour autant se conclure par un licenciement pour force majeure médicale. D'autres options existent, mais elles sont rarement examinées. Une évolution des mentalités est donc importante à cet égard.

M. Warlop souligne qu'une intervention rapide est toujours la solution la plus efficace pour éviter une incapacité de longue durée. Pendant les six premiers mois, l'incapacité d'une personne est comparée à celle d'un collègue effectuant le même travail. Après six mois, elle est comparée à celle d'une autre personne sur le marché du travail en général. L'intervenant estime la seconde comparaison préférable à la première et conseille de se baser dessus dès le premier jour. Il se demande également s'il ne faudrait pas reconsidérer les périodes d'incapacité primaire de travail et les périodes d'invalidité.

S'agissant de l'entretien structuré, il faudrait un cadre plus concret. Depuis 2017, les échanges d'informations entre le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil devraient se faire par le biais d'une plateforme numérique. Cet objectif n'a toutefois pas été réalisé et ces spécialistes éprouvent des difficultés à se rencontrer. En outre, il ne faut pas se limiter à l'aspect médical. C'est pourquoi il faudrait intégrer l'ensemble des acteurs concernés (employé, employeur, partenaires sociaux, comités, services de médiations, etc.). Si le système actuel se concentre sur l'accompagnement assuré par le médecin-conseil, cet encadrement est néanmoins limité, notamment en raison de la pénurie de médecins-conseils.

L'intervenant estime qu'il faudrait se diriger vers une politique de réintégration personnalisée et proactive. L'accent a toujours été mis sur les allocations. Toutefois, depuis quelques années, la réintégration entre également en ligne de compte.

Aujourd'hui, il n'y a pas de structure précise ni de cadre clair. En théorie, les personnes qui se retrouvent à la mutuelle devraient voir un médecin-conseil après deux ou trois mois. Dans la pratique, c'est rarement le cas. Dans un monde idéal, chaque malade devrait avoir un entretien approfondi, tous les deux mois, à propos du processus de guérison et de ses perspectives

recherchées et onmiddellijk daarna de mogelijkheden op de arbeidsmarkt. In de praktijk draait het echter anders uit omdat de ziekenfondsen met capaciteitsproblemen kampen. Bovendien laat de kennis van de diverse actoren soms te wensen over en communiceren ze te weinig met elkaar.

Vaak heeft men een te beperkte kijk op het re-integratietraject. Wanneer het re-integratietraject bij de eigen werkgever mislukt, hoeft dat niet noodzakelijk te leiden tot ontslag wegens medische overmacht. Andere opties zijn voorhanden maar worden zelden overwogen. In dat opzicht is een mentaliteitswijziging aan de orde.

De heer Warlop beklemtoont dat snel ingrijpen de meest doeltreffende manier is om langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen. De eerste zes maanden wordt iemands arbeidsongeschiktheid vergeleken met die van een collega die hetzelfde werk verricht. Na zes maanden wordt ze vergeleken met die van iemand anders op de arbeidsmarkt in het algemeen. De spreker verkiest de tweede vergelijking boven de eerste en adviseert het vanaf dag één over die boeg te gooien. Voorts vraagt hij zich af of de primaire-arbeidsongeschiktheidsperiodes en de invaliditeitsperiodes niet tegen het licht moeten worden gehouden.

Met betrekking tot het structurele gesprek zou er een concreter raamwerk moeten komen. Sinds 2017 had de gegevensuitwisseling tussen huisarts, arbeidsarts en adviserend arts moeten verlopen via een digitaal platform. Daar is echter niets van in huis gekomen en voor voormelde artsen is het niet evident met elkaar in contact te treden. Bovendien is er méér dan alleen de medische kant van de zaak. Het is dus zaak alle actoren te betrekken (werknemer, werkgever, sociale partners, comités, bemiddelingsdiensten enzovoort). De huidige regeling is toegespitst op de door de adviserend arts verstrekte begeleiding, maar vooral wegens het tekort aan adviserend artsen blijft een en ander beperkt.

De spreker vindt dat de richting moet worden uitgegaan van een persoonlijk en proactief re-integratiebeleid. Altijd werd de klemtoon op uitkeringen gelegd, maar sinds enkele jaren komt ook re-integratie in beeld.

Momenteel is er geen welomschreven structuur en evenmin een duidelijk raamwerk. In theorie moeten de patiënten die ten laste van het ziekenfonds vallen, na twee of drie maanden op consult bij een adviserend arts, maar in de praktijk gebeurt dat zelden. Idealiter zou elke zieke tweemaandelijks een diepgaand gesprek moeten hebben over het genezingsproces en over zijn

d'avenir. Il devrait, en outre, être en contact permanent avec un accompagnateur. Idéalement, cet entretien devrait débuter auprès de l'employeur, et ce, bien avant que la personne ne tombe malade. Quant au médecin généraliste, il devrait accompagner cet entretien dès le départ. Malheureusement, cette structure, tout comme cette collaboration, n'existe pas et les malades savent rarement à quoi s'en tenir.

L'orateur note qu'une des principales difficultés concerne les trajets de réintégration menés par les mutuelles. Ces démarches sont bien souvent réglées sur papier et on a très peu d'informations à leur propos. Il faudrait passer d'un système sur papier à un système personnel plus motivant et assurant plus de contacts avec le malade.

M. Warlop approuve l'idée d'avoir des coaches pour encadrer le retour au travail. Cette personne devrait être neutre et pourrait discuter avec les différents intervenants. Toutefois, des questions se posent quant à l'expertise de ces coaches. Les former ne prendra-t-il pas trop de temps? Seront-ils en nombre suffisant? De plus, lorsqu'une personne entame un trajet auprès d'un coach, on parle de supposition d'incapacité de travail. Quelle sera la durée de cette incapacité supposée? Qu'en est-il du financement de ces coaches? Le coach ne risque-t-il pas d'être à la fois juge et partie? Aujourd'hui, le financement des mutuelles repose sur le nombre de personnes en incapacité, mais il serait préférable qu'il repose sur le nombre de trajets réussis.

La prévention et la réintégration sont des thèmes importants pour les entreprises. Chaque talent compte et aucun employeur ne souhaite voir un de ses employés tomber malade. C'est non seulement une question de capital de travail, mais aussi une obligation morale et éthique. En matière de prévention, M. Warlop fait certains constats, dont l'augmentation du nombre de visites effectuées avant la reprise du travail. Les services internes de prévention et les comités considèrent ce sujet comme une priorité et y accordent une grande attention.

Il existe des différences entre les petites et les grandes entreprises. Les premières proposent moins de fonctions différentes et il leur sera donc plus difficile d'adapter le travail. Un investissement est nécessaire pour permettre aux services externes de prévention de se rendre plus régulièrement sur les lieux de travail afin d'analyser les risques et la politique en matière de bien-être au travail.

S'agissant du travail des partenaires sociaux, l'avis 2099 du CNT propose une série d'éléments visant à améliorer les trajets formels. Ces adaptations ne mèneront

toekomstperspectieven. Bovendien zou de betrokkene permanent contact moeten houden met een begeleider. In het ideale geval vindt dat gesprek bij de werkgever zelf plaats, lang voordat de betrokkene ziek wordt. De huisarts zou vanaf het eerste gesprek mee aanwezig moeten zijn. Helaas zijn die structuur en samenwerking onbestaande en weten zieken zelden waar ze aan toe zijn.

De spreker merkt op dat een van de voornaamste knelpunten de door de ziekenfondsen aangestuurde re-integratietrajecten betreft. Die procedures verlopen grotendeels via papier en er bestaat heel weinig informatie over. Dat papieren systeem zou plaats moeten maken voor een persoonlijke aanpak, die motiverender is en frequenter contact met de zieke waarborgt.

De heer Warlop is voorstander van de inschakeling van coaches om de terugkeer naar het werk te begeleiden. Een dergelijke coach dient neutraal te zijn en kan het gesprek aangaan met de diverse betrokkenen. Er rijzen echter vragen aangaande de expertise van die coaches. Zal hun opleiding niet te veel tijd in beslag nemen? Zullen er wel genoeg zijn? Wanneer iemand een traject met een coach aanvat, is bovendien sprake van "veronderstelde" arbeidsongeschiktheid. Hoe lang duurt die veronderstelde arbeidsongeschiktheid? Hoe zit het met de financiering van die coaches? Dreigt de coach niet tegelijk rechter en partij te zijn? Momenteel worden de ziekenfondsen gefinancierd op basis van het aantal arbeidsongeschikten, maar het zou de voorkeur verdienen het aantal geslaagde trajecten als maatstaf te nemen.

Preventie en re-integratie zijn belangrijke thema's voor de ondernemingen. Elk talent telt en geen enkele werkgever wil ook maar één van zijn werknemers ziek zien uitvallen. Het gaat hier niet alleen om arbeidskapitaal, maar ook om een morele en ethische verbintenis. Met betrekking tot preventie doet de heer Warlop enkele vaststellingen, waaronder de toename van het aantal vóór de werkhervatting afgelegde bezoeken. De interne preventiediensten en de comités beschouwen dat als een prioritair aspect en schenken er veel aandacht aan.

Er bestaan verschillen tussen kleine en grote ondernemingen. In kleine ondernemingen bestaan er minder verschillende functies en is het dus moeilijker in aangepast werk te voorzien. Er moet worden geïnvesteerd opdat de externe preventiediensten vaker ter plaatse kunnen gaan om de risico's en het beleid inzake welzijn op het werk te ontleden.

Wat de werkzaamheden van de sociale partners betreft, verstrekt de NAR in zijn advies nr. 2099 aanbevelingen om de formele trajecten te verbeteren. De voorgestelde

toutefois pas à une augmentation du nombre de trajets et ne diminueront pas le degré d'incapacité de travail. En revanche, il serait question de modifier les procédures de recours et d'établir un plan après six mois au lieu de douze. En outre, le CNT, Fedris (l'agence fédérale des risques professionnels) et l'Inami analysent des projets de prévention primaire, secondaire et tertiaire du burn-out. Enfin, différents secteurs lancent des initiatives, à l'aide des fonds sectoriels de formation, afin de renforcer la politique de réinsertion des entreprises. L'objectif est surtout de permettre une transition: on ne regarde pas ce qui est possible pour tel ou tel employeur, mais ce qui est possible pour tel ou tel secteur.

5. Exposé introductif par M. Philippe Marneth, médecin-directeur auprès des Mutualités Libres

M. Philippe Marneth, médecin-directeur des Mutualités Libres, est conscient de l'augmentation du nombre de personnes invalides ou en incapacité primaire et du coût qu'elles représentent (8 à 9 milliards d'euros par an). Des mesures fortes sont nécessaires, d'autant plus que le nombre de médecins-conseils n'a pas augmenté. Aujourd'hui, ils ne sont que 260 pour tout le pays et doivent s'occuper des tâches dédiées aux soins de santé.

S'agissant de renforcer la prévention, les maladies liées au travail (tendinites, lombalgies, burn-out) constituent un problème primordial. À ce propos, l'orateur rappelle l'action de Fedris et le rôle important des médecins du travail sur le terrain – ces médecins devraient d'ailleurs être davantage sur le terrain.

En ce qui concerne la réforme du système d'incapacité de travail, M. Marneth estime que les dispositions des arrêtés royaux de 2016 portaient d'un bon postulat. Dans la pratique, certains processus sont toutefois nettement ralentis, voire contre-productifs. Par exemple, un trajet de formation devrait pouvoir être entamé dès le départ. Pourtant, en cas de réponse C, l'employeur dispose de douze mois pour proposer un plan et il faut d'abord qu'un médecin du travail conseille un trajet de réintégration.

Pour sa part, l'orateur recommande de faire preuve d'une plus grande agilité. D'autres mesures sont possibles, notamment des visites avant une reprise du travail. M. Marneth propose de réécrire les arrêtés royaux précités et de prévoir des possibilités pour débloquer les situations où un travailleur souhaiterait obtenir un C4 pour force majeure. Cette révision permettrait aussi

aanpassingen zullen het aantal trajecten echter niet doen toenemen en evenmin de arbeidsongeschiktheidsgraad doen afnemen. Daarentegen wordt een wijziging van de beroepsprocedures beoogd en erop aangestuurd dat een re-integratieplan al na zes in plaats van na twaalf maanden wordt opgesteld. Bovendien ontlede de NAR, Fedris (het federaal agentschap voor beroepsrisico's) en het RIZIV primaire, secundaire en tertiaire preventieprojecten in verband met burn-out. Tot slot starten diverse sectoren via de sectorale opleidingsfondsen initiatieven op om het re-integratiebeleid van de ondernemingen te verbeteren. Er wordt vooral ingezet op transitie: er wordt niet nagegaan wat voor deze of gene werkgever mogelijk is, maar wel voor deze of gene sector.

5. Inleidende uiteenzetting van de heer Philippe Marneth, arts-directeur bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De heer Philippe Marneth, arts-directeur bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, is zich ervan bewust dat almaar meer werknemers invalide of primair arbeidsongeschikt worden verklaard, en dat zulks veel geld kost (8 tot 9 miljard euro per jaar). Doortastende maatregelen zijn nodig, temeer daar het aantal adviserend artsen niet is toegenomen. Zij zijn momenteel met slechts 260 voor het hele land en moeten allerhande taken in verband met de gezondheidszorg uitvoeren.

Bij het streven naar meer preventie vormen de met het werk verbonden aandoeningen (tendinitis, lage rugpijn, burn-out) een hoofdprobleem. In dit verband wijst de spreker op de acties van Fedris en op de belangrijke rol van de arbeidsartsen in het veld, die daar nog talrijker aanwezig zouden moeten zijn.

Wat de hervorming van de arbeidsongeschiktheidsregeling betreft, meent de heer Marneth dat aan de maatregelen van de koninklijke besluiten van 2016 een correct uitgangspunt ten grondslag lag. In de praktijk kennen sommige zaken echter een tragere afwikkeling of hebben ze zelfs een averechts effect. Zo zou een opleidingstraject van meet af aan moeten kunnen worden aangevat. In geval van een C-beslissing heeft de werkgever echter twaalf maanden de tijd om een plan voor te stellen en moet een arbeidsarts eerst een re-integratietraject aanbevelen.

De spreker zelf pleit voor meer soepelheid. Andere maatregelen zijn mogelijk, zoals bezoek vóór de werkhervatting. De heer Marneth stelt voor om de voormelde koninklijke besluiten bij te sturen en te voorzien in mogelijkheden om situaties vlot te trekken waarbij een werknemer uit is op ontslag wegens overmacht. Bij die herziening zou ook meer rekening kunnen worden

de mieux intégrer les coordinateurs qui encadrent le retour au travail.

L'intervenant estime qu'une révision des notions d'incapacité primaire et d'invalidité est nécessaire. Aujourd'hui, le passage en invalidité est un processus automatique. Il survient un an après le début de l'incapacité primaire. Dans pareille situation, l'importance d'intervenir de manière précoce est une évidence, mais le nombre de médecins-conseils est limité. Il faudrait soutenir ces médecins à l'aide d'équipes multidisciplinaires et de coordinateurs encadrant le retour au travail. De plus, il serait nécessaire de cibler l'action des médecins-conseils et de permettre à ces spécialistes de déléguer plus de tâches, notamment pour les dossiers où le patient présente un faible risque d'incapacité de longue durée.

Une réflexion est également nécessaire avec le secteur curatif afin de l'impliquer dès le début de l'incapacité. En cas d'incapacité de longue durée, l'intervenant propose que le médecin-conseil évalue le dossier en profondeur à l'aide d'un système d'évaluation à 33 % et 66 % afin de valoriser les capacités restantes quand un travail adapté est possible.

S'agissant de la réévaluation du système d'indemnités, le système qui indemnise et reconnaît les personnes en incapacité qui peuvent travailler partiellement ne favorise pas toujours le plein emploi. En effet, certaines personnes ont tout intérêt à travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein. Une possibilité serait de réévaluer les indemnités en revalorisant les capacités restantes par un régime à 33 %. Quant aux 33 % restants, ils seraient payés par l'Office national de l'emploi (ONEM) si l'assuré ne trouve pas un emploi adapté.

L'intervenant est favorable à l'intégration des coordinateurs encadrant le retour au travail au sein des organismes assureurs. Si ces ressources supplémentaires peuvent intervenir dans un système plus souple et plus agile, elles seront encore plus efficaces. Il note toutefois que, d'après les estimations, 18 000 dossiers seront traités chaque année. Ce n'est malheureusement qu'une goutte d'eau dans l'océan.

Pour garantir les chances de succès des coordinateurs encadrant le retour au travail, l'intervenant recommande de définir clairement leur fonction. Il est important de préciser le rôle et le positionnement de ce profil par rapport aux autres fonctions existantes. Il faudrait également définir les déclencheurs qui pourraient justifier l'intervention de ces coordinateurs. À cet égard, le

gehouden met de coördinatoren die de terugkeer naar het werk begeleiden.

De spreker meent dat de begrippen "primaire ongeschiktheid" en "invaliditeit" aan herziening toe zijn. Momenteel komt men – een jaar na de aanvang van de primaire ongeschiktheid – automatisch in het invaliditeitsstelsel terecht. Uiteraard is het in een dergelijke situatie belangrijk vroeg op te treden, maar het aantal adviserend artsen is beperkt. Die artsen zouden moeten worden ondersteund via multidisciplinaire teams en via coördinatoren die de terugkeer naar het werk begeleiden. Voorts zouden de adviserend artsen meer gerichte taken moeten krijgen en zouden zij meer taken moeten kunnen delegeren, in het bijzonder in dossiers waarin de patiënt een laag risico op langdurige arbeidsongeschiktheid vertoont.

Ook een denkoefening met de curatieve sector is nodig; deze dient van bij het begin van de arbeidsongeschiktheid te worden betrokken. De spreker stelt voor dat bij langdurige arbeidsongeschiktheid de adviserend arts het dossier grondig analyseert aan de hand van een op 33 % en 66 % gebaseerd evaluatiesysteem, teneinde de restcapaciteit op te waarderen wanneer aangepast werk mogelijk is.

In verband met het herbekijken van de uitkeringsregeling wordt voltijdse tewerkstelling niet altijd bevorderd door het systeem dat de arbeidsongeschikten vergoedt en erkent die deeltijds kunnen werken. Sommigen hebben er immers alle belang bij deeltijds in plaats van voltijds te werken. Een mogelijkheid zou zijn de uitkeringen voor de restcapaciteit te herzien en op te waarderen door ze in een 33 %-regeling op te nemen. Wanneer de verzekerde geen aangepaste baan vindt, zou de overblijvende 33 % kunnen worden uitgekeerd door de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA).

De spreker is er voorstander van dat bij de verzekeringsinstellingen coördinatoren worden aangesteld die de terugkeer naar het werk begeleiden. Indien die bijkomende middelen kunnen worden verstrekt binnen een flexibeler en beter aanpasbaar systeem, zullen ze nog doeltreffender zijn. De spreker merkt niettemin op dat volgens ramingen jaarlijks 18 000 dossiers zullen worden verwerkt. Dat is helaas slechts een druppel op een hete plaat.

Om de slaagkansen van de terugkeercoördinatoren te maximaliseren, moeten zij volgens de spreker een duidelijke functieomschrijving krijgen. Het is belangrijk de rol en de plaats van dat profiel ten aanzien van andere bestaande functies te verduidelijken. Voorts moet worden omschreven welke knipperlichten aanleiding en grond kunnen zijn voor het optreden van die coördinatoren.

médecin traitant est à l'avant-poste. Il pourrait donner l'alerte au moment de se prononcer sur l'incapacité du patient. Le processus pourrait même être automatisé s'il s'agit de certificats numériques. D'autres processus d'automatisation sont également possibles, notamment grâce au questionnaire scientifique en ligne (qui mériterait d'être revu) et au dossier informatisé.

Enfin, l'intervenant estime qu'il faudrait réécrire les arrêtés royaux afin de garantir plus de souplesse et de permettre les interactions nécessaires entre les coordinateurs, les médecins-conseils, les médecins du travail et les médecins traitants. Les questions liées au secret professionnel doivent aussi être réglées (règlement général sur la protection des données, consentement de l'assuré). Il faut également être très attentif aux interférences possibles avec les initiatives régionales. Enfin, il est essentiel d'évaluer l'incidence de ces modifications sur la charge de travail des médecins-conseils ainsi que leur effet sur les équipes multidisciplinaires des organismes d'assurance.

En matière de communication, l'intervenant soutient la création d'une plateforme de communication commune afin d'automatiser certains processus et de faciliter la communication ainsi que le partage d'informations. Quant aux recours aux tribunaux, les délais de jugement sont excessivement longs (au moins deux ans). M. Marneth propose de créer une instance de médiation beaucoup plus agile et qui serait identique pour chaque branche de la sécurité sociale.

L'intervenant recommande de mener une politique publique saine et responsable ainsi que de renforcer les moyens. Aujourd'hui, il n'y a que 260 médecins-conseils pour le demi-million d'invalides (et c'est sans compter les assurés en incapacité primaire). Il est important que les moyens suivent le portefeuille d'assurés.

M. Marneth rappelle que chaque acteur a son rôle à jouer. Les employeurs et les médecins du travail doivent être responsabilisés en introduisant la notion de risques aggravés, par exemple lorsqu'un employeur ne respecte pas le taux d'incapacité par rapport à son secteur. Dans pareil cas de figure, il faudrait mener un audit des risques et élaborer un plan d'action en matière de prévention des maladies liées à la profession. S'agissant de l'assuré social, M. Marneth estime qu'il faudrait lui imposer de suivre un trajet de réintégration ou de formation lorsque le médecin-conseil juge que c'est possible. Enfin, le secteur curatif pourrait lui aussi être responsabilisé. On pourrait procéder à un examen par les pairs et décider, par exemple, d'utiliser des tables de

Hier vervult de behandelende arts een eerstelijnsfunctie, want hij zou kunnen waarschuwen wanneer hij een oordeel velt over de arbeidsongeschiktheid van de patiënt. Met digitale certificaten zou het verloop zelfs kunnen worden geautomatiseerd. Ook andere automatiseringsprocessen zijn mogelijk, meer bepaald dankzij de wetenschappelijke onlinevragenlijst (aan herziening toe) en het geïnformatiseerd dossier.

Tot slot meent de spreker dat de koninklijke besluiten moeten worden bijgestuurd om meer flexibiliteit te waarborgen en de nodige interacties tussen de coördinatoren, de adviserend artsen, de arbeidsartsen en de behandelende artsen mogelijk te maken. Daarnaast moeten de vraagstukken inzake het beroepsgeheim worden geregeld (Algemene Verordening Gegevensbescherming, toestemming van de verzekerde). Bovendien moet men opletten voor mogelijke doorkruising van gewestelijke initiatieven. Tot slot is het belangrijk na te gaan in welke mate die wijzigingen de werklast van de adviserend artsen zullen beïnvloeden en welke gevolgen zij voor de multidisciplinaire teams van de verzekeringsinstellingen zullen hebben.

Inzake communicatie staat de spreker achter de oprichting van een gemeenschappelijk communicatieplatform om bepaalde afwikkelingsprocessen te automatiseren en de communicatie en de gegevensuitwisseling te vergemakkelijken. Wat de procedures voor de rechtbanken betreft, zijn de termijnen voor een vonnis veel te lang (minstens twee jaar). De heer Marneth stelt voor om een flexibelere en voor alle socialeverzekeringstakken overkoepelende bemiddelingsinstantie op te richten.

De spreker beveelt aan een gezond en verantwoordelijk overheidsbeleid te voeren en meer middelen vrij te maken. Thans zijn er slechts 260 adviserend artsen voor het half miljoen invaliden (de primair arbeidsongeschikte verzekerden niet meegerekend). Het is van belang dat de middelen gelijke tred houden met het aantal verzekerden.

De heer Marneth wijst erop dat elke actor zijn rol heeft. Werkgevers en arbeidsartsen moeten op hun verantwoordelijkheid worden aangesproken door het begrip "verzwaard risico" te introduceren; zulks blijkt bijvoorbeeld wanneer de arbeidsongeschiktheidsgraad bij een werkgever afwijkt van de sectorcijfers. In een dergelijk geval zou een risicoaudit moeten worden uitgevoerd en zou een actieplan inzake preventie van beroepsziekten moeten worden opgesteld. Met betrekking tot de sociaal verzekerde meent de heer Marneth dat die een re-integratietraject of een opleiding zou moeten volgen wanneer de adviserend arts zulks mogelijk acht. Tot slot zou ook de curatieve sector meer verantwoordelijkheid krijgen. Men zou aan peer review

référence qui détermineraient les durées d'incapacité en fonction des pathologies.

B. Questions et remarques des membres

Mme Valerie Van Peel (N-VA) prend note du large consensus sur les points d'amélioration à apporter. Tous les intervenants recommandent de miser sur la prévention qui constitue la meilleure solution pour les employés et les employeurs. La députée insiste sur l'importance d'examiner les capacités restantes des travailleurs en difficulté, les adaptations envisageables et les autres possibilités afin de permettre une réintégration dès le premier jour, voire d'éviter une incapacité de travail. Le médecin du travail joue évidemment un rôle clé dans ce domaine. De même, il ne faut pas oublier l'option de placer ces travailleurs chez un autre employeur. Il est important d'élargir les possibilités et de faire preuve de plus de flexibilité.

En ce qui concerne la reprise du travail à temps partiel, certains orateurs regrettent le fait qu'elle ne soit pas accompagnée d'une valorisation. L'oratrice souhaiterait connaître le point de vue des différents intervenants concernant la proposition relative aux emplois de réintégration. Quelles mesures concrètes prendre pour améliorer cette reprise partielle ou progressive? De plus, quel est leur avis sur l'attestation de capacité, qui pourrait remplacer ou compléter l'attestation de maladie?

La députée souhaiterait également entendre la Fédération des entreprises de Belgique (FEB) à propos du salaire garanti. Dans le cadre de mesures plus larges et d'une approche plus généralisée, y aurait-il une possibilité de prolonger la durée du revenu garanti? Quel serait un délai raisonnable? Une proposition porte sur une prolongation de trois mois accompagnée d'une diminution progressive du salaire, ce qui représenterait un surcoût pour l'employeur. Pourrait-il être évité en réduisant les dépenses au niveau de la sécurité sociale afin de soutenir les employeurs?

Mme Van Peel souhaiterait également connaître l'avis des intervenants à propos de l'approche néerlandaise qui prend en compte la capacité de travail. Les allocations devraient-elles être calculées sur une base individuelle?

Enfin, concernant la trajectoire de réintégration, Mme Van Peel s'étonne que l'employeur n'entre en jeu qu'après quatre mois. Si tout le monde est d'accord sur le fait que l'employeur devrait être intégré avant l'incapacité de travail, la députée a toutefois entendu des points de vue divergents à ce propos. À l'heure

kunnen doen en bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van referentietabellen waarin de ongeschiktheidsduur per aandoening wordt bepaald.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Van Peel (N-VA) neemt nota van de brede consensus over de voor verbetering vatbare aspecten. Alle sprekers bevelen aan in te zetten op preventie, wat voor zowel werknemers als werkgevers de beste oplossing is. Het lid benadrukt dat het van belang is na te gaan welke restcapaciteit de getroffen werknemers hebben, welke aanpassingen kunnen worden overwogen en welke andere mogelijkheden er nog zijn om vanaf de eerste dag een re-integratie mogelijk te maken en arbeidsongeschiktheid zelfs te voorkomen. Uiteraard is hier een sleutelrol weggelegd voor de arbeidsarts. Tevens moet men ook de optie overwegen dat de werknemer bij een ander werkgever aan de slag gaat. Het is zaak het scala aan mogelijkheden uit te breiden en meer soepelheid aan de dag te leggen.

Sommige sprekers betreuren dat aan de deeltijdse werkhervatting geen beloning is gekoppeld. De spreekster wil weten hoe de diverse sprekers aankijken tegen het voorstel inzake de re-integratiebanen. Welke concrete maatregelen moeten worden genomen om die gedeeltelijke of geleidelijke werkhervatting te stimuleren? Hoe staan zij voorts tegenover het capaciteitsattest, dat het ziekteattest zou kunnen vervangen of aanvullen?

Ook peilt het lid naar het standpunt van het Verbond van Belgische Ondernemingen (VBO) over het gewaarborgd loon. Zou het mogelijk zijn de duur van het gewaarborgd loon te verlengen in het raam van bredere maatregelen en van een algemenere aanpak? Wat zou een redelijke duur zijn? Een van de voorstellen betreft een verlenging van drie maanden, gekoppeld aan een geleidelijke vermindering van het loon; dat zou bijkomende kosten voor de werkgever veroorzaken. Zou dat kunnen worden voorkomen door de socialezekerheidsuitgaven te verminderen om de werkgevers te ondersteunen?

Mevrouw Van Peel wil ook weten wat de sprekers denken van de Nederlandse benadering, waarbij de arbeidsgeschiktheid in rekening wordt gebracht. Zouden de uitkeringen op individuele basis moeten worden berekend?

Met betrekking tot het re-integratietraject verwondert het mevrouw Van Peel tot slot dat de werkgever pas na vier maanden bij de zaak wordt betrokken. Iedereen is het er weliswaar mee eens dat de werkgever moet worden betrokken voordat de arbeidsongeschiktheid optreedt, maar het lid heeft daarover toch uiteenlopende

actuelle, l'employeur et l'employé ont le libre choix d'entamer cette trajectoire. Ne faudrait-il pas imposer des sanctions dans le but de responsabiliser davantage ces deux acteurs?

Mme Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen), revient sur la question de la sémantique qui a été souvent relevée, notamment en ce qui concerne l'intitulé de la présente réunion de commission. Elle admet qu'il aurait été plus pertinent de proposer un titre un peu plus ouvert sur les questions liées à l'incapacité.

En vingt ans, le champ lexical français relatif aux personnes handicapées a évolué et se concentre aujourd'hui sur les personnes "en situation de handicap". Aussi anodin que ce changement puisse paraître, Mme Leroy note qu'il est essentiel, car il a permis de ne pas concentrer la question de la responsabilité sur la personne en situation de handicap. De plus, cela a aussi permis de mettre l'accent sur la nécessité d'avoir un mécanisme sociétal capable de s'adapter. Pour une personne en arrêt maladie de longue durée, il faudrait donc également veiller à ce que la responsabilité n'incombe pas uniquement à la personne qui subit cette situation et qui vit dans un écosystème probablement à l'origine de cette situation.

Revenant sur la vision holistique et la collaboration multidisciplinaire qui sont souhaitées, l'oratrice indique que cette réponse pourrait être intéressante et efficace, à condition que l'environnement professionnel dans lequel la personne se trouve ne soit pas un environnement toxique. Un tel environnement peut être lié à des difficultés physiques, à la qualité et aux conditions de travail, ainsi qu'à ce qui est attendu et demandé. Parfois, cet environnement est lié aux différentes personnalités des membres de l'équipe ou au sentiment d'impunité qui naît parfois dans les relations entre l'employeur et l'employé. De tels problèmes sont très sensibles à détecter. Les nommer et y faire face reste difficile. L'absence de considération, le harcèlement ou l'inégalité des salaires peuvent-ils faire naître un sentiment de manque de reconnaissance à l'origine de ce mal-être au travail?

Concernant les mesures de fin de carrière et l'ajustement des carrières, c'est un point très important, d'autant plus qu'une réforme des pensions s'annonce. Lors de l'examen des propositions relatives à cette réforme, il faudra tenir compte des vases communicants et de l'incidence éventuelle sur les situations d'incapacité et d'invalidité.

S'agissant de la difficile évolution en cours de carrière, un écart culturel et générationnel ne risque-t-il pas de se

standpunten gehoord. Momenteel hebben de werkgever en de werknemer de vrije keuze om dat traject aan te vatten. Zou niet met sancties moeten worden gewerkt om beide actoren op hun verantwoordelijkheid aan te spreken?

Mevrouw Marie-Colline Leroy (Ecolo-Groen) pikt in op de vaak aangehaalde semantische kwestie, met name in verband met het opschrift van deze commissievergadering. Volgens haar had deze vergadering beter plaatsgevonden onder een opschrift dat het debat meer opentrekt naar alle vraagstukken in verband met arbeidsongeschiktheid.

De jongste twintig jaar is het Franse woordgebruik ter aanduiding van "personnes handicapées" geëvolueerd, waardoor thans wordt gesproken van "personnes en situation de handicap". Die wijziging kan triviaal lijken, maar voor mevrouw Leroy is er een wezenlijk verschil, in die zin dat het verantwoordelijkheidsaspect niet langer wordt toegespitst op de persoon zelf die met een beperking kampt. Voorts kon zo de aandacht worden gevestigd op de noodzaak van een wendbaar maatschappelijk mechanisme. Ook ten aanzien van wie wegens ziekte langdurig uit is, moet er dus voor worden gezorgd dat de verantwoordelijkheid niet louter berust bij wie die situatie doormaakt en in een omgeving leeft die deze situatie wellicht mee heeft veroorzaakt.

De spreekster komt terug op de gewenste holistische visie en multidisciplinaire aanpak. Zij geeft aan dat een dergelijk antwoord interessant en doeltreffend kan zijn, op voorwaarde dat de betrokkene niet in een toxische werkomgeving zit. Een omgeving kan toxisch zijn omwille van de fysieke belasting, van de kwaliteit van de werkomstandigheden en ook van de gestelde eisen en verwachtingen. Andere factoren die daarbij een rol kunnen spelen, zijn de diverse persoonlijkheden op de werkvloer en het straffeloosheidsgevoel dat soms opduikt in de betrekkingen tussen werkgever en werknemer. Het opsporen van dergelijke problemen ligt heel gevoelig en het blijft heikel ze te benoemen er ermee om te gaan. Kan gebrek aan respect, pestgedrag of loonongelijkheid leiden tot een gevoel van gebrek aan erkenning waardoor men zich op het werk slecht gaat voelen?

Een heel belangrijk punt zijn de loopbaaneindemaatregelen en de loopbaanbijsturingen, temeer daar een pensioenhervorming op stapel staat. Bij de bespreking van de desbetreffende hervormingsvoorstellen moet rekening worden gehouden met het verschijnsel van de communicerende vaten en met de eventuele weerslag op de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitssituaties.

Met betrekking tot de moeizame veranderingen tijdens de loopbaan vraagt mevrouw Leroy zich af of

creuser et d'éloigner des personnes qui, à un moment donné, auront l'impression de se noyer sous le poids de la modernité professionnelle?

La question de la mobilité est assez complexe au sein des petites entreprises. Quant aux grandes entreprises, les dispositifs de travail modernes permettent-ils vraiment aux travailleurs qui le souhaitent de réintégrer l'entreprise après une absence de longue durée? De plus, quitter un environnement professionnel dans lequel on a acquis de l'ancienneté, de l'expertise et une certaine reconnaissance n'est pas facile. Cela constitue un frein pour l'employé qui souhaiterait faire un grand saut dans un environnement tout à fait inconnu.

En ce qui concerne la situation des travailleurs plus jeunes et en quête de sens, les outils actuels suffisent-ils pour répondre à ce qui s'apparente de plus en plus à une réflexion très globale sur ce que doit être le monde du travail, la réduction du temps de travail et le sens que l'on donne à sa situation professionnelle?

M. Marc Goblet (PS), insiste sur l'importance de la prévention afin de réduire le nombre de personnes en incapacité de travail. Il faudrait une meilleure relation entre le médecin du travail et le service chargé de la prévention et la protection au travail. Cela permettrait d'avoir une analyse plus précise des postes et d'évaluer les risques et types d'incapacité possibles. De plus, il faut accorder aux travailleurs des périodes de repos suffisamment longues afin de ne pas les pousser au-delà de leurs limites physiques. La question de l'ergonomie devrait également être prise plus en compte au sein des entreprises.

Quant à la flexibilité à outrance, elle entraîne des situations de stress et de burn-out que les travailleurs ne savent pas contrôler, surtout lorsqu'ils sont plus âgés. Les mesures qui réduisent les possibilités de partir en prépension ou d'opter pour un régime de chômage avec complément d'entreprise (RCC) sont contraignantes, surtout pour les personnes qui exercent un métier lourd. Dans le cadre de la réforme des pensions, il faudrait mener une analyse plus précise de la situation particulière de ces travailleurs, des problèmes musculo-squelettiques ou des risques liés à une exposition à un stress trop important.

L'orateur estime que ce ne sont pas les indemnités d'incapacité de travail qui sont trop élevées, mais les salaires qui sont trop bas. Le système de sécurité sociale belge repose sur un système de répartition, de solidarité et d'assurances. Il ne faut pas faire culpabiliser les personnes qui se trouvent en incapacité de travail. En

geen cultuur- en generatiekloof dreigt te ontstaan en of mensen niet uit de boot vallen omdat ze op een bepaald ogenblik de indruk hebben te bezwijken onder de druk van het moderne beroepsleven.

In de kleine ondernemingen is mobiliteit een nogal complexe aangelegenheid, maar zorgen in de grote bedrijven de moderne werkregelingen er daadwerkelijk voor dat de werknemers die zulks wensen, na een lange afwezigheid opnieuw in de onderneming aan de slag kunnen? Voorts is het niet eenvoudig afscheid te nemen van een beroepsomgeving waarin men anciënniteit, expertise en een zekere erkenning heeft opgebouwd. De werknemer die de grote stap naar een volstrekt onbekende omgeving zou willen zetten, zal zich daardoor afgeremd voelen.

Aangaande de situatie van de werknemers die jonger zijn en een zinvolle invulling nastreven, vraagt het lid of de huidige instrumenten een afdoend antwoord bieden op de klaarblijkelijk almaar meer omvattende denkoefening over wat werk moet zijn, over werktijdverkorting en over de betekenis die men aan zijn beroepssituatie geeft.

De heer Marc Goblet (PS) benadrukt het belang van preventie om het aantal arbeidsongeschikten te doen dalen. Er is behoefte aan een betere relatie tussen de arbeidsarts en de dienst voor preventie en bescherming op het werk. Zo zou een nauwkeuriger beeld van de werkposten ontstaan en zouden de risico's en de mogelijke arbeidsongeschiktheidsvormen kunnen worden ingeschat. Voorts moet de werknemers voldoende lange rustperiodes worden gegund om te voorkomen dat zij hun fysieke grenzen overschrijden. Daarnaast zou ergonomie een belangrijkere plaats moeten krijgen in de ondernemingen.

De op de spits gedreven flexibiliteit leidt tot stress en burn-out waar de werknemer, zeker de al wat oudere, geen enkel vat op heeft. De mogelijkheden om met vervroegd pensioen te gaan of om voor werkloosheid met bedrijfstoelage te kiezen worden ingeperkt door strikte maatregelen, waar vooral de mensen met een zwaar beroep de dupe van zijn. In het kader van de pensioenhervorming zou een nauwkeurigere analyse moeten gebeuren van de specifieke situatie van die werknemers, van de spier- en gewrichtsklachten, alsook van de risico's die verhoogde stress uitlokt.

Volgens de heer Goblet zijn niet de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te hoog, maar de lonen te laag. Het Belgische socialezekerheidsstelsel stoelt op repartitie, solidariteit en verzekeringen. De arbeidsongeschikten mag geen schuld worden toegeschreven. Hun probleem houdt immers vaak verband met een werksituatie waarin

effet, leur problème est souvent lié à une situation de travail qui n'est pas conforme à ce que devrait être le bien-être au travail. À cet égard, M. Goblet demande de ne pas faire plonger les travailleurs, déjà victimes d'incapacités, dans des difficultés financières à cause d'indemnités trop faibles, d'une remise en cause du salaire garantie ou du contrat de travail.

Une réflexion plaçant l'humain avant l'économie s'impose. Pour atteindre un taux d'emploi élevé, il faut que les conditions de travail permettent aux travailleurs de rester actifs le plus longtemps possible. Dans de nombreux secteurs, travailler au-delà de trente ans devient très difficile et trouver des situations adaptées s'avère nécessaire.

Mme Ellen Samyn (VB) revient sur les déclarations de M. De Weerdts à propos du niveau de formation. Les chiffres attestant une différence réelle entre les travailleurs en fonction de leur niveau de formation, ces données ne pourraient-elles être utilisées pour offrir des solutions sur mesure?

Quant au premier mois de salaire garanti, il coûte cher à l'employeur. De ce fait, la députée se demande si une adaptation du système est nécessaire. Enfin, l'oratrice note que le nombre de trajectoires de réintégration entamées est très faible en comparaison des 460 000 personnes en congé de maladie de longue durée. Ce problème devrait-il être réglé au niveau fédéral ou régional?

M. Christophe Blombled (MR) estime que la plupart des intervenants ont été relativement positifs par rapport aux décisions qui ont été prises par les précédents gouvernements. Il souligne toutefois que l'objectif du jour ne devrait pas être de rechercher un coupable. De même, l'employeur ne devrait pas être systématiquement désigné comme le responsable. Par contre, la législation peut, si nécessaire, être revue afin d'améliorer la situation. La problématique des maladies de longue durée est complexe et l'augmentation du nombre d'incapacités de travail de longue durée est le résultat de plusieurs causes diverses selon le genre du travailleur, sa tranche d'âge et son secteur d'activité.

Comme l'ont rappelé la plupart des intervenants, une politique de santé préventive dans un objectif de bien-être au travail a toute sa raison d'être. La prévention au travail permettra dans certains cas d'adapter le travail dans la mesure du possible et d'éviter que le travailleur ne tombe malade. Toutefois, même si prévenir vaut mieux que guérir, la maladie est parfois inéluctable. Dans ce cas, si la santé du travailleur le permet, il est important

het arbeidswelzijn niet beantwoordt aan het niveau dat men zou mogen verwachten. De heer Goblet vraagt dan ook ervoor te zorgen dat de werknemers die al het slachtoffer zijn van arbeidsongeschiktheid, niet nog dieper in de put belanden omdat de uitkeringen te laag zijn of omdat aan het gewaarborgd loon of aan de arbeidsovereenkomst wordt geraakt.

Er is nood aan een denkoefening waarbij het menselijke voorrang krijgt op het economische. Om de werkzaamheidsgraad op te krikken, moeten de werkomstandigheden het ook mogelijk maken dat de werknemers zo lang mogelijk actief blijven. In veel sectoren wordt langer dan dertig jaar werken heel moeilijk en moet noodgedwongen op aangepaste werksituaties worden ingezet.

Mevrouw Ellen Samyn (VB) komt terug op de verklaringen van de heer De Weerdts over het opleidingsniveau. Uit de cijfers blijkt dat er daadwerkelijk een verschil tussen de werknemers bestaat naargelang van hun opleidingsniveau. Zouden die gegevens dan niet kunnen worden aangewend om oplossingen op maat aan te bieden?

De eerste maand gewaarborgd loon kost de werkgever veel geld. Het lid vraagt zich dan ook af of de regeling niet moet worden aangepast. Tot slot merkt mevrouw Samyn op dat slechts heel weinig re-integratietrajecten worden aangevat in verhouding tot de 460 000 mensen met langdurig ziekteverlof. Moet dat probleem federaal of gewestelijk worden aangepakt?

De heer Christophe Blombled (MR) meent dat de meeste sprekers de door de vorige regeringen genomen beslissingen vrij gunstig hebben onthaald. Hij beklemtoont echter dat deze hoorzitting niet de bedoeling mag hebben een schuldige aan te duiden. Ook de werkgever mag niet stelselmatig met de vinger worden gewezen. De wetgeving kan daarentegen zo nodig worden herzien om de situatie te verbeteren. Het vraagstuk van de langdurige aandoeningen is complex en de stijging van het aantal langdurig arbeidsongeschikten is te wijten aan uiteenlopende oorzaken naargelang van het gender van de werknemer, diens leeftijdscategorie en de sector waarin hij of zij werkt.

Zoals de meeste sprekers hebben opgemerkt, is het aangewezen een preventief gezondheidsbeleid te voeren met aandacht voor welzijn op het werk. Dankzij preventie op het werk zal het werk soms enigszins kunnen worden aangepast en zal ziekte kunnen worden voorkomen. Hoewel voorkomen beter is dan genezen, is ziekte soms onvermijdelijk. Zodra de gezondheid van de werknemer dit mogelijk maakt, komt het er in dat geval op aan het

que la reprise du travail se fasse assez rapidement, soit auprès du même employeur soit auprès d'un autre employeur.

De manière globale, une large réflexion doit être menée pour trouver comment maintenir les travailleurs le plus longtemps possible au travail et faire en sorte d'atteindre une carrière complète, tout en adaptant la fonction occupée à leurs compétences et leurs conditions physiques.

Concernant le burn-out, la frontière entre les facteurs professionnels et d'ordre privé est parfois bien mince. Au fil des années, le monde du travail a évolué. Le télétravail s'est imposé au moins partiellement en raison de la crise sanitaire. Lorsque la crise sera passée, le télétravail sera certainement en partie maintenu dans bon nombre d'administrations et d'entreprises privées. Le député souligne ici que si on ne veille pas à élaborer un droit à la déconnexion, le télétravail pourrait entraîner de nouvelles formes de maladie. La prévention joue ici un rôle crucial.

En ce qui concerne le processus de réintégration, les mots "encadrement" et "soutien" reviennent régulièrement au cours des présentations. C'est qu'ils sont essentiels, tant pour le travailleur que l'employeur. La question de l'automatisation et de la rationalisation du processus de réintégration a tout son sens.

Enfin, M. Blombied confirme qu'il est essentiel d'informer le travailleur, dès le début de son incapacité, sur les perspectives et possibilités qui s'offrent à lui par rapport à une reprise du travail.

Mme Nahima Lanjri (CD&V) constate que certains éléments reviennent dans les différentes interventions, ce qui prouve que les employeurs, les mutuelles et les syndicats se retrouvent dans cette collaboration.

Comment renforcer la collaboration avec les Régions afin d'harmoniser davantage l'ensemble? Cela ne risque-t-il pas de doubler le travail? Le niveau fédéral mène actuellement une réflexion sur un nouveau plan relatif à une reprise du travail encadrée par des coaches. Aujourd'hui, il existe déjà, par exemple, une collaboration entre le VDAB et le GTB pour aider certains travailleurs en difficulté. Cela ne risque-t-il pas de créer un système parallèle où il faudrait passer d'un acteur à l'autre, ce qui prolongerait la trajectoire? Ne serait-il pas préférable de maintenir et renforcer la trajectoire actuelle? Mme Lanjri estime en outre qu'il existe une différence

werk vrij snel te hervatten, hetzij bij dezelfde werkgever, hetzij bij een andere.

Algemeen moet een brede denkoefening plaatsvinden om uit te maken hoe de werknemers zo lang mogelijk aan de slag kunnen blijven en aldus een volledige loopbaan kunnen hebben; daarbij moet de uitgeoefende functie worden aangepast aan hun vaardigheden en aan hun fysieke mogelijkheden.

Als het om burn-out gaat, is de grens tussen de met het werk verbonden factoren en de privéfactoren soms flinterdun. In de loop der jaren is het werk geëvolueerd. Wegens de gezondheidscrisis is telewerk minstens deeltijds een vaste waarde geworden. Zodra de crisis achter de rug is, zal in veel overheidsdiensten en privébedrijven het telewerk zeker gedeeltelijk behouden blijven. Het lid beklemtoont dat indien het personeel geen afmeldingsrecht wordt gewaarborgd, telewerk tot nieuwe aandoeningen zou kunnen leiden. Op dat vlak is preventie essentieel.

Met betrekking tot de re-integratietrajecten werd in de presentaties vaak gewag gemaakt van begeleiding en ondersteuning. Beide zijn dan ook van kapitaal belang, zowel voor de werknemer als voor de werkgever. De vraag naar automatisering en stroomlijning van het re-integratietraject is volkomen terecht.

Tot slot bevestigt de heer Bombled dat het cruciaal is de werknemer van bij het begin van de arbeidsongeschiktheid in te lichten over de perspectieven en mogelijkheden waarover hij met betrekking tot een werkhervatting beschikt.

Mevrouw Nahima Lanjri (CD&V) stelt vast dat bepaalde aspecten in de diverse uiteenzettingen aan bod zijn gekomen; dat bewijst dat werkgevers, ziekenfondsen en vakbonden met betrekking tot de beoogde samenwerking op één lijn zitten.

Hoe kan meer met de gewesten worden samengewerkt om het geheel eenvormiger te maken? Dreigt evenwel geen dubbel werk te ontstaan? Op federaal niveau wordt momenteel nagedacht over een nieuw plan voor een door coaches begeleide werkhervatting. Zulks bestaat vandaag al, want bijvoorbeeld de VDAB werkt met het GTB samen om bepaalde werknemers in moeilijkheden bij te staan. Dreigt een en ander niet een parallel systeem tot stand te brengen, waardoor men van de ene naar de andere actor pendelt en het traject uiteindelijk meer tijd in beslag zou nemen? Verdient het niet de voorkeur het huidige traject te behouden en uit te diepen? Mevrouw Lanjri stelt

entre la Wallonie et la Flandre, car cette dernière a plus d'expérience en matière de trajets de réintégration.

S'agissant du manque de médecins-conseils, la députée souhaiterait connaître les solutions possibles afin de faire face à ce problème à court terme.

Concernant la réintégration dans le même secteur à l'aide des moyens du fonds de formation sectorielle, Mme Lanjri estime qu'il faudrait également envisager des solutions en dehors du secteur d'activité de la personne. À ce propos, elle ajoute que les secteurs pourraient s'échanger des moyens afin de faciliter la réintégration de leurs anciens travailleurs dans un nouveau secteur.

La prévention est évidemment un point essentiel. Il faut également prendre davantage en considération le travail faisable. Par rapport au système actuel, la députée demande aux intervenants quelles rectifications pourraient être apportées à court et moyen termes. De plus, l'oratrice souhaiterait connaître l'avis des intervenants concernant la proposition, émise par le professeur Godderis, de supprimer l'obligation de rendre un certificat médical pour la première semaine, à l'instar des Pays-Bas et des pays scandinaves.

Le salaire garanti est limité à un mois pour les employés et cette période est encore plus courte pour les ouvriers et les travailleurs de certains secteurs spécifiques. Actuellement, de nombreuses voix s'élèvent pour demander une prolongation de ce délai. L'idée ne serait toutefois pas de le prolonger à un an ou deux comme c'est le cas dans certains pays.

M. Gaby Colebunders (PVDA-PTB) avoue avoir des difficultés avec le fait que 500 000 personnes sont en congé maladie de longue durée en Belgique. Et ce chiffre va en augmentant. Actuellement, on essaie de travailler sur la réintégration. Si c'est un point positif, il serait tout aussi opportun d'élaborer une politique de prévention. Le député estime que la priorité devrait être de veiller à ce que les gens aient la possibilité de travailler jusqu'à leur pension tout en restant en bonne santé. À cet effet, il est important d'établir une distinction nette entre ce qui appartient aux cadres privé et professionnel.

Concernant l'évolution au sein des entreprises, M. Colebunders est réellement inquiet. Nombre de personnes ont travaillé dur toute leur vie et n'ont plus la possibilité de prendre leur prépension. Sachant que ces personnes se retrouveront à la mutuelle, M. Colebunders estime que personne ne sort gagnant de cette histoire. Depuis trente ans, une loi allemande impose aux entreprises d'avoir un filet de sauvetage afin de conserver en leur sein des personnes présentant des problèmes.

bovendien dat er een verschil bestaat tussen Wallonië en Vlaanderen, in die zin dat Vlaanderen meer ervaring met re-integratietrajecten heeft.

Wat het tekort aan adviserend artsen betreft, verneemt het lid graag hoe dat euvel op korte termijn kan worden verholpen.

Aangaande re-integratie binnen dezelfde sector met behulp van middelen uit het sectoraal opleidingsfonds meent mevrouw Lanjri dat ook oplossingen buiten de sector van de betrokkene moeten worden overwogen. Zij voegt daaraan toe dat de sectoren onderling middelen zouden kunnen overhevelen om de re-integratie van gewezen werknemers in andere sectoren te vergemakkelijken.

Preventie is zonder meer een aandachtspunt. Er moet meer worden ingezet op werkbaar werk. Het lid vraagt de sprekers op welke punten het bestaande systeem op korte en op middellange termijn kan worden bijgestuurd. Voorts peilt het lid naar de mening van de sprekers over het door professor Godderis gelanceerde voorstel om, naar het voorbeeld van Nederland en Scandinavië, niet langer een medisch attest te eisen voor de eerste week.

Het gewaarborgd loon is beperkt tot één maand voor bedienden, maar voor arbeiders en werknemers van welbepaalde sectoren is die periode nog korter. Momenteel gaan veel stemmen op om die periode te verlengen. Het zou echter niet de bedoeling zijn daar één of twee jaar van te maken, zoals in sommige landen het geval is.

De heer Gaby Colebunders (PVDA-PTB) heeft het er moeilijk mee dat in ons land 500 000 mensen – en dat cijfer stijgt – met langdurig ziekteverlof zijn. Thans voert men het debat over re-integratie. Dat is zonder meer een goede zaak, maar een degelijk preventiebeleid is al even wenselijk. Het lid meent dat er in de eerste plaats voor moet worden gezorgd dat eenieder de mogelijkheid krijgt tot aan zijn pensioen te blijven werken zonder dat dit ten koste van de gezondheid gaat. Daartoe moet een duidelijke scheidslijn worden getrokken tussen wat tot de privésfeer en wat tot de werksfeer behoort.

De evolutie binnen het bedrijfsleven baart de heer Colebunders grote zorgen. Velen hebben heel hun leven hard gewerkt maar kunnen niet langer met vervroegd pensioen gaan. Volgens de heer Colebunders wint niemand daarbij, aangezien de betrokkenen ten laste van het ziekenfonds zullen vallen. In Duitsland zijn de ondernemingen al dertig jaar bij wet verplicht te voorzien in een vangnet om mensen met moeilijkheden aan boord te houden. Dat lijkt vruchten af te werpen. In

Ce système semble porter ses fruits. En Belgique, les employeurs investissent beaucoup pour lutter contre les accidents de travail, mais ne se penchent pas sur la question du travail faisable.

En ce qui concerne l'augmentation du nombre de burn-out, notamment causé par la suppression de la prépension, le député demande aux intervenants comment rectifier le débat sur la fin de carrière. De plus, il se demande pourquoi le pourcentage relatif aux initiatives pour remettre les salariés au travail est si faible (moins de 10 %). Serait-il possible de travailler à partir de quotas, comme c'est le cas en Allemagne?

Mme Tania De Jonge (Open Vld) note que le travail est essentiel au bien-être des personnes. Les intervenants demandent tous une réaction rapide pour accompagner les personnes. De plus, ils insistent sur l'importance de se concentrer sur la capacité de travail de ces personnes et non sur leur incapacité. M. Henau a indiqué que trois personnes sur quatre tiennent à reprendre le travail et se rendre utiles pour la société. La trajectoire de réintégration doit aider à répondre à cette demande positive.

Mme De Jonge note toutefois un élément problématique: la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil. Ces derniers éprouvent des difficultés à assurer cette coordination, notamment en raison de la pénurie de médecins-conseils. Une approche multidisciplinaire permettrait d'améliorer la situation.

La députée souligne également le manque d'échanges d'informations entre les médecins pour mieux accompagner les personnes. Elle retient aussi l'évolution positive en matière de prévention. Bon nombre d'entreprises accordent beaucoup d'importance à cette trajectoire de réintégration, car chaque talent a son importance. Il est important de les conserver au sein de l'entreprise, mais lorsque certaines personnes sont en difficulté.

Concernant la politique de bien-être menée au sein des petites entreprises, il faut mieux l'accompagner. Dans certains secteurs, on puise dans des fonds de formation sectoriels pour soutenir les initiatives menées par les entreprises en vue de favoriser la réintégration des travailleurs. De quels secteurs s'agit-il? Les secteurs enregistrant les pourcentages d'incapacité les plus élevés sont-ils concernés? Ne serait-il pas préférable d'élargir ses horizons et d'envisager, pour la personne en incapacité, une transition en dehors de son secteur d'activité? L'Open Vld est favorable à l'idée de poursuivre les trajets de réintégration. Conformément à l'accord gouvernemental, il faut d'ailleurs évaluer, simplifier et renforcer ces trajets.

België investeren werkgevers wel veel in de strijd tegen arbeidsongevallen maar besteden zij geen aandacht aan werkbaar werk.

Met betrekking tot de stijging van het aantal burn-outs, die onder meer door de afschaffing van het vervroegd pensioen in de hand wordt gewerkt, vraagt het lid de sprekers hoe het debat over het einde van de loopbaan kan worden bijgestuurd. Voorts wil hij weten waarom het aandeel van de initiatieven om werknemers opnieuw aan de slag te helpen zo laag is (nog geen 10 %). Zijn quota een mogelijkheid, zoals in Duitsland?

Mevrouw Tania De Jonge (Open Vld) stelt dat arbeid essentieel is voor het welzijn van de mensen. Alle sprekers vragen om een snelle reactie in verband met de begeleiding van de betrokkenen. Zij beklemtonen bovendien dat men moet focussen op hun arbeidsgeschiktheid in plaats van op hun arbeidsongeschiktheid. De heer Henau heeft aangegeven dat driekwart van de betrokkenen het werk wil hervatten en zich nuttig wil maken voor de samenleving. Het re-integratietraject moet mee een antwoord bieden op die positieve vraag.

Mevrouw De Jonge wijst echter op een knelpunt, namelijk de coördinatie tussen de behandelende arts, de arbeidsarts en de adviserend arts. Laatstgenoemden ondervinden moeilijkheden bij die coördinatie, vooral omdat ze met veel te weinig zijn. Met een multidisciplinaire aanpak zou de situatie kunnen worden verbeterd.

Het lid beklemtoont voorts dat een betere informatie-uitwisseling tussen artsen de begeleiding van de zieke werknemers ten goede zou komen. Daarnaast noteert zij dat het met preventie de goede kant opgaat. Veel ondernemingen hechten veel belang aan dat re-integratietraject, want elk talent telt. Talenten moeten binnen het bedrijf worden gehouden, ook als ze al eens een moeilijke periode doormaken.

Het welzijnsbeleid in de kleine ondernemingen zou beter moeten worden begeleid. In sommige sectoren wordt uit de sectorale opleidingsfondsen geput om de re-integratie-initiatieven van de ondernemingen te steunen. In welke sectoren gebeurt dat? Zijn daar ook de sectoren met verhoudingsgewijs de meeste arbeidsongeschikten bij? Verdient het niet de voorkeur breder te kijken en te overwegen dat de arbeidsongeschikte werknemer in een andere sector gaat werken? Open Vld is er voorstander van de integratietrajecten voort te zetten. Overeenkomstig het regeerakkoord moeten die trajecten trouwens worden geëvalueerd, vereenvoudigd en uitgebreid.

Constatant le large consensus entre les différents intervenants, *Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit)* estime que les auditions de ce jour sont encourageantes. Elle prend note de l'importance de changer les mots utilisés.

De plus, elle insiste sur l'importance d'investir dans la prévention. Aujourd'hui, les personnes qui se retrouvent en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité représentent un certain coût. Quant au financement des coachs pour la reprise au travail et le travail multidisciplinaire, ce sont des éléments clés dans la reprise partielle du travail. Il est également nécessaire de revoir les règles en matière de bien-être au travail.

La députée a pris bonne note de certaines idées novatrices telles que l'incapacité de 33 % et les licenciements pour des raisons médicales. Si ces deux options sont envisageables, il faut toutefois considérer les conséquences qu'elles entraîneraient. En ce qui concerne le système reposant sur le bonus-malus, mentionné par M. Deweerdt, il pourrait être intéressant, d'autant plus que les entreprises ne déclarent pas assez les accidents de travail et ne misent pas assez sur la prévention.

S'adressant spécifiquement à M. Henau, *Mme Vanpeborgh* revient sur les propos de ce dernier qui a déclaré qu'il ne fallait pas obliger les personnes, car il y a une motivation claire. La députée se demande pourquoi les deux ne pourraient pas aller de pair. Elle pense ici tant aux employés qu'aux employeurs qui se verraient obligés d'investir dans la prévention.

Les représentants de la Vlaams Patiëntenplatform ont souligné l'importance des trajectoires informelles qui, d'après les études, livrent de meilleurs résultats. L'oratrice estime toutefois que cette solution ne fonctionne pas toujours, notamment en cas de tensions entre l'employé et l'employeur. Que faire dans pareille situation? Concernant la demande d'avoir une plate-forme centralisant les informations relatives aux trajectoires formelles et informelles, qui devrait prendre l'initiative et créer un tel site?

Étant présidente du comité spécial du service social, la députée est régulièrement confrontée à des personnes en difficulté. Elle se demande s'il ne faudrait pas avoir un point d'information physique afin de conserver un lien concret avec le travailleur en incapacité.

M. Marneth s'est exprimé sur la possibilité de rendre la transition possible avant et après les six mois d'incapacité de travail. À ce sujet, l'oratrice déclare que, d'après un intervenant de l'audition du matin, rien n'empêche l'employeur d'entamer la trajectoire de réintégration

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) stelt vast dat de diverse sprekers het in grote mate met elkaar eens zijn en vindt deze hoorzitting dan ook bemoedigend. Zij erkent dat de juiste woordkeuze van belang is.

Voorts legt zij de nadruk op het belang van investeringen in preventie. Met werknemers die arbeidsongeschikt of invalide worden, gaat onvermijdelijk een kostprijs gepaard. De financiering van de werkhervattingscoaches en de multidisciplinaire aanpak zijn kapitale aspecten bij de gedeeltelijke werkhervatting. Tevens moeten de regels inzake welzijn op het werk worden herzien.

Het lid heeft nota genomen van enkele vernieuwende ideeën, zoals arbeidsongeschiktheid ten belope van 33 % en ontslag wegens medische redenen. Beide opties kunnen weliswaar worden overwogen, maar men moet de mogelijke gevolgen ervan onder ogen zien. De door de heer De Weerdts vermelde bonus-malusregeling kan interessant zijn, vooral omdat ondernemingen arbeidsongevallen onvoldoende aangeven en te weinig op preventie inzetten.

Mevrouw Vanpeborgh richt zich specifiek tot de heer Henau en gaat in op diens verklaring dat de betrokken werknemer niet mag worden gedwongen en dat die laatste terdege gemotiveerd moet zijn. Het lid vraagt zich af waarom het een het ander zou uitsluiten. Zij denkt hier aan zowel de werknemers als de werkgevers, die zouden worden verplicht te investeren in preventie.

De vertegenwoordigers van het Vlaams Patiëntenplatform hebben gewezen op het belang van de informele trajecten, die volgens onderzoek betere resultaten opleveren. Het lid meent echter dat die oplossing niet altijd werkt, in het bijzonder wanneer er spanningen zijn tussen de werknemer en de werkgever. Hoe moet dan worden opgetreden? Wat een eventueel platform betreft waarop alle informatie over formele en informele trajecten zou worden gebundeld, rijst de vraag wie het initiatief moet nemen om een dergelijke webstek te creëren.

Als voorzitter van het bijzonder comité van de sociale dienst krijgt mevrouw Vanpeborgh regelmatig te maken met mensen in moeilijkheden. Zij vraagt zich af of er geen nood is aan een materieel informatiepunt om de band met de arbeidsongeschikte werknemer concreet in stand te houden.

De heer Marneth heeft gesproken over de mogelijkheid dat de transitie vóór en na de zes maanden arbeidsongeschiktheid zou kunnen plaatsvinden. In dit verband geeft het lid aan dat een van de sprekers tijdens de voormiddagzitting heeft aangegeven dat niets de

avant ce délai de six mois. La députée se demande s'il y a un manque de soutien ou si ce problème est encore plus profond.

Concernant les coachs encadrant la reprise du travail et le fait qu'il serait préférable d'avoir un financement basé sur le nombre de critères de succès plutôt que le nombre de personnes invalides, l'oratrice aimerait savoir quels critères imposer. Selon M. Henau, dans une telle situation, la notion de succès est assez relative. Par exemple, le simple fait d'accepter sa situation peut déjà être considéré comme une réussite.

Enfin, le manque constant de médecins-conseils et de médecins du travail est-il dû à la pénurie générale de médecins ou au fait que le métier n'est pas suffisamment valorisé? Comment revaloriser ces professions? C'est également un aspect essentiel à prendre en compte dans ce dossier.

C. Réponses

S'agissant du trajet de réintégration et de la période de six mois, qui constitue un frein à la réintégration, M. Philippe Marneth explique que le manque de médecins-conseils fait que les collaborateurs de la mutuelle ne peuvent rencontrer les assurés sociaux qu'à partir du troisième mois d'incapacité. En outre, l'arrêté royal de 2016 prévoit de commencer par une catégorisation.

Un trajet de réintégration ne peut être lancé que si la personne se retrouve en catégorie 4. Les personnes qui se trouvent dans la catégorie 1 sont censées reprendre spontanément au cours des six premiers mois. Quant aux personnes de catégorie 2, aucun suivi n'est requis, car elles souffrent généralement d'une maladie sévère, qui nécessite un long traitement. Un suivi tous les deux mois est nécessaire pour certaines personnes appartenant à la catégorie 3.

Cet arrêté royal freine le travail et M. Marneth souhaiterait bénéficier d'une plus grande souplesse. Réécrire la loi pourrait être utile à cet effet. Un point positif est que l'assuré peut exiger un C4 pour force majeure médicale et débloquent une situation. Pour le reste, l'arrêté représente surtout un frein.

Parfois, dès le début de l'incapacité de travail, le médecin-conseil peut déterminer qu'une formation sera nécessaire, car la personne n'a pas les compétences pour exercer une activité professionnelle en rapport avec

l'employeur belet het re-integratietraject vóór die termijn van zes maanden aan te vatten. Het lid vraagt zich af of er een gebrek aan steun is, dan wel of het probleem nog dieper ligt.

Met betrekking tot de werkhervattingscoaches en tot het feit dat de financiering veeleer op het aantal succescriteria dan op het aantal invalide werknemers zou moeten steunen, wil mevrouw Vanpeborgh weten welke criteria dan moeten worden opgelegd. Volgens de heer Henau is het begrip "succes" in een dergelijke situatie nogal relatief. Louter het feit dat iemand zijn situatie aanvaardt, zou bijvoorbeeld al als een goede uitkomst kunnen worden beschouwd.

Tot slot vraagt het lid of het aanhoudende tekort aan adviserend artsen en arbeidsartsen te wijten is aan het algemene artsentekort, dan wel aan het feit dat het beroep onvoldoende wordt gewaardeerd. Hoe kunnen die beroepen worden opgewaardeerd? Ook met dat belangrijk aspect moet in dit dossier rekening worden gehouden.

C. Antwoorden

Aangaande het re-integratietraject en de periode van zes maanden – die de re-integratie afremt – legt de heer Philippe Marneth uit dat het tekort aan adviserend artsen ertoe leidt dat de medewerkers van het ziekenfonds de sociaal verzekerden pas vanaf de derde maand arbeidsongeschiktheid kunnen ontmoeten. Bovendien moet de betrokkene volgens het koninklijk besluit van 2016 eerst in een welbepaalde categorie worden ondergebracht.

Een re-integratietraject kan alleen worden opgestart als de betrokkene in categorie 4 is ingedeeld. Mensen in categorie 1 worden verondersteld binnen de eerste zes maanden het werk spontaan te hervatten. De gerechtigden van categorie 2 vereisen geen enkele follow-up, aangezien zij doorgaans aan een ernstige aandoening lijden die een lange behandeling vergt. Voor sommige patiënten in categorie 3 moet om de twee maanden een follow-up gebeuren.

Dat koninklijk besluit heeft een afremmend effect; de heer Marneth pleit voor meer flexibiliteit. Daartoe zou het nuttig zijn de wet te wijzigen. Positief is dat de verzekerde een C4-formulier wegens medische overmacht kan eisen, wat de situatie uit het slop kan halen. Voor het overige vormt het koninklijk besluit vooral een rem.

Soms kan de adviserend arts al bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid vaststellen dat opleiding noodzakelijk zal zijn, omdat de betrokkene niet over de vaardigheden beschikt om een beroepsactiviteit in

son secteur de référence. Il faut toutefois commencer par le trajet de réintégration, qui passe obligatoirement par le médecin du travail et il faut alors attendre deux, trois, voire douze mois. Outre les arrêts royaux, M. Marneth ajoute que le manque d'effectifs ralentit également le travail. Il serait par conséquent favorable à ce que le médecin traitant puisse donner un signal.

Concernant la plate-forme "*fit notes*", cet outil pourrait être très utile, à condition que la plate-forme de communication regroupe les différents acteurs. Si la "*fit notes*" est mise en place, le médecin traitant aura la possibilité de demander directement un travail adapté pour la personne en incapacité. Dans ce cas, à qui la mutuelle devra-t-elle envoyer le certificat médical? Pour assurer une bonne interaction et un suivi efficace, il est important de bien informer tous les acteurs concernés. Une solution serait d'avoir un dossier unique pour chaque travailleur en incapacité.

M. Marneth est favorable à une intervention beaucoup plus rapide dès le début de l'incapacité de travail sans les médecins-conseils. Si un travailleur peut commencer rapidement un travail adapté, l'intervention du médecin-conseil ne devrait pas être requise. Actuellement, le médecin-conseil doit toutefois rendre un avis favorable pour toute demande de travail adapté.

Concernant le revenu garanti, qui est le sujet clé, M. Louis Warlop constate qu'il a souvent été fait référence au système néerlandais. Quoi qu'on en dise, l'employeur est pointé du doigt, même avec le système de bonus-malus. Le débat sur les sanctions et la prise de responsabilité doit être encadré.

Aux Pays-Bas, le salaire est garanti pendant une période de deux ans, mais l'employé a l'obligation de rencontrer un médecin ou un autre professionnel à des intervalles réguliers. Certains effets négatifs ont été constatés aux Pays-Bas. Par exemple, le nombre d'indépendants et de contrats de courte durée a augmenté. Par contre, le nombre d'engagements à durée indéterminée a diminué. Les frais ont été déplacés: ils sont passés de l'assurance-maladie à l'employeur, ce qui a eu une incidence à d'autres niveaux de la société, notamment sur le plan humain.

Le système néerlandais est exceptionnel et ne se retrouve nulle part ailleurs. Comparer la situation dans ce pays à celle en Belgique serait compliqué. Aux Pays-Bas, le salaire garanti est de six semaines, mais l'octroi d'une allocation d'invalidité est limité à une durée trois ans. En France, par contre, il n'y a pas de revenu garanti.

verband met zijn referentiesector uit te oefenen. Een eerste stap is evenwel het re-integratietraject; dat verloopt verplicht via de arbeidsarts, waarna het twee, drie of zelfs twaalf maanden wachten is. De heer Marneth voegt er nog aan toe dat het werk niet alleen vertraging oploopt door de koninklijke besluiten, maar ook door het personeelstekort. Het zou bijgevolg gunstig zijn dat de behandelende arts een teken kan geven.

Het "*fit notes*"-platform zou uitkomst kunnen bieden, mits het communicatieplatform de diverse actoren bij elkaar brengt. Indien met "*fit notes*" zou worden gewerkt, zou de behandelende arts rechtstreeks aangepast werk voor de arbeidsongeschikte kunnen vragen. Aan wie dient het ziekenfonds dan het medisch attest te bezorgen? Met het oog op een goede interactie en een doeltreffende follow-up moeten alle betrokkenen goed worden geïnformeerd. Eén centraal dossier voor elke arbeidsongeschikte werknemer zou een oplossing zijn.

De heer Marneth is voorstander van een veel sneller optreden, vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid en zonder de adviserend arts. Indien een werknemer snel aangepaste arbeid kan aanvangen, zou dat zonder optreden van de adviserend arts moeten kunnen. Momenteel kan een verzoek om aangepaste arbeid slechts worden ingewilligd als de adviserend arts daartoe een gunstig advies verleent.

De heer Louis Warlop stelt vast dat in verband met de hamvraag van het gewaarborgd loon vaak naar de Nederlandse regeling is verwezen. Hoe dan ook wordt de werkgever met de vinger gewezen, zelfs met een bonus-malusregeling. Het debat over de sancties en het nemen van verantwoordelijkheid moet binnen de juiste context worden geplaatst.

In Nederland wordt het loon gedurende twee jaar gewaarborgd, maar is de werknemer verplicht op regelmatige tijdstippen een arts of een andere professional te ontmoeten. Nederland heeft bepaalde neveneffecten vastgesteld, zoals een stijging van het aantal zelfstandigen en van het aantal kortlopende contracten. Het aantal arbeidsovereenkomsten van onbepaalde duur is daarentegen afgenomen. De kosten werden van de ziekteverzekering afgewenteld op de werkgever, wat een weerslag heeft gehad op andere aspecten van de samenleving, met name op menselijk vlak.

De Nederlandse regeling is uitzonderlijk en komt nergens anders voor. De situatie in dat land kan moeilijk worden vergeleken met die in België. In Nederland krijgt men zes weken gewaarborgd loon, maar wordt slechts gedurende maximaal drie jaar een invaliditeitsuitkering toegekend. In Frankrijk dan weer bestaat het

Dès le premier jour, il s'agit d'une indemnité de maladie à hauteur de 50 % du salaire, et ce, pour une durée maximale de trois ans. Chaque pays a donc son propre système.

La question sur le revenu garanti est liée à la cause et au responsable. Qui est responsable? Qui peut-on punir? À ce moment-là, le débat sociétal s'arrête. C'est du moins le point de vue de l'employeur et la raison pour laquelle M. Warlop demande une approche systématique, qui rejoint l'esprit de l'accord gouvernemental. Il faut d'abord améliorer les nombreux défauts chez les différents acteurs. Cela permettra de voir qui ne respecte pas ses obligations. Si on parle de la responsabilité de l'employeur, ce dernier montre directement du doigt le médecin de famille qui donne certificat après certificat, du médecin-conseil qui n'effectue pas son contrôle à temps et de l'employé qui ne veut pas s'inscrire dans une trajectoire de réintégration. Il serait difficile de prendre un des éléments utilisés aux Pays-Bas et de l'appliquer en Belgique.

La plate-forme "*fit notes*" est une bonne idée, mais ne constitue qu'une pièce d'un puzzle beaucoup plus complexe. L'essentiel serait d'améliorer la communication entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil à propos des capacités de la personne. Le gouvernement précédent avait souhaité analyser des données pour établir une moyenne et voir quels sont les médecins qui donnent de nombreux certificats et ceux qui en donnent moins afin d'élaborer une série de directives pour les médecins et avoir une pratique plus généralisée autour de cette trajectoire de réintégration. Bien que prometteur, ce projet n'a pas encore abouti.

S'agissant de la question de Mme Lanjri à propos des rôles des niveaux fédéral et régional, une évolution est constatée. La philosophie est que l'incapacité de travail est déclarée par le médecin-conseil et le médecin traitant. Toutefois, le nombre de personnes en incapacité de travail augmente et il n'existe pas de médiation professionnelle pour ces personnes. De nouveaux acteurs se présentent. En théorie, dans le système belge, le contrôle se fait au niveau fédéral et la médiation est assurée au niveau régional. Ce système est comparable à celui relatif aux indemnités de chômage.

En ce qui concerne la réduction du temps de travail, le nombre de personnes en incapacité de travail est moins élevé en Allemagne, en France et aux Pays-Bas. En outre, les personnes travaillent plus longtemps dans ces pays. Aujourd'hui, on redistribue le travail sur un groupe de plus en plus petit, qui doit soutenir un autre groupe qui

gewaarbord loon niet, maar is er wel een ziekte-uitkering vanaf de eerste dag, ten belope van 50 % van het loon en gedurende maximaal drie jaar. Elk land heeft dus zijn eigen regeling.

Het vraagstuk betreffende het gewaarborgd loon houdt verband met de oorzaak en de veroorzaker. Wie is verantwoordelijk? Wie kan worden gestraft? Vanaf dan stopt het maatschappelijk debat. Dat is tenminste het werkgeversstandpunt en om die reden pleit de heer Warlop voor een systematische aanpak, in de geest van het regeerakkoord. Eerst moeten de talrijke tekortkomingen bij de diverse betrokkenen worden verholpen. Aldus zal kunnen worden nagegaan wie zijn verplichtingen niet nakomt. Zodra de werkgever op zijn verantwoordelijkheid wordt aangesproken, wijst die meteen naar de huisarts, die het ene na het andere medische attest afgeeft, naar de adviserend arts, die zijn controle niet tijdig uitvoert, en naar de werknemer, die niet van een re-integratietraject wil weten. Men kan moeilijk een van de in Nederland toegepaste formules uitkiezen en onverkort in België toepassen.

Het platform "*fit notes*" is een goed idee, maar vormt slechts een stukje van een veel ingewikkeldere puzzel. Het belangrijkste is dat de behandelende arts, de arbeidsarts en de adviserend arts onderling beter communiceren over de mogelijkheden van de betrokkene. De vorige regering wilde via gegevensanalyse een gemiddelde berekenen om vervolgens na te gaan welke artsen veel attesten afgeven en welke dat in mindere mate doen; aldus zouden richtsnoeren voor de artsen kunnen worden uitgewerkt en zou rond het re-integratietraject een meer veralgemeende praktijk tot stand kunnen worden gebracht. Dat project was veelbelovend maar heeft nog geen resultaten opgeleverd.

Met betrekking tot de vraag van mevrouw Lanjri over de respectieve rol van het federale en het gewestelijke niveau kan een evolutie worden vastgesteld. Het uitgangspunt is dat de arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld door de adviserend arts en door de behandelende arts. Het aantal arbeidsongeschikten stijgt echter en er bestaat voor hen geen werkbemiddeling. Er dienen zich nieuwe spelers aan. In het Belgische systeem verloopt in theorie de controle federaal en de bemiddeling gewestelijk. Die regeling is vergelijkbaar met die voor de werkloosheidsuitkeringen.

Wat de arbeidsduurvermindering betreft, is het aantal arbeidsongeschikten kleiner in Duitsland, Frankrijk en Nederland. Bovendien werken de mensen in die landen langer. Momenteel wordt het werk verdeeld binnen een al- maar kleinere groep die een andere, niet-werkende groep moet ondersteunen. De doelstelling in het regeerakkoord

ne travaille pas. L'objectif de l'accord gouvernemental d'arriver à un taux d'emploi de 80 % est important et permettrait de réduire la pression.

Concernant les fonds de formation sectoriels, l'orateur propose de donner plus d'informations par secteur dans une réponse écrite. Il insiste sur le fait qu'il ne suggérerait pas d'étendre cette pratique ni d'approfondir la réflexion à ce sujet.

S'agissant de la question que Mme Vanpeborgh, *Mme Eline Bruneel* confirme l'importance des trajets informels. Il est toutefois vrai que cette solution n'est pas toujours efficace. Les trajets informels devraient être mis en avant dans les médias ou lorsque des personnes demandent des informations connexes. La réintégration informelle devrait être la première solution envisagée, d'autant plus que le taux de réussite est très élevé. Par contre, lorsque la relation avec l'employeur est délicate, passer par une procédure formelle est plus indiquée en raison des procédures, des droits et des obligations qui sont fixés par la loi. Le trajet formel offre une plus grande sécurité aux deux parties.

Il est important de veiller à bien informer toutes les parties à ce sujet. L'intervenante explique que la Vlaams Patiëntenplatform a créé une boîte à outils contenant des conseils de communication pour les employeurs et les travailleurs sur le retour au travail avec des maladies chroniques. Des formations sont également données aux associations des patients. L'objectif est de parvenir à une communication positive.

Quant au site internet qui centraliserait les informations, l'intervenant estime que c'est une bonne idée et que l'initiative devrait venir des pouvoirs publics. Par rapport aux propos tenus par Mme Van Peel sur le trajet de réintégration non contraignant, Mme Bruneel indique que la réintégration doit se faire sur une base volontaire et non sous la contrainte de sanctions. Il est préférable d'assister et de soutenir les employés malades et les employeurs plutôt que d'adopter une approche négative.

L'oratrice confirme les propos de M. Colebunders quant à l'importance grandissante du télétravail au sein des entreprises depuis le début de la crise sanitaire. Cette pratique sera certainement maintenue lorsque la situation sera normalisée. Même si le lien réel avec les collègues est important, le télétravail a été positif pour certains malades chroniques et a notamment permis de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

D'après une enquête à grande échelle, menée il y a quelques années, 75 % des travailleurs malades souhaitent reprendre le travail, mais il n'y a pas suffisamment

om een werkzaamheidsgraad van 80 % te bereiken is belangrijk en zou druk van de ketel kunnen halen.

Wat de sectorale opleidingsfondsen betreft, stelt de spreker voor in een schriftelijk antwoord nadere informatie per sector te verstrekken. Hij benadrukt dat hij niet heeft geopperd die praktijk uit te breiden of de denkoefening ter zake uit te diepen.

Met betrekking tot de vraag van mevrouw Vanpeborgh bevestigt *mevrouw Eline Bruneel* dat de informele trajecten belangrijk zijn, al klopt het dat die oplossing niet altijd doeltreffend is. De informele trajecten zouden onder de aandacht moeten worden gebracht via de media of wanneer mensen bijkomende informatie vragen. De informele re-integratie zou als eerste oplossing moeten worden overwogen, temeer daar de slaagkans heel hoog is. Wanneer de relatie met de werkgever gevoelig ligt, is daarentegen de formele procedure meer aangewezen wegens de wettelijk vastgelegde procedures, rechten en verplichtingen. Het formele traject biedt beide partijen meer zekerheid.

Het komt erop aan alle partijen ter zake goed te informeren. De spreekster geeft aan dat het Vlaams Patiëntenplatform een toolbox heeft uitgewerkt met communicatietips voor werkgevers en werknemers rond werkhervatting met chronische ziekte. Daarnaast wordt op vorming voor patiëntenverenigingen ingezet. Het doel is positieve communicatie tot stand te brengen.

De spreekster meent dat een centrale website een goed idee is en dat het initiatief daarvoor van de overheid moet komen. Met betrekking tot de verklaringen van mevrouw Van Peel betreffende het niet-dwingende re-integratietraject geeft mevrouw Bruneel aan dat re-integratie vrijwillig moet gebeuren, dus niet op straffe van sancties. Het verdient de voorkeur de zieke werknemers en de werkgevers te steunen in plaats van een negatieve aanpak te hanteren.

De spreekster bevestigt wat de heer Colebunders heeft gezegd over de toename van het telewerk bij de bedrijven sinds het begin van de gezondheidscrisis. Ook wanneer de situatie opnieuw normaal zal zijn, zal die werkmethode zeker worden gehandhaafd. Hoewel de reële band met de collega's belangrijk is, is het telewerk voor bepaalde personen met chronische aandoeningen positief gebleken en heeft het meer bepaald tot een beter evenwicht tussen werk en privé geleid.

Volgens een enkele jaren geleden uitgevoerde groot-schalige enquête wil 75 % van de zieke werknemers het werk hervatten, maar worden onvoldoende mogelijkheden

de possibilités offertes. S'agissant de la prévention, l'oratrice indique qu'une attention insuffisante est accordée aux adaptations au travail. C'est pourtant un levier important, notamment pour les personnes qui souffrent d'une maladie chronique. Elle souligne ici le fait que ces personnes ne tombent pas malades en travaillant. En effet, elles sont déjà malades et peuvent décrocher, faute d'adaptations suffisantes à leurs problèmes de santé.

M. Raf De Weerd insiste auprès des députés sur le fait de ne pas exclure les partenaires sociaux des discussions autour de ce thème très important. Même si les partenaires sociaux ne sont pas toujours d'accord avec les politiques, à quelques exceptions près, des accords ont toujours été trouvés.

Concernant le début des trajets de réintégration, M. De Weerd estime que ce serait une erreur d'intervenir trop tôt. Certains conseillent d'intervenir dès le premier jour de la maladie ou en cas d'absences répétées. Pour sa part, M. De Weerd recommande d'attendre. Mais cette attente ne doit toutefois pas être de plusieurs mois. En cas d'épuisement au travail, tout travailleur a avant tout besoin de repos et de tranquillité. Il faut respecter ce souhait. Si le travailleur est mis sous pression et reprend le travail trop tôt, le risque d'une rechute est très élevé et les conséquences pourraient être pires.

Actuellement, lorsque le mois de salaire garanti est passé, une sorte de séparation mentale s'opère du côté de l'employeur, qui pense, parfois à tort, que la personne malade a déjà un pied hors de l'entreprise. Ce n'est pas un mode de pensée très sain et prolonger la durée du salaire garanti permettrait d'impliquer davantage l'employeur vis-à-vis de son travailleur. L'orateur insiste sur le fait que l'objectif n'est pas de dire que c'est la faute incombe à l'employeur.

En ce qui concerne l'éventuelle individualisation des droits, M. De Weerd indique être partisan de cette idée, à partir du moment où il s'agit d'une évolution vers le haut: si on assimile des droits, il ne faut pas prendre en considération la catégorie des cohabitants, mais bien celle des personnes isolées.

Quant aux propos de la présidente sur un changement trop brusque dans la situation au travail pouvant mener à des absences répétées ou prolongées, M. De Weerd explique que l'aspect de la formation est essentiel. En cas de changements importants dans une entreprise, il faut préparer le personnel et l'accompagner dans ce processus continu. C'est d'ailleurs une réalité de notre société: les choses changent constamment et il faut s'adapter.

aangeboden. Met betrekking tot preventie geeft de spreker aan dat te weinig aandacht wordt besteed aan aanpassingen op het werk. Nochtans is dat een belangrijke hefboom, niet het minst voor de werknemers die chronisch ziek zijn. Mevrouw Bruneel beklemtoont dat chronisch zieken niet ziek worden door te werken; zij zijn immers al ziek en kunnen bij gebrek aan afdoende aanpassingen aan hun gezondheidsproblemen op een dag afhaken.

De heer Raf De Weerd verzoekt de volksvertegenwoordigers met aandring de sociale partners niet uit te sluiten van het debat over dit hoogst belangrijke thema. Ook al zijn de sociale partners het niet altijd met de politici eens, toch is een akkoord – behoudens enkele uitzonderingen – altijd gevonden.

Wat de start van de re-integratietrajecten betreft, meent de heer De Weerd dat het een vergissing zou zijn te vroeg op te treden. Sommigen adviseren dat al te doen vanaf de eerste ziekte dag of bij herhaalde afwezigheden. De heer De Weerd wacht liever eerst even, al mag die wachttijd ook geen maanden duren. Elke werknemer die zich door het werk opgebrand voelt, heeft bovenal rust en sereniteit nodig. Die wens moet worden ingewilligd. Wanneer de werknemer onder druk wordt gezet en te vroeg hervat, is het risico op herval heel groot en zouden de gevolgen ernstiger kunnen zijn.

Het gebeurt soms dat de werkgever, na afloop van de maand gewaarborgd loon, in gedachten al afscheid van de zieke werknemer heeft genomen omdat hij er, niet zelden ten onrechte, van uitgaat dat die al met één voet buiten het bedrijf staat. Dat is geen gezonde redenering; door de duur van het gewaarborgd loon te verlengen zou de betrokkenheid van de werkgever ten aanzien van zijn werknemer vergroten. De spreker benadrukt dat het niet de bedoeling is te stellen dat de fout bij de werkgever ligt.

Wat de eventuele individualisering van rechten betreft, is de heer De Weerd voorstander van dat idee, op voorwaarde dat het om een opwaartse evolutie gaat; indien rechten worden gelijkgesteld, moet dus niet worden uitgegaan van de categorie van samenwonenden, maar van die van alleenstaanden.

Aangaande de stelling van de voorzitter dat een te plotse verandering van de werksituatie tot herhaalde of langere afwezigheden kan leiden, geeft de heer De Weerd aan dat het vooral op opleiding aankomt. In geval van grote wijzigingen binnen een onderneming moet het personeel worden voorbereid en in dat permanente traject worden begeleid. Dat is trouwens een maatschappelijke realiteit: de wereld verandert voortdurend en men moet zich aanpassen.

S'agissant du lien entre les absences de longue durée et le niveau de formation, M. De Weerdts revient sur ses propos: chaque travailleur malade devrait bénéficier d'une approche sur mesure, indépendamment de son niveau de formation.

Quant à l'idée d'obliger certaines entreprises à accepter un quota de personnes au profil spécifique, à l'instar de ce qui se fait en Allemagne, l'orateur estime que toutes les pistes envisageables doivent être discutées afin d'adopter une approche sérieuse.

M. Henau explique avoir accompagné environ 20 000 personnes en huit ans. Actuellement, il accompagne 5 000 personnes et, avec la VDAB, environ 6 000. D'après son expérience, l'orateur affirme que 2 000 de ces travailleurs retrouveront une occupation en tant que salarié dans un délai raisonnable. Selon lui, il n'y a pas d'incapacité de travail. La seule chose à prendre en compte est la capacité de travail, conformément à la classification internationale des fonctions (*international classification of functions, ICF*).

S'il est nécessaire d'améliorer la collaboration entre les médecins, ce changement ne constituera pas à lui seul la solution. Les 5 000 personnes bénéficiant actuellement d'un encadrement font effectivement face à un problème médical, mais doivent aussi affronter d'autres problèmes: elles sont pauvres, déscolarisées et se trouvent dans une situation défavorisée sur le plan social. La réponse à leur apporter dépasse donc le cadre purement médical. De manière générale, les 2 000 personnes qui retrouveront un travail intégreront une PME où il est plus facile de trouver un travail adapté.

Les nombreuses personnes en congé de maladie de longue durée ont besoin d'une aide rapide. Réagir dès le premier jour n'est pas indiqué, mais il serait utile de rassurer ces travailleurs dès les deux premières semaines pour les aider et leur prouver que tout n'est pas perdu. Il ajoute qu'une absence de trois mois augmente à 80 % le risque de ne plus avoir de travail payé dans les cinq années qui suivent. Il faut donc agir rapidement. Dans le cadre de la collaboration entre les Régions et le niveau fédéral, M. Henau estime que le pouvoir fédéral doit esquisser le cadre de déterminer ce en quoi consiste une incapacité de travail et qui a le droit à une reprise du travail. Il ajoute que les centres de coordination de reprise du travail constituent une bonne idée, mais que leur tâche n'est pas d'assurer une forme de coaching ou d'accompagnement.

Au niveau européen, l'intervenant revient sur l'excellent travail réalisé par Mme Marianne Thyssen. Mme Thyssen a permis l'élaboration d'un nouveau plan d'actions au

Wat het verband tussen langdurige afwezigheid en opleidingsniveau betreft, herhaalt de heer De Weerdts zijn stelling, namelijk dat elke zieke werknemer, ongeacht het opleidingsniveau, in aanmerking zou moeten kunnen komen voor een aanpak op maat.

Met betrekking tot het idee om bepaalde ondernemingen ertoe te verplichten quota van personen met een specifiek profiel te aanvaarden, zoals in Duitsland gebeurt, meent de spreker dat alle te overwegen denksporen moeten worden besproken om een degelijke aanpak uit te werken.

De heer Luc Henau geeft aan dat zijn organisatie op acht jaar tijd ongeveer 20 000 mensen heeft begeleid. Momenteel zijn er dat 5 000 en samen met de VDAB ongeveer 6 000. Op grond van zijn ervaring stelt de spreker dat 2 000 van die werknemers binnen een redelijke termijn opnieuw aan de slag zullen gaan. Volgens hem bestaat arbeidsongeschiktheid niet; het enige waar naar moet worden gekeken is de arbeidsgeschiktheid, overeenkomstig de internationale functieclassificatie (*international classification of functions, ICF*).

De samenwerking tussen de artsen moet zonder meer worden verbeterd maar dat alleen volstaat niet. Bij de 5 000 werknemers met een medische aandoening die momenteel worden begeleid, spelen nog andere problemen: ze zijn arm, ongeschoold en bevinden zich in een sociaal achtergestelde situatie. De voor hen vereiste respons is dus niet louter medisch. Algemeen zullen de 2 000 mensen die zullen hervatten, in een kmo gaan werken, omdat daar gemakkelijker aangepast werk kan worden gevonden.

Veel langdurig zieken hebben snel hulp nodig. Dat hoeft daarom nog niet vanaf dag één, maar het ware nuttig hen al binnen de eerste twee weken gerust te stellen om hen bij te staan en duidelijk te maken dat niet alles verloren is. De heer Henau voegt er nog aan toe dat wie langer dan drie maanden afwezig is, 80 % meer gevaar loopt om in de eerstvolgende vijf jaar geen betaalde baan te hebben; snel ingrijpen is dus aan de orde. Met betrekking tot de samenwerking tussen de gewesten en het federale niveau meent de heer Henau dat de federale overheid het kader moet schetsen waarbinnen de arbeidsongeschiktheid zelf en wie op werkhervatting recht heeft terdege worden gedefinieerd. Hij geeft nog aan dat de coördinatiecentra voor werkhervatting een goed idee zijn, maar dat hun opdracht er niet in bestaat een vorm van coaching of begeleiding te verstrekken.

De spreker pikt in op het uitstekende werk dat op Europees vlak werd verricht door mevrouw Marianne Thyssen. Dankzij haar werd een nieuw actieplan

niveau du pilier des droits sociaux de l'Union européenne. Ce plan prévoit une approche inclusive. En matière d'approche inclusive, M. Henau estime que la Flandre constitue un excellent modèle avec ses "werkwinkels" et le travail mené par la VDAB. Cette solution permet de donner directement des perspectives aux personnes. On écoute leur histoire sans les menacer de sanctions et, dans ce cadre, la coordination avec les mutuelles a toute son importance. Malades, personnes souffrant d'un handicap ou demandeurs d'emploi, tous passent par la même porte inclusive. L'Union européenne recommande d'ailleurs aux États membres de s'inspirer de ce modèle.

Revenant sur la question des quotas, l'intervenant explique que l'Autriche mène à présent une expérience basée sur des quotas positifs. Toutefois, aucun pays n'a jusqu'à présent été en mesure de montrer l'efficacité des quotas.

M. Henau insiste sur le fait que l'espoir et les perspectives sont essentiels pour les travailleurs qui souffrent. Les sanctionner reviendrait à les punir une seconde fois. Il ajoute n'avoir jamais rencontré de travailleur qui ne souhaitait pas reprendre le travail et qui profitait de la situation. Tous ces gens sont motivés et s'engagent énormément. Ils ont besoin d'être soutenus.

M. Henau est d'accord sur la nécessité de maintenir un contact physique. Il insiste d'ailleurs sur ce point auprès de la VDAB. D'après ses observations, les personnes qui ont décroché ont perdu le contact au niveau numérique. Le numérique n'est donc pas la solution idéale, car il isole les gens socialement.

Quant au nombre de trajets, il est effectivement limité: 5 000 sur 500 000, c'est bien trop peu. Le gouvernement flamand a toutefois prévu un plan visant à doubler ce nombre en deux ans et les Régions collaborent actuellement afin d'élaborer un nouveau cadre.

uitgewerkt binnen de socialerechtenpijler van de Europese Unie. Dat plan voorziet in een inclusieve aanpak. De heer Henau meent dat Vlaanderen met zijn werkwinkels en met de rol van de VDAB een toonbeeld van inclusieve benadering is. Dankzij die oplossing wordt de betrokken werknemers onverwijld perspectief geboden. Er wordt naar hen geluisterd zonder dat ze met sancties worden bedreigd; in dat verband is de coördinatie met de ziekenfondsen van groot belang. Iedereen krijgt dezelfde inclusieve behandeling, zowel zieken als gehandicapten en werkzoekenden. De Europese Unie beveelt de lidstaten trouwens aan inspiratie te putten uit dat model.

Met betrekking tot de quota geeft de spreker aan dat Oostenrijk momenteel een experiment uitvoert met positieve quota. Tot dusver is echter geen enkel land erin geslaagd de doeltreffendheid van quota aan te tonen.

De heer Henau benadrukt dat hoop en perspectief van wezenlijk belang zijn voor werknemers die afzien. Met een sanctie zouden zij alleen maar dubbel worden gestraft. Hij voegt er nog aan toe nooit een werknemer te hebben ontmoet die niet weer aan de slag wilde en die van de situatie profiteerde. Al die mensen zijn gemotiveerd en zetten zich heel hard in. Zij hebben steun nodig.

De heer Henau is het ermee eens dat fysiek contact moet worden behouden; hij dringt daar trouwens op aan bij de VDAB. Hij heeft vastgesteld dat de mensen die hebben afgehaakt, ook geen digitaal contact meer hebben. Digitalisering is dus niet de ideale oplossing omdat mensen er sociaal geïsoleerd door geraken.

Het aantal trajecten is inderdaad beperkt, want 5 000 op 500 000 is veel te weinig. De Vlaamse regering komt echter met een plan om dat aantal in twee jaar tijd te verdubbelen, en de gewesten werken momenteel samen om een nieuw raamwerk uit te tekenen.