

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

20 november 2024

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een efficiëntere herintegratie
van niet definitief arbeidsongeschikte,
langdurige zieken in het arbeidsproces en
de versterking van de rol
van de externe preventiediensten in dat proces**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

20 novembre 2024

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à réintégrer plus efficacement
les malades de longue durée en incapacité de
travail non définitive dans le circuit du travail
et à renforcer le rôle joué par les services
externes de prévention dans ce processus**

(déposée par Mme Irina De Knop)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van voorstel DOC 55 3053/001.

Het is de algemene ambitie om tegen 2030 een werkzaamheidsgraad van 80 % te bereiken. Die werkzaamheidsgraad hebben we nodig om ons te verzekeren van onze welvaart en sociale zekerheid. Om die 80 % te bereiken, volstaat het niet om ons enkel te richten op de officiële werkzoekenden, maar is het ook noodzakelijk dat gewerkt wordt op de inactiviteitsgraad, die in ons land bovengemiddeld hoog ligt. Momenteel werkt 22,8 % van de bevolking tussen 25 en 64 jaar niet, nog niet of niet meer. Het gaat om een heterogene groep van mensen: thuiswerkende ouders, studenten, SWT'ers (dit zijn mensen in het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag), renteniers, langdurig zieken en invaliden... Het voorbije decennium zijn langdurig zieken en invaliden echter de belangrijkste groep binnen de inactieven geworden. Eén op vier (25,3 %) inactieven in België behoort tot deze categorie. Dit aandeel gaat in stijgende lijn. In 2010 bedroeg het aandeel 15,7 %. Het aandeel zieken en invaliden binnen de inactieve populatie is hoger dan gemiddeld in Europa (19,6 %). Maar ook in Europa is de trend stijgend (2010 14,1 %).¹

De werkzaamheidsgraad en de activiteitsgraad kunnen maar substantieel stijgen als we ook vooruitgang boeken bij kwetsbare groepen. Heel wat mensen willen werken maar ervaren daarin obstakels. Eén van die obstakels is hun gezondheid, maar ook de manier waarop we met onze langdurig zieken omgaan. Dat laatste is niet onbelangrijk, want een op het eerste gezicht logische conclusie zou kunnen zijn dat we als land met een vergrijzende bevolking sowieso een groter aantal langdurig zieken en invaliden hebben en er eigenlijk weinig aan de hand is.

Toch spreken de cijfers, die Jan Denys verzamelde in zijn onderzoeksrapport "*België is ziek. Op zoek naar de oorzaken van de sterke stijging ziekte en invaliditeit in België 2010-2019*", dit tegen. De band tussen de vergrijzing en het aandeel zieken en invaliden is namelijk niet echt sterk. De meest grijze landen in Europa (Duitsland en Italië) zijn zeker niet deze met het hoogste aandeel mensen in het systeem van ziekte en invaliditeit. Duitsland en Italië scoren duidelijk onder het Europese

¹ Bron: Jan DENYS. *België is ziek. Op zoek naar de oorzaken van de sterke stijging ziekte en invaliditeit in België 2010-2019*. Rapport 03 2021.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition DOC 55 3053/001.

Atteindre un taux d'emploi de 80 % d'ici 2030 est une ambition largement partagée. Nous en avons besoin pour assurer notre prospérité et préserver notre sécurité sociale. Pour atteindre ces 80 %, il ne suffit pas de se concentrer uniquement sur les demandeurs d'emploi officiels, il convient également d'agir sur le taux d'inactivité, qui, dans notre pays, est supérieur à la moyenne. Actuellement, 22,8 % de la population âgée entre 25 et 64 ans ne travaille pas, ne travaille pas encore ou ne travaille plus. Il s'agit d'un groupe hétérogène de personnes: parents au foyer, étudiants, bénéficiaires du RCC, rentiers, malades de longue durée et invalides... Au cours de la dernière décennie, les malades de longue durée et les personnes handicapées sont toutefois devenus le groupe le plus important parmi les inactifs. Un inactif sur quatre (25,3 %) en Belgique appartient à cette catégorie. Cette part est en augmentation. Elle était de 15,7 % en 2010. La proportion de malades et d'invalides au sein de la population inactive est supérieure à la moyenne européenne (19,6 %). Mais en Europe aussi, la tendance est à la hausse (14,1 % en 2010).¹

Le taux d'emploi et le taux d'activité ne pourront augmenter de manière substantielle que si nous enregistrons également des avancées auprès des groupes vulnérables. Beaucoup de personnes veulent travailler mais se heurtent à des obstacles, dont l'un est leur santé et le traitement des malades de longue durée. Ce dernier point n'est pas sans importance, car une conclusion logique *a priori* pourrait être qu'en raison du vieillissement de sa population, notre pays compte *ipso facto* un plus grand nombre de malades de longue durée et d'invalides, ce qui n'a rien d'anormal.

Cependant, les chiffres collectés par Jan Denys, dans son rapport intitulé *La Belgique est malade. À la recherche des causes de la forte hausse de la maladie et de l'invalidité en Belgique 2010-2019*, contredisent cet argument. Le lien entre le vieillissement et la part des malades et des invalides n'est pas vraiment solide. Les pays ayant la population la plus âgée d'Europe (Allemagne et Italie) sont loin d'être ceux qui comptent la plus grande proportion de bénéficiaires du système de maladie-invalidité.

¹ Source: Jan DENYS. *La Belgique est malade. À la recherche des causes de la forte hausse de la maladie et de l'invalidité en Belgique 2010-2019*. Rapport 03 2021.

gemiddelde inzake zieken en invaliden (4,3 % EU, 3,3 % Duitsland, 2,6 % Italië).

Omgekeerd behoren landen met relatief veel zieken en invaliden (7,8 % Noorwegen, 7,7 % Denemarken, 6,4 % Nederland) niet tot de uitgesproken grijze landen. Ook België hoort in dat laatste rijtje thuis. Slechts acht landen zijn gemiddeld jonger dan België. Toch staan we met 6,4 % op de vierde plaats inzake aandeel zieken en invaliden.

De heer Denys maakt in zijn onderzoek in één adem ook duidelijk dat de wet van de communicerende vaten in België helaas werkt: na de verstengingen in de stelsels van vervroegde uittreding (zoals SWT) wordt een verplaatsing van werknemers merkbaar naar de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het aantal werklozen daalde de voorbije tien jaar met zo'n 300.000 maar het aandeel zieken en invaliden steeg met 200.000. Er is een stijging van het aandeel ziekte en invaliditeit en een daling inzake werkloosheid.

België is hier zeker niet representatief voor de globale Europese ontwikkelingen. Van de geselecteerde landen laten alleen Nederland en Oostenrijk een conforme ontwikkeling noteren. Binnen Europa was er de voorbije tien jaar globaal een redelijk sterke daling van de werkloosheid (-2,7 procentpunt (hierna: "pp.)) maar slechts een eerder beperkte stijging van het aandeel zieken en invaliden (0,8 pp.). In België bedroeg die stijging van het aandeel zieken en invaliden 2,2 %. De Belgische positie binnen Europa is redelijk uniek. België combineert een lagere dan gemiddelde werkzaamheidsgraad (2023: EU 75,3 %, België 72,1 %)² en een hoger dan gemiddelde ziekte en invaliditeit. De andere Europese landen die het slecht doen inzake werkzaamheidsgraad hebben een lager aandeel zieken en invaliden (Italië en Griekenland). De enige drie landen met een hoger aandeel zieken en invaliden zijn uitgerekend landen met een zeer hoge werkzaamheidsgraad (Noorwegen, Zweden, en Nederland).

² Recentere cijfers van de Hoge Raad voor Werkgelegenheid tonen een daling van de werkloosheid aan met meer dan 330.000 eenheden sinds begin 2015 tot april 2024, meer bepaald een daling van 619.422 tot 285.064. Wat het langdurig aantal zieken betreft hebben we in 2022 het half miljoen overschreden. Het gaat over werknemers en zelfstandigen die meer dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn en erkend zijn als invaliden door het RIZIV. In 5 jaar is hun aantal met zowat een kwart gestegen. Bij ongewijzigd beleid wordt een stijging tot 600.000 eenheden verwacht tegenover 2035.

L'Allemagne et l'Italie se situent nettement en deçà de la moyenne européenne en termes de malades et d'invalides (4,3 % UE, 3,3 % Allemagne, 2,6 % Italie).

À l'inverse, les pays comptant un nombre relativement élevé de malades et d'invalides (7,8 % en Norvège, 7,7 % au Danemark, 6,4 % aux Pays-Bas) ne figurent pas parmi les pays dont la population est particulièrement âgée. La Belgique fait d'ailleurs partie de cette catégorie. Seuls huit pays ont une population moyenne plus jeune que la Belgique. Or, nous occupons, avec un taux de 6,4 %, la quatrième place en termes de part de malades et invalides.

Dans son étude, Jan Denys indique dans la foulée que la loi des vases communicants s'applique malheureusement en Belgique: suite au durcissement des régimes de départ anticipé (comme le RCC), un déplacement de travailleurs vers le régime de maladie-invalidité a été observé. Le nombre de chômeurs a baissé de quelque 300.000 unités au cours des dix dernières années, mais la part des malades et invalides a quant à elle progressé de 200.000 unités. On constate une augmentation de la part de la maladie et de l'invalidité et une réduction de la part du chômage.

Mais la Belgique n'est certainement pas représentative de l'ensemble des transformations au niveau européen. Sur l'ensemble des pays sélectionnés, seuls les Pays-Bas et l'Autriche affichent une évolution conforme à la nôtre. Ces dix dernières années, l'Europe a globalement enregistré une baisse relativement marquée du chômage (-2,7 points de pourcentage (ci-après: pp.)) mais une hausse plutôt limitée de la proportion de malades et d'invalides (0,8 pp.). En Belgique, l'augmentation du nombre de malades et d'invalides a été de 2,2 %. La position belge au sein de l'Europe est relativement unique. La Belgique allie un taux d'emploi inférieur à la moyenne (2023: UE 75,3%, Belgique 72,1%)² et un taux de maladie-invalidité supérieur à la moyenne. Les autres pays européens qui affichent de piètres résultats en termes de taux d'emploi possèdent une moindre part de malades et d'invalides (Italie et Grèce). Trois pays seulement comptent un taux plus important de malades et d'invalides. Ce sont justement ceux qui affichent un taux d'emploi très élevé (Norvège, Suède et Pays-Bas).

² Il ressort de chiffres plus récents du Conseil supérieur de l'emploi que le chômage a baissé de plus de 330 000 unités entre le début de l'année 2015 et le mois d'avril 2024 et est passé plus précisément de 619 422 à 285 064. En ce qui concerne les malades de longue durée, leur nombre a dépassé le demi-million en 2022. Il s'agit de travailleurs salariés et indépendants qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an et qui ont été reconnus comme invalides par l'INAMI. En l'espace de cinq ans, leur nombre a augmenté de près de 25 %. À politique inchangée, on peut s'attendre à une augmentation de 600 000 unités d'ici 2035.

Onderstaande tabel³ vat de vergelijking tussen België, Europa en een aantal landen treffend samen.

evolutie aandeel inactief tengevolge van ziekte of invaliditeit (ZI) en evolutie werkloosheidsgraad (WLH) 2010-2019 (20-65)		
	Evolutie ZI	Evolutie WLH
UE 28	0,8	-2,7
België	2,2	-2,4
Denemarken	-	2,2
Duitsland	0,7	-3,8
Nederland	0,8	-1,2
Oostenrijk	0,2	-0,2
Finland	0,5	-1,3
Zweden	-2,2	-1,1
UK	-0,4	-3,1

Bron: Eurostat (2020) eigen bewerking⁴

Wat we uit deze analyse in positieve zin kunnen besluiten is dat de stijging van het aandeel zieken en invaliden geen fenomeen is waartegen geen kruid is gewassen. Mensen die inactief zijn op de arbeidsmarkt en niet definitief arbeidsongeschikt zijn, moeten worden aangemoedigd en geholpen om de stap naar werk te zetten. In dit voorstel van resolutie focussen we op de categorie van langdurig zieken en stellen we een aantal maatregelen om de re-integratie van langdurig zieken naar werk te versterken. Met het koninklijk besluit van 11 september 2021 (bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 20 september 2021) werd een verdienstelijke stap gezet door de invoering van terugkeercoaches, of “terug- naar-werkcoördinatoren” (hierna: “TNW-coördinatoren”, die de langdurig zieken met zachte hand terug naar werk moeten leiden. In 2022 gingen veertig coaches van start, in 2023 moesten er dat zestig zijn. Hiermee werd gemikt de regering op een herintegratie van 18.000 terugkeerders per jaar. Een aantal dat met-tertijd moet stijgen tot 24.000 per jaar.

³ Bron: Jan DENYS. *België is ziek. Op zoek naar de oorzaken van de sterke stijging ziekte en invaliditeit in België 2010-2019*. Rapport 03 2021. p. 10.

⁴ Recentere cijfers van de Hoge Raad voor Werkgelegenheid tonen een daling van de werkloosheid aan met meer dan 330.000 eenheden sinds begin 2015 tot april 2024, meer bepaald een daling van 619.422 tot 285.064. Wat het langdurig aantal zieken betreft hebben we in 2022 het half miljoen overschreden. Het gaat over werknemers en zelfstandigen die meer dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn en erkend zijn als invaliden door het RIZIV. In 5 jaar is hun aantal met zowat een kwart gestegen. Bij ongewijzigd beleid wordt een stijging tot 600.000 eenheden verwacht tegenover 2035.

Le tableau ci-dessous³ résume bien la comparaison entre la Belgique, l'Europe et une série de pays.

évolution de la part des inactifs pour cause de maladie ou d'invalidité (MI) et évolution du taux de chômage (Ch) 2010-2019 (20-65)		
	Évolution MI	Evolution Ch
UE 28	0,8	-2,7
Belgique	2,2	-2,4
Danemark	-	2,2
Allemagne	0,7	-3,8
Pays-Bas	0,8	-1,2
Autriche	0,2	-0,2
Finlande	0,5	-1,3
Suède	-2,2	-1,1
R-U	-0,4	-3,1

Source: Eurostat (2020) propre traitement⁴

La conclusion positive que l'on peut tirer de cette analyse est que l'augmentation de la part des malades et invalides n'est pas un phénomène inéluctable. Les personnes inactives sur le marché du travail qui sont en incapacité de travail non définitive doivent être encouragées et aidées à réintégrer le circuit du travail. Dans la présente proposition de résolution, nous nous concentrons sur la catégorie des malades de longue durée et proposons une série de mesures qui renforcent la réintégration des malades de longue durée dans le circuit du travail. L'arrêté royal du 11 septembre 2021 (publié au *Moniteur belge* du 20 septembre 2021), a en effet pris une mesure louable en mettant en place des coaches de retour, ou “coordinateurs du retour au travail”, chargés de guider en douceur les malades de longue durée vers le retour au travail. Quarante coaches étaient opérationnels en 2022 et il devait y en avoir soixante en 2023. L'objectif consistait ainsi à réintégrer 18.000 personnes par an. Un nombre qui devrait passer à 24.000 par an au fil du temps.

³ Source: Jan DENYS. *La Belgique est malade. À la recherche des causes de la forte hausse de la maladie et de l'invalidité en Belgique 2010-2019*. Rapport 03 2021. p. 10.

⁴ Il ressort de chiffres plus récents du Conseil supérieur de l'emploi que le chômage a baissé de plus de 330.000 unités entre le début de l'année 2015 et le mois d'avril 2024 et est passé plus précisément de 619.422 à 285.064. En ce qui concerne les malades de longue durée, leur nombre a dépassé le demi-million en 2022. Il s'agit de travailleurs salariés et indépendants qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an et qui ont été reconnus comme invalides par l'INAMI. En l'espace de cinq ans, leur nombre a augmenté de près de 25 %. À politique inchangée, on peut s'attendre à une augmentation de 600.000 unités d'ici 2035.

De ingreep kadert in het “terug-naar-werkcoördinatieplan” dat van kracht werd vanaf 1 januari 2023. Een “terug-naar-werktraject” (hierna: “TNW-traject”) is een traject waarbij een “TNW-coördinator” van het ziekenfonds de werknemer ondersteunt bij het vinden van de gepaste begeleiding voor diens terugkeer naar de arbeidsmarkt, dankzij aangepast werk, ander werk of een opleiding. Een TNW-coördinator laat toe om:

- het aantal mensen dat een re-integratietraject start, te versnellen en vergroten;
- de doorstroom naar een geschikte baan te versnellen en verhogen;
- gericht en persoonlijker te handelen;
- effectiever gebruik te maken van bestaande diensten (federaal en regionaal).

Een belangrijke factor in de vernieuwde re-integratieaanpak is het sneller inschakelen van de adviserend arts. Die moet binnen de vier maanden nadat iemand ziek is gevallen, inschatten of de coördinator de persoon naar werk kan geleiden en of hierbij ondersteuning noodzakelijk is. Tijdens het traject is er een nauwe samenwerking tussen de arbeidsongeschikte werknemer, de TNW-coördinator, de adviserend arts, de behandelend arts en de arbeidsarts.

Een andere nieuwigheid was de verplichting voor de preventie-adviseur-arbeidsarts om de werknemer na vier weken inactiviteit te contacteren om hen te informeren over de verschillende mogelijkheden om hun werkhervatting te faciliteren. Om dat te kunnen doen is het nodig dat de werkgever de arbeidsarts op de hoogte brengt van de afwezigheid van de werknemer. In feite gold deze verplichting al op grond van artikel I.4-4, § 3, van de codex over het welzijn op het werk rust om “de nodige maatregelen te nemen om de preventieadviseur-arbeidsarts in kennis te stellen van elke arbeidsongeschiktheid van vier weken of meer, vastgesteld voor een werknemer die al dan niet onderworpen is aan het verplicht gezondheidstoezicht.” In de praktijk bleef dit tot nog toe dode letter (Zie ook verder)⁵.

Ook de regionale bemiddelingsdiensten (VDAB, Forem, Actiris) kunnen hun rol als regisseur van de

Cette mesure s’inscrit dans le cadre du plan de coordination du retour au travail (ci-après: plan de coordination du RAT) qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Un trajet de retour au travail (ci-après: trajet de RAT) est un trajet au cours duquel un coordinateur du retour au travail de la mutualité aide un travailleur à trouver l’accompagnement adéquat pour permettre son retour sur le marché du travail grâce à un emploi adapté, un autre emploi ou une formation. L’intervention d’un coordinateur du retour au travail permet en effet:

- d’augmenter le nombre de personnes qui démarrent un trajet de réintégration professionnelle et d’accélérer ce processus;
- d’augmenter le nombre de personnes orientées vers un emploi adéquat, et d’accélérer ce processus;
- d’agir de manière plus ciblée et plus personnelle;
- d’utiliser plus efficacement les services existants (tant fédéraux que régionaux).

Un facteur important dans la nouvelle stratégie de réintégration est la mobilisation plus rapide du médecin-conseil, qui doit évaluer, dans les quatre mois suivant le début de l’incapacité de travail du travailleur, si le coordinateur peut accompagner ledit travailleur vers un retour au travail et si ce dernier a besoin d’un soutien dans ce cadre. Durant ce trajet, une coopération étroite est à l’œuvre entre le travailleur en incapacité de travail, le coordinateur du RAT, le médecin-conseil, le médecin traitant et le médecin du travail.

Autre nouveauté: l’obligation pour le conseiller en prévention-médecin du travail de contacter le travailleur après quatre semaines d’inactivité pour l’informer des différentes possibilités de faciliter son retour au travail. Il est indispensable à cet effet que l’employeur informe le médecin du travail de l’absence du travailleur. Cette obligation était en réalité déjà imposée par l’article I.4-4, § 3, du Code du bien-être au travail: “L’employeur prend les mesures nécessaires pour informer le conseiller en prévention-médecin du travail de toute incapacité de travail de quatre semaines ou plus, constatée pour un travailleur soumis ou non à la surveillance de santé obligatoire.” Mais dans la pratique, cette disposition est jusqu’à présent restée lettre morte (voir également ci-dessous).⁵

Les services régionaux de l’emploi (FOREM, Actiris, VDAB) peuvent également jouer leur rôle de régisseur du

⁵ Een volledige uitleg over de nieuwe regeling is te vinden via deze link: https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van#toc_heading_3

⁵ Pour une explication détaillée de la nouvelle réglementation, consulter le lien suivant: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs/reintegration-des>

arbeidsmarkt opnemen en samen met de partners een passend aanbod van dienstverlening voorzien om begeleiding op maat te bieden. In dat verband sloten de federale minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken enerzijds en de Vlaamse minister voor Werk anderzijds een protocol af met het engagement om in 2022 7500, in 2023 10.000 en 2024 zelfs 12.000 re-integratietrajecten in het Vlaams Gewest op te starten. Helaas werden de beoogde doelstellingen noch in 2022, noch in 2023 gehaald. Ze bleven steken rond de 6500 trajecten⁶.

Om meteen een mogelijk misverstand uit de wereld te helpen: het is niet de bedoeling om álle langdurig zieken verplicht en voltijds aan het werk te zetten. Instappen in een TNW-traject gebeurt op basis van vrijwilligheid in hoofde van de arbeidsongeschikte werknemer en is uiteraard kosteloos voor de betrokkene. Bij wie een definitieve ongeschiktheid wordt vastgesteld, is het noch de bedoeling, noch zinvol om een herintegratietraject te overwegen. Een “heksenjacht” is dus zeker niet aan de orde.

Het is wél de bedoeling om na te gaan vanaf wanneer, op welk tempo en onder welke voorwaarden mensen die langdurig ziek zijn maar die niet definitief ongeschikt voor de arbeidsmarkt verklaard zijn hun vroegere job of eventueel een andere baan kunnen hervatten. En dat gebeurt best zo snel mogelijk nadat de betrokkene arbeidsongeschikt is geworden. In tegenstelling tot wat soms algemeen wordt aangenomen, is voor heel wat langdurig zieken fulltime inactief moeten blijven helemaal niet wat ze zelf wensen. Velen onder hen krijgen het financieel moeilijk (de oneliner “ziek maakt arm en arm maakt ziek” is méér dan een cliché!), zeker wanneer ze ook nog de financiële lasten voor studerende kinderen moeten dragen en/of enige kostwinner zijn. Bovendien kan volledige inactiviteit ontmoedigend werken.

Daarenboven klopt dat andere veel gehoorde cliché “ziek is ziek” slechts ten dele. Een beenbreuk bijvoorbeeld maakt iemand tijdelijk immobiel, maar daarom niet intrinsiek arbeidsonbekwaam. Alleen wordt die nuance vandaag niet gemaakt en wordt een voor de rest perfect gezond iemand vaak aangeraden om een aantal weken fulltime in ziekenverlof te blijven omdat hij of zij in het gips ligt. Voor een bouwvakker die voor de uitoefening van de job zich moet kunnen bewegen, is dat aannemelijk, maar voor iemand die zittend kantoorwerk verricht geldt dat bijvoorbeeld niet en kan het probleem

marché de l'emploi et prévoir avec leurs partenaires une offre adéquate de services pour assurer un accompagnement sur mesure. À cet égard, le ministre fédéral de la Santé publique et des Affaires sociales, d'une part, et la ministre flamande de l'Emploi, d'autre part, ont signé un protocole reposant sur l'engagement de lancer, en Région flamande, 7500 trajets de réintégration en 2022, 10.000 en 2023 et même 12.000 en 2024. Les objectifs poursuivis n'ont malheureusement pas été atteints ni en 2022, ni en 2023. Le nombre de trajets de réintégration a stagné aux alentours de 6500⁶.

Pour dissiper tout malentendu, l'intention n'est pas de mettre obligatoirement au travail à temps plein tous les malades de longue durée. Le travailleur en incapacité de travail est libre de participer ou non à un trajet de RAT, et cette participation est évidemment gratuite. Pour les personnes déclarées en incapacité définitive, il n'est ni prévu ni utile d'envisager un trajet de réintégration. Une “chasse aux sorcières” n'est donc certainement pas à l'ordre du jour.

Le but est en revanche de savoir quand, à quel rythme et dans quelles conditions les personnes qui ont été déclarées en maladie de longue durée mais pas en incapacité de travail définitive peuvent reprendre leur ancien emploi ou éventuellement un autre travail. Et il est préférable que ce retour au travail ait lieu le plus rapidement possible après le début de l'incapacité de travail. Contrairement à certaines idées reçues, pour de nombreux malades de longue durée, le fait de devoir rester inactif à temps plein ne répond pas du tout à leur souhait. Bon nombre d'entre eux éprouvent des difficultés financières – l'adage “la maladie rend pauvre et la pauvreté rend malade” est plus qu'un cliché! – à fortiori lorsqu'ils doivent également supporter la charge financière de l'éducation des enfants et/ou sont le seul soutien de famille. De plus, l'inactivité totale peut conduire au découragement.

En outre, cet autre cliché très répandu, selon lequel “quand on est malade, on est malade”, n'est que partiellement vrai. Une jambe cassée, par exemple, immobilise une personne temporairement, mais ne l'empêche pas intrinsèquement de travailler. Aujourd'hui, on ne fait cependant pas cette nuance et il est souvent conseillé à une personne par ailleurs en parfaite santé d'observer un congé de maladie à temps plein de plusieurs semaines parce qu'elle porte un plâtre. Pour un ouvrier du bâtiment qui doit pouvoir se déplacer pour accomplir son travail, c'est compréhensible, mais il n'en va pas de même pour

⁶ Een volledige uitleg over de nieuwe regeling is te vinden via deze link: https://werk.belgie.be/nl/themas/welzijn-op-het-werk/het-gezondheidstoezicht-op-de-werknemers/re-integratie-van#toc_heading_3

⁶ Une explication complète du nouveau régime est disponible à l'adresse suivante: <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs/reintegration-des>

misschien opgelost worden door een tijdje fulltime thuis te werken. Dat de betrokkene daarbij de tijd krijgt voor alle noodzakelijke medische behandelingen (doktersbezoek, kine...) spreekt voor zich. Kortom, zwart-witdenken in deze problematiek is geen oplossing. We moeten op zoek naar maatwerk dat langdurig zieken die nog een zekere mate van arbeidsgeschiktheid hebben, letterlijk en figuurlijk beter maakt.

We mogen het probleem immers niet onderschatten. Het aantal langdurig zieken groeit in sneltempo. België heeft een half miljoen langdurig zieken. Die vertegenwoordigen een aandeel van 7,2 % van de bevolking tussen de 20 en 65 jaar. Daar staat een grote maatschappelijke kost tegenover. Deze mensen kunnen hun competenties niet gebruiken en verder ontwikkelen en daarnaast weegt deze zorgwekkende ontwikkeling als lood op de sociale zekerheid. Jaarlijks gaat inmiddels ruim 9 miljard euro naar langdurig zieken. Het slechte nieuws daarbij is dat minder dan de helft van de langdurig zieken nog terugkeert naar het werk als ze drie maanden ziek zijn en slechts 20 % na één jaar ziekte. Na twee jaar ziekte bedraagt het terugkeerpercentage een schamele 10 %. Als klap op de vuurpijl merken we een stijgend aantal mensen dat uitvalt ten gevolge van psychologische oorzaken, zoals burn-out. Dat probleem wordt inmiddels dermate omvangrijk dat sommigen als spreken over een "burn-outpandemie". Onderzoek (juni 2022) van Securex en de KU Leuven toont aan dat 28,5 % van de werknemers een risico op burn-out loopt. Daarvan staat 13,5 % op de rand van een burn-out. Vergeleken met de situatie voor de coronapandemie steeg het aantal werknemers met een ernstig risico op burn-out met 61,4 %. Er zijn verschillen naargelang het profiel. Het burn-outrisico daalt met de leeftijd waarbij werknemers jonger dan 25 jaar gemiddeld 2,4 keer meer risico op burn-out lopen dan werknemers ouder dan 54. Alleenstaande ouders met jonge kinderen hebben 39,5 % meer risico dan andere werknemers. Universitairers lopen een lager risico dan lager geschoolden. Het risico op burn-out ligt ook ruim een kwart hoger in Wallonië dan in Vlaanderen. Ook locomotorische stoornissen zijn een veel voorkomend probleem. Waar psychologische oorzaken vooral in de zorgsectoren een reden tot uitval zijn, doet uitval wegens locomotorische stoornissen zich meer voor in de bouw en de dienstensector.

We moeten bij de aanpak van het probleem uitgaan van een positieve benadering, waarbij we kijken naar

quelqu'un qui fait un travail de bureau sédentaire, par exemple, et le problème peut être résolu en travaillant à temps plein à la maison pendant un certain temps. Il va sans dire que dans ce cas, l'intéressé disposerait du temps nécessaire pour tous les traitements médicaux requis (visites chez le médecin, chez le kiné...). Bref, le manichéisme n'est pas une solution. Nous devons rechercher des solutions personnalisées qui améliorent, au sens propre comme au sens figuré, la situation des malades de longue durée qui ont encore une certaine capacité de travail.

On aurait tort en effet de sous-estimer le problème: le nombre de malades de longue durée augmente à une vitesse fulgurante. La Belgique compte un demi-million de malades de longue durée, soit 7,2 % de la population âgée de 20 à 65 ans. Cette situation a un coût social majeur. Ces personnes ne peuvent pas utiliser leurs compétences, ni les perfectionner. En outre, cette évolution préoccupante plombe la sécurité sociale. Chaque année, plus de 9 milliards d'euros sont consacrés aux malades de longue durée. La mauvaise nouvelle est que moins de la moitié d'entre eux retournent travailler après trois mois de maladie et qu'ils ne sont que 20 % à retravailler après un an de maladie. Après deux ans de maladie, ce pourcentage tombe à un misérable 10 %. Pour couronner le tout, nous observons qu'un nombre croissant de travailleurs tombent en maladie à cause de problèmes psychologiques, comme le *burn-out*. Ce problème prend entre-temps une ampleur telle que d'aucuns parlent déjà d'une "épidémie de *burn-out*". Une enquête réalisée (en juin 2022) par Securex et la KU Leuven montre que 28,5 % des travailleurs sont exposés à un risque de *burn-out*, dont 13,5 % sont au bord du *burn-out*. Par rapport à la situation d'avant la pandémie de coronavirus, le nombre de travailleurs présentant un risque sévère de *burn-out* a augmenté de 61,4 %. Il existe des différences en fonction du profil. Le risque de *burn-out* diminue avec l'âge, les travailleurs de moins de 25 ans étant en moyenne 2,4 fois plus exposés au risque de *burn-out* que les travailleurs de plus de 54 ans. Par rapport aux autres travailleurs, les parents isolés ayant de jeunes enfants sont exposés à un risque supérieur de 39,5 %. Les universitaires sont moins exposés que les personnes moins qualifiées. Le risque de *burn-out* est également plus élevé de 25 % en Wallonie qu'en Flandre. Les problèmes locomoteurs sont également très fréquents. Si la maladie due à des facteurs psychologiques touche surtout les secteurs des soins de santé, la maladie due à des problèmes locomoteurs apparaît davantage dans les secteurs de la construction et des services.

Nous devons nous attaquer au problème sous un angle positif en examinant ce que les gens sont encore

wat mensen nog kunnen. Het federaal regeerakkoord van de regering De Croo onderschreef die invalshoek en bepaalde daarom dat:

“De re-integratie van langdurig zieken op het werk en de arbeidsmarkt wordt verder versterkt, in overleg met de sociale partners. Daarom zullen onder andere de aanbevelingen in het unaniem advies (nummer 2099) van de NAR van september 2018 worden uitgevoerd.

De organisatie en het beheer van de re-integratietrajecten zal geëvalueerd worden. De procedures worden vereenvoudigd en gestroomlijnd zodat meer werknemers (sneller) een re-integratietraject kunnen starten en succesvol beëindigen. Dit traject gaat uit van een multidisciplinaire aanpak waarbij de arbeidsbemiddelingsdiensten tijdig betrokken worden.

Zowel ondernemingen als werknemers moeten met raad en daad worden bijgestaan om de re-integratietrajecten op te starten en tot een succesvol einde te brengen. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld *disability managers* worden ingezet. Het multidisciplinair karakter van de begeleiding wordt daarbij bewaakt.

We starten een reflectie om dezelfde filosofie met begeleiding op maat toe te passen op andere doelgroepen zoals ambtenaren en zelfstandigen, in overleg met de betrokken sociale partners. We willen de blijvende instroom in (langdurige) arbeidsongeschiktheid voorkomen door werkgevers en werknemers te ondersteunen bij meer werkbaar werk, in overleg met de sociale partners. De responsabilisering van alle betrokken actoren, dit wil zeggen werkgevers, werknemers en artsen (huisarts, arbeidsarts, adviserend arts) is hierbij van groot belang, zowel op het vlak van preventie als op het vlak van re-integratie. Wanneer de organisatie en het beheer van de re-integratietrajecten op punt is gezet, inclusief de nodige ondersteuning, worden in dat kader ook financiële prikkels onderzocht.”

Het federaal regeerakkoord erkende de problematiek en geeft een aantal aanzetten om het stijgend aantal langdurig zieken een halt toe te roepen en een aantal onder hen die langdurig ziek is te activeren om het werk progressief te hervatten. Daarnaast zijn er nog een aantal aspecten die kunnen worden aangepakt. Dit voorstel van resolutie wil de contouren van het beleid rond de aanpak van langdurig zieken, versterken met een aantal bijkomende voorstellen.

capables de faire. L'accord de gouvernement fédéral du gouvernement De Croo souscrivait à cette approche et énonçait ce qui suit:

“En concertation avec les partenaires sociaux, la réintégration des malades de longue durée au travail et sur le marché de l'emploi sera encore renforcée. Dans ce but, les recommandations de l'avis unanime (numéro 2099) du CNT de septembre 2018 seront entre autres appliquées.

L'organisation et la gestion des processus de réintégration seront évaluées. Les procédures seront simplifiées et alignées afin qu'un plus grand nombre de travailleurs puissent entamer et mener à bien un processus de réintégration (plus rapidement). Ce parcours est basé sur une approche multidisciplinaire impliquant les services de l'emploi en temps utile.

Il faut apporter aide et conseil aux entreprises et aux travailleurs pour qu'ils entament et mènent à bien les parcours de réintégration. Des *disability managers*, par exemple, peuvent être affectés à cette fin. On veillera à cet égard au caractère multidisciplinaire de l'accompagnement.

Nous entamons une réflexion pour appliquer la même philosophie avec des conseils sur mesure à d'autres groupes cibles tels que les fonctionnaires et les indépendants, en consultation avec les partenaires sociaux concernés. Nous voulons prévenir l'afflux permanent d'incapacités de travail (de longue durée) en aidant les employeurs et les travailleurs à mettre en place des conditions de travail plus faisables, en concertation avec les partenaires sociaux. La responsabilisation de l'ensemble des acteurs concernés, c'est-à-dire les employeurs, les employés et les médecins (médecin généraliste, médecin du travail, médecin-conseil) est à cet égard d'une grande importance, tant en termes de prévention que de réintégration. Une fois que l'organisation et la gestion des parcours de réintégration auront été mises en place, y compris le soutien nécessaire, les incitants financiers seront également examinés dans ce contexte.”

L'accord de gouvernement fédéral reconnaissait la problématique et fournissait plusieurs incitants afin de mettre un terme au nombre croissant de malades de longue durée et d'inciter certains d'entre eux à reprendre progressivement le travail. En outre, on peut également s'attaquer à d'autres aspects. La présente proposition de résolution entend renforcer les contours de la politique appliquée aux malades de longue durée, tout en y ajoutant quelques propositions supplémentaires.

Daarbij wordt gefocust op drie grote bewegingen:

A. ten eerste het afremmen van de instroom van langdurig zieken door in te zetten op een modern welzijnsbeleid en daarin de rol van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk te optimaliseren;

B. ten tweede het optrekken van het aantal langdurig zieken dat het werk progressief kan hervatten. Gelet op hun zeer groot en groeiend aantal, is het aangewezen een aantal pathologieën van ziekten af te bakenen die prioritair worden geactiveerd. Eén van die prioriteiten betreffen mensen met een psychologische problematiek, zoals burn-out, waarvoor ook volop moet ingezet worden op een preventief beleid;

C. ten derde het aanpakken van een blinde vlek in het beleid, meer bepaald de mensen die geconfronteerd worden met het omgekeerde probleem: zij die lijden aan een degeneratieve, voortschrijdende ziekte, zoals Parkinson, die hen mettertijd steeds minder in staat stellen om voltijds aan de slag te blijven.

1. Instroom afremmen met een modern welzijnsbeleid

De wet betreffende het welzijn op het werk dateert van 1996⁷ en vierde anno 2021 haar zilveren jubileum! Inmiddels is er bijzonder veel gebeurd op het vlak van welzijn op het werk en dat werd versterkt door de coronapandemie. En cours de route werd de wet wel aangevuld met zaken over stalking, grensoverschrijdend gedrag en dergelijke, maar er blijven zowel bij werkgevers als bij werknemers heel wat vragen en bekommernissen over de werking en de inhoud van de Welzijnswet. Als we het aantal langdurig zieken, waaronder steeds meer psychisch zieken, op een eigentijdse manier willen voorkomen en aanpakken, lijkt een evaluatieoefening van de Welzijnswet aan de orde. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de oorzaak van arbeidsongeschiktheden niet per definitie (enkel) in het werk op zich situeert, maar dat ook omstandigheden daarbuiten kunnen toe bijdragen. Zo hebben veel psychologische ziektebeelden een gemengde oorzaak werk-privépersoonlijkheid. Vermits de deelstaten op hun beurt verantwoordelijk zijn voor het luik “Werkbaar Werk” is overleg met hen aangewezen, zodat ze het best een beleid kunnen voeren dat aansluit op het federale welzijnsbeleid (en vice versa).

⁷ Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 18 september 1996.

À cet égard, l'accent est mis sur trois actions majeures:

A. premièrement, freiner la hausse du nombre de malades de longue durée en misant sur une politique moderne en matière de bien-être et en optimisant le rôle des services externes de prévention et de protection au travail;

B. deuxièmement, relever le nombre de malades de longue durée qui peuvent reprendre progressivement le travail. Dès lors que ce nombre est très important et ne cesse d'augmenter, il se recommande de délimiter quelques pathologies à activer en priorité. L'une de ces priorités concerne les personnes souffrant de problématiques psychologiques, comme le *burn-out*, ce qui nécessite de miser aussi pleinement sur une politique de prévention;

C. troisièmement, s'attaquer à un aspect resté inexploré de la politique, celui des personnes confrontées au problème inverse: celui des maladies évolutives et dégénératives, comme la maladie de Parkinson, faisant que les malades sont de moins en moins en état de continuer à travailler à temps plein.

1. Freiner la hausse du nombre de malades de longue durée grâce à une politique moderne en matière de bien-être

La loi relative au bien-être au travail date de 1996⁷ et a fêté ses nocces d'argent en 2021! Or, les choses ont énormément évolué en matière de bien-être au travail, une évolution qui s'est accentuée avec la pandémie de coronavirus. Si des éléments tels que le harcèlement et les comportements abusifs ont été ajoutés à la loi au fil du temps, de nombreuses questions et préoccupations demeurent quant au fonctionnement et au contenu de cette loi, du côté des employeurs comme du côté des travailleurs. Si nous voulons prévenir et gérer de manière moderne le nombre de malades de longue durée, dont ceux, toujours plus nombreux, souffrant de troubles psychiques, le temps paraît venu d'évaluer la loi relative au bien-être. À cet égard, il convient de noter que la cause de l'incapacité de travail ne se situe pas (uniquement) par définition au niveau du travail proprement dit, mais peut être également due à des circonstances extérieures au travail. Ainsi, bon nombre de pathologies psychologiques ont une cause commune à la vie professionnelle et à la vie privée. Dès lors que les entités fédérées sont chargées de mettre en œuvre le volet “Travail faisable”, il s'indique de les consulter afin qu'elles puissent mener une politique qui s'harmonise au mieux avec la politique fédérale en matière de bien-être (et vice-versa).

⁷ Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, publiée au *Moniteur belge* du 18 septembre 1996.

Het is van belang respect op te brengen voor de totstandkoming van de oorspronkelijke welzijnswet. Daarin speelden de sociale partners een zeer belangrijke rol. Ook bij een evaluatie en modernisering is het logisch dat de sociale partners hierin hun rol kunnen spelen. Maar het is eveneens belangrijk dat de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk worden betrokken. Meestal is er overleg tussen de sociale partners, maar worden de beslissingen boven het hoofd van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk genomen. Daarom is het aangewezen dat de sociale partners met betrokkenheid van deze externe diensten de huidige welzijnswet op korte termijn aan een kritische reflectie onderwerpen en op basis van een evaluatie voorstellen formuleren aan de regering die de welzijnswet weer helemaal bij de tijd brengen. Het is daarbij belangrijk dat men in het bijzonder focust op het tegengaan van de vervroegde uitval van werknemers ten gevolge van ziekte.

Een algemeen kenmerk van de huidige welzijnswet is dat ze sterk gericht is op input en procedures. Dat maakt haar administratief omslachtig en te weinig resultaatgericht. Vanuit de huidige beleidsdoelstellingen rond activering van langdurig zieken is het aangewezen dat ze meer outputgericht werkt. Maar ook de algemene uitdaging om mensen langer aan de slag te houden of opnieuw aan de slag te laten gaan, rechtvaardigt deze denkoefening.

Het potentieel van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk blijft onderbenut

Een belangrijke rol in de welzijnswet is weggelegd voor de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk. Ook in het re-integratieluik kunnen zij een aanzienlijke meerwaarde hebben. Ofschoon de externe preventiediensten een plaats krijgen in de TNW-trajecten die door de federale regering op voorstel van de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken werden uitgetekend, wordt hun potentieel vandaag onvoldoende benut. Afwezige werknemers komen op drie manieren bij de arbeidsarts terecht. De werknemer kan dit al vanaf de eerste dag afwezigheid zelf vragen. De adviserend arts van de mutualiteit kan dit aanvragen na twee maanden afwezigheid. Ook de werkgever kan een re-integratietraject vragen na drie maanden.

Maar om het met een boutade uit te drukken: de gemiddelde arbeidsarts houdt zich vandaag voor meer dan 95 % bezig met gezonde werknemers en houdt daarom te weinig tijd over om zich bezig te houden met de (langdurig) zieke werknemers. Bovendien weten deze artsen niet of veel te laat of een werknemer langdurig

Il est important de saluer l'élaboration de la loi initiale sur le bien-être dans laquelle les partenaires sociaux ont joué un rôle décisif. Il est logique que ces derniers soient également associés à son évaluation et à sa modernisation. Il importe toutefois aussi d'impliquer les services externes de prévention et de protection au travail. Si une concertation intervient généralement entre les partenaires sociaux, les décisions, en revanche, sont prises sans tenir compte des services externes de prévention et de protection au travail. Il est donc indiqué que les partenaires sociaux, en association avec ces services externes, soumettent à brève échéance la loi sur le bien-être à une réflexion critique et formulent, à l'issue d'une évaluation, des propositions au gouvernement afin de réactualiser complètement la loi relative au bien-être. À cet égard, il est important de se concentrer plus particulièrement sur la lutte contre l'absentéisme précoce des travailleurs pour cause de maladie.

Une caractéristique générale de l'actuelle loi sur le bien-être est qu'elle est fortement centrée sur l'input et les procédures. Cela la rend complexe au niveau administratif et trop peu orientée résultats. Compte tenu des objectifs politiques actuels portant sur l'activation des malades de longue durée, il serait indiqué que la loi soit davantage orientée output. Mais le défi général de maintenir les gens plus longtemps au travail ou de les remettre au travail justifie également cette réflexion.

Le potentiel des services externes de prévention et de protection au travail reste sous-exploité

La loi sur le bien-être octroie un rôle important aux services externes de prévention et de protection au travail. Ces services peuvent également apporter une plus-value considérable dans le volet réintégration. Bien que les services externes de prévention se voient accorder une place dans le cadre des trajets de RAT qui ont été définis par le gouvernement fédéral sur proposition du ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, leur potentiel est actuellement exploité de manière insuffisante. Les travailleurs absents aboutissent chez le médecin du travail de trois façons différentes. Le travailleur peut en faire lui-même la demande dès le premier jour d'absence. Le médecin-conseil de la mutualité peut le demander après deux mois d'absence. De son côté, l'employeur peut demander un trajet de réintégration après trois mois.

Mais pour l'exprimer par une boutade: le médecin du travail ordinaire est confronté pour plus de 95 % de son temps de travail à des travailleurs en bonne santé. Par conséquent, il lui reste trop peu de temps pour s'occuper des travailleurs malades (de longue durée). En outre, ces médecins ne savent pas, ou beaucoup trop

afwezig is wegens ziekte omdat de externe dienst eenvoudigweg niet op de hoogte wordt gebracht door de werkgever. Dat kan echter anders met een beperkt aantal ingrepen in de huidige regelgeving en functionering.

De externe diensten zijn te weinig gekend. Ze moeten in alle overlegorganen uitleggen wie ze zijn, hoe ze georganiseerd zijn en wat ze doen. Ze zitten ook niet mee rond de juiste tafels. Een recent voorbeeld spreekt letterlijk boekdelen: bij het begin van de coronacrisis hadden ze al preventie-boeken opgesteld, maar ze werden niet gevraagd.

De externe diensten worden vandaag niet of veel te laat ingelicht. Het zou beter zijn dat ze zo snel mogelijk contact kunnen leggen met de afwezige werknemer. In de huidige codex Welzijn op het Werk staat dit eigenlijk al: elke werkgever moet afwezigheden van minstens vier weken melden aan zijn externe dienst. In de nieuwe regeling werd er op gewezen dat de arbeidsarts na vier weken op de hoogte moet worden gebracht van de inactiviteit van een werknemer om die er vervolgens op te wijzen op welke manieren zijn of haar werkhervatting kan gefaciliteerd worden. In de praktijk gebeurde het voordien echter nooit dat een werkgever de preventiedienst op de hoogte bracht. Gevolg: de externe diensten waren niet op de hoogte van de afwezigheid van werknemers. Ze zien de werknemer enkel als er een werkhervattingsonderzoek gebeurt of als een re-integratietraject wordt opgestart. Dat was een gemiste kans omdat een arbeidsarts contact heeft met de werknemer maar ook de werkplek kent. Via een multidisciplinaire aanpak kan de arbeidsarts helpen om naar oplossingen te zoeken om tot re-integratie te komen. De bepaling in de nieuwe regeling staat of valt ook nu met de naleving van de verplichting door de werkgever om de arbeidsarts na vier weken te informeren.

Als er van de arbeidsarts verwacht wordt dat die zich meer kan focussen op een vroegtijdige tussenkomst van zieke werknemers, zal de arts taken moeten kunnen doorgeven, bijvoorbeeld aan bedrijfsverpleegkundigen. In Nederland doet de arbeidsarts enkel nog onderzoeken voor de terugkeer naar de werkvloer. De bedrijfsverpleegkundige onderzoekt de gezonde werknemers. Dat stemt tot nadenken, gelet op het tekort aan en de leeftijdspiramide van de Belgische arbeidsartsen. Het spreekt voor zich dat de verpleegkundigen niet onbeslagen aan de start mogen komen en uiteindelijk ook onder de supervisie van de arbeidsarts moeten blijven opereren. Daarom zou het aangewezen zijn een gespecialiseerde post-graduaatopleiding, gecombineerd met een opleiding preventie-adviseur niveau 3, te voorzien

tard, si un travailleur est absent pour une longue durée en raison d'une maladie, parce que le service externe n'est tout simplement pas informé par l'employeur. Il pourrait toutefois en être autrement, moyennant un nombre limité d'interventions dans la réglementation et le fonctionnement actuels.

Les services externes sont trop méconnus. Dans tous les organes de concertation, ils doivent expliquer qui ils sont, comment ils sont organisés et ce qu'ils font. Ils ne sont pas non plus conviés aux bonnes tables de réunion. Un exemple récent en dit long sur cette situation: au début de la crise du coronavirus, ils avaient déjà rédigé des livres de prévention, mais ils n'ont pas été consultés.

Les services externes ne sont actuellement pas informés, ou ils le sont beaucoup trop tard. Il serait préférable qu'ils puissent prendre contact le plus rapidement possible avec le travailleur absent. En réalité, c'est déjà mentionné dans l'actuel code du bien-être au travail: chaque employeur doit signaler les absences d'au moins quatre semaines à son service externe. La nouvelle réglementation soulignait qu'il faut signaler l'inactivité d'un travailleur au médecin du travail après quatre semaines afin de lui permettre d'informer ce dernier des différentes possibilités de faciliter son retour au travail. Dans la pratique, le service de prévention n'en était toutefois jamais informé par les employeurs. Conséquence: les services externes n'étaient pas au courant de l'absence des travailleurs. Ils ne voient le travailleur que si celui-ci reprend le travail ou entame un trajet de réintégration. Il s'agissait d'une occasion manquée, parce qu'un médecin du travail a des contacts avec le travailleur, mais connaît aussi l'environnement de travail. À travers une approche multidisciplinaire, le médecin du travail peut participer à la recherche de solutions pour arriver à un trajet de réintégration. Là encore, la disposition prévue par la nouvelle réglementation repose sur le respect par l'employeur de l'obligation d'informer le médecin du travail après quatre semaines.

Si l'on attend du médecin du travail qu'il puisse se concentrer davantage sur une intervention précoce auprès des travailleurs malades, il devra pouvoir transmettre des tâches, par exemple aux infirmiers de santé au travail. Aux Pays-Bas, le médecin du travail ne réalise plus des examens qu'avant le retour au travail. L'infirmier de santé au travail examine les travailleurs qui sont en bonne santé. Cela mérite réflexion, compte tenu de la pénurie et de la pyramide des âges qui caractérisent les médecins du travail belges. Il va de soi que les infirmiers ne peuvent pas commencer à réaliser de telles tâches sans une préparation adéquate et qu'ils doivent au final continuer à opérer sous la supervision du médecin du travail. C'est la raison pour laquelle il serait indiqué de prévoir pour ces infirmiers une formation post-graduat

voor deze verpleegkundigen. Eigenlijk is dit het officialiseren van taken die bedrijfsverpleegkundigen nu al opnemen, en hen een bredere opleidingsbasis geven zodat ook het vertrouwen bij artsen en sociale partners toeneemt voor dit model van verdere taakdelegatie. Voor de goede orde: uiteraard is de verpleegkundige in dit model verplicht afwijkende waarden meteen terug te koppelen naar de arbeidsarts zodat die de betrokken werknemer kan zien en nagaan of de afwijkende waarde een risico inhoudt voor het uitvoeren van het overeengekomen werk. De onderzoeken worden ook uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de arts.

Psychosociale risicoanalyses worden gedaan, maar er moet een actieplan aan gekoppeld worden. Dit wordt in de praktijk niet uitgevoerd. Op 24 februari 2021 veroordeelde de correctionele rechtbank van Brussel⁸ een werkgever tot de maximum geldboete wegens het uitblijven van maatregelen tegen overdreven werkdruk. Het was de eerste keer dat er een vonnis werd uitgesproken met betrekking tot het voorkomen van schade door psychosociale risico's. Het gaat hier om het toepassen van preventieve maatregelen zoals die door de wetgever bedoeld zijn: niet enkel een administratieve formaliteit, maar werknemers als mensen behandelen en niet als asset. Dit toont dus aan dat een analyse onvoldoende is en dat er ook een beleid aan moet worden gekoppeld, zoals de aanstelling en vorming van een vertrouwenspersoon, interne verzoeningspogingen en sancties voor de leidinggevende die problematisch gedrag vertoonde.

2. Een progressieve werkhervatting voor langdurig zieken stimuleren

“Langdurig ziek”: de term spreekt voor zich, maar het is fout te veronderstellen dat langdurige ziekte moet aangepakt worden van zodra ze langdurig is. Dat heeft langdurige ziekte gemeen met langdurige werkloosheid: de lange duur versterkt de inactiviteit. Omdat de lange duur van de afwezigheid van de werknemer onvoldoende van bij de aanvang in de kiem wordt gesmoord, worden vele bruggen opgeblazen die voorkomen dat de werknemer opnieuw aan de slag kan.

Foutieve aanpak van bij de start

Die foute aanpak start al van in het prille begin. Een werknemer meldt zich ziek bij de werkgever en vanaf dan kan het contact tussen beide partijen wegvallen. Dit is zeer nefast voor de werkrelatie met de werkgever, maar ook met de collega's, die eveneens in het ongewisse blijven over de evolutie van de gezondheidstoestand van

spécialisée, combinée avec une formation de conseiller en prévention de niveau 3. Il s'agirait en réalité de l'officialisation de tâches que les infirmiers de santé au travail exercent déjà aujourd'hui. Une formation de base plus large permettrait aussi d'accroître la confiance des médecins et partenaires sociaux dans ce modèle de délégation de tâches. Précisons à toutes fins utiles que dans ce modèle, l'infirmier est tenu d'informer immédiatement le médecin du travail en cas d'anomalie, de manière à ce que celui-ci puisse examiner le travailleur concerné et vérifier si l'anomalie implique un risque pour l'exécution du travail convenu. Les examens sont également réalisés sous la responsabilité du médecin.

Des analyses psychosociales sont réalisées, mais elles doivent être liées à un plan d'action. Dans la pratique, ce n'est pas le cas. Le 24 février 2021, le tribunal correctionnel de Bruxelles⁸ a condamné un employeur à l'amende maximale en raison de l'absence de mesures contre une charge de travail excessive. C'est la première fois qu'un jugement était rendu en matière de prévention de dommages liés aux risques psychosociaux. Il s'agit, en l'espèce, de l'application de mesures préventives telles que visées par le législateur: pas seulement une formalité administrative, mais traiter les travailleurs comme des personnes et non comme des biens. Cela démontre donc qu'une analyse est insuffisante et qu'une politique doit y être associée, comme la désignation et la formation d'une personne de confiance, les tentatives de conciliation interne et des sanctions pour le dirigeant qui fait preuve d'un comportement problématique.

2. Stimuler la reprise du travail progressive pour les malades de longue durée

“Malade de longue durée”: le terme est explicite, mais il est erroné de supposer qu'il faut s'occuper d'une maladie de longue durée à partir du moment où elle atteint une longue durée. C'est un point commun que la maladie de longue durée partage avec le chômage de longue durée: la longue durée renforce l'inactivité. C'est parce que l'on ne se préoccupe pas suffisamment tôt de la longue durée de l'absence du travailleur que de nombreux ponts qui auraient pu permettre au travailleur de reprendre le travail s'écroulent.

Approche erronée dès le départ

Cette approche erronée commence au tout début. Lorsqu'un travailleur signale qu'il est malade à son employeur, le contact entre les deux parties peut déjà prendre fin à ce moment-là. C'est très néfaste pour la relation de travail avec l'employeur, mais aussi avec les collègues, qui restent eux aussi dans l'ignorance quant

⁸ Corr. Brussel (69^e kamer.), 24 februari 2021, R.G. n° 18AB3001.

⁸ Trib. corr. Bruxelles (69^e chambre.), 24 février 2021, R.G. n° 18AB3001.

de afwezige collega. Op die manier groeit zeer snel een vervreemding die de drempel om terug te keren al na enkele maanden zeer hoog maakt. De werkgever probeert deze afwezigheid immers op te vangen door een interne reorganisatie van het werk of door het aanwerven van een tijdelijke kracht. De afwezige werknemer voelt zich op zijn of haar beurt ongemakkelijk naar de collega's toe omdat zij er extra werk bij krijgen en hij of zij vreest voor negatieve reacties bij de terugkomst. Daarom is het van belang dat de communicatie tussen de werkgever en de afwezige werknemer tijdens het ziekteproces behouden blijft via regelmatige (telefonische) contacten. Deze contacten hebben geenszins de bedoeling om over de ziekte van de afwezige werknemer te praten maar zijn bedoeld om elkaar te informeren. De werkgever kan de werknemer informeren hoe de zaken op het werk lopen, de werknemer kan aangeven wanneer er volgens hem een mogelijkheid ontstaat om (deels) terug het werk te hervatten.

Vanaf dag 1 kijken naar wat nog wél kan

Op het vlak van medische opvolging is het van belang dat er vanaf dag 1 gekeken wordt naar wat er nog wél kan. We gaven reeds het voorbeeld van een breuk, waarbij de arts zonder meer een paar maanden ziekteverlof voorschrijft, terwijl de betrokken werknemer mits enkele aanpassingen in de arbeidstijden en/of arbeidsorganisatie nog wel deels aan de slag kan blijven. Men zou hierbij dus beter afstappen van het ziekteattest en overstappen naar een *fitnote*, waarin wordt aangegeven tot wat de zieke nog wél toe in staat is. De controlearts, die de gewettigde afwezigheid moet onderzoeken, zou een “triagearts” kunnen zijn en doorverwijzen naar de arbeidsarts of andere instanties. De klachten zijn gekend. Psychologen en ergonomen moeten vroegtijdig worden ingeschakeld in de re-integratie.

Een eenvoudige en correcte uitwisseling van medische gegevens is primordiaal. De arbeidsarts heeft geen toegang tot het *e-Health*-platform. De huidige wetgeving bepaalt nog altijd dat de arts een therapeutische relatie moet hebben met de patiënt om toegang te hebben tot zijn medische gegevens. Een arbeidsarts heeft nooit een therapeutische relatie met de werknemer, maar hij moet wel oordelen over geschiktheden, over re-integratie of terugkeer naar het werk. Momenteel is de arbeidsarts afhankelijk van de goodwill van de zieke werknemer om toegang te krijgen tot medische gegevens, wat onnodig veel tijd en moeite kost. De arbeidsarts moet toestemming vragen en een aanvraag doen bij de behandelende arts. Sommigen vinden dat de arbeidsarts geen toegang tot die gegevens mag krijgen omdat hij door de werkgever

à l'évolution de l'état de santé du collègue absent. Il en résulte une sorte d'aliénation qui croît rapidement et qui, déjà après quelques mois, place très haut le seuil du retour au travail. L'employeur essaie en effet de compenser cette absence par une réorganisation interne du travail ou par l'engagement d'un renfort temporaire. De son côté, le travailleur absent se sent mal à l'aise à l'égard de ses collègues parce que cette situation leur donne du travail supplémentaire et il craint des réactions négatives à son retour. C'est pourquoi il est important que la communication entre l'employeur et le travailleur absent soit maintenue pendant la période de maladie, au moyen de contacts (téléphoniques) réguliers. Ces contacts ne visent nullement à parler de la maladie du travailleur absent, mais seulement à s'informer mutuellement. L'employeur peut informer le travailleur de la manière dont les choses se déroulent au travail, alors que le travailleur peut indiquer quand il estime pouvoir reprendre (partiellement) le travail.

Identifier ce qui est encore possible dès le premier jour

En termes de suivi médical, il est important d'identifier, dès le premier jour, les prestations que le travailleur peut encore effectuer. Nous avons déjà donné l'exemple d'une fracture pour laquelle le médecin prescrit un congé de maladie de quelques mois, alors que le travailleur blessé pourrait encore continuer à travailler à temps partiel après quelques aménagements de son horaire et/ou de l'organisation de son travail. Il serait donc préférable d'abandonner le certificat médical au profit d'une note d'aptitude (*fit note*) qui mentionnerait les prestations que le malade peut encore accomplir. Le médecin-contrôleur chargé de vérifier si l'absence est justifiée pourrait alors “faire le tri” et renvoyer vers le médecin du travail ou d'autres instances. Les problèmes sont connus. Il convient d'associer les psychologues et les ergonomes à un stade précoce au processus de réintégration.

Il est essentiel d'organiser un échange simple et correct des données médicales. Le médecin du travail n'a pas accès à la plateforme *e-Health*. La législation actuelle prévoit toujours que pour avoir accès aux données médicales d'un patient, le médecin doit être engagé dans une relation thérapeutique avec ce patient. Le médecin du travail n'a jamais de relation thérapeutique avec le travailleur, mais il doit apprécier l'aptitude et les possibilités de réintégration et de retour au travail. Pour avoir accès aux données médicales, le médecin du travail dépend aujourd'hui de la bonne volonté du travailleur malade. Il s'agit d'un processus laborieux qui fait perdre beaucoup de temps. Le médecin du travail doit demander une autorisation et introduire une demande auprès du médecin traitant. D'aucuns estiment que le médecin du travail ne peut pas avoir accès à ces données dès lors

wordt betaald. Nochtans is geen enkel ander medisch beroep zo uitgebreid wettelijk gereguleerd.

Overigens is het geen eenrichtingsverkeer vanuit de huisartsen naar de arbeidsartsen. De informatie-uitwisseling kan ook in de andere richting van de arbeidsarts naar de huisarts nuttig zijn. De arbeidsarts kan in het kader van de arbeidsgeneeskunde ook vaststellingen doen die van belang zijn voor de algemene gezondheid van de werknemer (bijvoorbeeld hypertensie of diabetes wordt gedetecteerd, die niet noodzakelijk onmiddellijk een impact hebben op zijn werkgeschiktheid). Hoe sneller dit rechtstreeks met de curatieve sector kan worden gedeeld, hoe sneller een behandeling kan worden ingezet. Ook dit kan helpen langdurige uitval door ziekte en hoge kosten voor de ziekteverzekering te beperken.

In het verloop van het huidige re-integratietraject via een arbeidsarts kan die laatste vandaag drie mogelijke beslissingen nemen. Opmerkelijk is dat geen enkele van die drie beslissingen toelaat om iemand gewoon geschikt te verklaren om terug te keren naar de werkplek. De concrete mogelijkheden worden geschetst in onderstaande figuur⁹.

Huidig re-integratietraject via arbeidsarts

De werknemer is <u>tijdelijk</u> ongeschikt voor het overeengekomen werk		De werknemer is <u>definitief</u> ongeschikt voor het overeengekomen werk		Re-integratie is niet wenselijk Niet mogelijk als het verzoek afkomstig is van de mutualiteit TRAJECT E
Geschikt om ander/aangepast werk uit te voeren	Ongeschikt om ander/aangepast werk uit te voeren	Geschikt om ander/aangepast werk uit te voeren	Ongeschikt om ander/aangepast werk uit te voeren	
TRAJECT A	TRAJECT B	TRAJECT C	TRAJECT D	
PLAN of verslag gemotiveerde weigering		PLAN of verslag gemotiveerde weigering		

Le travailleur est temporairement inapte à effectuer le travail convenu		Le travailleur est définitivement inapte à effectuer le travail convenu		La réintégration n'est pas opportune Impossible si la demande émane de la mutualité TRAJET E
Apte à effectuer un autre travail / un travail adapté	Inapte à effectuer un autre travail / un travail adapté	Apte à effectuer un autre travail / un travail adapté	Inapte à effectuer un autre travail / un travail adapté	
TRAJET A	TRAJET B	TRAJET C	TRAJET D	
PLAN ou rapport de refus motivé		PLAN ou rapport de refus motivé		

qu'il est rémunéré par l'employeur. Or, aucune autre profession médicale ne fait l'objet d'une réglementation légale aussi détaillée.

Du reste, il ne s'agit pas d'une communication à sens unique du médecin généraliste vers le médecin du travail. L'échange d'informations peut également être utile dans l'autre sens. Dans le cadre de la médecine du travail, le médecin du travail peut dresser des constats qui présentent un intérêt pour la santé générale du travailleur (par exemple détecter une hypertension ou un diabète qui n'ont pas nécessairement d'impact immédiat sur l'aptitude à travailler). Plus vite ces informations sont partagées directement avec le secteur curatif, plus vite le traitement pourra être entamé. Cela peut également contribuer à réduire les absences de longue durée pour cause de maladie et les coûts élevés de l'assurance maladie.

Dans le trajet de réintégration actuel, qui passe par le médecin du travail, ce dernier a trois possibilités. Il est toutefois remarquable qu'aucune de ces possibilités ne permet de déclarer qu'une personne est purement et simplement apte à reprendre le travail. Les possibilités qui s'offrent concrètement sont exposées dans le schéma ci-dessous⁹.

Trajet de réintégration actuel par l'intermédiaire du médecin du travail

⁹ Bron: Mensura.

⁹ Source: Mensura.

Er is de mogelijkheid om iemand tijdelijk ongeschikt te verklaren voor het overeengekomen werk en te zoeken naar geschikt werk of om over te gaan tot een definitieve ongeschiktheid voor het werk bij de huidige werkgever en eventueel een oplossing te zoeken bij een andere werkgever. In het traject C heeft de arbeidsarts de mogelijkheid om te zeggen dat het nog te vroeg is om terug te keren naar werk.

Onzekerheid bij werknemers, maar ook bij werkgevers

Vandaag leeft vanuit de kant van de werknemer de vrees dat hun bereidheid om deel te nemen aan een re-integratietraject, zich tegen hen zou keren. Als het niet zal lukken, vrezen ze dat ontslag zal volgen. De nieuwe TNW-trajecten benadrukken de positieve aanpak en geven aan de arbeidsongeschikten de mogelijkheid om zich vanaf dag één met een vraag naar ondersteuning te wenden tot de TNW-coördinator. De wetgeving sluit tevens niet uit dat ook bij de VDAB, Forem, Actiris en hun partners vanaf de eerste dag ondersteuning kan gevraagd worden. Voor wie dit niet uit zichzelf doet, legt de wetgeving een maximale termijn van vier maanden vast waarbinnen de adviserend geneesheer op basis van de ingevulde vragenlijst een inschatting zal maken.

Vanuit werkgeverskant bestaat eveneens onzekerheid wegens het gebrek aan expertise om aan zo'n re-integratieoefening van een langdurig zieke werknemer te beginnen. Er is ook de vrees om negatieve gevolgen van een mislukte poging te moeten dragen, zoals het loon moeten blijven doorbetalen of beticht worden van het niet doorvoeren van redelijke aanpassingen of het geven van een onredelijke stopzetting van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht. In de plaats van vrede te nemen met deze toestand, is het aangewezen om op zoek te gaan naar de oorzaken en daaraan trachten te verhelpen. Ook de kleine ondernemingen voelen de krapte op de arbeidsmarkt zeer sterk en hebben er baat bij om hun mensen aan de slag te kunnen houden.

Bovendien spreken de cijfers van Co-Prev, de sectororganisatie van de Externe Diensten voor Preventie en Bescherming op het Werk, die "indruk" tegen. Die externe diensten doen jaarlijks meer dan 30.000 re-integratieonderzoeken, zelfs in het covidjaar 2020. De vraag naar het opstarten van een re-integratietraject komt in 45 % van de gevallen van de werkgever, gevolgd door de werknemer in 33 % van de gevallen en 21 % door de mutualiteiten. De meeste beslissingen tot definitieve ongeschiktheid daarentegen worden genomen als de aanvraag van de werknemer of diens behandelende arts uitgaat.

Il est possible de déclarer une personne temporairement inapte au travail convenu et de lui trouver un travail adapté, ou encore de conclure à une inaptitude définitive au travail effectué auprès de son employeur du moment et de rechercher une solution éventuelle auprès d'un autre employeur. Dans le cadre du trajet C, le médecin du travail peut décider qu'il est encore trop tôt pour que l'intéressé reprenne le travail.

Incertitude pour les travailleurs, mais aussi pour les employeurs

À l'heure actuelle, les travailleurs craignent que leur volonté de participer à un trajet de réintégration se retourne contre eux. Ils ont peur d'être licenciés en cas d'échec du processus. Les nouveaux trajets de RAT mettent l'accent sur l'approche positive et permettent aux personnes en incapacité de travail de s'adresser dès le premier jour au coordinateur du RAT pour bénéficier d'un soutien. La législation n'exclut pas non plus qu'un soutien puisse être demandé dès le premier jour au Forem, à Actiris ou au VDAB et à leurs partenaires. Pour ceux qui ne le font pas de leur propre initiative, la législation fixe un délai maximum de quatre mois dans lequel le médecin-conseil procédera à une évaluation sur la base du questionnaire complété.

L'incertitude règne également chez les employeurs car ils ne disposent pas de l'expertise pour entreprendre un tel exercice de réintégration d'un malade de longue durée. Ils craignent de devoir supporter les conséquences négatives d'une tentative manquée, par exemple de devoir continuer à payer le salaire du travailleur ou d'être accusés de ne pas avoir réalisé certains aménagements raisonnables ou d'avoir mis fin de façon déraisonnable à un contrat de travail pour cause de force majeure médicale. Au lieu de se résigner, il convient d'en rechercher les causes et de s'efforcer d'y remédier. Les petites entreprises sont, elles aussi, très sensibles à la pénurie de main-d'œuvre sur le marché de l'emploi et ont intérêt à pouvoir maintenir leur personnel en activité.

De plus, les chiffres de l'organisation sectorielle des Services externes de prévention et de protection au travail Co-Prev contredisent cette "impression". Ces services externes effectuent plus de 30.000 enquêtes de réintégration chaque année, l'année COVID-19 2020 n'ayant pas fait exception. La demande de lancement du processus de réintégration émane de l'employeur dans 45 % des cas, du travailleur dans 33 % des cas et des mutualités dans 21 % des cas. En revanche, la plupart des décisions d'inaptitude définitive sont prises lorsque la demande émane du travailleur ou de son médecin traitant.

Een werknemer wil “vrij” zijn om stappen te zetten naar een ander werk of een opleiding. Maar eigenlijk kan de werknemer dit ook al doen tijdens de ziekteperiode. Er is te weinig kennis van de mogelijkheden die er zijn tijdens ziekte. Wél is het zo dat de meeste beslissingen van definitieve arbeidsongeschiktheid worden genomen in kleine bedrijven. Er is daar inderdaad werk aan de winkel. Dat heeft wellicht te maken met de minder uitgebouwde hr-diensten, minder mogelijkheden tot aangepaste werkposten wegens een beperkter aantal jobs en mogelijk de angst voor allerlei complexe, kostelijke en administratief belastende processen. Wellicht is de wil tot re-integratie bij de kleine ondernemingen wel aanwezig, maar worden bedrijfsleiders afgeschrikt. Daarom is het aangewezen te onderzoeken op welke manier zij beter administratief en materieel kunnen worden ondersteund én ontlast, zodat ze hun werknemers beter in hun bedrijf kunnen houden. Het initiatief van de federale regering tot instelling van TNW-coördinatoren kan werkgevers hierin ondersteunen. Op Vlaams niveau bestaan ook enkele gespecialiseerde diensten waar werkgevers voor advies terecht kunnen zoals het Gespecialiseerd Team Bemiddeling (GTB) en de gespecialiseerde opleiding/begeleiding (GOB).

Coöperatieve adviserende artsen belonen

Een sleutelrol in het re-integratieproces ligt bij de ziekenfondsen. De adviserende arts kan een grote impact hebben op het re-integreren van langdurig zieken. Vermits re-integratie een vrijwillig proces is, is de ingesteldheid van de adviserend arts om constructief mee te werken bepalend voor het welslagen van het opzet om jaarlijks duizenden langdurig zieken weer aan de slag te krijgen. Die houding mogen we van de adviserende artsen bij alle ziekenfondsen verwachten. Daarom moeten ziekenfondsen die zich in deze filosofie inschrijven, beloond worden wanneer ze positieve resultaten boeken. Dat impliceert tevens dat de resultaten van ziekenfondsen op het vlak van re-integratie moeten gemonitord worden en een deel van hun financiering moet afgestemd worden op de succesratio. In dat opzicht geldt ook voor de adviserende artsen van de ziekenfondsen dat ze de arbeidsongeschiktheid van de langdurig zieken veel sneller zouden moeten evalueren en er veel sneller tijdens het re-integratieproces moet worden vastgesteld wat een arbeidsongeschikte nog wel kan.

Le travailleur veut être “libre” d’entreprendre des démarches en vue de trouver un autre emploi ou de suivre une formation bien qu’en réalité, il puisse déjà le faire durant sa période de maladie. Les possibilités dont le travailleur dispose durant sa maladie sont trop peu connues. Il est toutefois vrai que la majorité des décisions d’inaptitude définitive sont prises dans les petites entreprises. Beaucoup de choses restent à faire à cet égard. Cette situation découle probablement du fait que les services de ressources humaines sont moins développés dans ces entreprises et qu’il est plus difficile d’y trouver des postes de travail adaptés en raison d’un nombre moindre d’emplois. Elle est peut-être également liée à la crainte des petites entreprises d’être confrontées à toutes sortes de processus complexes, coûteux et lourds sur le plan administratif. La volonté de réintégration est sans doute présente dans les petites entreprises, mais leurs dirigeants ont peur de se lancer dans ce processus. Il convient dès lors d’examiner les manières de mieux soutenir leurs dirigeants et de réduire leurs charges administratives et matérielles afin de leur permettre de garder leurs travailleurs. La récente initiative du gouvernement fédéral visant à mettre en place des coordinateurs du retour au travail pourrait déjà aider les employeurs dans ce domaine. Il existe par ailleurs, au niveau flamand, des services spécialisés comme l’équipe de médiation spécialisée (*Gespecialiseerd Team Bemiddeling*, GTB) et les centres spécialisés dans la formation et l’accompagnement (*gespecialiseerde opleiding/begeleiding*, GOB), auxquels les employeurs peuvent également s’adresser pour obtenir des conseils.

Récompenser les médecins-conseils coopératifs

Les mutualités jouent un rôle essentiel dans le processus de réintégration. Le médecin-conseil peut en effet jouer un rôle important dans la réintégration des malades de longue durée. La réintégration étant un processus volontaire, la disposition du médecin-conseil à collaborer de manière constructive est décisive quant à la réussite du projet de réintégration de milliers de malades de longue durée chaque année. Nous pouvons attendre cette attitude de la part des médecins-conseils de toutes les mutualités. C’est pourquoi les mutualités qui adhèrent à cette philosophie devraient être récompensées lorsqu’elles obtiennent des résultats positifs. Dès lors, les résultats obtenus par les mutualités en matière de réintégration devront également être contrôlés et une partie de leur financement devra dépendre de leur taux de réussite. Dans ce contexte, les médecins-conseils des mutualités devront évaluer beaucoup plus rapidement l’incapacité de travail des malades de longue durée et il conviendra de déterminer beaucoup plus rapidement, au cours du processus de réintégration, les tâches dont la personne en incapacité de travail pourra encore se charger.

3. Mensen met een degeneratieve ziekte op maat laten landen

Tot slot willen wij de aandacht trekken op een “vergeten” groep van langdurig zieken. Er wordt immers steevast gesproken over de progressieve werkhervatting door langdurig zieken. Het gaat dan om mensen die eerst voltiids ziek worden en nadien via een re-integratieproject progressief het werken kunnen hervatten. Er bestaat evenwel ook een groep van mensen die met het omgekeerde fenomeen worden geconfronteerd: werknemers bij wie een degeneratieve ziekte, zoals Parkinson, MS, reuma... wordt vastgesteld, kunnen bij de aanvang van de diagnose vaak nog full time aan de slag blijven. Dat wordt moeilijker naargelang de ziekte zich verder ontwikkelt.

In onze ziekte- en invaliditeitsverzekering bestaat echter geen systeem van “progressief ziek worden”. We kennen wel enkele maatregelen voor mensen die na een ziekte terugkeren en een aangepast werkkader nodig hebben. Zo zijn er de rentree-coaches voor mensen die na uitval wegens kanker het werk hervatten of bestaat er op Vlaams niveau de zogenaamde VOP of Vlaamse ondersteuningspremie, waarmee een werkgever de werkplek kan aanpassen wanneer de werknemer terugkeert met een beperking. Maar in andere gevallen is er vanaf het ogenblik dat iemand niet meer voltiids aan de slag kan blijven vaak maar één oplossing: full time ziek worden. Gelet op het degeneratieve karakter van de ziekte is de kans op progressieve werkhervatting een stuk kleiner. Daarom zou men de mogelijkheid moeten krijgen om systematisch minder te gaan werken van zodra het actuele arbeidsschema door de voortschrijdende ziekte niet meer haalbaar is.

Oudere werknemers kunnen dit probleem eventueel nog ondervangen door een beroep op een landingsbaan, maar eigenlijk is dat instrument daar niet voor bedoeld. Bovendien kunnen ook jongere werknemers geconfronteerd worden met degeneratieve ziektes. Daarom zou het aangewezen zijn om te komen tot een systeem dat geïnspireerd is op het principe van de landingsbaan en werknemers die lijden aan een degeneratieve ziekte de mogelijkheid biedt om progressief minder te gaan werken en hun job te combineren met een ziekte-uitkering in functie van de ontwikkeling van hun ziekte. Dit vraagt wel een duidelijke omschrijving van de ziektes die in aanmerking komen en een goede opvolging, want aanzetten tot misbruiken zijn niet onbestaande. In een eerste fase zouden hieromtrent enkele pilootprojecten kunnen worden opgezet rond

3. Prévoir une diminution progressive du temps de travail adaptée pour les personnes souffrant d'une maladie dégénérative

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur un groupe “oublié” de malades de longue durée. On évoque en effet toujours la reprise progressive du travail par les malades de longue durée en évoquant les cas des personnes qui sont d'abord malades à plein temps, puis qui, grâce à un projet de réintégration, peuvent reprendre progressivement le travail. Or, certaines personnes sont confrontées au phénomène inverse. Il s'agit des travailleurs chez qui une maladie dégénérative comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les rhumatismes, etc., a été diagnostiquée et qui peuvent souvent continuer à travailler à temps plein au moment du diagnostic, mais pour qui le travail devient plus difficile à mesure que la maladie progresse.

Dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, il n'existe cependant pas de régime pour les “maladies progressives”. Nous disposons certes de mesures visant les personnes qui reprennent le travail après une maladie et ont besoin d'un cadre de travail adapté. On peut citer, à cet égard, l'exemple des coaches de retour pour les personnes qui reprennent le travail après un cancer ou, au niveau flamand, la Vlaamse ondersteuningspremie ou VOP (prime de soutien flamande), qui permet à un employeur d'adapter le lieu de travail lorsque le travailleur reprend le travail avec un handicap. Mais dans d'autres cas, à partir du moment où un travailleur ne peut plus travailler à temps plein, il n'y a souvent qu'une seule solution: l'absence pour cause de maladie à temps plein. Compte tenu de la nature dégénérative de la maladie, les chances de retour progressif au travail sont alors beaucoup plus faibles. Par conséquent, il conviendrait de permettre aux intéressés de travailler systématiquement moins dès que leur horaire de travail n'est plus compatible avec l'évolution de leur maladie.

Les travailleurs les plus âgés peuvent éventuellement y remédier grâce à des mesures de fin de carrière, mais celles-ci n'ont pas vraiment été conçues pour cela. En outre, de jeunes travailleurs pouvant également être confrontés à des maladies dégénératives, il conviendrait de mettre en place un régime qui, par analogie avec les mesures de fin de carrière, permettrait aux travailleurs atteints d'une maladie dégénérative de réduire progressivement leur temps de travail et de cumuler leur emploi avec une indemnité de maladie selon l'évolution de leur maladie. À cet effet, il conviendra toutefois de définir clairement les maladies visées et un bon suivi de ces malades, car le risque d'incitation aux abus ne sera pas nul. Dans un premier temps, quelques projets pilotes pourraient être mis en place à cette fin en lien avec certaines pathologies bien définies. Lors de la confection du

welbepaalde pathologieën. Bij de begrotingsopmaak voor 2023 heeft de federale regering de deur geopend voor experimenten rond degressieve tewerkstelling. In de notificaties werd immers het volgende opgenomen: “in het eerste kwartaal van 2023 wordt onderzocht op welke manier een specifieke vergoedingsregeling “degressieve tewerkstelling” ingevoerd kan worden in de Uitkeringsverzekering RIZIV. Door werknemers met bijvoorbeeld een fluctuerende aandoening in staat te stellen om deeltijds aan de slag te blijven, wordt een intrede in de volledige arbeidsongeschiktheid (tijdelijk) vermeden.” Helaas werd in dit dossier geen vooruitgang geboekt.

Irina De Knop (Open Vld)

budget 2023, le gouvernement fédéral a ouvert la porte à la mise en place d'expériences en matière d'emploi dégressif. En effet, les notifications indiquent que l'on examinera durant le premier trimestre de 2023 comment un régime d'indemnisation spécifique “emploi dégressif” pourrait être introduit dans l'assurance indemnités de l'INAMI. Ces notifications précisent également qu'en permettant aux travailleurs qui souffrent par exemple d'une affection fluctuante de continuer à travailler à temps partiel, on évite (temporairement) le recours au régime d'incapacité totale de travail. Ce dossier est malheureusement resté au point mort.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het groot aantal inactieve personen op arbeidsactieve leeftijd, waarvan meer dan een half miljoen of 7,2 % van de bevolking tussen de 20 en 65 jaar langdurig ziek is en de vaststelling dat:

1. minder dan de helft van de langdurig zieken nog terugkeert naar het werk als ze drie maanden ziek zijn en slechts 20 % dat doet na één jaar ziekte en 10 % naar twee jaar ziekte;

2. het aandeel langdurig zieke werknemers met een psychosociale aandoening, waaronder een burn-out, toeneemt;

3. de kostprijs van het stijgend aantal langdurig zieken voor onze sociale zekerheid inmiddels ruim 9 miljard euro bedraagt;

B. gelet op het terug-naar-werkcoördinatieplan dat de federale regering goedkeurde en ingang kende vanaf 1 januari 2023, en de mogelijkheid voor de deelstaten om dit te versterken door middel van het afsluiten van een samenwerkingsprotocol, wat inmiddels reeds gebeurde tussen de federale overheid en het Vlaams Gewest (via de VDAB);

C. gelet op het feit dat één op vier (25,3 %) inactieven in België behoort tot de categorie van langdurig zieken en invaliden en dit aandeel in stijgende lijn gaat sinds 2010, toen het aandeel 15,7 % bedroeg;

D. gelet op het feit dat het aandeel zieken en invaliden binnen de inactieve populatie in België met 25,3 % beduidend hoger ligt dan gemiddeld in Europa (19,6 %), waar de trend eveneens stijgend is en het aandeel komt van 14,1 % in 2010;

E. gelet op de krapte op de arbeidsmarkt, waardoor we elk talent en alle helpende handen moeten kunnen activeren en vervroegde uitval of -uittrekking moeten vermijden;

F. gelet op het tekort aan arbeidsartsen, de leeftijdspiramide van de arbeidsartsen die momenteel aan de slag zijn en het feit dat zij vandaag voor 95 % bezig zijn met gezonde werknemers terwijl een aantal van hun taken zouden kunnen worden uitgevoerd door verpleegkundigen, mits zij een gespecialiseerde opleiding kunnen volgen;

PROPOSITION DE RÉOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu le grand nombre de personnes inactives en âge de travailler, dont plus d'un demi-million, soit 7,2 % de la population de 20 à 65 ans, sont des malades de longue durée, et constatant que:

1. moins de la moitié des malades de longue durée reprennent le travail après trois mois de maladie, 20 % seulement après un an de maladie et 10 % après deux ans de maladie;

2. la proportion de travailleurs malades de longue durée souffrant d'une affection psychosociale, notamment d'épuisement professionnel (*burn-out*), est en augmentation;

3. le coût du nombre croissant de malades de longue durée pour notre système de sécurité sociale s'élève aujourd'hui à un peu plus de 9 milliards d'euros;

B. vu le plan de coordination du retour au travail adopté par le gouvernement fédéral, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023, et la possibilité pour les entités fédérées de le renforcer en concluant un protocole de coopération, comme il en existe déjà un entre l'autorité fédérale et la Région flamande (par l'entremise du VDAB);

C. considérant qu'une personne inactif sur quatre (25,3 %) en Belgique appartient à la catégorie des malades de longue durée et des invalides et que cette part est en augmentation depuis 2010, lorsqu'elle atteignait 15,7 %;

D. considérant que la proportion de malades et d'invalides au sein de la population inactif, qui atteint 25,3 % en Belgique, est nettement supérieure à la moyenne européenne (19,6 %), où la tendance est également à la hausse (14,1 % en 2010);

E. considérant que, compte tenu de la pénurie sur le marché du travail, nous devons pouvoir activer chaque talent et toute la main-d'œuvre existante, et éviter les départs anticipés;

F. vu la pénurie de médecins du travail, vu la pyramide des âges des médecins du travail actuellement en activité, et considérant qu'aujourd'hui, 95 % d'entre eux s'occupent de travailleurs en bonne santé, alors que certaines de leurs tâches pourraient être effectuées par du personnel infirmier, à condition que ce personnel puisse suivre une formation spécialisée;

G. overwegende dat de re-integratietrajecten voor langdurig zieken sneller moeten worden opgestart en het terug-naar-werkcoördinatieplan beoogt om het vrijwillige karakter van progressieve werkhervatting aan te scherpen zodat mensen sneller geneigd zijn om in een dergelijk traject te stappen;

H. overwegende dat de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk en hun rol te weinig bekend zijn;

I. overwegende de belangrijke rol van de adviserende artsen van de ziekenfondsen in het versnellen en succesvol opzetten van re-integratietrajecten;

J. gelet op de nood aan uitwisseling van correcte en relevante medische gegevens van zieke werknemers tussen de verschillende medisch betrokken actoren in het re-integratieproces (mutualiteiten, diensten voor arbeidsbemiddeling, sociale partners...);

K. overwegende de wenselijkheid van het opzetten van een sterkere betrokkenheid en snellere begeleiding van werkgevers bij het aanbieden van aangepast werk aan de langdurig zieke werknemer die het werk kan hervatten om aldus te vermijden dat er te snel wordt overgegaan tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht;

L. gelet op de noodzaak van de inpassing van transitietrajecten om werknemers geleidelijk naar een aangepaste job bij een andere werkgever toe te leiden;

M. overwegende dat de activering van de werklozen en de afbouw van de vervroegde uitstapingsstelsels in België gezorgd hebben voor een verschuiving naar het stelsel van ziekte en invaliditeit, terwijl de evolutie in andere landen heeft aangetoond dat dit geen automatisme is;

N. gelet op de unieke situatie van België in de EU-context waarbij we vaststellen dat de daling van de werkloosheid in de periode 2010-2019 lager ligt dan het Europees gemiddelde (2,4 % versus 2,7 %) en de stijging van het aantal langdurig zieken 2.2 procentpunten hoger ligt en dat bovendien wordt gecombineerd met een lagere dan gemiddelde werkzaamheidsgraad (2023: EU 75,3 %, België 72,1 %) en een hoger dan gemiddelde ziekte en invaliditeit;

O. verwijzend naar het federaal regeerakkoord waarin de versterking van de re-integratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt een expliciete ambitie is;

G. considérant que les trajets de réintégration des malades de longue durée doivent être entamés plus rapidement et qu'il convient de renforcer le caractère volontaire de la reprise progressive du travail afin que les travailleurs concernés soient plus enclins à suivre ce type de trajets;

H. considérant que les services externes de prévention et de protection au travail et le rôle de ces services ne sont pas suffisamment connus;

I. vu l'importance du rôle des médecins-conseils des mutualités dans l'accélération et la réussite de la mise en place des trajets de réintégration;

J. vu la nécessité d'un échange de données médicales correctes et pertinentes à propos des travailleurs malades entre les différents acteurs médicalement associés au processus de réintégration (mutualités, services de l'emploi, partenaires sociaux, etc.);

K. considérant qu'il est souhaitable de veiller à ce que les employeurs soient plus impliqués et plus rapidement accompagnés dans la proposition d'un travail adapté aux malades de longue durée capables de reprendre le travail, et d'éviter ainsi toute résiliation précoce des contrats de travail des intéressés pour cause de force majeure médicale;

L. vu la nécessité d'intégrer des trajets de transition qui permettent d'orienter progressivement tout travailleur vers un emploi adapté chez un autre employeur;

M. considérant que l'activation des chômeurs et la suppression des régimes de départ anticipé en Belgique ont entraîné un transfert vers le régime maladie et invalidité, alors que l'évolution observée dans d'autres pays indique que ce glissement n'est pas automatique;

N. vu la situation unique de la Belgique dans le contexte européen, puisque l'on constate que la diminution du taux de chômage entre 2010 et 2019 y était inférieure à la moyenne européenne (2,4 % contre 2,7 %) et que l'augmentation du nombre de malades de longue durée y était supérieure de 2,2 %. En outre, la Belgique enregistre à la fois un taux d'emploi inférieur à la moyenne européenne (en 2023, la moyenne européenne était de 75,3 %, contre 72,1 % pour la Belgique) et un nombre de travailleurs malades ou invalides supérieur à la moyenne européenne;

O. considérant que l'accord de gouvernement fédéral affiche l'ambition explicite de renforcer la réintégration des malades de longue durée sur le marché de l'emploi;

P. verwijzend naar het initiatief van de federale regering tot invoering van terugkeercoaches, of “terug-naar-werkcoördinatoren”, die 18.000 en op termijn 24.000 langdurig zieken per jaar met zachte hand terug naar werk moeten leiden;

Q. gelet op de nood aan het bereiken van een werkzaamheidsgraad van 80 % tegen 2030 met het oog op het vrijwaren van onze welvaart en sociale zekerheid;

R. overwegende dat langdurige ziekte middels een doeltreffend welzijnsbeleid moet worden voorkomen en binnen de groep van langdurig zieken bepaalde pathologieën, en burn-out in het bijzonder, prioritair moeten aangepakt worden;

S. overwegende dat werknemers bij wie een degeneratieve ziekte wordt gediagnosticeerd vandaag niet kunnen terugvallen op een regeling waardoor ze langer degressief en op maat aan de slag kunnen blijven en door de federale regering bij de bespreking van de begroting 2023 de deur geopend werd voor het opzetten van experimenten rond degressieve tewerkstelling;

T. gelet op het feit dat de wet betreffende het welzijn op het werk 28 jaar oud is en dat een evaluatie van de wet zich opdringt;

U. overwegende dat de externe diensten voor de preventie en bescherming op het werk onvoldoende worden ingezet in de aanpak van re-integratie van langdurig zieken;

V. gelet op het feit dat de resultaten die de ziekenfondsen boeken inzake het opstarten van re-integratietrajecten voor langdurig zieken niet worden gemonitord en ziekenfondsen via hun financiering momenteel geen incentive hebben die hun inspanningen ter zake beloont;

W. gelet op de uitspraak van de correctionele rechtbank van Brussel op 24 februari 2021 waarin een werkgever in het kader van het psychosociaal welzijnsbeleid werd veroordeeld omdat hij onvoldoende maatregelen had genomen tegen overdreven werkdruk;

X. overwegende dat de klemtoon vanaf dag 1 niet uitsluitend mag liggen op de arbeidsongeschiktheid van de werknemer, maar ook moet worden gekeken naar de mogelijkheden die hij of zij nog heeft om het werk via een re-integratietraject te hervatten;

Y. gelet op het feit dat de communicatie tussen de zieke werknemer en diens werkgever vaak stilvalt en daardoor de drempel voor een re-integratie sterk bemoeilijkt;

P. renvoyant à l'initiative du gouvernement fédéral visant à recourir à des coaches ou à des “coordinateurs du retour au travail” chargés d'accompagner le retour au travail en douceur de 18.000 et, à terme, de 24.000 malades de longue durée par an;

Q. vu la nécessité de porter le taux d'emploi à 80 % d'ici 2030 pour préserver notre prospérité et notre sécurité sociale;

R. considérant qu'il convient de prévenir les maladies de longue durée grâce à une politique de bien-être efficace et de traiter certaines pathologies en priorité, en particulier l'épuisement professionnel (*burn-out*), dans la catégorie des malades de longue durée;

S. considérant que les travailleurs chez qui une maladie dégénérative a été diagnostiquée ne peuvent pas actuellement bénéficier d'un régime qui leur permette de poursuivre un travail allégé et sur mesure et que le gouvernement fédéral avait, lors de la discussion du budget 2023, ouvert la porte à la mise en place d'expériences en matière d'emploi dégressif;

T. considérant que la loi relative au bien-être au travail a été adoptée il y a 28 ans et que son évaluation s'impose;

U. considérant que les services externes de prévention et de protection au travail ne sont pas suffisamment associés à la gestion de la réintégration des malades de longue durée;

V. vu l'absence de suivi des résultats obtenus par les mutualités après le lancement de trajets de réintégration de malades de longue durée et l'absence actuelle d'incitants financiers récompensant les mutualités pour leurs efforts dans ce domaine;

W. vu le jugement du tribunal correctionnel de Bruxelles du 24 février 2021 condamnant un employeur qui n'avait pas pris suffisamment de mesures pour éviter toute charge de travail excessive dans le cadre de sa politique de bien-être psychosocial;

X. considérant qu'il convient de ne pas mettre exclusivement l'accent sur l'incapacité de travail du travailleur, mais également d'examiner, dès le premier jour, ses possibilités de reprendre le travail après un trajet de réintégration;

Y. considérant que la communication entre le travailleur malade et son employeur est souvent rompue, ce qui complique fortement la réintégration;

Z. gelet op het feit dat elke zieke met een arbeidscontract een arbeidsarts en een Externe Dienst voor Preventie en Bescherming heeft, die vroeger moeten worden ingeschakeld in geval van afwezigheid wegens ziekte;

AA. gelet op het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft dat werd verfijnd door het aantal beslissingen dat een arbeidsarts kan nemen te vereenvoudigen en de mogelijkheid te geven om iemand op een eenvoudige manier opnieuw naar het werk te begeleiden;

BB. overwegende dat arbeidsartsen vandaag niet de mogelijkheid hebben om een zieke werknemer die ze onderzoeken geschikt te bevinden om het werk meteen te hervatten;

CC. overwegende dat re-integratietrajecten in kleine ondernemingen moeizamer tot stand komen en daardoor de angst bij langdurig zieken groeit dat hun bereidheid tot re-integratie zich tegen hen kan keren in de vorm van een beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht;

DD. overwegende dat bij het opzetten van een re-integratietraject sneller de optie van een heroriëntatie naar een baan bij een andere werkgever moet kunnen worden overwogen indien de perspectieven voor re-integratie bij dezelfde werkgever negatief zijn;

EE. overwegende dat een betere datadeling tussen de verschillende betrokken partijen, waaronder toegang tot *e-Health*-platformen voor arbeidsartsen, noodzakelijk is om de re-integratie efficiënter te kunnen organiseren;

FF. overwegende dat er geen nood is aan bijkomende structuren maar de bestaande structuren elkaar beter leren kennen en beter gebruikt moeten worden om de gegevensuitwisseling en de doorverwijzing te bevorderen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. de inspanningen op te voeren om de instroom van langdurig zieken in de ziekte- en invaliditeitsverzekering te voorkomen en die doelstelling mee op te nemen in een algemene evaluatie en modernisering van de wet betreffende het welzijn op het werk, die in overleg met de sociale partners en rechtstreekse betrokkenheid van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk wordt uitgevoerd;

Z. considérant que tout travailleur malade sous contrat de travail peut consulter un médecin du travail et un service externe de prévention et de protection au travail qu'il conviendrait d'associer plus rapidement en cas d'absence pour cause de maladie;

AA. vu l'arrêté royal du 28 octobre 2016 relatif à la réintégration des travailleurs en incapacité de travail, qui a été affiné en simplifiant le nombre de décisions que peut prendre un médecin du travail et en donnant la possibilité d'accompagner une personne de manière simple dans la reprise du travail;

BB. considérant que le médecin du travail ne peut actuellement pas déclarer que le travailleur malade qu'il examine est apte à reprendre immédiatement le travail;

CC. considérant que les trajets de réintégration sont plus difficiles à mettre en œuvre dans les petites entreprises, leurs malades de longue durée craignant dès lors que leur volonté d'être réintégrés risque de se retourner contre eux sous la forme d'une rupture du contrat de travail pour cause de force majeure médicale;

DD. considérant qu'il convient, lors du lancement du trajet de réintégration, de pouvoir envisager plus rapidement la possibilité de réorienter le travailleur vers un autre employeur lorsque ses perspectives de réintégration auprès du même employeur ne sont pas bonnes;

EE. considérant qu'il convient d'améliorer le partage des données entre les parties prenantes, y compris d'accorder aux médecins du travail un accès aux plateformes *e-Health* qui permette d'organiser plus efficacement la réintégration;

FF. considérant qu'il n'est pas nécessaire de créer des structures supplémentaires, mais que les structures existantes doivent apprendre à mieux se connaître et être mieux utilisées afin de favoriser l'échange et le transfert de données;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'intensifier ses efforts afin d'éviter un afflux de malades de longue durée dans le régime d'assurance maladie-invalidité et d'intégrer cet objectif dans une évaluation et une modernisation générales de la loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail réalisées en concertation avec les partenaires sociaux en associant directement les services externes de prévention et de protection au travail;

2. bij deze evaluatieoefening van de wet betreffende het welzijn op het werk specifiek oog te hebben voor:

2.1. de administratieve vereenvoudiging;

2.2. een meer output- en resultaatgerichte werking;

2.3 de ontlasting van de arbeidsartsen van een aantal routineuze taken zodat ze meer kunnen focussen op de re-integratie van zieke werknemers en het voorkomen van nieuwe langdurig zieken;

2.4. het efficiënter inschakelen van verpleegkundigen bij de externe diensten voor de preventie en bescherming op het werk en daartoe bij de deelstaatregeringen te pleiten voor het opzetten van een post-graduaatsopleiding;

2.5. de koppeling van het opstellen van een actieplan rond psychologisch welzijn op de werkvloer aan het uitvoeren van psychosociale analyses;

3. de terug-naar-werktrajecten te versterken door:

3.1. de gegevensuitwisseling tussen alle betrokken diensten en organisaties en de doorverwijzing te bevorderen;

3.2 er actief op toe te kijken dat de werkgever de verplichting in de Welzijnscode naleeft om binnen de vier weken de externe dienst voor de preventie en bescherming op het werk op de hoogte te brengen van de afwezigheid van de werknemer;

3.3 de controlearts, die de gewettigde afwezigheid moet onderzoeken, de rol van “triagearts” toe te kennen zodat hij of zij kan doorverwijzen naar de arbeidsarts of andere instanties;

3.4 de arbeidsarts toegang te geven tot het *e-Health*-platform;

3.5 het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft te verfijnen door het aantal beslissingen dat een arbeidsarts kan nemen te vereenvoudigen en de mogelijkheid te geven om iemand op een eenvoudige manier opnieuw naar het werk te begeleiden;

3.6 de ziekenfondsen aan te moedigen om zich in te schrijven in een snellere en resultaatgerichte re-integratie

2. d'accorder une attention particulière aux points suivants au cours de cette évaluation de la loi relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail:

2.1 simplification administrative;

2.2 fonctionnement davantage axé sur les réalisations et les résultats;

2.3 allègement de la charge de travail des médecins du travail grâce à la suppression de plusieurs tâches routinières afin que ces médecins puissent se concentrer sur la réintégration des travailleurs malades et sur la prévention de nouvelles maladies de longue durée;

2.4 recours plus efficace au personnel infirmier dans les services externes de prévention et de protection au travail, étant entendu qu'il conviendra, à cette fin, de demander aux gouvernements des entités fédérées de mettre en place une formation de troisième cycle à cette fin;

2.5 lien entre l'élaboration d'un plan d'action relatif au bien-être psychologique au travail et l'exécution d'analyses psychosociales;

3. de renforcer les trajets de retour au travail:

3.1 en promouvant l'échange de données entre tous les services et organisations concernés, ainsi que le renvoi vers les personnes adéquates;

3.2 en veillant activement à ce que l'employeur respecte l'obligation, prévue dans le Code du bien-être au travail, d'informer le service externe de prévention et de protection au travail de l'absence du travailleur, et ce, dans un délai de quatre semaines;

3.3 en confiant au médecin-contrôleur, qui doit examiner la légitimité de l'absence, le rôle de “médecin-trieur”, de manière à ce qu'il puisse renvoyer le travailleur vers le médecin du travail ou d'autres instances;

3.4 en donnant au médecin du travail l'accès à la plateforme *e-Health*;

3.5 en affinant l'arrêté royal du 28 octobre 2016 en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail en simplifiant le nombre de décisions que peut prendre un médecin du travail et en donnant la possibilité d'accompagner une personne de manière simple dans la reprise du travail;

3.6 en incitant les mutualités à inscrire leurs actions dans le cadre d'une réintégration plus rapide et orientée

van niet definitief arbeidsongeschikte langdurig zieken door hun resultaten daaromtrent jaarlijks te monitoren en hun financiering deels af te stemmen op hun succesratio;

4. hierbij bijzondere aandacht en ondersteuning te bieden aan:

4.1. specifieke pathologieën die zich door de aard van de aandoening lenen tot snellere re-integratie alsook aan langdurig zieken met een psychosociaal ziektebeeld, in het bijzonder burn-out;

4.2. kleine ondernemingen aan te moedigen bij het opzetten van re-integratietrajecten, zodat beëindigingen van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht van langdurig zieke werknemers maximaal worden vermeden en de betrokken langdurig zieke werknemers gestimuleerd worden om in een re-integratietraject te stappen en met het oog daarop te onderzoeken op welke manier kleine ondernemingen beter administratief en materieel kunnen worden ondersteund én ontlast;

5. samen met de Gewesten na te gaan op welke manier de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding sneller inspraak kunnen krijgen bij het opzetten van re-integratietrajecten;

6. voor mensen die lijden aan een degeneratieve ziekte pilootprojecten op te zetten met het oog op het uitwerken van een systeem dat hen moet toelaten om zolang mogelijk op maat en degressief aan het werk te blijven.

13 november 2024

Irina De Knop (Open Vld)

résultats des malades de longue durée qui ne sont pas en incapacité de travail définitive, en contrôlant chaque année leurs résultats dans ce domaine et en adaptant partiellement leur financement en fonction de leur taux de réussite;

4. d'accorder une attention particulière et un soutien particulier:

4.1 aux pathologies spécifiques qui, en raison de la nature de la maladie, se prêtent à une réintégration plus rapide, ainsi qu'aux personnes atteintes d'une maladie de longue durée présentant un aspect psychosocial, en particulier le *burn-out*;

4.2. à l'encouragement des petites entreprises dans l'élaboration de trajets de réintégration, de manière à éviter au maximum la résiliation pour force majeure médicale du contrat de travail des travailleurs malades de longue durée et afin d'inciter ces mêmes travailleurs malades de longue durée à entamer un trajet de réintégration, et d'examiner à cette fin de quelle manière les petites entreprises peuvent être mieux soutenues et déchargées aux niveaux administratif et matériel;

5. d'examiner avec les Régions comment les services régionaux de l'emploi et de la formation professionnelle pourraient être associés plus rapidement à l'élaboration de trajets de réintégration;

6. pour les personnes qui souffrent d'une maladie dégénérative, de mettre sur pied des projets pilotes en vue de développer un système qui doit leur permettre de continuer à travailler le plus longtemps possible, de façon adaptée et dégressive.

13 novembre 2024