



Mevrouw Maggie De Block, Minister van  
Sociale Zaken en Volksgezondheid

Finance Tower  
Kruidtuinlaan 50/175  
B-1000 Brussel

2018/01 re-integratietraject

02-05-2018

**Onderwerp : standpunttekst re-integratietraject**

Mevrouw de Minister,

In bijlage vindt u het advies van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor de chronische ziekten  
aangaande de nieuwe wetgeving omtrent het re-integratietraject voor arbeidsongeschikte werknemers.

De meest prioritaire aandachtspunten zijn:

1. Het Observatorium voor chronische ziekten pleit ervoor dat de terugkeer naar het werk van de langdurig zieken vrijwillig moet zijn, in alle betekenissen van het woord. Met andere woorden, het moet de langdurig zieke werknemer/patiënt zijn die in laatste instantie moet kunnen beslissen. Als hij weigert, mag dit niet het voorwerp zijn van enige expliciete of impliciete sanctie zodat de dynamiek van het re-integratietraject zo constructief mogelijk blijft. Dit kan niet tot nadelige gevolgen van welke aard dan ook leiden, noch op korte of middellange termijn.
2. Het Observatorium voor chronische ziekten vraagt dat de re-integratietrajecten geëvalueerd worden en wil hierbij betrokken worden en vraagt hierbij bijzondere aandacht voor de problematiek van het ontslag wegens medische overmacht .
3. Het Observatorium voor chronische ziekten wenst de aandacht te vestigen op de interdisciplinaire samenwerking tussen de artsen, die voorzien werd in de trajecten. Het vraagt ook dat deze samenwerking wordt uitgebreid naar andere contexten en naar arts-specialisten en andere paramedische beroepen.

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops

i.o.

Karen Mullié

*Handwritten signature of Daphne*  
Daphne  
secretaris

Voorzitster van de Raadgevende afdeling

Vice-voorzitster van de Raadgevende afdeling



## **TEXTE DE POSITION TRAJET DE RÉINTÉGRATION**

### **OBSERVATOIRE DES MALADIES CHRONIQUES**

#### **Points d'attention prioritaires**

1. L'Observatoire des maladies chroniques défend l'idée selon laquelle le retour au travail des malades de longue durée doit se dérouler sur base volontaire, dans tous les sens du terme. Autrement dit, c'est au travailleur / au patient malade de longue durée qu'il doit appartenir de décider en dernière instance. S'il refuse, cela ne peut faire l'objet d'une quelconque sanction explicite ou implicite de sorte que la dynamique du trajet de réintégration reste la plus constructive possible. Ce refus ne peut pas non plus entraîner des conséquences néfastes, de quelque nature que ce soit, ni à court ni à moyen termes.
2. L'Observatoire des maladies chroniques demande que le trajet de réintégration soit évalué et souhaite être associé à cette évaluation. Il demande à cet effet une attention particulière pour la problématique du licenciement pour force majeure médicale.
3. L'Observatoire des maladies chroniques souhaite attirer l'attention sur la collaboration interdisciplinaire entre les médecins qui a été prévue dans les trajets. Il demande également que cette collaboration soit étendue à d'autres contextes, aux médecins spécialistes et à d'autres professions paramédicales.

## Introduction

Pour rédiger le présent texte de position, l'Observatoire s'est concentré principalement sur la nouvelle législation relative au trajet de réintégration pour travailleurs en incapacité de travail<sup>1</sup>. La note n'a de ce fait pas abordé le trajet pour les chômeurs en incapacité de travail ni la réintégration pas plus que l'absence de trajet de réintégration pour les travailleurs indépendants.

### 1. Tenez un dialogue ouvert<sup>2</sup>

Dans le cadre du trajet de réintégration, nous souhaitons mettre l'accent sur l'importance d'un dialogue ouvert entre toutes les parties concernées. Les capacités de travail restantes sont au cœur du trajet de réintégration. Pour les identifier, il est important d'écouter la personne et de tenir compte de ses possibilités. Un dialogue ouvert signifie également que la personne est disposée à écouter et qu'elle ose parler si bien qu'un dialogue puisse être engagé.

Un dialogue ouvert est nécessaire, non seulement entre la personne qui souffre d'une affection chronique et les autres parties concernées, mais également entre les autres parties concernées entre elles<sup>3</sup>. Autrement dit entre le médecin généraliste / le médecin traitant, le médecin-conseil, le médecin du travail, l'employeur ainsi qu'entre les autres professionnels concernés dans le secteur de soins (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, médecins spécialistes, etc.)

Ils doivent pouvoir échanger entre eux les données nécessaires à la réussite du trajet dans un esprit de respect pour les compétences, la déontologie et les fonctions de chacun<sup>4</sup>.

### 2. Conservez le caractère volontaire du trajet<sup>5</sup>

Il est très important pour nous que le trajet repose sur une base volontaire. Il serait cependant question d'instaurer des sanctions pour les personnes qui ne collaboreraient pas suffisamment activement à un trajet de réintégration.

Nous formulons les réflexions suivantes.

---

<sup>1</sup> Arrêté royal du 28.10.2016 modifiant l'arrêté royal du 28.5.2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail ; Arrêté royal du 8.11.2016 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994, en ce qui concerne la réintégration socioprofessionnelle ; Loi du 20.12.2016 portant dispositions diverses en matière de droit du travail dans le cadre de l'incapacité de travail.

<sup>2</sup> Enquête MC « Situation financière et sociale des personnes invalides », oct 2016, <http://www.alteoasbl.be/presse/un-invalid-e-sur-deux-en-grandes-difficultes-financieres.htm?lng=fr>

<sup>3</sup> En respectant bien évidemment le secret professionnel.

<sup>4</sup> Tous les médecins doivent évidemment respecter le secret professionnel. Il est clair que des professionnels sans lien thérapeutique direct avec le patient ne peuvent avoir accès au dossier médical de celui-ci.

<sup>5</sup> Enquête MC « Situation financière et sociale des personnes invalides »

## 2.1. Ne traitez pas les malades chroniques comme des profiteurs

Nous considérons toujours qu'il est essentiel d'appréhender positivement la réintégration des malades de longue durée. Il ressort en effet d'une enquête réalisée en 2014 par la Vlaams Patiëntenplatform sur le travail en présence d'une affection chronique que plus de 4 travailleurs sur 5 sont disposés à reprendre le chemin du travail mais ne sont pas toujours aptes à le faire.

L'enquête, réalisée par les MC, met en avant que 20 % des invalides dans la tranche d'âge des 18-44 ans considèrent pouvoir encore accomplir du travail rémunéré. Cette proportion diminue avec l'âge. L'enquête indique également que 23 % des personnes en invalidité depuis moins de 2 ans considèrent pouvoir encore accomplir du travail rémunéré. Cette proportion diminue également à mesure que la personne reste plus longtemps en invalidité. Ces pourcentages ne sont pas négligeables. Ils soulignent clairement que les personnes sont désireuses de retourner travailler mais que cette volonté se heurte à leurs capacités réduites.

L'instauration de sanctions ne bénéficiera certainement pas à leur santé : cela va générer sans aucun doute du stress supplémentaire et accroître le risque de dépressions dans certains cas.

## 2.2. Travaillez à la simplification administrative

Les malades de longue durée qui ne sont pas en règle par rapport à leurs obligations administratives perdraient leur indemnité. Nous nous demandons si quelque chose a été fait également concernant la simplification administrative et l'automatisation. Les malades de longue durée sont en effet confrontés à une charge administrative importante en ce qui concerne leur maladie, leur traitement médical, leurs impôts, leurs indemnités, etc. Il n'est pas facile de mettre à jour à temps toute cette administration. Des sanctions sont pour cette raison injustes pour les patients.

Nous demandons que le patient sache bien où il peut trouver des informations, que les informations relatives au patient puissent être partagées de sorte que le patient ne doive pas systématiquement répéter les mêmes informations et que l'on prévoie un point de contact unique auquel le patient puisse s'adresser pour toute question.

## 3. Évaluez la législation en matière de trajet de réintégration

La législation n'est en vigueur que depuis décembre 2016 et son impact, qu'il soit négatif et/ou positif, n'est pas encore connu avec précision. Nous demandons donc qu'une évaluation soit réalisée et que les remarques de cette note soient prises en compte. L'Observatoire souhaite également être tenu au courant du processus d'évaluation et y être associé.

La connaissance du terrain et l'expertise des membres de l'Observatoire nous permettent de constater que cette réforme et ses répercussions sont très peu connues de la population, en particulier des personnes confrontées à une maladie chronique. Il convient certainement d'en tenir compte dans le cadre d'une évaluation.

#### 4. Éviter d'abuser du « licenciement pour force majeure médicale »

Les chiffres des syndicats et des services externes de prévention montrent que 70 % des travailleurs qui suivent un trajet de réintégration sont actuellement licenciés pour force majeure médicale.<sup>6</sup>

C'est un problème important et sérieux dans le cadre de la réintégration : des voix s'élèvent, affirmant que c'est un « outil destiné à licencier des personnes »<sup>7</sup>. Cela est inacceptable : il n'est absolument pas prévu que des employeurs démarrent un tel trajet dans le but de finalement pouvoir licencier le travailleur !

Cette problématique doit par conséquent être examinée et traitée en priorité. L'Observatoire défend deux positions concernant la façon d'y arriver.

##### Première position :

Un premier groupe estime que dans le cadre de l'évaluation de la réforme, il faut organiser un contrôle supplémentaire du « licenciement pour force majeure médicale ».

Il faut contrôler davantage le licenciement pour force majeure médicale et s'attaquer aux abus. En outre, il est nécessaire de garantir la sécurité pour un travailleur qui veut lui-même demander à démissionner pour force majeure médicale. Nous demandons également des garanties pour que les travailleurs recevant leur licenciement pour force majeure médicale pendant la durée de leur trajet de réintégration puissent continuer à suivre ce trajet de réintégration également après le licenciement.

Les employeurs doivent bien motiver pourquoi ils ne peuvent pas prévoir d'adaptations pour la réintégration d'un travailleur. Mais qui contrôle cette motivation et en fonction de quels critères ?

Il n'est pas aisé non plus pour les travailleurs d'interjeter appel de la décision de l'employeur de licenciement pour force majeure médicale. Un recours peut certes être introduit auprès du Tribunal du travail, mais beaucoup estiment que c'est aller (beaucoup) trop loin. La personne affiliée auprès d'un syndicat peut faire appel au soutien du syndicat pendant cette procédure de recours. L'Observatoire demande également qu'une solution soit trouvée à cette question. Une piste suggérée à ce propos est, d'une part, d'obliger les employeurs à prévoir un trajet de réintégration global dans leur organisation et, d'autre part, à charger par exemple l'inspection du travail de contrôler et de sanctionner la motivation du licenciement, ce qui faciliterait pour le citoyen l'introduction d'une plainte.

##### Deuxième position :

Un autre groupe au sein de l'Observatoire considère que la seule solution à ce problème consiste en la suppression totale de la possibilité qui existe actuellement d'un licenciement pour force majeure médicale. Dans le cadre des trajets de réintégration, nous avons en effet constaté qu'un nombre considérable de trajets débouchent sur un licenciement pour force majeure médicale.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Les effets pervers de la réforme De Block, Le Soir Vendredi 6 octobre 2017

<sup>7</sup> <http://www.lalibre.be/actu/belgique/reintegration-des-malades-de-longue-duree-le-trajet-de-reintegration-des-malades-machine-a-licenciements-denonce-la-fgtb-5902169ecd70812a65aea736>

<sup>8</sup> <https://press.mensura.be/3-trajets-de-reintegration-sur-4-debouchent-sur-une-incapacite-detavail-definitive-chez-lemployeur-actuel> ; <http://www.cgslb.be/fr/articles/la-reintegration-oulicenciement-pour-force-majeure-medicale> ; <http://www.fgtb.be/-/retour-au-travail-des-maladesde-longue-duree> ;

Ces licenciements pour force majeure médicale, sans notification ni indemnité de licenciement, sont inacceptables. Nous demandons qu'une personne motivée à reprendre le travail et qui démarre un trajet de réintégration puisse profiter de toutes les garanties minimales (notification et indemnité de licenciement) prévues dans une procédure de licenciement classique si le trajet devait conduire à un échec.

Nous n'acceptons pas que dans le cadre de ce trajet, des patients malades de longue durée reçoivent des indemnités de licenciement inférieures à celles dont ils bénéficiaient précédemment dans le cadre de l'incapacité de travail.<sup>9</sup> Cela représente une perte financière énorme pour nombre de personnes confrontées - par définition - à des problèmes de santé. En outre, il n'est pas improbable que plusieurs syndicats appellent leurs affiliés à ne pas participer à ces trajets de réintégration.<sup>10</sup>

Afin de veiller à ce que tous les acteurs associés à ces trajets de réintégration collaborent dans un esprit constructif sans que le licenciement pour force majeure médicale ne pèse sur eux comme une épée de Damoclès, nous vous invitons à adapter la législation pour que les trajets de réintégration ne conduisent plus à un licenciement pour force majeure médicale, tant pendant le trajet qu'à la fin de celui-ci.

## 5. Considérez le volontariat comme occupation journalière à part entière<sup>11</sup>

Il ressort de l'enquête des MC sur la situation financière et sociale des personnes invalides qu'après le travail rémunéré, le volontariat constitue l'activité principale des personnes en invalidité. Dans l'actuel trajet de réintégration, l'accent est mis sur la réintégration vers un travail rémunéré mais cela n'est pas tenable pour tout le monde (à court terme). Pour beaucoup, la transition vers un travail rémunéré est un pas trop important à franchir tandis que le volontariat peut leur apporter une occupation journalière adéquate et éventuellement constituer un tremplin vers le travail rémunéré.

La notion de réintégration doit selon nous être vue dans un sens beaucoup plus large, à savoir que le volontariat soit estimé à sa juste valeur et soit considéré comme une alternative à part entière au travail rémunéré. En effet, de nombreux malades chroniques ne pourront plus jamais travailler alors qu'ils seront encore capables de faire du volontariat et auront la volonté de le faire.

En outre, nous demandons que la possibilité du volontariat soit concrètement inscrite dans les trajets de réintégration et qu'on veille à ce que le médecin généraliste / le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail soient tenus d'informer la personne en incapacité de travail de cette possibilité, et ce naturellement dans un cadre non contraignant. Le volontariat peut parfaitement être envisagé en combinaison avec une

<sup>9</sup> <http://www.cgslb.be/fr/articles/la-reintegration-ou-licenciement-pour-force-majeure-medicale>

<sup>10</sup> [http://www.standaard.be/cnt/dmf20180329\\_03436474?section=67929496&utm\\_source=standaard&utm\\_medium=newsletter&utm\\_campaign=middagupdate&adh\\_i=44bc55f29119b3a7190f5a78d13746ec&imai=&M\\_BT=2344371396845](http://www.standaard.be/cnt/dmf20180329_03436474?section=67929496&utm_source=standaard&utm_medium=newsletter&utm_campaign=middagupdate&adh_i=44bc55f29119b3a7190f5a78d13746ec&imai=&M_BT=2344371396845) ; <http://www.fgtb.be/-/retour-au-travail-des-malades-de-longue-duree>

<sup>11</sup> Enquête MC « Situation financière et sociale des invalides »

incapacité de travail. Nous constatons qu'il reste encore beaucoup de points à clarifier en la matière et que cela constitue un frein. Il faut en l'occurrence communiquer davantage et clairement.

## 6. Veillez à ce que le questionnaire de la mutualité soit simple

Après deux mois d'incapacité de travail, les malades de longue durée reçoivent un questionnaire de leur mutualité. Sur la base de ce questionnaire et du dossier médical, le médecin-conseil de la mutualité évalue les capacités restantes de la personne. Nous demandons à ce que ce questionnaire soit le plus simple possible.

Les mutualités proposent de limiter le questionnaire à deux pages. Pour nous, il est important que des patients testent la facilité d'utilisation de ce formulaire. La KULeuven a déjà pris contact avec la LUSS et la VPP afin d'organiser des groupes focus de patients pour le vérifier mais également pour donner des explications de fond.

Il faudrait par ailleurs prévoir la possibilité de demander une assistance pour compléter le questionnaire. Cette possibilité doit explicitement être proposée au citoyen.

## 7. Accordez aux médecins et à leur équipe suffisamment de temps pour accompagner les personnes dans le trajet

Les personnes qui suivent un trajet de réintégration doivent bénéficier d'un bon accompagnement. Dès lors, il est important que le médecin du travail et le médecin-conseil de la mutualité disposent de suffisamment de temps dans leur programme pour assurer un accompagnement correct de ces personnes. Nous déplorons par conséquent les difficultés et les questions actuelles pour y remédier.

Il est tout aussi important de prévoir un accompagnement pour le retour au travail. Les travailleurs déjà confrontés à des problèmes de santé et toujours actifs ont également besoin d'un accompagnement.

Nous nous posons également la question de savoir dans quelle mesure le VDAB, le GTB, le Forem et Actiris peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement de travailleurs en incapacité de travail dans le trajet. Nous considérons qu'il est important qu'ils puissent apporter un accompagnement, même si la personne concernée est encore liée par un contrat de travail.

## 8. Réformez et modernisez la fonction de médecin-conseil

Le Chapitre 4 du Pacte d'avenir conclu avec les organismes assureurs (septembre 2016, pp. 35-43) prévoit une réforme et une modernisation de la fonction de médecin-conseil. Le Pacte ne répond que partiellement aux problèmes qui se posent dans la pratique. En outre, au niveau de l'INAMI et de la Cellule stratégique, deux groupes de travail auraient été créés afin de poursuivre l'élaboration de cette réforme. Nous réclamons de la transparence en la matière.

Nous formulons ci-dessous brièvement nos recommandations principales concernant la fonction de médecin-conseil. Pour des recommandations détaillées, nous renvoyons à l'avis de l'Observatoire du 9.5.2017.

### 8.1. Renforcez la collaboration multidisciplinaire

Les trajets de réintégration promeuvent la collaboration entre le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin généraliste / le médecin traitant. C'est un des points positifs que l'Observatoire souhaite souligner et continuer à encourager.

### 8.2. Améliorez la procédure de recours

Le patient peut uniquement interjeter appel d'une décision du médecin-conseil auprès du Tribunal du travail.

Cette procédure est souvent très longue et réclame donc un investissement en temps important pour le patient. Elle exige également pas mal d'énergie. Pour une personne atteinte d'une maladie chronique, il n'est pas du tout évident de s'engager dans une procédure longue et fatigante et de maintenir le cap. Financièrement également, une procédure au tribunal peut s'avérer lourde surtout du fait aussi de la position financièrement précaire dans laquelle se trouvent fréquemment les malades chroniques.

L'Observatoire défend l'idée de prévoir la possibilité d'un traitement des plaintes en dehors des tribunaux en cas de désaccord sur la décision du médecin-conseil. Dans le cadre du traitement des plaintes, la personne qui traite une plainte peut prendre position, contrairement au médiateur. Pour l'organisation du traitement de plaintes, une possibilité serait de créer une commission des plaintes au sein de l'INAMI qui jugerait les plaintes. Le recours à la commission des plaintes doit aboutir à une suspension du délai de 3 mois de sorte que le plaignant conserve son droit de procéder devant le Tribunal du travail si le traitement de sa plainte ne se solde pas par un résultat satisfaisant.

## 9. Installez la concertation multidisciplinaire

Nous insistons sur l'importance de continuer à développer des équipes multidisciplinaires (praticiens de l'art infirmier, psychologues, spécialistes, etc.) qui assistent le médecin-conseil et le médecin du travail pendant l'évaluation et l'accompagnement de la personne dans le trajet de réintégration. C'est ainsi que des éléments spécifiques relatifs à l'affection et à la situation de la personne peuvent être inclus dans le trajet.

## 10. Stimulez les efforts des employeurs à prévoir un travail adapté

Il existe actuellement très peu de stimulants pour les employeurs afin de prévoir un travail adapté, alors qu'il reste beaucoup à faire pour que les employeurs investissent dans la réintégration de travailleurs malades de longue durée.

Un changement de mentalité s'impose donc dans nombre d'entreprises. Pensons au tabou qui règne toujours sur la fragilité psychique ou l'incompréhension à laquelle sont confrontés nombre de malades chroniques sur le lieu de travail. Examiner ce que la



personne est encore capable de faire et prévoir des « adaptations raisonnables », comme par exemple des horaires flexibles. Cela est très important, c'est aussi un droit. Les employeurs ignorent parfois en quoi peuvent consister ces adaptations raisonnables pour un travailleur. À cet égard, les médecins du travail déplorent que l'employeur refuse souvent toute proposition d'adaptation du poste de travail. Il est donc important d'informer correctement les employeurs sur des adaptations raisonnables afin de veiller à ce que cette démarche ne soit pas une charge mais au contraire devienne une évidence. La diffusion de bonnes pratiques peut y contribuer. En outre, il faut également davantage de transparence sur l'impact de ces mesures pour une organisation.

Les employeurs ne sont pas non plus toujours informés sur les mesures d'appui qui existent et sur la possibilité de faire appel à des services d'assistance et d'accompagnement. Ces services peuvent aider l'employeur à augmenter les chances de réussite du trajet de réintégration.

La prolongation de la période de salaire garanti à deux ou trois mois pourrait constituer une mesure d'encouragement. Cette mesure encourage véritablement les employeurs à introduire des mesures de réintégration.

L'implication des syndicats auprès des entreprises semble promouvoir la réintégration des patients. La mobilisation collective des travailleurs en cas de licenciement médical ou d'un autre problème de cette nature conduit les employeurs à privilégier d'autres solutions et à développer une véritable politique de réintégration et de disability management. D'un autre côté, la situation est plus difficile dans des entreprises où la culture syndicale est moins présente ou dans les structures qui comptent moins de 50 travailleurs sans représentation syndicale.

## 11. Abordez la problématique du travail autorisé

Reste à savoir si les autorités et les mutualités communiqueront davantage et plus concrètement sur le système de travail autorisé. Nombre de personnes ne sont pas ou pas suffisamment au courant du système de travail autorisé. Il arrive aussi régulièrement qu'ils obtiennent des informations insuffisantes ou erronées. Le système connaît par ailleurs par mal de difficultés. En voici la liste :<sup>12</sup>

- Conformément à l'article 100, § 2, de la loi AMI, le travailleur doit, d'un point de vue médical, conserver une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Il arrive que le médecin-conseil interprète cette règle en estimant qu'il n'est pas possible de *travailler à plus de 50 %*, parce qu'alors la personne est considérée comme « capable de travailler » et qu'elle ne reçoit donc plus d'indemnités. La disposition légale actuelle ne limite cependant pas l'emploi en pourcentage ni en durée.
- Pour pouvoir combiner une indemnité avec du travail à temps partiel dans le système de travail autorisé, la personne malade chronique doit d'abord être en incapacité de travail totale. Le système actuel n'apporte aucune solution aux personnes malades chroniques qui souhaitent réduire progressivement leur carrière mais qui ne veulent pas dans un premier temps sortir du marché du travail.
- Plusieurs sauts d'inactivité interviennent : perte d'intervention majorée, allocations familiales majorées, double pécule de vacances, etc.

---

<sup>12</sup> La Vlaams Patiëntenplatform asbl a rédigé une note à ce propos disponible sur son site internet.

- Le travailleur salarié ne peut se mettre au travail dans le travail autorisé que si l'employeur lui accorde cette faveur. Il ressort après enquête que nombre d'employeurs se montrent plutôt réticents en la matière.
- Enfin, nous constatons une absence totale de communication. Différentes raisons expliquent pourquoi les personnes n'adhèrent pas au système : ils ne connaissent pas le système, ils ne trouvent nulle part des informations ou reçoivent des informations erronées, leur employeur ne donne pas son accord parce qu'il a trop peu d'informations sur les implications, etc. Il est nécessaire de communiquer clairement sur ce qu'implique le système et sur ce que cela signifie tant pour la personne concernée que pour l'employeur.

Cette nouvelle politique de réintégration offre l'opportunité de s'atteler également à ces difficultés.

## 12. Informez tous les acteurs

Veillez à communiquer des informations claires et disponibles à tous les acteurs concernés sur la nouvelle réglementation qui concerne le trajet de réintégration. Une bonne concordance entre le niveau fédéral et les niveaux régionaux est cruciale en la matière. La clarté et la transparence auprès de toutes les parties concernées par le trajet de réintégration diminueront l'incertitude et augmenteront l'adhésion au système.

## 13. Investissez dans la prévention<sup>13</sup>

Investir dans un trajet de réintégration n'est pas suffisant pour réduire le nombre de malades de longue durée. Il est plus important de mettre en place une bonne prévention. Ainsi, ce sont les affections musculo-squelettiques et les problèmes psychiques qui constituent les raisons principales des absences de longue durée. Il convient donc de prêter davantage attention aux conditions de travail physiques et psychosociales des travailleurs. L'incapacité de travail augmente également avec l'âge. Outre des mesures de prévention générale (ex. des mesures d'économie du dos), il est aussi important de prévoir des adaptations pour les travailleurs à la fin de leur carrière pour éviter de décrocher.

## 14. N'importunez pas les personnes qui sont trop malades pour reprendre le travail

Nous voulons insister dans la présente note sur l'importance de ne pas importuner les personnes trop malades pour reprendre le travail et de ne pas les obliger à entamer un trajet de réintégration.

---

<sup>13</sup> Enquête MC « Situation financière et sociale des invalides »

## Sources

- Note de vision de la Vlaams Patiëntenplatform sur le trajet de réintégration des travailleurs et des chômeurs en incapacité de travail.
- Avis de la LUSS « Non aux sanctions contre les malades de longue durée »
- Communiqué de presse du 31.3.2017 de la ministre des Affaires sociales « Responsabilisation des employeurs et des travailleurs »
- Enquête MC « Situation financière et sociale des invalides »