

L'arrêté royal de la ministre De Block sanctionne les travailleurs malades

Le service d'études du PTB a étudié le projet d'Arrêté royal (AR) de la ministre Maggie De Block sur la réintégration des malades « de longue durée ». Cet AR dresse un tableau inquiétant des plans de réintégration des malades de longue durée.

Dans l'annexe 1 à cette étude, nous décrivons deux cas (dont nous avons préservé l'anonymat) qui montrent concrètement l'impact de cet AR :

José souffre de burn-out et l'AR De Block va le faire craquer pour de bon

Claire, qui suit une chimiothérapie, devra-t-elle reprendre le travail alors que son état de santé est « fluctuant » ?

Sanctionner les travailleurs malades de cinq manières

Cet AR de De Block sanctionne les travailleurs malades de cinq manières. L'AR

- rend en soi malade du fait qu'il force des travailleurs malades à se soumettre à des délais stricts et impossibles ;
- viole le secret professionnel ;
- va à l'encontre des droits des patients et permet plus rapidement à l'employeur de licencier par manque de travail adapté ;
- plonge les travailleurs malades et leurs familles sous le seuil de pauvreté ;
- impose toutes les obligations aux travailleurs malades et aux mutualités, mais aucune aux employeurs ou à l'État ;
- ne traite absolument pas les causes de la hausse exponentielle du nombre de malades de longue durée et en impute la faute aux travailleurs eux-mêmes.

L'AR ignore l'avis négatif du Comité de gestion du Service des indemnités des travailleurs de l'INAMI, et il ignore tout autant les vives critiques et l'avis négatif du Conseil supérieur national des personnes handicapées (CSNPH, voir annexe 6).

L'AR touche de très nombreuses personnes. Selon des chiffres de l'INAMI, il y avait en 2012 pas moins de 412 876 personnes en incapacité primaire de travail et percevant une indemnité de maladie, parmi lesquelles 82 813 chômeurs. 186 600 d'entre elles étaient en incapacité depuis plus de deux mois, dont 43 473 au chômage. Si l'AR De Block avait déjà été mis en application, elles auraient dû subir cette procédure effroyable et inhumaine. 38% étaient en incapacité de travail en raison de troubles psychiques (burn-out, dépression, troubles de l'angoisse) et 25% en raison d'une pathologie du système ostéo-articulaire.

1. L'AR lui-même rend malade

La contrainte rend les gens plus malades encore

Forcer des travailleurs malades à reprendre le travail, même s'il s'agit d'un travail adapté, est contre-indiqué d'un point de vue médical et psychosocial. Si les pouvoirs publics veulent vraiment réintégrer les gens pour « favoriser leur guérison », cela ne peut absolument pas se faire sous la contrainte. Cela a déjà été amplement prouvé et cela vaut a fortiori pour des pathologies psychiques qui représentent une partie considérable des causes de maladie de longue durée.

Le médecin traitant est mis sur la touche

Ensuite, pour une véritable réintégration, il est nécessaire que le médecin traitant ou le médecin de famille soit impliqué. C'est lui qui connaît le mieux le patient sur le plan psychosocial et médical et qui dispose de la plupart des données médicales. Dès le début de cet AR (dès le § 1), le médecin traitant est tout simplement mis hors-jeu, et il n'est même pas question de la moindre concertation avec celui-ci. Dans les fameuses CANMEDS — ce sont les compétences et tâches d'un médecin traitant et elles sont aujourd'hui considérées internationalement et dans les universités belges comme les références de pointe –, le médecin doit non seulement traiter le patient, mais aussi intervenir en tant qu'avocat de sa santé et que personne de confiance dans la défense du patient et de son bien-être. Cette compétence et cette responsabilité essentielles du médecin traitant sont complètement niées par cet AR.

Encore plus de stress pour des travailleurs déjà malades

Il ressort des études de Securex (Livre blanc sur l'absentéisme 2013 & 2014, annexe 3) tout comme de l'enquête nationale de 2013 sur la santé (annexe 4)

que le stress chronique est la cause principale de la hausse énorme du nombre de malades de longue durée ces cinq dernières années. Cet AR rend les travailleurs malades encore plus malades du fait qu'il crée un stress supplémentaire et encore plus néfaste au plan de la santé. Ceci est causé par la pression de délais très courts et stricts, par le fait qu'on informe au bout de deux mois l'employeur de la situation du travailleur malade, par la mise hors circuit du médecin traitant et, surtout, par le caractère contraignant qui va à l'encontre de la volonté du travailleur malade, sous la menace de graves sanctions financières pour une personne qui se trouve déjà – elle et sa famille – dans une situation généralement précaire. Donc, en soi, cet AR rend malade.

Encore plus de stress pour des travailleurs déjà malades

Des études de Securex (Livre blanc sur l'absentéisme 2013 & 2014, annexe 3) et aussi de l'enquête nationale de 2013 sur la santé (annexe 4), il ressort que le stress chronique est la cause principale de la hausse énorme du nombre de malades de longue durée ces cinq dernières années. Cet AR rend les travailleurs malades encore plus malades du fait qu'il crée un stress supplémentaire et encore plus néfaste. En cause: la pression des délais très courts et stricts ; le fait qu'au bout de deux mois, l'employeur est informé de la situation du travailleur malade ; la mise hors circuit du médecin traitant ; et, surtout, le caractère contraignant allant à l'encontre de la volonté du travailleur malade, avec la menace de graves sanctions financières pour quelqu'un qui se trouve déjà – lui-même et toute sa famille – dans une situation passablement précaire. Bref, en soi, cet AR rend malade.

Des délais contraignants impossibles et souvent absurdes

En 2012, quelque 330 063 travailleurs actifs étaient en incapacité primaire de travail, dont 143 083 en incapacité depuis plus de deux mois et qui auraient donc été soumis à la procédure infernale de De Block si l'AR avait alors été en vigueur. Endéans les 19 semaines, le médecin conseil devrait élaborer un plan de réintégration. Or, entre ce 5^e mois et le 7^e mois d'incapacité, il y a eu 29 539 travailleurs malades (soit 20,6 %) qui ont repris spontanément le travail. Dans ce cas, l'élaboration d'un plan de réintégration est inutile.

« L'état de santé fluctuant » : retourner au travail en plein traitement d'un cancer

L'AR exige également une adaptation de la loi de l'Assurance maladie-invalidité (AMI), et plus particulièrement de son article 100 §2 qui régit la reprise du travail à temps partiel. En plus de cela, dans le §3 traitant des « situations de santé particulières », Maggie De Block adapte non seulement l'horaire de travail, mais également d'autres aspects comme le volume, le contenu, le salaire du travail adapté et la durée de validité. Cela peut se faire en ajoutant une annexe au contrat de travail initial. On trouve également un §4 similaire, intitulé « situations de santé fluctuante » : quelqu'un qui subit une chimiothérapie pour le traitement d'un cancer devrait se sentir suffisamment bien entre deux séances pour reprendre son travail de façon adaptée. Il est

toutefois très exceptionnel que des patients cancéreux soient disposés à reprendre le travail en plein traitement, mais, si c'est le cas, cela doit se faire sur base entièrement volontaire. Si on y introduit la contrainte, on mine le traitement et le bien-être du patient cancéreux.

L'AR donne de facto une nouvelle définition, plus sévère, du concept de « malade de longue durée ». L'AR entend par là « une incapacité de travail primaire plus longue que deux mois ». Jusqu'à présent, c'était plus que six mois. On est en invalidité après une maladie de plus d'un an. Ces délais stricts, combinés à des délais stricts impossibles, sont des sources supplémentaires de stress pour le travailleur malade, de même que pour les spécialistes qui doivent les assister, dans le cas présent le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin d'entreprise.

2. Cet AR viole le secret professionnel et va à l'encontre des droits des patients, de la déontologie médicale, des principes de l'Etat de droit moderne ; et il est illégal parce qu'il oblige, sous peine de sanctions, le titulaire à accepter le plan de réintégration proposé

Violation du secret professionnel

Déjà dans le premier paragraphe, il est stipulé que le médecin conseil doit effectuer « au plus tard deux mois après la déclaration d'incapacité de travail » une analyse des capacités restantes du travailleur malade. Pour un grand nombre d'affections graves, cela dure facilement entre quatre et six mois avant que cette évaluation puisse se faire. Selon l'AR, le médecin conseil doit donc évaluer les capacités restantes sans disposer des données médicales nécessaires, sans concertation avec le médecin traitant, sans examen médical et psychosocial du patient, uniquement sur « pièces ». Cette analyse, il doit la faire parvenir au titulaire, au médecin traitant et à l'employeur. Cela constitue une violation du secret professionnel. Et cela se reproduit une nouvelle fois dans la suite du déroulement de la procédure (§2), lorsque le conseiller en prévention – qui n'est pas un médecin – est impliqué. Or des informations qui peuvent être liées à la situation médicale du patient ne peuvent être transmises que de médecin à médecin et avec l'accord du patient. Par expérience, nous savons que le médecin conseil n'a pas le temps de se livrer à une telle concertation ou de collecter les données médicales.

Violation des droits des patients

En outre, le fait que le médecin conseil (§1) puisse informer des tiers, dans ce cas-ci le conseiller en prévention – même si celui-ci n'est pas médecin d'entreprise – et l'employeur sans que le patient lui-même n'ait donné son

accord écrit en contradiction avec les droits des patients. Cet accord n'est demandé que pendant l'examen médico-social (§2). Quid si le patient refuse ? Peut-il lors être sanctionné du fait qu'il « ne collabore pas suffisamment » ? L'AR manie certaines notions de façon très vague, indigne d'un Etat de droit. Par exemple, en ce qui concerne l'application de sanctions financières, voici ce que dit l'art. 215novies : « L'indemnité journalière due au titulaire est réduite de dix pour cent s'il ne se présente pas, ne répond pas à la proposition ou collabore insuffisamment à l'exécution du plan multidisciplinaire de réintégration convenu. »

Que signifie « collaborer insuffisamment » ? Cette absence de précision dans une législation ouvre la porte à l'arbitraire et constitue une nouvelle source de stress supplémentaire pour le travailleur malade. Beaucoup d'autres choses sont encore décrites de manière très vague : le « social » dans l'examen médico-social ; quels sont les « motifs médicaux fondés » pour libérer le médecin conseil de l'obligation de préparer un plan de réintégration ? Quel est le statut du conseiller qui assiste le patient ? Y a-t-il des possibilités d'appel ? Auprès de quelle instance ? Comment le médecin traitant lui-même peut-il fournir un apport, et quelle est la validité de cet apport ?

Le caractère contraignant de l'exécution et les amendes de l'AR sont illégaux car ils ne figurent pas dans la législation

L'article 100 §1/1 de la législation AMI que l'AR De Block veut mettre en vigueur ne dit rien des contraintes, sanctions ou amendes. L'accord de gouvernement, qui a été à la base de l'introduction de cet article via la loi programme du 19 décembre 2014, n'en dit rien non plus. Un AR ne peut en aucun cas avoir un caractère contraignant ni ne peut imposer des sanctions si celles-ci ne sont pas fixées dans la loi. Voir annexe 3.

L'AR donne à l'employeur la possibilité de licencier plus rapidement en cas d'absence de travail adapté

Dans la pratique, l'employeur doit présenter un plan de réintégration au patient au plus tard après trois mois. S'il ne le fait pas, dès ce moment, il peut licencier le travailleur pour des raisons médicales – et c'est beaucoup plus rapide que ce n'est le cas actuellement.

3. Cet AR va appauvrir encore plus les travailleurs malades et leur famille

Le travailleur malade qui « ne se présente pas, ne répond pas à la proposition ou se montre insuffisamment coopérant dans l'exécution du plan multidisciplinaire d'intégration convenu perd 10% de son indemnité de maladie » (art. 215novies). D'après une étude de la MC, la moitié des malades chroniques vivent déjà sous le seuil de pauvreté. Chez les travailleurs invalides qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an, l'indemnité de maladie se situe en moyenne à 23% en dessous du seuil de pauvreté. Cette sanction accompagnée d'une perte de 10% de l'indemnité de maladie va plonger un nombre encore plus grand de familles sous le seuil de pauvreté. De même, le

nombre d'exclusions va lui aussi augmenter fortement. Enfin, dès la première étape (§1) déjà, toute cette procédure donne la possibilité à l'employeur de se débarrasser de son travailleur malade. Il n'y a aujourd'hui que très peu d'employeurs qui proposent du travail adapté à leur personnel malade. La plupart de ces boulots, comme de la logistique légère, un travail à la cantine ou du travail de concierge, sont confiés à des sous-traitants aux statuts très précaires. Le risque de voir le travailleur se faire licencier après avoir informé l'employeur de sa capacité restante s'accroît, ce qui une fois encore provoque un stress supplémentaire chez le travailleur.

4. Cet AR impose toutes les obligations aux travailleurs malades et aux mutualités, mais aucune aux employeurs ou à l'État

Des délais infernaux et impossibles pour la mutualité

La législation AMI ne connaît aucune procédure opérant avec des délais aussi stricts et infernaux que l'AR De Block. De même, pour le médecin conseil, cela devient une charge impossible. Celui-ci reçoit un paquet de tâches plus lourd encore, il doit suivre l'exécution du plan de réintégration tous les six mois. Et ceci alors que la ministre réduit fortement les moyens des mutualités. Aujourd'hui déjà, le médecin conseil n'a pas le temps ni les possibilités de prendre contact avec les médecins d'entreprise. La plupart d'entre eux, et surtout ceux qui s'occupent d'une série de petites entreprises, n'ont pas une connaissance concrète de la situation de travail. Ils sont également difficilement joignables pour une concertation. Ils ne disposent pas du temps nécessaire pour exécuter correctement cette tâche. Cela vaut pour tous les médecins et acteurs concernés qui ne disposent ni du temps ni des moyens structurels nécessaires pour une concertation multidisciplinaire. Lors de l'application d'une reprise du travail progressive, il est déjà particulièrement difficile aujourd'hui pour le médecin conseil ou le médecin traitant d'arriver à joindre le médecin d'entreprise, et donc encore plus de se concerter avec lui. Le médecin conseil n'a pas été formé pour déterminer ce que signifie un travail adapté à une capacité restante donnée. Cela, c'est la spécialité du médecin du travail.

Pas la moindre approche des facteurs qui rendent malades au travail

Surtout s'il s'agit de stress chronique au travail et de burn-out, la part de l'employeur qui a contribué à la maladie de longue durée doit également être analysée. Dans les modèles scientifiques d'explications, l'analyse du contexte du travail est essentielle. L'approche / réintégration doit aussi se focaliser sur cette dimension, ce qui comporte naturellement des obligations du côté de l'employeur. De tout cela, il n'est nullement question dans l'AR.

Réintégration impossible sans obligations contraignantes pour les employeurs

Depuis plus de vingt ans déjà, il existe la possibilité de réintégrer les patients via un travail adapté. Mais cette réintégration ne fonctionne pas. Que l'on effectue d'abord une évaluation qui permette de voir pourquoi cela n'a pas fonctionné. Selon le Conseil supérieur national des personnes handicapées (CSNPH), c'est dû au fait que les employeurs n'ont pas ou ne veulent pas proposer de travail adapté et au fait que les employeurs exigent que leurs travailleurs soient guéris à 100% (120%, dit même le CNSPH) avant de revenir travailler.

Attaque contre le salaire garanti

L'AR exige également une adaptation de la loi sur les contrats de travail du 3 juillet 1978. Il y introduit un article 31/1. L'intention en serait que le travailleur puisse assumer un travail adapté sans que son contrat de travail initial soit suspendu. On veut également adapter la législation sur les contrats de travail et la faire concorder encore plus avec les desiderata du patronat. L'employeur ne doit plus payer le salaire garanti (en cas de maladie) quand il s'agit d'une rechute ou même en cas de nouvelle maladie si le travailleur entre dans un projet de réintégration et retombe en incapacité de travail. C'est donc aussi une attaque contre le salaire garanti des travailleurs et des employés. Et cela, après que le patronat a obtenu de ne plus devoir payer les deux mois de salaire garanti convenus dans l'accord de gouvernement.

Toute obligation pour les employeurs qui était inscrite dans l'accord gouvernemental sous « 1.8. Réintégration des personnes inaptes au travail » a également été supprimée par le gouvernement

Dans l'accord de gouvernement, nous lisons sous « 1.8. Réintégration des personnes inaptes au travail » : « La période de salaire garanti en cas d'incapacité de travail est portée à deux mois. Ainsi, les employeurs sont responsabilisés et ont la possibilité, via des mesures préventives et un travail adapté, d'éviter que les travailleurs quittent définitivement le marché de l'emploi et restent inaptes au travail. »

Le gouvernement a laissé tomber cette mesure qui figurait pourtant dans l'accord de gouvernement. Coût : 800 millions d'euros de nouveaux cadeaux pour le patronat.

Les obligations légales existantes pour les employeurs ne sont pas exécutées faute de l'AR nécessaire. La contrainte illégale et les amendes pour les travailleurs malades seront par contre appliquées très rapidement, via l'AR de Maggie De Block.

Déjà depuis 2007, la loi oblige les employeurs, en cas de réintégration, de fournir au travailleur un travail adapté ou une autre fonction dans l'entreprise. Il s'agit de l'article 34 de la « loi sur les contrats de travail » du 3 juillet 1978

qui a été introduit en avril 2007. Mais, au bout de huit ans, cet article n'a toujours pas été décrété d'application par un AR. Quand il s'agit des obligations des employeurs, toute volonté de les appliquer via des arrêtés exécutifs concrets est absente. Quand il s'agit des devoirs des travailleurs, là, les ministres sont on ne peut plus pressés de les rendre contraignants en un temps record par des AR.

5. Cet AR ne s'intéresse en rien aux causes de l'énorme augmentation du nombre de malades de longue durée et, en imposant la contrainte au travailleur malade, en fait porter la faute aux malades eux-mêmes

Securex publie chaque année des études intéressantes, entre autres sur l'absentéisme. Voir annexe 3.

L'obligation de travailler plus longtemps et l'augmentation de la pression de travail sont les causes les plus importantes de l'augmentation du nombre de travailleurs malades de longue durée

Les études établissent deux importants constats.

- 1) Depuis la crise de 2008, on observe une baisse du nombre d'incapacités de travail de courte durée. C'est en grande partie dû à l'augmentation du « présentéisme » : les personnes vont travailler alors qu'elles sont malades. Une étude de 2012 a montré que pas moins de 71% des travailleurs qui tombent malades continuent à travailler au moins une journée. Les raisons en sont, entre autres, l'augmentation du nombre de travailleurs sous contrats temporaires, qui n'osent donc pas s'absenter en cas de maladie ; l'augmentation de la pression de travail qui fait que les gens vont quand même au boulot parce qu'ils ne veulent pas causer encore davantage de surcharge de travail à leurs collègues ; mais, surtout, l'insécurité d'emploi croissante. L'étude de Securex appelle cela « l'effet Ford » : « En 2003, Ford Genk a instauré une liste de points de pénalité sur des critères comme l'absence pour maladie afin de mener une restructuration. Déjà à l'époque, il a été avancé que les travailleurs toujours employés par Ford Genk allaient travailler tout en étant malades, de crainte de se retrouver sur la liste des points de pénalité. »
- 2) En même temps, on constate ces dernières années une augmentation exponentielle du nombre de malades de longue durée ou en invalidité, c'est-à-dire en incapacité de travail de plus d'un an. Cette augmentation concerne surtout les travailleurs plus âgés. C'est une conséquence de l'obligation de travailler plus longtemps, surtout pour les ouvriers et pour les femmes. La deuxième raison à la forte hausse du nombre de malades de longue durée est l'augmentation du stress chronique au travail et de la pression de celui-ci. L'étude établit un lien entre ce phénomène et la crise : les travailleurs plus

âgés ne sont souvent plus remplacés lorsqu'ils tombent malades ou partent à la pension.

L'enquête nationale de santé effectuée tous les cinq ans (la dernière date de 2013) montre également que la problématique psychique a augmenté de manière exponentielle depuis le début de la crise en 2008. Voir annexes 3 et 4.

Pas la moindre réponse à ce qui rend malade, mais des sanctions pour les travailleurs malades

L'AR De Block n'apporte pas non plus la moindre réponse aux causes de l'augmentation du nombre de malades de longue durée. Au contraire, le gouvernement oblige à travailler de plus en plus longtemps, et sa politique de plus de flexibilité et de plus de dérégulation du marché du travail offre aux employeurs la possibilité d'encore augmenter le stress et la pression au travail.

L'AR ne fait qu'une seule chose : s'en prendre aux malades de longue durée eux-mêmes. Faire porter aux travailleurs malades de longue durée la responsabilité de leur incapacité de travail, les contraindre à la réintégration ou à être licenciés, les exclure de l'assurance maladie, les envoyer au chômage qui devient de plus en plus dégressif, les pousser ainsi sur le marché du travail précaire afin qu'ils acceptent n'importe quel job pour n'importe quel salaire.

L'AR nie l'avis du Comité de gestion de l'INAMI et du Conseil national supérieur des personnes handicapées

Le projet d'AR a reçu un avis négatif du Comité de gestion du Service des indemnités pour les travailleurs de l'INAMI, les 17 décembre 2014 et 21 janvier 2015. Il a également reçu une critique détaillée et cinglante du Conseil national supérieur des personnes handicapées (CNSPH) dans son avis n° 2015/10 du 20 avril 2015. Bien que le projet d'AR stipule dans son introduction « Vu l'avis n° 2015/10 du Conseil national supérieur des personnes handicapées ... », celui-ci ne tient aucun compte de la critique du CNSPH. Dans l'annexe 6, nous citons des extraits de la critique du CNSPH.

Oui à la réintégration, mais d'une manière centrée sur le patient S'attaquer à ce qui rend malade, et non aux malades eux-mêmes

Le PTB et Médecine pour le Peuple plaident pour une réintégration centrée sur le patient.

Cela nécessite surtout de bloquer cet AR De Block sur la réintégration des travailleurs malades de longue durée. Le Parlement doit supprimer l'article 100 §1/1 de la loi sur l'assurance obligatoire sur les soins de santé et les

indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, comme figuré dans la loi programme du 19 décembre 2014. Cet article forme la base légale de cet AR. En même temps, il faut d'urgence un AR qui fasse appliquer cet article 34 de la loi sur les contrats de travail. Cet article oblige les employeurs à proposer aux travailleurs en maladie de longue durée un travail adapté ou une autre fonction au sein de l'entreprise.

Une réintégration centrée sur le patient signifie :

1. Dans tous les cas, une réintégration sur base volontaire, JAMAIS sous la contrainte, en dialogue avec le travailleur malade. Le médecin traitant doit être impliqué dès le début dans ce processus, tant en tant que médecin de confiance qu'en tant qu'avocat de la santé du patient.
2. L'article 34 de la loi sur les contrats de travail du 3 juillet 1978 ajouté à celle-ci le 27 avril 2007, doit entrer immédiatement en vigueur via un AR. Cet article oblige les employeurs à proposer un travail adapté ou une autre fonction dans l'entreprise. Cet article stipule dans son §3 : « Lorsqu'un travailleur, conformément à la procédure visée au § 2, est déclaré définitivement incapable d'accomplir le travail convenu, l'employeur est tenu de maintenir ce travailleur au travail conformément aux recommandations du conseiller en prévention-médecin du travail, en adaptant son travail, ou, si cela n'est pas possible, en lui donnant un autre travail, à moins que ce ne soit ni techniquement ni objectivement possible ou que cela ne puisse être raisonnablement exigé pour des raisons sérieuses. » Cet article n'est hélas jamais entré en vigueur parce qu'aucun gouvernement n'a jamais promulgué d'arrêté royal pour que cette loi entre en application.
3. Les syndicats doivent être étroitement impliqués dans le plan de réintégration volontaire. Ils doivent pouvoir vérifier qu'un travail adapté est mis à disposition. Dans beaucoup d'entreprises, un travail adapté est proposé aux travailleurs qui ont eu un accident de travail, parce que l'employeur veut le moins possible de journées d'incapacité de travail. Cela pousse en fait les primes d'assurance à la hausse. Mais, dans les mêmes entreprises, il n'y a subitement pas de travail adapté pour les travailleurs malades, afin qu'on puisse licencier ces personnes pour raison de force majeure médicale. Seuls les syndicats peuvent veiller à ce que ces abus ne se produisent pas. Ces faits montrent aussi que, lorsque les employeurs sont obligés ou sont sous la pression de proposer du travail adapté, c'est dans de très nombreux cas tout à fait possible. S'il n'y a pas d'obligation, la force majeure médicale est rapidement invoquée pour se défaire de travailleurs vulnérables.
4. Les employeurs doivent être obligés de répondre à des quotas minimum de parcours de réintégration et d'accompagnement. Comme en France. C'est la seule manière de réaliser cela et de neutraliser la logique de concurrence entre les employeurs. Ils y sont tous obligés dans la même mesure, comme cela vaut aussi actuellement dans les services publics pour les travailleurs avec un handicap. Ici aussi, la loi oblige les entreprises privées à engager un quota de 3% de personnes souffrant d'un handicap, mais ce n'est pas mis en pratique, faute du nécessaire arrêté royal.
5. Les travailleurs doivent être protégés contre un licenciement lors de la réintégration. On peut à cet effet s'inspirer de la législation sur les travailleuses enceintes.

6. Il faut s'attaquer à ce qui rend malade, non aux travailleurs malades eux-mêmes. Il faut aussi travailler sur les causes de l'augmentation exponentielle du nombre de malades de longue durée. Tout d'abord en rétablissant les possibilités de prépension. En supprimant le paquet actuel des mesures qui contraignent les travailleurs plus âgés à travailler toujours plus longtemps, alors qu'il y a 600.000 chômeurs. Et pour finir, en diminuant la pression de travail, entre autres en instaurant la semaine des 30 heures.

Annexe 1

Cas concrets (dont l'anonymat est préservé)

José souffre de burn-out et l'AR De Block va le faire craquer pour de bon

José, 54 ans, souffre d'une grave burn-out dû à son travail. Il travaille au stock mais, depuis l'été dernier, il a également dû reprendre le guichet des clients du fait que son collègue a pris sa pension et n'a pas été remplacé. Cela accroît non seulement la pression physique du travail, mais c'est aussi épuisant et stressant mentalement. Gérer plusieurs tâches à la fois, la pression des clients, la pression exercée par le patron car il faut que ça avance... José est complètement exténué, vidé. Chez lui, depuis un bout de temps, ça ne se passe plus tellement bien non plus. Sa femme se plaint de ce qu'il est abattu et indifférent. José est écroulé, il a sans cesse des crises de larmes, a honte de son état et a les plus grandes difficultés à sortir de son lit. Pendant la journée, il reste dans son fauteuil. Il est à plat, au bout de ses réserves, perd l'estime de lui-même et éprouve de la culpabilité. Son médecin a beaucoup de difficultés à l'inciter à redevenir un peu actif, à se lever et effectuer les simples tâches du quotidien. Petit à petit, il y arrive pourtant. Le médecin a été formé aux directives de l'« evidence based medicine » pour le traitement du burn-out. En cas de burn-out profond, ces directives prescrivent de prévoir au minimum 3 à 4 mois afin de récupérer un peu d'énergie sur le plan physique. Et cela, avant de pouvoir traiter l'épuisement psychique proprement dit. C'est donc plus tard encore que vient le processus de réintégration au travail. Pour commencer, José reçoit du médecin une prescription lui ordonnant un congé de maladie de six mois.

Que se passerait-il pour José si l'AR De Block était déjà en vigueur ?

AR Art. 215octies. § 1 : « Au plus tard deux mois après la déclaration d'incapacité de travail, le médecin-conseil effectue une première analyse des titulaires pour déterminer qui, au vu de ses capacités restantes, peut prétendre à un plan de réintégration dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. »

Au plus tard deux mois après la déclaration d'incapacité de travail, le médecin-conseil examine le formulaire de déclaration et constate que le médecin a

renvoyé José à la maison en raison d'un burn-out. Il doit réaliser une estimation des capacités restantes de José pour le travail et l'informer qu'un plan de réintégration va être rédigé. Il doit également le faire savoir au médecin traitant et à l'employeur. Ce sont des tâches supplémentaires qu'il ne peut faire que de façon routinière puisque, dans son équipe aussi, un de ses confrères vient de prendre sa pension et ne sera pas remplacé. En outre, de lourdes économies sont effectuées sur les finances et moyens de fonctionnement des mutualités et des directives ont déjà été publiées pour que tout se fasse plus rapidement et de façon plus efficiente, et pour que le plus possible de tâches soient déléguées au personnel administratif – qui, lui aussi, est déjà insuffisant.

AR Art. 215octies. §1 :

« À l'issue de cette première analyse, le médecin-conseil adresse un courrier au titulaire dans le délai visé à l'alinéa précédent, dans lequel il l'informe qu'un plan de réintégration multidisciplinaire lui sera proposé. »

Quand José reçoit la lettre du médecin-conseil, c'est la panique. On va déjà lui tomber dessus ? Il sent qu'il n'est pas encore prêt à reprendre le travail. Il retombe à nouveau dans sa dépression et se replie une fois de plus sur lui-même. Le cercle vicieux du stress, des angoisses, de la dépression, de l'épuisement et des sentiments de culpabilité est réenclenché. Le traitement et la récupération de José viennent de régresser de plusieurs semaines.

AR Art. 215octies. §1 :

« Une copie du courrier du médecin-conseil et une copie de la première analyse visée à l'alinéa précédent sont transmises à l'employeur et au médecin traitant du titulaire. »

Le médecin traitant reçoit la lettre dans sa montagne de papiers administratifs, s'énerve de ce surcroît de paperasserie et attend davantage d'informations. Mais il ne saura rien de plus, car l'AR stipule que le médecin-conseil ne doit faire qu'une chose : mettre le médecin traitant au courant de ce que José va se voir imposer un plan de réintégration.

L'employeur reçoit lui aussi une lettre du médecin conseil. Pour lui, c'est un signal : « José, ça ne va vraiment pas aller. Il vaudrait mieux que je me mette à chercher quelqu'un de jeune, et qui en plus me coûtera moins. Si José veut revenir, c'est à 100% ou pas du tout. »

AR Art. 215octies. §1 :

« Le médecin-conseil convoque le titulaire à un examen médico-social le plus rapidement possible. »

José est convoqué chez le médecin conseil pour un premier examen. Il s'y rend avec beaucoup de d'angoisse. Le médecin conseil a un bref contact avec lui – il

a encore plein d'autres dossiers à traiter. Le médecin conseil examine son taux de burn-out et demande à José qu'il signe un accord pour consulter le conseiller en prévention de l'entreprise où il travaille.

AR Art. 215octies. §2 :

« Avec le consentement du titulaire, qui est également demandé pendant l'examen médico-social, le médecin-conseil se concerta avec le(s) conseiller(s) en prévention compétent(s) du service interne ou externe de prévention et de protection au travail. Cette concertation, qui ne peut pas durer plus de trois semaines à compter de la communication des conclusions de l'examen médico-social visé à l'alinéa précédent, a pour but de clarifier... »

Une semaine plus tard, parmi toutes ses tâches, le médecin conseil contacte le conseiller en prévention. Il ne parvient pas à le joindre et demande au secrétariat d'essayer à nouveau jusqu'à ce qu'il l'ait enfin trouvé, car le délai de trois semaines imposé par l'AR risque d'être dépassé. Finalement, c'est le médecin d'entreprise du service externe qui appelle le médecin conseil. Le médecin conseil doit maintenant examiner avec le médecin de l'entreprise s'il y a un travail adapté pour José. Ce médecin d'entreprise s'occupe de nombreuses petites entreprises comme celle de José et il lui est impossible d'évaluer la situation de travail. Ils font rapidement une proposition de « réintégration » : par exemple, José pourrait reprendre son boulot à mi-temps... Ouf, juste à temps, car l'AR stipule dans son §3 : « Sous la responsabilité du médecin conseil, l'organisme assureur établit une offre de plan de réintégration multidisciplinaire au plus tard pour le dernier jour de la 19e semaine à compter de la déclaration d'incapacité de travail. »

AR Art. 215octies. §4 :

« L'organisme assureur porte l'offre de plan de réintégration à la connaissance du titulaire le plus rapidement possible. À cette occasion, l'organisme assureur invite le titulaire par écrit à un entretien. Cet entretien a lieu dans un délai de quatorze jours à compter de l'invitation, sauf si le titulaire ne peut pas se présenter pour une raison justifiée. Le cas échéant, le titulaire fait savoir à l'organisme assureur à quelle date l'entretien peut avoir lieu, cette date devant être comprise dans un délai maximum de quatre semaines après l'invitation. » Par cette communication, José est donc invité à reprendre le travail « le plus rapidement possible ». Là, José n'a plus rien à quoi se raccrocher. La seule pensée de retomber dans cette pression du travail le renvoie aussitôt au fond du trou. Son médecin lui rédige un certificat qui atteste qu'il n'est pas en état de répondre à la demande du médecin conseil. Mais l'AR De Block dit maintenant que « si, pour des raisons valables, le patient ne peut se présenter, une nouvelle date doit être convenue dans un délai de 4 semaines au plus ». Cette fois, José craque complètement...

Claire, qui suit une chimiothérapie, devrait-elle reprendre le travail alors que son état de santé est « fluctuant » ?

Claire a 51 ans et est atteinte d'un cancer du sein. Après l'opération, elle subit une chimio et, ensuite, une radiothérapie. La chimio consiste en deux séries de séances : une légère, une semaine sur deux pendant les 12 premières semaines, puis une lourde de quatre séances, une semaine sur deux aussi. Vient ensuite une série de séances de rayons pendant 5 semaines. Après l'opération, Claire est très fatiguée en permanence, et cette fatigue perdure en raison de la chimio et des rayons. Elle a été opérée fin janvier. Mi-juillet, les thérapies complémentaires sont terminées. Elle a encore besoin de deux mois pour récupérer physiquement et, surtout psychiquement. Mi-septembre, elle devrait essayer de reprendre le travail à mi-temps. Son boulot consiste en du travail administratif.

Voyons maintenant ce qu'il adviendrait du cas de Claire en cas d'application de l'AR De Block.

Au plus tard après deux mois, le médecin conseil fait savoir à Claire qu'on lui prépare un plan de réintégration. Au bout de trois mois, Claire doit se rendre à l'examen médical chez le médecin conseil. Celui-ci doit évaluer la capacité restante au travail – du travail administratif dans le cas présent. En vertu de l'AR et de la législation AMI, Claire devrait déjà reprendre son travail à temps partiel, alors qu'elle subit toujours une chimio ou des rayons. Le concept d'« état de santé fluctuant » est en effet désormais également d'application dans ce cas. Quand j'interroge Claire : « « Que penseriez-vous si, au bout de deux ou trois mois, on vous demandait de reprendre le travail à temps partiel, alors que vous êtes toujours en thérapie ? » Claire me répond : « J'ai bien surmonté cette chimio et ces rayons. J'ai certes eu des nausées les lendemains, mais elles ont passé. Peut-être que physiquement, ça irait encore, me retrouver assise à mon bureau, bien qu'il ne faille jamais sous-estimer la fatigue. Mais, psychiquement, je ne pourrais absolument pas tenir le coup. On est entièrement accaparé par ce cancer et ce traitement. On n'arrive pas à penser à autre chose. Pourtant, en oncologie, j'étais une exception parce que je supportais bien les perfusions. La plupart des patients que j'ai rencontrés là avaient beaucoup plus de problèmes de nausées et de fatigue extrême. »

Dans de telles situations, exercer la moindre pression sur ces patients pour qu'ils reprennent le travail n'est absolument pas à faire. Pourtant, avec ses

délais contraignants et ses sanctions, l'AR De Block a bel et bien été conçu dans ce sens.