

Manifeste pour la réintégration

Lode Godderis

Introduction – Quelle est la raison d’être de ce manifeste ?

La réintégration est un sujet brûlant depuis quelques années déjà. Les médias y accordent une grande attention, et de nombreux acteurs du marché du travail (dont les décideurs et les employeurs) ont largement pris conscience de l’impact négatif considérable de l’absentéisme de longue durée sur le bien-être des travailleurs concernés, sur la réussite des entreprises pour lesquelles ils travaillent, sur la santé de l’ensemble de notre économie et sur la durabilité de notre système de soins de santé.

Cela signifie qu’une étape très importante pour laquelle j’œuvre depuis longtemps a déjà été franchie. Il n’existe pas de mot assez fort pour décrire l’ampleur de cette victoire difficilement obtenue. Il existe néanmoins un revers à cette belle médaille. Car malgré tous les efforts consentis, la réintégration des travailleurs malades de longue durée – l’objectif visé – continue à poser des difficultés en Belgique.

« Tant que nous continuerons à commettre les mêmes erreurs systémiques, de trop nombreuses personnes continueront à être malheureuses dans des situations d’absentéisme sans issue. »

C’est ce qui ressort non seulement des statistiques de ces dernières années qui marquent une progression de l’absentéisme (de longue durée), mais également de la réalité du terrain que j’observe chez nos clients en tant que CEO d’IDEWE, mais aussi en tant que professeur en médecine du travail à la KU Leuven, et au niveau de toute notre équipe d’IDEWE en tant que service externe pour la prévention et la protection au travail.

Des erreurs systémiques bien ancrées

La cause principale de cet état de fait réside dans une série d’erreurs récurrentes qui se répètent depuis si longtemps qu’elles sont aujourd’hui ancrées tant dans la manière de penser, que celle d’agir, et à tous les niveaux, ce qui les rend si difficiles à éviter – et pourtant, nous *devons* renverser la vapeur.

En effet, ces erreurs systémiques sont l’ennemi numéro un d’une réintégration réussie : elles retardent ou empêchent la mise en place des trajets de réintégration, ou du moins en réduisent l’efficacité. Les travailleurs ne reprennent alors soit pas du tout le travail, soit pas de manière durable, ce qui fait qu’ils disparaissent alors une nouvelle fois, et souvent définitivement, de la vie active. Pour ne donner qu’un exemple : le VDAB a pour mission d’effectuer au moins 10 000 accompagnements – un nombre qui devrait être très difficile à atteindre et pour lequel des initiatives forcées sont prises, sans vraiment se poser la question de savoir si on utilise la bonne approche. Tant que nous continuerons à faire de telles erreurs systémiques, nous n’arriverons pas à faire reculer l’absentéisme de longue durée à un minimum absolu, et nous laisserons de nombreuses personnes rester malheureuses dans des situations d’absentéisme sans issue.

Pour ces personnes, pour leurs employeurs, et pour tous ceux qui sont susceptibles de les aider, en tant qu'intervenant ou que décideur, j'ai fait le choix de rédiger ce manifeste.

Bien que j'y présente des exemples issus de la pratique, l'objectif de ce manifeste n'est jamais d'attaquer les personnes ou les organisations, ni les choix qu'elles ont faits ou doivent encore faire. La prise d'initiative ne fait pas défaut – et ça, je m'en réjouis. Mais malgré ces bonnes intentions, l'approche choisie ne mène pas au résultat escompté. Le propre de la pensée systémique ancrée est qu'elle nous conduit tous à prendre des décisions suboptimales. Les exemples que je donne ici tendent à concrétiser la théorie dans la pratique. Ce manifeste vise donc uniquement à briser cette pensée systémique en tant que telle. Elle est en effet l'ennemi commun de chaque personne qui cherche à faire remonter la pente à ceux qui, pour des raisons physiques ou d'autres problèmes liés à la santé, se sont retrouvés en maladie de longue durée.

Cinq grands changements essentiels de paradigmes

Dans ce manifeste, je dresse d'abord un état de la situation en matière de réintégration aujourd'hui et au cours des dernières années, en complétant par une série de statistiques qui démontrent à quel point la réintégration représente un défi.

Je présente ensuite cinq changements essentiels, des domaines dans lesquels nous devons revoir notre manière de penser à tous les niveaux de notre société. Des domaines où nous devons modifier et parfois totalement refondre notre manière de prendre des décisions et des initiatives en matière de réintégration, même si nous appliquons les mêmes principes depuis des décennies. Tout cela pour que les bonnes intentions qui nous habitent aujourd'hui ainsi que le travail de qualité que nous effectuons puissent être renforcés plutôt que contrés ou réduits à néant.

« Faisons en sorte que 2024 soit l'année que nous considérerons plus tard comme celle où nous aurons enfin commencé à mettre un terme à l'absentéisme de longue durée inutile. »

J'espère initier une prise de conscience à ce sujet à l'aide de ce manifeste.

Chapitre 1 – Les chiffres de la réintégration

L'ampleur du défi de la réintégration s'illustre au travers des statistiques suivantes :

- Le nombre de malades de longue durée, c'est-à-dire les personnes qui sont absentes pendant plus d'un an pour des raisons médicales, ne cesse d'augmenter depuis 2008. Nous sommes encore loin de voir cette évolution ralentir, au contraire. Entre 2013 et 2019, les Mutualités Libres ont observé deux fois plus de travailleurs malades de longue durée qui optaient pour une reprise à temps partiel. Le directeur général Xavier Brenez tirait ainsi la sonnette d'alarme dans [De Standaard](#). Selon Securex, on dénombrait 485 000 malades de longue durée en 2022. Au même moment, la Belgique comptait 300 000 personnes en recherche d'emploi. En 2023, l'absentéisme de longue durée a augmenté pour atteindre un taux record de 3,76 % du temps de travail. Le taux d'absentéisme de moyenne durée n'avait également jamais été aussi élevé, atteignant les 2,45 % ([Attentia](#)).
- Entre 2008 et 2022, le nombre de personnes en invalidité a doublé, dépassant ainsi le jalon symbolique des 500 000 en 2022. Selon [des statistiques de l'INAMI](#), 36,9 % des personnes qui ne peuvent pas travailler depuis plus d'un an souffrent de troubles psychosociaux, et deux tiers de ce groupe fait face à la dépression ou au burn-out. Entre 2016 et 2022, le nombre de personnes en invalidité qui souffrent d'un de ces deux troubles a augmenté de près de 50 %.
- Selon le Bureau fédéral du Plan, le nombre de malades de longue durée risque d'atteindre les 600 000 personnes d'ici à 2035 si la politique ne change pas. Les autorités semblent se battre contre cette progression depuis des années, sans effet, malgré une lueur d'espoir il y a quelques mois. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) a en effet noté une forte progression du travail à temps partiel en l'espace de cinq ans. ([De Standaard](#))
- Selon le rapport du Conseil supérieur de l'emploi, la Belgique est le pays européen qui compte la plus grande proportion de personnes inactives pour cause de maladie ou d'invalidité. Pas moins de 7,2 % des 20-64 ans sont inactifs pour cette raison. Aux Pays-Bas, nous observons un pourcentage similaire, mais il avoisine les 4 % en France et en Allemagne. Une large part de cette différence de participation pourrait donc être comblée si, en Belgique, une plus grande proportion des personnes en situation de handicap participaient au marché du travail. Entre 2010 et 2019, cette proportion a augmenté plus vivement en Belgique (+ 2,2 points de pourcentage) que dans l'UE (+ 0,8 points de pourcentage). Le fossé au niveau de l'emploi entre les personnes avec et sans handicap en Belgique est également l'un des plus importants dans l'Union européenne.
- Ce même rapport du Conseil supérieur indique qu'un Belge sur cinq du groupe des 16-64 ans souffre d'un problème de santé l'empêchant sur le long terme d'exercer ses activités. La proportion des personnes en situation de handicap en Belgique est comparable à la moyenne européenne (20 % en Belgique contre 19 % dans l'UE). La proportion plus élevée de travailleurs inactifs pour des raisons de santé en Belgique ne semble donc pas indiquer que les problèmes de santé sont plus importants dans notre pays, mais plutôt que les personnes souffrant d'un problème de santé sont moins présentes sur le marché du travail. Après 4 mois, 42 % des sujets sont toujours en incapacité de travail, ce qui signifie que plus de la moitié ont quitté le système. Dans 80 % des cas, les personnes malades depuis 1 an sont encore en incapacité un an plus tard. Pour les personnes dont la maladie se prolonge depuis 2 ou 3 ans, ce taux atteint, respectivement, 91 et 95 %. En d'autres termes, plus l'incapacité de travail dure, plus le risque d'incapacité de travail de (très) longue durée augmente.

Chapitre 2 – les cinq « grands changements » : comment nous pensons aujourd’hui et comment nous devrions penser

Changement 1 : passer de « que ne peut-on pas faire » à « de quoi est-on capable »

« Si le point de départ est le handicap, il est difficile de le transformer plus tard en trajet positif vers un travail où ce handicap n’a plus d’importance. »

Imaginez : vous souffrez d’un handicap physique qui vous empêche de travailler depuis longtemps. Vous entendez qu’une série de mesures existent pour vous permettre de travailler. Après quelques recherches, il apparaît que la première étape dans ce processus est... de faire reconnaître officiellement votre incapacité de travail, la prouver et l’expliquer, car il s’agit d’une condition de base pour avoir accès à l’aide proposée. Une fois cet obstacle franchi, le processus se poursuit avec le même regard : on évalue d’abord tout ce que vous ne pouvez *pas* faire, avant de définir enfin ce que vous pouvez *quand même* faire et vous orienter vers un travail adapté.

Une perspective difficile à changer

Vous sentez cette approche élitiste, stigmatisante et orientée sur les problèmes ? Elle empêche non seulement les gens d’y avoir recours – c’en est même l’objectif, pour éviter les abus – mais elle rend également la tâche **très difficile par la suite pour toutes les personnes concernées lorsqu’il s’agit de transformer cette négativité en perspective positive** – en d’autres termes : passons de « que ne peux-tu pas faire » à « de quoi es-tu capable ? ». Ces détours sont contreproductifs et heureusement totalement inutiles – il apparaît souvent que les personnes sont capables de faire bien plus que ce qu’elles pensaient au départ.

Et pourtant, c’est la réalité d’aujourd’hui dans tout le pays pour de nombreuses personnes avec un handicap : les processus pour obtenir de l’aide commencent d’une manière similaire dans toutes les régions. Le fait que le VDAB a omis d’aborder cette problématique alors qu’il en avait l’occasion dans le cadre des récentes réformes (intégration en 2023 des mesures de soutien existantes dans ce domaine dans un projet de Travail adapté individuel), montre à quel point ce raisonnement erroné est profondément ancré. Le point de départ du travail sur mesure individuel est toujours la reconnaissance obligatoire du handicap. Je suis certain qu’avec une approche positive, qui se base directement sur ce que la personne est capable de faire, le travail adapté individuel aurait connu beaucoup plus de succès. Alors, pourquoi mettre l’accent sur le handicap plutôt que sur les soins nécessaires ?

À la lumière de la philosophie de ce manifeste, j’insiste pour dire que je ne jette pas la pierre au VDAB : le travail adapté individuel est une initiative louable, et ma critique est orientée sur le raisonnement erroné en soi, un problème solidement ancré qui se présente partout. J’ai déjà eu une discussion très constructive avec le VDAB à ce sujet, et sachant que l’AVIQ en Wallonie et le PHARE à Bruxelles envisagent également des réformes en la matière, je les invite chaleureusement à se pencher davantage sur la problématique.

Conclusion : tout le monde a du potentiel. Faisons donc en sorte que toutes les mesures de soutien en matière de réintégration partent de ces *capacités*, tant du côté de l’aidant que de celui du patient. Et ces capacités ne deviennent évidentes qu’en écoutant les besoins réels des personnes. Il faut donner la part belle aux capacités, et laisser le handicap au second plan pour en tenir compte là où c’est nécessaire malgré tout et en assurer le suivi. Concentrez-vous sur la mesure du résultat et sur le suivi plutôt que sur le fait de fixer des limites et le contrôle.

Adoptons tous cette philosophie positive, à tous les niveaux. Donnez aux travailleurs le sentiment que nous les aidons à faire « un travail qui utilise leurs capacités de manière optimale, et où le handicap n'est plus important » plutôt qu'un travail « que vous pouvez quand même faire malgré le handicap ».

Appliquons cela à tous les niveaux, de la politique la plus générale à la plus petite étape de la prise en charge au niveau individuel.

Changement 2 : passer de « pouvoir travailler ou non » à « le travail, c'est la santé »

« Pourquoi un handicap ou un problème de santé devraient-ils empêcher totalement un travailleur d'exercer son métier ? »

Déjà en 2017, j'écrivais le livre « Le travail, c'est la santé » qui portait sur l'influence positive qu'a souvent le travail sur le processus de guérison. Je constate aujourd'hui que dans de nombreux cas, le schéma de pensée binaire classique est toujours bien en place : vous êtes soit « inapte au travail », soit « apte au travail ». Il n'y a pas d'intermédiaire et vous passez d'une catégorie à l'autre une fois que vous êtes totalement rétabli.

Travailler est souvent plus bénéfique que rester chez soi

Cette vision binaire est l'une des erreurs les plus importantes et les plus problématiques dans le domaine de la maladie en général, et empêche la mise en place d'une politique de réintégration réellement efficace. Premièrement parce qu'attendre la guérison complète peut demander énormément de temps, car comme indiqué dans le changement 1, la probabilité d'une réintégration réussie diminue fortement.

Ensuite, nous n'utilisons pas dans ce cadre les nombreux effets positifs que le travail peut avoir sur le processus de guérison. Dans de nombreux cas, il vaut bien mieux retourner au travail (par exemple grâce au travail à temps partiel ou à des tâches adaptées) que rester à domicile en permanence, pour les raisons qui seront expliquées dans le cadre X.

7 effets positifs du travail sur le processus de guérison.

Celui qui travaille, ne fût-ce qu'un tout petit peu :

1. sent à nouveau qu'il fait **partie d'un groupe** : pour presque tout le monde, le sentiment d'appartenance à un groupe et les contacts sociaux sont, dans une certaine mesure, nécessaires pour avoir un esprit sain.
2. se sent **utile** : bien que l'absentéisme soit souvent un cas de force majeure, de nombreuses personnes en incapacité de travail de longue durée éprouvent un sentiment de honte et de culpabilité vis-à-vis de leurs collègues et de leur employeur. En travaillant à nouveau pour atteindre les objectifs de l'équipe et que vous recevez, espérons-le, de la gratitude en retour, vous renforcez votre confiance en vous.
3. augmente sa **confiance en lui** : de nombreuses personnes en incapacité de travail éprouvent un sentiment de honte vis-à-vis de la société également. Et bien que je préconise vivement de ne pas considérer l'incapacité de travail comme une honte, il va de soi que travailler a un statut social plus élevé que ne pas travailler.
4. relève à nouveau des **défis** : même si vous ne reprenez le travail que quelques heures par semaine, vous avez à nouveau un objectif. Cet objectif exige une certaine concentration qui vous manque généralement ou que vous laissez plus facilement de côté lorsque vous êtes à la maison à temps plein. Et tout comme notre corps, notre cerveau a besoin de suffisamment d'exercice.

5. se **distrain** : ces défis vous aident aussi à ne pas ressasser votre problème toute la journée. Que ce soit dans vos contacts professionnels ou pendant la pause-café, vous vous changez les idées. Et le rire au travail, c'est le meilleur remède.
6. **dramatise moins** : une **conséquence du point 5** est que lorsque l'on est distrait, le risque de se concentrer sur son problème diminue. Si le problème s'aggrave, on parle de dramatisation, ce qui peut marquer l'entrée dans un cercle vicieux.
7. **fait plus d'exercice physique** : la journée de travail type nous oblige à bouger davantage qu'une journée de maladie à domicile, d'autant plus lorsque le travail comporte certaines tâches physiques, mais c'est aussi le cas pour les employés.
8. obtient plus de **tranquillité financière**. Un salaire est plus élevé qu'une indemnité, et le stress lié à l'argent est clairement préjudiciable au processus de rétablissement.

Bien entendu, le rétablissement de l'individu arrive toujours en première place. Et cela demande évidemment, en fonction de la cause de l'absentéisme, de consacrer un certain temps au repos. Mais le repos seul ne garantit pas automatiquement le rétablissement. Pendant cette période de rétablissement aussi, il est important de rester actif, et ce, dans la mesure du possible. Réaliser des tâches qui vous rendent heureux, qui vous stimulent, ou qui vous apportent le sentiment de contribuer à quelque chose. Le travail réunit souvent parfaitement. Pourquoi devrions-nous alors prolonger plus que nécessaire la période d'inactivité d'une personne ? Pourquoi un handicap ou un problème de santé devraient-ils empêcher totalement un travailleur d'exercer son métier ?

Si l'on réfléchit bien à la manière dont le travailleur peut à nouveau effectuer un travail particulier, ou une partie de celui-ci, au mieux de ses capacités et avec un impact positif sur sa santé, c'est une double victoire : l'employeur voit le travail se poursuivre grâce au maintien d'un travailleur de confiance, et le travailleur guérit plus rapidement et peut reprendre d'autres tâches à son rythme et avec le soutien de toutes les parties concernées après un certain temps, jusqu'à ce que le plein emploi soit à nouveau atteint. C'est pourquoi les travailleurs, les employeurs et les intervenants doivent aussi changer : discutez ensemble des possibilités et laissez le travail et la guérison se renforcer mutuellement, plutôt que s'exclure.

Encore une note : bien que ce manifeste se concentre principalement sur les malades de longue durée, ce changement s'applique à toutes les formes d'absentéisme. C'est pour cette raison que je plaide pour le remplacement du certificat médical (le travailleur *n'est pas apte à...*) en tant que concept par une note d'aptitude (le travailleur est malade, mais *reste apte à...*), en combinaison avec l'accord visant à signaler chaque cas d'absentéisme par téléphone au supérieur hiérarchique (voir changement 3).

Changement 3 : du contrôle à la connexion

« Notre obsession de contrôler le droit aux indemnités nous conduit à oublier que notre devoir consiste avant tout à offrir au travailleur le droit d'être aidé. »

La toute première chose qu'un travailleur doit faire lorsqu'il tombe malade et que cela l'empêche de travailler, c'est de se rendre chez son médecin : c'est ce que nous avons toujours connu. Cette visite ne sert pas tellement à établir un diagnostic ou à accélérer la guérison, mais plutôt à pouvoir prouver dans un premier temps à l'employeur que vous êtes réellement malade, car c'est ce qu'a toujours prescrit la loi et ce à quoi les employeurs se sont toujours attendus.

Bien que je comprenne ce réflexe, il s'agit d'une grave erreur systémique. Toutes les parties impliquées en subissent en effet les conséquences, aussi bien lorsqu'il s'agit d'une absence de courte durée que d'une réintégration dans le cadre d'une absence de longue durée, comme nous le verrons par la suite. Tout d'abord

pour le travailleur : tant que les maladies typiques telles que le rhume, la grippe, mais aussi le COVID, provoquent des symptômes légers à modérés, le patient a principalement besoin de repos. Une visite chez le médecin, avec tous les tracas que cela implique, est dès lors complètement inutile et renforce également la pression au travail déjà importante de bon nombre de médecins généralistes.

L'employeur aussi en tire peu profit. En effet, la possibilité que le médecin refuse de délivrer un certificat (par exemple parce qu'il ne constate aucun symptôme de maladie ou parce qu'il a des doutes sur l'existence réelle des signes de burn-out) est particulièrement faible. Il ressort en outre de la pratique que la suppression du certificat médical ne donne pas lieu à un absentéisme plus important. C'est notamment ce que confirme cette étude d'Acerta : au premier trimestre 2023, l'absentéisme pour maladie de courte durée dans les entreprises belges a reculé de 5 % par rapport à la même période de l'année précédente.

Le droit d'être aidé

C'est ainsi que le contrôle n'est pas un outil efficace pour lutter contre les abus, du moins à ce stade. Ce qui pose encore davantage problème, c'est qu'il constitue en revanche un frein en cas d'absentéisme justifié dans le cadre de la communication entre l'employeur et le travailleur, alors qu'il s'agirait justement de faciliter les choses. Pour commencer, le travailleur a le droit de bénéficier d'une aide, et nous avons tendance à l'oublier à force de rester encore trop souvent focalisés sur le contrôle du droit aux indemnités.

Il est beaucoup plus facile pour le travailleur d'envoyer un e-mail dans lequel il signale au département RH qu'il est malade et auquel il joint son certificat médical que de prendre directement contact avec son employeur, de préférence par téléphone. Or, c'est justement ce contact qui constitue la connexion permettant aux deux parties de discuter de la gravité de l'absence et d'ouvrir directement le dialogue concernant une réintégration ultérieure lorsque l'absence risque d'être de longue durée.

« Tout commence par une confiance mutuelle, qui se crée sur la base d'un dialogue constructif, dans le cadre d'une politique efficace en matière d'absentéisme. Un contrôle excessif constitue une entrave à cet égard. »

Il n'est pas nécessaire d'approfondir directement la discussion à ce stade. Les points essentiels à aborder, outre bien entendu l'état de santé du travailleur, sont :

- L'importance de la mise en place à temps d'un trajet de réintégration informel. De trop nombreux employeurs attendent encore jusqu'au trajet de réintégration formel, ce qui ne profite à personne et ce, pour différentes raisons (liées notamment à la confiance et aux obstacles).
- Les initiatives qui peuvent être prises et les acteurs qui peuvent constituer un soutien à cet égard (le médecin du travail, par exemple). En effet, les connaissances à ce sujet font encore souvent défaut.
- Le pouvoir du travail sur le processus de guérison (changement 2), afin que le travailleur ne soit pas laissé sur la touche plus longtemps que nécessaire (dans son intérêt également).
- Les accords relatifs à la suite du processus, comme le prochain moment de contact entre l'employeur et le travailleur, par exemple.
- Etc.

Si tout se déroule correctement dans le cadre d'une politique en matière d'absentéisme constructive et claire, cette démarche ne sera pas perçue comme une intrusion par le travailleur et la première étape importante vers la réintégration aura été franchie. Mais c'est précisément cette étape qui est entravée par les mécanismes de contrôle tels que le certificat médical.

En outre, le certificat d'un jour a beau avoir été supprimé entre-temps, il reste obligatoire pour les absences de plusieurs jours. Le réflexe de contrôle se manifeste encore aujourd'hui dans le cadre d'initiatives relatives à la réintégration lors d'une absence de longue durée, ce qui n'arrange pas la situation.

Un exemple parlant pour illustrer ces propos sont les mesures annoncées en novembre 2023 par le gouvernement fédéral pour renforcer la réintégration des travailleurs malades de longue durée. Même cette initiative tout à fait louable met largement l'accent sur un contrôle régulier, en imposant aux malades de longue durée de se rendre régulièrement à des consultations auprès du médecin-conseil. Or, comme la Vlaams Patiëntenplatform, je déplore cette obligation. De la même manière que la pensée en termes de handicap (voir changement 1), elle entrave encore davantage la recherche d'aide : le médecin-conseil est en effet perçu de manière négative comme un « contrôleur », principalement chargé d'évaluer le droit au maintien des indemnités.

Cette tendance à se focaliser sur le contrôle dessert aussi notre vision de la réintégration durable en tant qu'objectif final. En effet, les consultations obligatoires ne permettent pas de réduire la durée de l'incapacité de travail, ce qui est un élément clé pour une réintégration réussie, comme cela a déjà été souligné. Bien au contraire. Nous devons identifier les causes de l'absence et ouvrir la discussion concernant la réintégration finale à un stade bien plus précoce.

Et de la même manière que le certificat médical complique le dialogue avec l'employeur, la consultation obligatoire auprès du médecin-conseil fait obstacle à l'intervention d'autres acteurs pertinents, tels que le médecin du travail. Je reviendrais sur ce point dans le changement 4.

En résumé, tout commence par une confiance mutuelle, construite sur la base d'une *connexion* rapide et pertinente, qui commence par une communication ouverte. Or, cette dynamique ne pourra généralement pas être établie tant que nous accorderons une place prépondérante au contrôle.

Certes, il convient de maintenir certains mécanismes de contrôle (les abus existeront toujours et doivent être combattus), mais surtout de faire en sorte qu'ils n'entravent plus le dialogue entre l'employeur et le travailleur.

Changement 4 : de la mentalité « île » à la mentalité « archipel »

« Il est essentiel que le renvoi vers un spécialiste, en particulier le médecin du travail, devienne un réflexe dans la prise en charge, et cela nécessite une sensibilisation de tous les acteurs. »

Comme je l'ai mentionné dans le changement 3, un dialogue rapide permet de sensibiliser et d'informer les travailleurs sur la réintégration, notamment en les familiarisant au processus et aux différents acteurs qui peuvent les aider à la fois à se rétablir et à retourner au travail.

Et nous avons encore beaucoup de travail à faire en ce qui concerne ces acteurs. Demandez à n'importe quel travailleur quelle est la différence entre le médecin traitant, le médecin-contrôleur, le médecin-conseil et le médecin du travail. Ou encore quel est le rôle du conseiller en prévention interne et du service de prévention externe. Il n'en aura probablement aucune idée. En outre, de nombreux *supérieurs hiérarchiques* et *employeurs* ne savent pas ce qu'il en est, alors qu'il est important de pouvoir mener un dialogue constructif en vue de la réintégration.

Besoin de transparence

Et nous ne pouvons pas leur en vouloir : le paysage des spécialistes est compliqué et peu clair. Il y a réellement un besoin urgent de plus de clarté et de transparence à ce sujet. Le fait que les différents *intervenants* ne se connaissent souvent pas en dit long et freine le moteur de la réintégration.

L'acteur le plus méconnu et dont la valeur ajoutée dans le processus de réintégration est donc souvent sous-exploitée est le médecin du travail.

Que fait le médecin du travail (et que ne fait-il pas) ?

Qui consultez-vous habituellement lorsque vous avez des problèmes de peau ? Le dermatologue, n'est-ce pas ? En général, après avoir été réorienté par votre médecin traitant. Alors, pour une affection qui est en partie causée par le travail (et/ou qui a des conséquences sur celui-ci), il est également logique de consulter un médecin du travail, non ?

Le médecin du travail fait partie du service externe pour la prévention et la protection au travail auquel l'employeur est affilié. Cet intervenant est souvent confondu avec le médecin-contrôleur, ce qui constitue un malentendu générateur d'obstacles qu'il convient de dissiper. Le médecin-contrôleur est celui qui, pour le compte de votre employeur, vient vérifier si les travailleurs sont réellement malades, alors que la mission du médecin du travail est de les aider dans leur réintégration.

En collaboration avec le médecin traitant et éventuellement le conseiller en prévention aspects psychosociaux ou d'autres conseillers en prévention, cet intervenant conseillera et guidera le travailleur dans son rétablissement, en accordant une attention particulière au futur retour au travail. Il peut s'agir d'un retour complet dans le même emploi et chez le même employeur, ou d'un retour avec un travail adapté. Dans certains cas, par exemple après un trouble psychosocial tel que le burn-out ou les conséquences d'un comportement indésirable, il peut même s'agir d'un tout nouvel emploi et/ou d'un autre employeur.

Le médecin du travail est de loin l'intervenant le plus approprié dans ce cadre, et les études montrent également que plus il intervient tôt, plus les chances d'une réintégration réussie sont élevées.

→ Vous trouverez [ici](#) de plus amples informations sur les différences entre les principaux médecins en matière d'absentéisme.

Or, la mise en relation avec le médecin du travail se fait souvent trop tard voire pas du tout, même quand le médecin traitant est impliqué.

Le renvoi vers un spécialiste doit devenir un réflexe

Le manque de connaissances et de réflexe de renvoi vers les différents acteurs est donc également un problème sérieux. Car si, à proprement parler, le travailleur est le seul à pouvoir décider de consulter le médecin du travail, il existe une importante responsabilité de conseil de la part des employeurs et des spécialistes ; ils sont censés mieux connaître le domaine que le travailleur.

« Une étude finlandaise a montré récemment que le renvoi par le médecin du travail vers le secteur curatif permettait un retour au travail plus rapide. »

En outre, le rôle du médecin du travail n'est pas suffisamment reconnu par les décideurs, ce qui n'est pas facilité par la fragmentation de la fonction des acteurs privés et réglementés et la répartition des compétences pertinentes entre les gouvernements fédéraux et régionaux. Par conséquent, ce rôle n'est pas suffisamment pris en compte dans la politique plus générale et les initiatives ciblées. Il n'y a pratiquement pas de concertation et, bien que chaque acteur fasse de son mieux pour entrer en contact avec les personnes en incapacité de travail, ils ne parviennent pas à atteindre ce vaste groupe cible à eux seuls. Depuis des années déjà, je plaide en faveur d'un réflexe plus ancré de renvoi du secteur curatif vers le médecin du travail, et une récente étude finlandaise montre que cela porte ses fruits : le modèle de renvoi testé dans ce pays a permis un retour au travail beaucoup plus rapide pendant la période de rétablissement.

Impliquer l'ensemble des intervenants

Je me suis attardé sur le rôle du médecin du travail car c'est là que le plus grand changement de mentalité est nécessaire, mais je suis bien sûr disposé à élargir ce plaidoyer à l'ensemble du terrain, du travailleur et de l'employeur concernés aux différents intervenants et même décideurs.

Dans notre pays, la réintégration se déroule encore trop souvent sur des îles. Pour résoudre ce problème, il ne suffit pas d'évaluer correctement le rôle de chaque spécialiste et de déterminer qui doit être sollicité à quel moment. Une réintégration réussie n'est possible que par la concertation. Chaque acteur est important et nous devons renforcer ce réseau, en leur permettant de se rencontrer et de collaborer en temps utile. Chacun dans leur spécialisation, ils ont tous un rôle de liaison à jouer dans un objectif commun, à savoir la santé et le bien-être de tous les travailleurs.

Dans de très nombreux domaines des soins de santé généraux, cette interaction fonctionne déjà très bien et, compte tenu de l'importance considérable de la réintégration et du bien-être des travailleurs en général, nous ne pouvons vraiment plus accepter une interaction aussi fragile avec le médecin du travail.

Comment allons-nous y parvenir ?

Dans l'attente d'une politique globale, une plus grande coordination peut toutefois déjà être assurée au niveau local, par l'intermédiaire des zones de première ligne. Le projet « Retour au travail – L'importance des zones de première ligne » en est la preuve. Il a non seulement révélé un manque de collaboration et de sensibilisation entre les professionnels des soins et du travail, mais aussi un manque évident de coordination des soins et d'appropriation par les acteurs, en particulier parmi les groupes cibles des malades (de longue durée) qui étaient plus difficiles à atteindre.

Pour intervenir rapidement dans les cas d'incapacité de travail, il est essentiel que les professionnels de la santé, y compris les médecins généralistes, disposent des connaissances et des outils nécessaires pour renvoyer les patients vers le professionnel du travail adéquat. Cela peut se faire, par exemple, au moyen d'une boîte à outils qui intègre les parcours et les acteurs existants dans le domaine du retour au travail : les médecins du travail, les coordinateurs retour au travail des mutuelles et les partenaires tels que la GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling), la GOB (Gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling) et le VDAB. Les médecins généralistes peuvent alors, sur la base des caractéristiques du patient, renvoyer celui-ci vers le bon acteur du retour au travail, en tenant compte de la durée de l'incapacité, du statut et des caractéristiques personnelles du patient. En faisant de la participation un objectif de santé et de la réintégration un objectif de soins de santé, nous pouvons combler le fossé entre les acteurs du secteur curatif et les acteurs du retour au travail.

Et nous n'atteindrons réellement et pleinement le groupe cible qu'en travaillant sur la sensibilisation (*outreach*) : une manière proactive de contacter les personnes en situation de vulnérabilité sociale, qui ne sont pas ou pas suffisamment touchées par l'offre actuelle de services, d'aide et de soins, et qui n'en font pas toujours la demande elles-mêmes. Cette approche s'inscrit dans l'environnement immédiat du groupe cible, mais jette également un regard critique sur le système, sur les obstacles et sur la manière de les éliminer.

Un bon exemple d'interaction est le projet pilote A3W3, qui vise à aider les personnes qui ne peuvent plus travailler chez leur employeur actuel, par exemple parce qu'il ne peut pas leur proposer le travail adapté nécessaire. Les résultats montrent que les renvois des médecins du travail des services de prévention externes concernés vers le service de l'emploi (en l'occurrence le VDAB en Flandre) sont très fructueux. Dans le cadre de son rôle de coordination, le médecin du travail peut également impliquer d'autres spécialistes, tels que le médecin-conseil.

Changement 5 : de l'égalité à l'équité

« Une évolution dans laquelle nous pourrions déléguer davantage permettrait de libérer du temps pour nos médecins du travail qui en manquent cruellement. »

Le contexte actuel de la médecine du travail et de la réintégration se caractérise souvent par une approche uniforme, où tout le monde suit la même procédure. Tout le monde doit se soumettre au même processus, ce qui conduit à des inefficacités et à une limitation des ressources et de la capacité disponible. En effet, quel soutien pouvez-vous apporter à quelqu'un si vous pouvez à peine vous baser sur ses besoins personnels ? Nous devons nous efforcer d'adopter une approche efficace et effective, tant dans le domaine de la médecine du travail que dans celui de la réintégration, en utilisant au mieux les ressources disponibles et en proposant un soutien sur mesure en fonction des besoins. Dans le cas de soins psychologiques, la prise en charge, étape par étape, peut déjà apporter une réponse à cette question.

Elle constitue une approche qui permet d'offrir des soins à différents niveaux d'intensité et de spécialisation, selon les besoins de la personne. Nous pouvons ainsi lui offrir la prise en charge appropriée, au moment opportun et avec la bonne expertise. Ce type de prise en charge permet une meilleure harmonisation entre les ressources disponibles et les exigences des patients. À titre d'exemple, les enfants du numérique sont très à l'aise avec les nouvelles technologies et donc, facilement joignables. En aidant ce groupe à distance, les infirmiers peuvent se concentrer sur les patients qui ont besoin d'un accompagnement plus personnalisé. Les médecins peuvent alors intervenir à un niveau plus spécialisé, où leur expertise est la plus utile.

Cependant, ce scénario idéal est encore trop souvent freiné par la législation dépassée dans laquelle les SEPPT, tels qu'IDEWE, doivent accomplir leur mission. Légalement, les examens périodiques doivent être effectués par un médecin du travail. Or, aujourd'hui, les travailleurs sans symptômes pourraient tout à fait être examinés par des infirmiers. À condition de leur fournir une formation et un encadrement adéquats ainsi que des règles claires concernant la supervision par le médecin du travail, qui reste le responsable final.

Rappelons que la pénurie sur le marché du travail touche également les conseillers en prévention et les infirmiers ; nous sommes de plus confrontés à une augmentation des tâches sans que les ressources financières n'évoluent en conséquence. Une évolution dans laquelle nous pourrions déléguer davantage permettrait de libérer du temps pour nos médecins du travail qui en manquent cruellement. Lorsque les médecins du travail sont sollicités par les employeurs pour des questions générales, notamment en matière de politique de bien-être ou de trajets de réintégration concrets, ils créent une valeur ajoutée sociale et humaine dans leur domaine d'expertise, pour peu qu'ils puissent y consacrer le temps nécessaire. Cette transition rendrait également le secteur de la prévention plus attractif pour les fonctions véritablement en pénurie telles que celles d'infirmier et de médecin du travail : leur travail deviendrait plus intéressant, plus stimulant, plus polyvalent et procurerait beaucoup plus de satisfaction. Mais elle améliorerait, par-dessus tout, la qualité finale de la prévention. Malheureusement, la législation obsolète actuelle nous empêche de saisir cette énorme opportunité qui constitue déjà la norme dans d'autres secteurs de soins de santé.

Conclusion : le système doit, et peut, être bien meilleur

La réintégration difficile des malades de longue durée représente l'un des principaux défis en matière d'économie et de bien-être de cette décennie. Mais nous sommes en mesure de le relever : les solutions existent, il s'agit de les voir et de les mettre à profit tous ensemble.

Faisons en sorte que 2024 soit l'année où nous pourrons enfin, une fois pour toutes, concrétiser ces cinq grands changements de mentalité. L'année que nous considérerons plus tard comme celle au cours de laquelle nous, en tant que société, avons réellement commencé à mettre un terme à l'absentéisme de longue durée inutile et à l'énorme impact négatif que cela a sur la santé de notre économie et des travailleurs qui y jouent un rôle majeur.

Sources

Étude finlandaise

- **Effectiveness of the Coordinated Return to Work model after orthopaedic surgery for lumbar discectomy and hip and knee arthroplasty: a register-based study** - par Pii Lavikainen,¹ Jari Heiskanen,¹ Kari Jalkanen,¹ Aku-Ville Lehtimäki,¹ Saara Vehkala,¹ Pauliina Kangas,² Kaj Husman,³ Ilkka Vohlonen,⁴ Janne Martikainen¹
 - **Results:** During the first year of the CRtW model, the average RTW period shortened by 9.1 days (95% CI 4.1 to 14.1) for hip arthroplasty and 14.4 days (95% CI 7.5 to 21.3) for knee arthroplasty. The observed differences were sustained over longer follow-up times. For lumbar discectomy, the first-year decrease was not statistically significant, but the average RTW had shortened by 36.2 days (95% CI 33.8 to 38.5) after 4.5 years.
 - **Conclusions** The CRtW model shortened average RTW periods among working-age people during the recovery period. Further research with larger samples and longer follow-up times is needed to ensure the effectiveness of the model as a part of the Finnish healthcare system.