

Document de réflexion SSST - ASMA :

« Pistes d'intervention pour le maintien dans l'emploi et la prévention de l'invalidité »

Rétroactes

A l'issue de la Grande Journée 2008 de la SSST « Réinsertion professionnelle du travailleur malade ou handicapé », organisée à Charleroi le 18 avril 2008, la Société Scientifique de Santé au Travail (SSST) et l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA) ont décidé de constituer un groupe de travail en commun afin d'explorer des propositions concrètes que les deux associations pourraient formuler afin de favoriser le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des travailleurs atteints d'une affection de longue durée ou d'un handicap.

La composition du groupe de travail est la suivante :

P. Carlier, Ph. Mairiaux, E. Schleich, pour la SSST ;

F. Falez, E. Laurent pour l'ASMA ;

L. Fohal pour l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH).

Le groupe a tenu plusieurs réunions de travail : 23 juin, 3 novembre et 18 décembre 2008, 16 février, 17 juin, et 6 octobre 2009, 4 février et 1^{er} juin 2010.

En outre, plusieurs réunions spécifiques ont été organisées avec des acteurs du monde de l'entreprise : deux réunions (27 avril et 14 septembre 2009) avec des représentants des Services Externes de Prévention et Protection au Travail (SEPP) ainsi qu'avec des représentants des médecins du travail travaillant en service interne (SIPP) ; deux autres réunions avec les organisations syndicales le 11 mai (CSC) et le 2 septembre 2009 (FGTB).

Le document élaboré sur base de ces réunions (voir pages suivantes) engage seulement les deux associations scientifiques signataires.

Sigles utilisés dans le document :

MC : médecin-conseil de l'organisme assureur (en AMI)

CP-MT : conseiller en prévention – médecin du travail

ITT : incapacité temporaire totale

DCM : Disability case manager

DM : Disability manager

Comité PPT : comité pour la prévention et la protection au travail

Positionnement de la démarche dans le contexte des missions respectives du médecin-conseil et du médecin du travail

Le présent document de travail reflète la réflexion de professionnels et de scientifiques concernés par le problème social vécu par le travailleur présentant un état de santé altéré et confronté aux risques de désinsertion du milieu professionnel que cette altération entraîne.

Cette désinsertion du milieu professionnel comporte des dimensions aussi bien sociétales qu'individuelles. Ainsi le nombre de personnes reconnues invalides par l'INAMI montre une augmentation progressive mais constante (+ 30 % entre 1999 et 2008). Les absences-maladies de longue durée constituent souvent une étape dans le processus conduisant à l'invalidité. Touchant une fraction relativement faible des assurés, ces absences entraînent des coûts considérables ; pour certaines affections telles que les affections musculosquelettiques, les 6 à 8 % de patients absents durant 6 mois ou plus sont à l'origine de 75% des coûts de sécurité sociale (indemnités + soins de santé) induits par la totalité des patients mis en arrêt de travail pour ces affections.

Sur le plan individuel, la prolongation d'une absence-maladie est en soi un facteur de risque vis-à-vis de la perte du lien d'emploi. L'enquête Européenne sur les conditions de travail réalisée en 2005 montre qu'un arrêt de travail compris entre 3 et 6 mois réduit déjà de moitié la probabilité que le travailleur puisse reprendre son travail chez son employeur antérieur. Or la perte du lien d'emploi peut avoir de sérieuses conséquences pour la personne concernée, perte de revenus, aggravation des problèmes de santé, isolement social, et constitue souvent un retrait prématuré et non souhaité du milieu de travail ce qui a des répercussions psychiques évidentes.

Un consensus tant politique que scientifique se dégage actuellement pour promouvoir une politique plus active de réinsertion des malades de longue durée et c'est dans ce contexte que s'inscrit la réflexion des deux sociétés scientifiques. Cette réflexion est fondée sur la conviction que tant les médecins-conseil que les médecins du travail peuvent jouer un rôle de prévention important, dans le cadre des rôles et missions confiés par le législateur. Ceux-ci sont brièvement rappelés ci-dessous.

Historiquement, l'évaluation de l'incapacité de travail par le médecin-conseil était surtout orientée par la législation (voir le texte de l'art 100§1 p.ex.) vers **l'évaluation des incapacités**. Celles-ci devaient atteindre un certain niveau, par rapport aux professions de référence, pour qu'un assuré puisse bénéficier d'une reconnaissance d'incapacité de travail ouvrant la porte aux indemnités de maladie.

En modifiant l'art 153 (MB 30/12/2008) qui définit les missions du médecin-conseil, le législateur a souhaité indiquer un réel changement de conception de la manière dont le médecin-conseil doit remplir sa mission en matière de gestion de l'incapacité de travail.

Le nouveau libellé de l'Art. 153 de la loi coordonnée du 14/7/1994 stipule notamment

§ 2.Les médecins-conseils veillent également à la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail. Ils prennent à cet effet toutes les mesures utiles et contactent, avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle de celui-ci. Le médecin-conseil participe au

processus de réadaptation professionnelle, visé à l'article 109bis, dans les conditions définies par le Roi....

Cette modification de la loi exprime une conception dirigée explicitement aussi vers **l'évaluation des capacités restantes** et la mise en oeuvre de tout dispositif permettant de valoriser celles-ci. Cette modification législative constitue la suite logique d'une évolution de notre système de protection sociale vers plus de dynamisme, de proactivité avec l'assuré social dans le but de l'aider à maintenir son insertion dans le monde du travail et cela dans le respect de sa dignité humaine.

L'expérience de terrain des médecins-conseil montre à quel point, si des possibilités subsistent, il est préférable socialement de permettre à quelqu'un de garder une activité professionnelle qui apporte des contacts sociaux, une reconnaissance sociale et partant une amélioration de l'estime de soi, plutôt que de proposer la gestion d'un temps libéré mais avec une santé déficiente et un revenu réduit. L'inactivité professionnelle complète, même couplée à une indemnité de maladie, reste malheureusement souvent génératrice de nombreuses difficultés personnelles morales, psychologiques et financières qui s'aggravent avec les années.

Le public visé dans le présent document, celui des travailleurs, bénéficie cependant de l'avantage d'avoir encore un lien avec l'entreprise. Ce lien peut néanmoins être fragile, surtout si plusieurs périodes d'incapacité de travail ont déjà eu lieu (salaires garantis) plus particulièrement lors de l'installation d'une maladie chronique, et une perte de confiance mutuelle entre l'employeur et le travailleur est fréquemment observée. En pratique, le temps presse pour tenter d'endiguer ce phénomène qui mène régulièrement à la fin du contrat de travail.

Or dans l'entreprise, la prévention de ces situations de rupture peut s'appuyer sur les missions attribuées au médecin du travail par le législateur dans le cadre de la Loi du Bien-être au travail (4 août 1996) et dans le cadre de la surveillance de la santé des travailleurs (AR du 28 mai 2003 ; MB 16 juin 2003). Il est bon de rappeler d'abord que dans ce cadre réglementaire, il est formellement interdit au médecin du travail de contrôler les absences des travailleurs ou d'intervenir à titre curatif, sauf bien sûr en cas d'urgence survenant sur les lieux de travail.

Ayant un statut de conseiller tant vis-à-vis de l'employeur que des travailleurs, le médecin du travail est appelé à examiner les postes de travail et il a donc une connaissance précise des risques de maladies professionnelles et d'accidents du travail dans l'entreprise ; en cela il se distingue du médecin traitant qui lui connaît bien son patient et son environnement familial mais pas son environnement de travail. Au sein du service de prévention de l'entreprise, le médecin du travail est appelé à contribuer à une analyse des risques présents dans l'entreprise et à proposer des mesures de prévention visant à les réduire et de façon générale à améliorer les conditions de travail. Ce volet de son action s'inscrit donc dans une perspective de prévention primaire des problèmes de santé liés au travail.

Les examens médicaux réalisés par le médecin du travail varient en fonction des risques encourus par le travailleur dans l'exercice de son travail mais leurs objectifs sont essentiellement préventifs. Si la législation prévoit des examens réalisés de façon périodique

pour le dépistage précoce de toute anomalie de santé liée au travail (prévention secondaire), elle assigne cependant un autre objectif à la surveillance de santé : il s'agit de promouvoir les possibilités d'emploi pour chaque travailleur et le maintien à l'emploi de ceux qui ont des problèmes de santé.

Dans ce but, le médecin du travail peut proposer à l'employeur des méthodes de travail adaptées, des aménagements du poste de travail, ou la recherche d'un travail adapté.

Dans ce sens, l'examen de reprise du travail prévu après une absence de 28 jours au moins est essentiel. Il permet au médecin du travail de s'assurer que le travailleur peut reprendre son travail habituel. S'il juge que ce n'est pas le cas, le médecin pourra proposer :

Soit des adaptations des conditions de travail (transitoires ou permanentes) dans le cadre de l'emploi actuel

Soit une réorientation interne à l'entreprise, vers un poste mieux adapté

Soit en cas d'impossibilité manifeste des pistes précédentes, sensibiliser le travailleur à la nécessité d'envisager une réorientation future dans une fonction différente dans une autre entreprise.

Pour rendre cette réintégration au travail plus efficace, le législateur a récemment introduit deux dispositions complémentaires pour faciliter une reprise du travail et a prévu que ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des travailleurs, qu'ils soient soumis ou non à la surveillance de santé des travailleurs.

La visite de « pré-reprise » peut avoir lieu pendant l'incapacité de travail (AR 27/01/08) si celle-ci dure plus de 28 jours. Elle permet de faire un bilan de la situation de santé du travailleur et de proposer les dispositions qui faciliteront la reprise du travail, par exemple via un aménagement du poste de travail.

L'examen de réintégration permet lorsque la reprise de travail dans les conditions habituelles de travail est jugée par le médecin traitant définitivement impossible pour des raisons de santé, de préparer un reclassement à une autre fonction.

Le médecin du travail est donc un interlocuteur essentiel dans toute procédure de réintégration au travail après maladie ou accident. La méconnaissance de ce rôle et de ces moyens diminue aujourd'hui les opportunités de réinsertion professionnelle des travailleurs en incapacité de travail.

Les deux sociétés scientifiques sont donc convaincues qu'une bonne collaboration du médecin-conseil et du médecin du travail doit être encouragée et organisée pour, rapidement, permettre une action efficace dans l'entreprise, de manière à éviter la rupture du lien d'emploi, et cela dans l'intérêt premier du travailleur. Les médecins-conseils et les médecins du travail veulent dans cette perspective accorder une attention permanente aux capacités restantes des travailleurs souffrant de limitations de santé.

Le maintien à l'emploi et une réintégration réussie au travail ne peuvent cependant s'envisager sans l'adhésion volontaire du travailleur au processus de réinsertion qui lui est proposé et sans le soutien actif du médecin traitant de celui-ci. Les associations signataires sont donc désireuses d'entamer en 2010 une collaboration avec la Société Scientifique de Médecine générale (SSMG) de manière à préciser et mettre en lumière le rôle du médecin traitant dans le processus conduisant à la réintégration au travail.

Public cible du présent document

Les recommandations et suggestions décrites ci-après concernent les patients

- en incapacité de travail primaire dans le régime AMI, pour une durée de minimum 4 semaines
- encore sous contrat de travail ou sous statut de fonctionnaire
- quelle que soit la cause médicale de l'incapacité
- quel que soit le secteur d'activité où ils ont un emploi.

L'objectif est de prévenir la rupture du lien d'emploi chez des travailleurs pour lesquels le problème de santé à l'origine de l'incapacité n'est pas en soi susceptible de mettre en cause la possibilité de réaliser le travail antérieur dans l'entreprise

Le fait que la cause de l'incapacité de travail soit un accident du travail, un accident de droit commun ou une maladie professionnelle n'exclut pas les patients du public-cible.

Il est bien entendu que toutes les règles de récupération financière (art 136§2 de la loi coordonnée de 1994) restent d'application

Contenu des interventions à promouvoir pour le maintien dans l'emploi

Pour les interventions à promouvoir, 3 stades dans l'évolution du patient-travailleur devraient être considérés:

- **Stade « aigu »**, soit avant la 1^{ère} convocation chez le Médecin-Conseil (MC), de la mutualité (ou Organisme Assureur- O.A.) qui intervient en général entre la 6^e et la 8^e semaine de l'arrêt de travail selon les cas et la pathologie en cause ;
- **Stade « subaigu »** (ou de prévention du passage à chronicité), à partir de la 1^{ère} convocation chez le MC, soit en pratique entre la 8^e semaine et la fin du 5^e mois d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)
- **Stade de « prévention de l'invalidité »** : à partir du 6^e mois d'ITT ou plus tôt (lorsque la gravité de la pathologie fait entrevoir précocement le risque d'une invalidité).

Stade aigu

Actions possibles vis-à-vis :

des médecins traitants : campagne d'information à mener par les organismes assureurs et leurs médecins-conseils (Groupes Locaux d'Evaluation Médicale – GLEM- dodécagroupes, accréditation en éthique-économie....) avec pour objectif de diffuser et soutenir les bonnes pratiques en matière:

1. de prescription de l'arrêt de travail : gestion adéquate de ce moment particulier de la consultation, usage de préférence de certificats de type fermés – à durée clairement déterminée – plutôt que de certificats de type ouvert – « 15 jours puis on verra !»
2. de retour au travail : notamment le recours à la visite de pré-reprise chez le médecin du travail, dorénavant accessible à tous les travailleurs, y compris ceux non soumis à une surveillance de santé régulière et/ou l'utilisation de la reprise à temps partiel pour une période transitoire. A cette occasion, bien veiller à éviter la confusion entre médecin du travail et médecin contrôleur de l'absentéisme !

Tout en restant conscient des obstacles à une évolution des comportements dans ce domaine car

- l'information seule est en général insuffisante pour induire des modifications durables de comportement
- la prescription de l'arrêt de travail ne concerne en pratique qu'un pourcentage relativement faible des patients vus en consultation, et les durées d'ITT dépassant 3 mois, moins de 10% du total des certificats d'arrêt de travail.

des services de médecine du travail (SEPP/SIPP) :

1. encourager le maintien d'un contact de l'entreprise avec la personne absente selon des modalités transparentes et préalablement déterminées avec les partenaires sociaux (consultation et accord préalable du Comité de Prévention et Protection au travail – PPT- de l'entreprise) afin d'éviter que le travailleur malade ou blessé n'ait la conviction que l'on se désintéresse de lui¹. De solides arguments scientifiques plaident en faveur de l'utilité et de l'efficacité d'une telle pratique ; le mode de communication utilisé doit éviter l'écueil de laisser croire au travailleur que ce contact est une façon de faire pression sur lui, mais le convaincre au contraire que ce contact est utilisé dans l'intérêt de tous. Afin d'éviter toute ambiguïté, une telle politique ne devrait concerner que les absences maladie d'une durée égale ou supérieure à 4 semaines.
2. solliciter de l'employeur la fourniture effective, sur base mensuelle, de la liste des travailleurs absents depuis 4 semaines au moins, tel que cela est prévu par l'AR du 27/01/08 réglementant la visite de pré-reprise,;
3. promouvoir l'envoi systématique par l'employeur d'un courrier personnalisé (moyennant l'accord préalable du Comité PPT), à tout travailleur absent depuis quatre semaines² dans le but de l'informer des aides possibles à la reprise du travail dans les meilleures conditions. Lorsqu'il s'agit d'entreprises de type PME ou TPE (très petites entreprises), le SEPP pourrait proposer au secrétariat social (qui le plus souvent gère la paye et toute une série de démarches sociales pour l'employeur) de transmettre un tel courrier, moyennant un accord préalable de l'employeur (et du CPPT, si celui-ci existe dans l'entreprise, à défaut avec l'accord de la délégation syndicale).

Ce courrier pourrait avoir pour objet de :

- Informer le travailleur de l'existence de la visite de pré-reprise chez le médecin du travail;
- Lui rappeler le nom de son médecin du travail et le nom du service de médecine de travail et lui préciser ses coordonnées d'appel;
- Avertir (éventuellement) le travailleur que Monsieur X (par exemple son chef direct) va lui téléphoner dans les trois jours suivant l'envoi de la lettre pour prendre de ses nouvelles
- Proposer (éventuellement) une prise de contact avec le DCM (Disability Case Manager – définition ci-après) lorsque celui-ci existe dans l'entreprise

¹ A noter qu'une telle politique est d'application, à la satisfaction de tous les partenaires, dans certaines grandes entreprises wallonnes

² Un courrier de ce type constitue déjà une pratique usuelle dans certaines entreprises (ex. ISPPC de Charleroi)

Stade subaigu

Plusieurs pistes peuvent être envisagées,

Pour les OA et leurs MC :

1. Stimuler la prise de contact avec le médecin du travail (CP-MT) à l'initiative du MC, et la réponse aux questions suivantes pour une Incapacité Temporaire Totale (ITT) atteignant une certaine durée (2 ou 3 mois ?) , à apprécier selon la situation médicale du patient, et/ou lorsque le patient présente des facteurs de mauvais pronostic (« yellow flags ») :
 - contact établi avec le CP-MT ?
 - reprise possible travail habituel ?
 - reprise possible autre travail dans même entreprise (avec modalités adaptées)?
 - reprise possible même type de travail mais dans une autre entreprise (reclassement externe)
 - nécessité d'envisager une réorientation professionnelle
2. Sur le plan pratique, cette prise de contact pourrait être encouragée par
 - L'insertion d'une alarme automatique dans le dossier informatisé du MC
 - La définition du contenu minimum du dossier médical du MC : celui-ci inclurait dorénavant un « bilan de réinsertion professionnelle » au 4^e mois d'ITT au plus tard, à établir en concertation avec le CP-MT
 - Une éventuelle modification législative (voir par exemple celle actuellement en discussion en France entre partenaires sociaux³)
 - Les réunions des groupes régionaux de contact entre MC et CP-MT (voir ci-après)
3. Encourager la systématisation de la visite de « pré-reprise » chez le CP-MT
4. Introduction dans la législation AMI d'une nouvelle modalité d'intervention, la « Reprise autorisée dans les conditions du travail habituelles » qui serait définie comme une période d'observation (sans exigence immédiate de productivité) et de réadaptation au travail conformément aux recommandations du médecin du travail:
 - à réaliser dans l'environnement du poste de travail habituel ;
 - avec le maintien par l'AMI des indemnités d'arrêt-maladie pour le travailleur, et par conséquent l'absence de charge financière pour l'employeur ; éventuellement, comme dans le cadre de l'art 215 quater de l'AR du 3/7/1996, concernant les « services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler », une indemnité complémentaire sera établie comme incitant.
 - D'une durée de minimum 5 jours et maximum 15 jours ouvrables ;
 - Activable une fois seulement pour la pathologie en cours ;
 - Activable seulement moyennant le volontariat du travailleur ;
 - Activable moyennant une visite de pré-reprise chez le CP-MT ;

³ Instauration d'une visite de « prévention de la désinsertion professionnelle » qui concernerait les arrêts maladies d'au moins 45 jours et consisterait en une procédure collégiale de concertation entre le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin traitant, dans une visée de maintien à l'emploi

- Comportant une évaluation rapprochée par le MC et le CP-MT, et en particulier au moins un contact avec le CP-MT durant la période de prise en charge afin de soutenir et motiver le travailleur ;

Plusieurs points restent encore à préciser cependant : modalités de couverture en assurance accidents du travail durant cette période ; maintien des avantages associés au salaire tels que chèque-repas ?

Contexte et justification :

- Ce système se rapproche des modalités canadiennes de RTT (retour thérapeutique au travail) qui incluent la possibilité d'une reprise « en surnuméraire » sur la ligne de production sans que celle-ci ne coûte 1 € à l'employeur. Il faut cependant souligner que cette possibilité s'insère au Canada dans un régime réglementaire particulier qui comporte le volontariat du travailleur et des obligations pour l'employeur.
 - Les objectifs sont d'aider le patient à se tester et à reprendre confiance dans ses capacités, d'aider le CP-MT à apprécier la nécessité d'un travail adapté, de permettre à l'employeur de tester la faisabilité d'un retour du travailleur en production.
 - Une telle modalité s'inscrit dans la nouvelle philosophie des missions du MC, à savoir, l'évaluation des capacités restantes et une participation active dans le maintien de l'insertion sociale de l'assuré social.
5. Utilisation possible du « mi-temps médical », dans les cas complexes et difficiles, pour prolonger cette période d'observation et de réadaptation au travail.
 6. Permettre à la personne de garder un contact de formation continue au sein de l'entreprise de manière à lui permettre de maintenir ses compétences et de rester au courant de l'évolution des postes de travail.

Pour les services de prévention (SEPP/SIPP) :

1. Investir de façon prioritaire leurs ressources en CP-MT dans la réalisation de ces nouvelles modalités de réinsertion au travail
2. faire de la réinsertion professionnelle une des composantes obligatoires des plans « qualité » imposés par le SPF Emploi pour l'agrément des services ?
3. prévoir un inventaire systématique des interventions réalisées en matière de maintien dans l'emploi dans le cadre des rubriques du rapport annuel d'activités des services (via le nouveau modèle en discussion au Conseil supérieur PPT).

Stade de prévention de l'invalidité

Les pistes à privilégier sont

1. Développement d'un modèle de type « case-management » pour des arrêts de longue durée (>= 6 mois, mais parfois plus tôt – voir remarque ci-dessous) en s'inspirant du projet « Intro DM » développé du côté flamand (coordination : Prevent) et des expériences canadiennes et hollandaises. La mise en œuvre d'un tel modèle pose de nombreuses questions (qui devrait en bénéficier, qui fait quoi, cadre légal ad hoc, financement, ...etc.) et celles-ci font l'objet des commentaires ci-après.
2. Désignation pour chaque bénéficiaire répondant à certaines conditions (groupe cible) d'un coordinateur ou « disability case manager - DCM », qui serait chargé d'accompagner le travailleur lors de la reprise dans l'entreprise, et d'établir à cette fin le contact avec tous les partenaires concernés;

3. Utilisation de la « Reprise autorisée dans les conditions du travail habituelles », définie ci-avant

Commentaires :

- Notion d'arrêt de travail de longue durée :
La borne suggérée des six mois minimum d'arrêt de travail a un sens sur le plan du cadre réglementaire pour l'appréciation de l'aptitude résiduelle du travailleur mais il est nécessaire de la considérer avec souplesse car on peut facilement rencontrer des cas où dès le deuxième mois d'arrêt de travail et en fonction de la gravité de la pathologie (polytraumatisme par ex.), le médecin-conseil est à même de prévoir une absence de longue durée et un handicap résiduel probable, susceptible de rendre difficile le maintien dans l'emploi antérieur. A l'inverse, dans d'autres cas, le médecin-conseil peut constater au sixième mois, une amélioration qui laisse augurer dans les deux mois suivants de la possibilité d'une reprise (au poste de travail antérieur) dans des conditions à peu près normales. La définition d'une durée minimale d'arrêt de travail est également souhaitable sur le plan du rapport bénéfice/coût de l'intervention : la relative lourdeur du cadre d'intervention et son coût ne serait justifié que pour les cas présentant un risque élevé d'évolution vers la perte de l'emploi et/ou l'invalidité.
- Critères d'éligibilité suggérés pour la mise en route d'un disability case management :
 1. Avoir encore un contrat de travail
 2. Médicalement, être en amélioration ou en voie de stabilisation (ne pas attendre la guérison pour initier la procédure !)
 3. Durée d'ITT : au cas par cas selon l'évaluation du MC et son pronostic mais en général au plus tôt après 3 mois d'ITT et au plus tard après 6 mois d'ITT
 4. Volontariat du travailleur en arrêt de travail : il est essentiel car comment espérer voir la réinsertion couronnée de succès si elle ne bénéficie pas de l'adhésion du travailleur? Le travailleur doit être le moteur du processus de réinsertion.
- Procédure d'accès à la réinsertion et modalités
 1. Le travailleur se verrait proposer une « demande de réinsertion » par laquelle il s'engage à suivre les différentes étapes possibles d'un trajet de réinsertion. Cette demande de réinsertion pourrait être initiée soit par le médecin-conseil, soit par le DCM (voir ci-après) du SEPP.
 2. Une fois la proposition acceptée, elle serait transmise à l'employeur afin d'obtenir de celui-ci son engagement à rechercher des solutions pour favoriser la réinsertion.
 3. Le Comité PPT de l'entreprise (ou à défaut de celui-ci, la délégation syndicale) serait informé de l'introduction d'une demande de réinsertion sans cependant que le nom du travailleur concerné soit mentionné. Au moins une fois par an, le Comité serait invité à faire le point sur la politique de réinsertion professionnelle et à en discuter les modalités de mise en oeuvre.
 4. Aboutissement possible du trajet de réinsertion : soit
 - Une reprise du travail antérieur (ou de la même fonction) sans aménagement particulier
 - Une reprise « adaptée » au même poste c'est-à-dire avec des aménagements de nature ergonomique et/ou organisationnelle

- Une reprise à un autre poste (mutation de poste) présentant des contraintes moindres dans la même entreprise
 - Une reprise du travail mais dans une autre entreprise dans une fonction similaire ou dans une fonction différente (outsourcing organisé par l'ancien employeur)
- Cas particulier à envisager

Quelle aide apporter à un travailleur présentant un absentéisme répété, éventuellement via des absences courtes couvertes par le salaire garanti et donc inconnues du MC et en principe aussi du CP-MT; dépistage via la DRH de l'entreprise ?
- Contenu du système de « Disability management »

Le système repose, en théorie, sur deux intervenants nommément désignés, plus ou moins spécialisés et donc préalablement formés à l'exercice de leurs tâches :

 1. « Disability case manager » (DCM): cette personne, **a priori externe à l'entreprise**, peut être considérée comme un coordinateur du processus de réintégration, mais aussi comme un médiateur ou un facilitateur entre toutes les parties impliquées (mutuelle, employeur, syndicat, CP-MT, médecin traitant, assureur-loi, ...); cette personne se voit confier l'accompagnement (le coaching ?) d'un travailleur individuel une fois que celui-ci a accepté de s'inscrire dans un parcours de réinsertion. Elle guide le travailleur, le rencontre et établit tous les contacts nécessaires avec les parties concernées afin d'arriver si possible à un consensus sur la voie à adopter pour permettre une réinsertion professionnelle.
 2. « Disability manager » (DM): il s'agit d'une personne qui, **dans l'entreprise** du travailleur, va contribuer à mettre en place une politique structurée de réintégration (définition de procédures et de critères à soumettre au CPPT) et lorsqu'un cas individuel se présente, va rechercher avec ce travailleur et sa hiérarchie directe, des solutions concrètes pour permettre le retour au travail. Une fonction de DM ne pourra s'envisager bien sûr que dans les entreprises de grande taille ou de taille moyenne.
- Choisir un Disability case manager au sein des SEPP ?

La mission de DCM pourrait, le cas échéant, être assurée par une personne appartenant à l'organisme assureur du travailleur, ou au secrétariat social de l'employeur, ou encore dans les cas d'accidentés du travail, par une personne de l'assurance accident du travail.

Le groupe de travail donne cependant clairement sa préférence à une formule organisationnelle où chaque SEPP désignerait en son sein au moins une personne par région linguistique pour assurer cette mission. Confier ce rôle aux SEPP semble en effet susceptible d'apporter aux travailleurs une garantie de neutralité par rapport aux différentes parties tout en disposant d'une bonne connaissance des conditions et du contexte de travail.

Au sein des SEPP, ce coordinateur pourrait éventuellement être un médecin du travail mais il semble plus réaliste de confier ce rôle à un non médecin. Dans d'autres pays, cette fonction est confiée à un assistant social spécialement formé (en Suisse), un infirmier de santé au travail avec ou sans formation complémentaire en ergonomie (en France), ou un ergothérapeute (au Québec). Faire appel à un non-médecin est cohérent également avec le fait que de nombreux facteurs non-médicaux interviennent en tant qu'obstacles (ou facilitateurs) au retour au travail.

Dans les grandes entreprises, d'autres modèles organisationnels peuvent bien sûr être choisis : fusion des responsabilités de DCM et DM, nomination d'un DM appelé à collaborer avec le DCM du SEPP, choix d'un DCM au sein du SIPP....

○ Risques potentiels associés à un système de Disability case management :

Des inquiétudes sont parfois exprimées quant aux conséquences possibles, et non désirées, de la désignation d'un DCM. La crainte d'un non-respect du secret médical semble assez théorique dans la mesure où la personne désignée DCM sera de toute manière astreinte au respect du secret médical vis-à-vis de l'employeur. Une autre préoccupation concerne l'établissement d'un lien de confiance entre le travailleur et le DCM ; de ce point de vue, il est souhaitable de choisir comme DCM une personne si possible déjà connue des travailleurs et ayant leur confiance. En pratique cependant, ce ne sera sans doute possible que dans les grandes entreprises. Enfin, il est important de clarifier dès le début le rôle exact du DCM, en tant que facilitateur et médiateur, afin d'éviter que l'instauration de cette fonction n'amène les cadres de l'entreprise à se décharger de leur responsabilité personnelle en matière de maintien à l'emploi sur la personne officiellement désignée DCM.

○ Coût du système de Disability case management :

D'autres questions concernent le coût de mise en œuvre d'un système qui implique par définition l'accompagnement individuel du travailleur en arrêt de longue durée par une personne désignée comme DCM. Qui supportera les coûts de cette personne et les coûts de son action ?

Il semble évident que le coût lié à la mise en place de ce système sera de façon globale très largement compensé par la réduction du coût énorme que représentent des années d'invalidité ou de chômage et également par la réduction, non quantifiable sur le plan monétaire, des coûts supportés sur le plan individuel et personnel en terme de qualité de vie, de niveau de vie, de niveau de pension chez le travailleur concerné.

Le groupe de travail est unanime pour considérer que la balance entre ces deux sources de coût sera clairement favorable à la mise en place d'un DCM.

○ Incitants à prévoir pour l'employeur ?

Si dans les PME et TPE, ou même parfois dans de grandes entreprises, l'employeur peut ne pas être motivé du tout à faire face aux contraintes que génère la recherche d'un travail adapté pour un travailleur présentant des limitations de sa capacité de travail, il faudrait au minimum pouvoir offrir des possibilités d'action aux employeurs qui souhaitent agir et encourager leur utilisation effective. La promotion d'un système d'accompagnement du travailleur en arrêt de longue durée afin de prévenir l'entrée en invalidité suppose donc la mise en place en parallèle d'incidents positifs pour les entreprises et leurs employeurs. Les pistes suivantes sont évoquées :

1. Pour les malades chroniques (incapacités répétitives, risque de rechute....), mise en place d'un système où le salaire garanti n'est plus à charge de l'employeur en cas de rechute de l'affection (note Madame ONKELINX);
2. Mise en place d'un système de bonus-malus social (sur le modèle de celui existant pour l'assurance accident du travail) : l'entreprise se verrait pénalisée ou à l'inverse récompensée en fonction du nombre d'absents de longue durée qu'elle parviendrait à réintégrer. Pour les OA, il est en effet possible de

déterminer, par employeur, le nombre d'arrêts de travail d'une durée X (dépassant la période de salaire garanti) sur une période de temps donnée. Ce chiffre serait à confronter (rapporté au nombre de travailleurs de l'entreprise) à des chiffres de référence par secteur

3. Prévoir une réduction transitoire des charges sociales incombant à l'employeur en cas de reprise du travailleur dans son emploi à l'issue d'une absence de longue durée.

Faciliter l'accès du médecin-conseil au médecin du travail

Un progrès dans ce domaine peut s'envisager selon trois stratégies d'action :

- Faciliter l'accès aux coordonnées du médecin du travail : lorsque le patient est incapable de donner le nom du médecin du travail ou le nom de son service (situation assez fréquente), il faudrait permettre l'accès à ces informations par une requête de l'organisme assureur via la Banque Carrefour.
- Autre piste évoquée : obligation de mentionner le nom du SEPP ou SIPP sur la feuille de renseignement à la mutualité, qui est en cours de remplacement par la DMFA
- Prévoir que chaque service externe de prévention dispose d'un canal unique d'information pour les médecins-conseils et les médecins traitants, sous forme soit d'un numéro vert, soit d'une personne de contact désignée soit d'une adresse électronique spécifique (par ex : retour_au_travail@sepp.be)
- Favoriser l'établissement de contacts personnels entre médecins-conseils et médecins du travail : organisation sur une base locorégionale de GLEM médico-sociaux réunissant les praticiens des deux professions. La participation à ces GLEM pourra facilement être encouragée dans le cadre de l'accréditation pour les médecins-conseils ; malheureusement un tel système n'existe pas encore pour les médecins du travail.