



Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail

Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique

MSc. Isabelle Boets & Prof. Dr. Lode Godderis, KU Leuven

Prof. Dr. Vanessa De Greef & MSc. Hélène Deroubaix, ULB

Cette étude a été financée par le Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.



**Service public fédéral
Emploi, Travail
et Concertation sociale**

Table des matières

1. Problématique sociale, contexte de la réglementation en matière de réintégration et étude actuelle	3
2. Modules de travail 1 & 2 : évaluation quantitative et qualitative	4
2.1. Questions de recherche et méthode (MT1 et MT2)	4
2.2. Résultats	5
3. Module de travail 3 : évaluation juridique	8
3.1. Méthode	8
3.2. Résultats	8
4. Conclusion, recommandations et suggestions.....	10

1. Problématique sociale, contexte de la réglementation en matière de réintégration et étude actuelle

D'après les statistiques de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le nombre de travailleurs en incapacité de travail augmente chaque année. Les travailleurs en incapacité prolongée rencontrent par ailleurs des difficultés pour reprendre le travail, car la probabilité de retour au travail diminue avec la durée de l'incapacité. Cette incapacité de longue durée peut être désastreuse pour le travailleur lui-même, en raison de l'impact important du travail sur le bien-être physique et psychosocial. L'employeur peut lui aussi subir des inconvénients, par exemple en raison d'un manque de clarté concernant la reprise du travail ou le remplacement, ce qui peut avoir un impact négatif sur la motivation et la charge de travail des autres travailleurs.

Avant l'introduction de la réforme réglementaire¹, employeur et travailleur n'avaient guère la possibilité d'intervenir lorsque l'incapacité de travail venait à se prolonger avec peu de perspectives de reprise du travail. Cette situation, de même que l'augmentation de l'absentéisme (de longue durée), pesait lourdement sur le budget de l'INAMI. C'est pourquoi un arrêté royal relatif au trajet de réintégration des travailleurs en incapacité de travail est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2016. L'objectif du trajet de réintégration (TR) est de promouvoir la réintégration du travailleur en incapacité, qui n'est pas en mesure d'effectuer le travail convenu. Depuis l'introduction de la réforme, un TR peut être initié par le travailleur lui-même, son médecin traitant, l'employeur ou le médecin-conseil de la mutuelle. Le TR peut donner lieu à une réintégration chez l'employeur, dans une fonction temporairement ou définitivement différente ou aménagée, ou à la rupture du contrat de travail pour force majeure médicale s'il est question d'une incapacité de travail permanente.

Depuis l'introduction de la réforme, il apparaît qu'une grande partie des décisions concerne une décision d'incapacité de travail définitive (décision C ou D) en vertu de laquelle une rupture du contrat de travail pour force majeure médicale peut être invoquée. A ce jour, nous n'avons que peu d'informations sur ce qu'il advient des travailleurs dont le contrat a été rompu pour cause de force majeure médicale. Restent-ils en incapacité de travail ou au chômage ? Sont-ils engagés ailleurs ? Il est donc fort pertinent d'évaluer l'impact de la nouvelle législation sur la réintégration au travail des travailleurs en incapacité. C'est pourquoi le groupe de recherche Environnement et Santé de la KU Leuven a évalué la réforme de manière quantitative et qualitative. Ils ont examiné l'impact de la réglementation sur la réintégration des travailleurs, et la manière dont elle pourrait être optimisée le cas échéant.

La réforme a également fait l'objet d'une évaluation juridique par des chercheurs de l'ULB. Actuellement, **les décisions de justice depuis l'entrée en vigueur de la réforme sont encore très rares et il faudrait attendre minimum deux ans encore avant de proposer une analyse circonstanciée de la jurisprudence**. Il est cependant possible que le contentieux judiciaire soit beaucoup plus limité que par le passé en raison du travail de négociation entre parties qui a lieu dans le cadre d'une **phase pré-**

¹ La réforme de la réintégration professionnelle a été définie dans quatre textes de loi : par ordre chronologique ; l'arrêté royal du 28 octobre 2016 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs en ce qui concerne la réintégration des travailleurs en incapacité de travail ; l'arrêté royal du 8 novembre 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 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle ; la loi du 20 décembre 2016 portant dispositions diverses en droit du travail liées à l'incapacité de travail ; et, enfin, l'arrêté royal du 30 janvier 2017 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs. L'arrêté royal du 28 mai 2003 a entretemps été remplacé par le Code du bien-être au travail.

contentieuse qui peut être la phase définitive d'un conflit (qui ne sera donc jamais porté devant les juridictions du travail). Dans ce nouveau cadre, le rôle de l'avocat semble, lui aussi, évoluer : beaucoup d'avocats interviennent avant tout contentieux judiciaire, pour négocier la rupture du contrat de travail. L'analyse juridique analyse la façon dont ces négociations ont lieu et établit une série de points d'attention qui visent également à adapter la réglementation existante.

2. Modules de travail 1 & 2 : évaluation quantitative et qualitative

2.1. Questions de recherche et méthode (MT1 et MT2)

Le **volet quantitatif** (MT1) de l'évaluation consistait en une enquête par questionnaire. Les questions de recherche du volet quantitatif étaient les suivantes :

- QR1 : Quel pourcentage du nombre total de cas traités reçoit une décision A, B, C, D ou E.
- QR2 : Combien de cas sont (encore) sur le marché du travail après le TR ?
- QR3 : Quel pourcentage de cas fait l'objet d'une décision de force majeure médicale ?
- QR4 : Combien de cas de résiliation de contrat pour cause de force majeure médicale sont de retour au travail après le TR ?

Les travailleurs ayant suivi un TR chez le médecin du travail en 2017 et au premier trimestre 2018 formaient le public cible pour remplir le questionnaire. Comme groupe de comparaison, un échantillon similaire de personnes ayant suivi une visite préalable à la reprise du travail (VP) – une méthode informelle de réintégration – a été retenu. En collaboration avec cinq services externes de prévention et de protection au travail (Idewe, Mensura, Liantis, Attentia et Cesi), 481 travailleurs ayant suivi un TR (15 % de taux de réponse) et 592 travailleurs ayant passé une VP (19 % de taux de réponse) ont été invités à remplir un questionnaire en ligne. Ils ont été interrogés sur leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, ainsi que sur les traits particuliers de leur incapacité de travail.

Réputés fort différents, les deux groupes (TR contre VP) ont donc été comparés sur la base des caractéristiques sondées. On a également cherché à savoir quelles caractéristiques ou prédispositions contribuaient nettement à la reprise du travail. Cela s'est fait par le biais d'une régression logistique multinomiale avec une variable dépendante « reprise du travail » et trois résultats possibles : 1) non (pas de reprise du travail), 2) reprise du travail chez le même employeur et 3) reprise du travail chez un autre employeur.

Au volet quantitatif est venu s'ajouter le **volet qualitatif (MT2)**, lequel consistait en des groupes de concertation avec les principales parties prenantes au titre de la législation. Les questions de recherche du volet qualitatif étaient les suivantes :

- QR5 : Comment les différentes parties prenantes vivent-elles la nouvelle réglementation et le TR depuis lors ?
- QR6 : Comment améliorer la réglementation actuelle en fonction de ces différentes parties prenantes ?

Cinq groupes de parties prenantes ont été interrogés dans le cadre de groupes de concertation homogènes : les patients ou travailleurs ayant suivi un TR, les médecins généralistes, les médecins-conseils, les médecins du travail et les employeurs. On a systématiquement tenté de former un groupe néerlandophone et un groupe francophone. Cet objectif a été atteint à une exception près : nous n'avons pas réussi à interroger des travailleurs francophones. Les groupes de concertation ont été organisés entre janvier et juin 2019. Un guide d'entretien avait été élaboré pour chaque groupe de

parties prenantes et les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel informatique NVivo et des principes de l'analyse thématique.

2.2. Résultats

Volet quantitatif (MT1)

L'enquête par questionnaire a montré que dans le cadre d'un TR, la plupart des travailleurs recevaient une **décision** d'incapacité de travail définitive (C ou D) (Figure 1) (QR1). Le **demandeur** du TR était dans la plupart des cas le travailleur lui-même ou son médecin traitant (52 %), et dans une minorité de cas l'employeur (32 %) ou le médecin-conseil (16 %). En ce qui concerne l'évaluation et le demandeur de TR, cet échantillon correspondait aux données sur la population totale de Co-Prev.

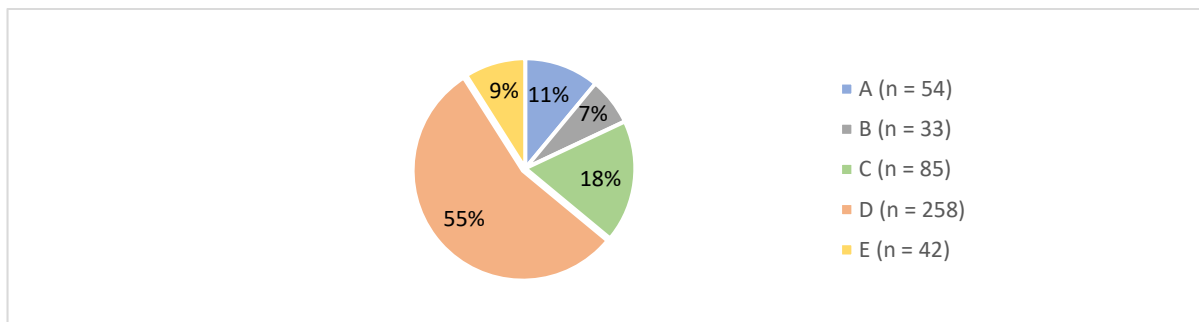


Figure 1 : Décision TR

Les résultats descriptifs ont montré que les travailleurs ayant suivi une voie formelle de réintégration (un TR) et les travailleurs ayant suivi une voie informelle (VP) sont des groupes très différents et non comparables. Parmi les **écarts importants**, on a pu remarquer que les travailleurs ayant suivi un TR avaient plus souvent un partenaire lui-même sans emploi ou en incapacité de travail. Leur salaire était en outre nettement inférieur et ils profitaient de moins d'avantages extralégaux. Ils exerçaient aussi plus souvent un emploi d'ouvrier ou de collaborateur administratif, et comptaient en leurs rangs un nombre inférieur de diplômés de l'enseignement supérieur. Autre constat marquant : ces travailleurs travaillaient souvent déjà à temps partiel avant de suivre un TR.

Au sein du groupe TR, **la cause de l'incapacité de travail** était plus souvent liée au travail (stress, épuisement ou conflit) ou à des troubles musculo-squelettiques. En ce qui concerne **la durée de l'incapacité de travail**, les travailleurs ayant suivi un TR étaient souvent déjà absents depuis une période plus longue au moment de leur premier contact avec le médecin du travail. Ainsi, 40 % d'entre eux étaient à ce stade déjà absents depuis plus d'un an, contre 25 % au sein du groupe VP (Figure 2).

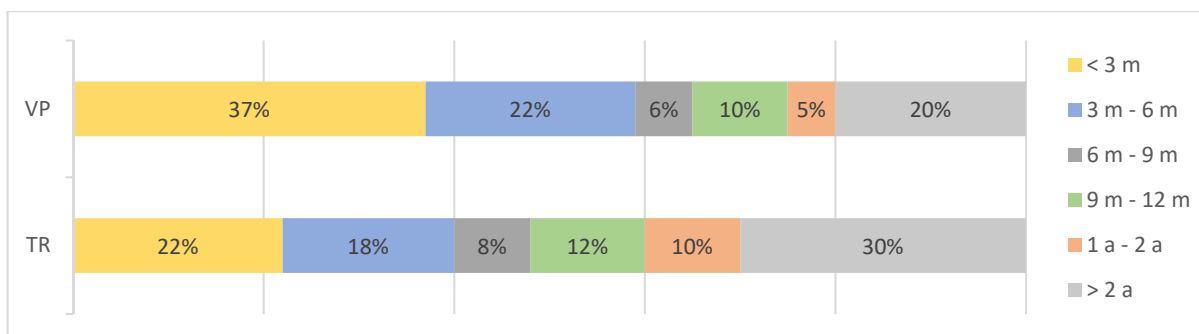


Figure 2 : Durée de l'incapacité de travail

En ce qui concerne la **reprise du travail**, 42 % des personnes interrogées ont repris le travail après leur TR, 69 % d'entre elles l'ont fait chez un autre employeur (QR2). Au total, 56 % des personnes interrogées ont vu leur contrat résilié pour cause de force majeure médicale (QR3). Néanmoins, 37 % d'entre elles ont repris le travail chez un autre employeur (QR4). Au sein du groupe VP en revanche, les personnes interrogées ont repris le travail dans 73 % des cas, la majorité d'entre elles auprès de leur propre employeur (87 %).

Les analyses concernant les **indicateurs de la reprise du travail** (régression logistique multinomiale) ont été effectuées séparément pour les deux groupes. Pour le groupe TR, la **durée de l'incapacité de travail** était un indicateur important de la reprise du travail chez un autre employeur, mais pas chez le même. Ce constat corrobore les observations faites lors de recherches antérieures, à savoir que la probabilité d'un retour au travail diminue à mesure que la durée de l'incapacité de travail augmente. En outre, les résultats ont montré que les personnes souffrant d'une **pathologie liée au travail** (comme l'épuisement professionnel) avaient plus tendance à reprendre le travail chez un autre employeur. Cela pourrait indiquer que lorsqu'il est question d'un problème lié au travail, les travailleurs font une demande de TR afin de pouvoir être engagés chez un autre employeur.

La décision du **médecin du travail** dans le cadre du TR a vraisemblablement une influence significative sur la reprise du travail chez le propre employeur, avec une plus grande chance pour les personnes ayant reçu une décision A, B ou C. La reprise chez le même employeur ou chez un autre employeur ne dépend par contre pas vraiment de la **personne ayant demandé** le TR à la base. Ce constat pourrait permettre de contrer les éventuelles critiques selon lesquelles le TR n'est utilisé par les employeurs que pour licencier facilement et à peu de frais des travailleurs. Les résultats montrent en effet peu de différences dans la probabilité d'une reprise du travail, que la demande de TR vienne de l'employeur ou du travailleur.

Nous renvoyons au rapport complet (2.3.2 et 2.3.3) pour les résultats et analyses complets, ainsi que les résultats du groupe VP.

Volet qualitatif (MT2)

Au sein du volet qualitatif, nous avons pu identifier, grâce aux groupes de concertation, les facteurs qui entravaient ou au contraire favorisaient la réintégration pour les parties prenantes, toujours dans le cadre de la réglementation actuelle (QR5). Ces facteurs ont été classés sous différents thèmes généraux et thèmes secondaires (Tableau 1). Cette analyse qualitative et un examen de la littérature internationale nous ont par ailleurs permis de formuler diverses recommandations visant une optimisation de la réglementation (QR6).

Tableau 1 : Thèmes généraux et secondaires

Thèmes généraux	Thèmes secondaires
Le cadre/processus légal	Sanctions Charge de travail Connaissances des processus Lacunes Quick Scan
Disponibilité du travail adapté	Motivation de l'employeur Rapport de motivation Avis du médecin du travail

	Disponibilité du travail adapté Secteur et taille de l'organisation Primes
Communication entre les différents acteurs (médicaux)	Plateforme de communication Vie privée
Alternatives au TR	Réintégration informelle Politique en matière d'absentéisme
Force majeure médicale	Abus de l'employeur Pression par l'employeur Reclassement ou suivi Opportunité pour le travailleur

Dans le **cadre de la réglementation**, les parties prenantes dénoncent de multiples obstacles. Un TR implique une *charge de travail* fort importante. Les **connaissances** de certaines parties prenantes sont en outre insuffisantes. Des médecins généralistes n'étaient pas au courant de la législation, et des travailleurs, certains médecins-conseils et employeurs de PME ne l'étaient que dans une mesure limitée. Tous les intéressés militent dès lors pour une meilleure information des principales parties prenantes, ainsi qu'une implication active des médecins généralistes dans le TR de leurs patients. Il convient en outre d'encourager la *collaboration multidisciplinaire* et la **communication** entre les différentes parties prenantes, un point qui laisse actuellement à désirer en raison de certaines lacunes et de l'absence d'une plateforme de communication uniforme.

Les acteurs médicaux manquent aussi d'un moyen de pression au titre de la réglementation. La non-collaboration à un TR n'entraîne aucune *sanction*, que ce soit pour le travailleur ou l'employeur. Une recommandation importante à cet égard est qu'il faudrait davantage encourager (financièrement) les employeurs à réintégrer les travailleurs en incapacité, d'une part, et les travailleurs à *vouloir* retourner au travail, d'autre part. Des recherches internationales ont déjà montré que de telles mesures peuvent avoir l'effet souhaité. En outre, selon les parties prenantes, ces sanctions ou incitations devraient également prévenir le *recours abusif* à la législation. Il est frappant de constater que les acteurs médicaux affirment que les employeurs abusent du TR pour « faire le ménage dans leurs effectifs », par le biais de la **force majeure médicale**, alors qu'ils considèrent la force majeure médicale à l'initiative du travailleur comme une *opportunité*. En cas de situation conflictuelle par exemple, les travailleurs peuvent facilement et rapidement quitter leur employeur pour aller travailler ailleurs.

En tout état de cause, la force majeure médicale ne doit pas toujours être négative et peut également servir de point de départ pour un nouvel emploi chez un autre employeur, ce que confirment en partie les résultats de notre enquête par questionnaire. Cependant, *un suivi ou un encadrement* adéquat après un cas de force majeure médicale fait vraisemblablement défaut ; il s'agit dès lors d'un point d'attention important. La *législation sur le reclassement* vient déjà quelque peu répondre à cette problématique. Une autre condition importante est qu'un TR doit être mis en route à temps, c'est-à-dire au début de la période d'incapacité de travail, afin de maximiser les chances d'un retour au travail réussi.

La question du « **travail adapté** » a été souvent soulevée lors des groupes de discussion. Les employeurs ont évoqué plusieurs *facteurs organisationnels* qui peuvent entraver la réintégration, par exemple la taille de l'organisation. L'adaptation la plus courante est de nature temporaire, à savoir la possibilité d'une *reprise progressive du travail*, ce que confirment également les résultats de l'enquête par questionnaire. Dans de nombreux cas, cette adaptation a un effet positif sur la réintégration. Trop souvent néanmoins, beaucoup d'autres petits ajustements qui pourraient s'avérer très utiles, comme des adaptations ergonomiques, restent inutilisés. Une recommandation à cet égard serait de combiner

les *mesures de soutien* disponibles, comme les primes communautaires en cas de reconnaissance du handicap, et de les porter bien entendu à l'attention des employeurs et des travailleurs.

L'entrée en vigueur de l'arrêté royal, enfin, a eu un effet positif sur la **sensibilisation** au thème de la « réintégration ». Les *voies informelles*, comme l'examen de reprise du travail ou la visite préalable, connaissent un succès grandissant. Comme l'a montré l'enquête par questionnaire, ces méthodes de retour au travail se révèlent souvent très efficaces lorsqu'il s'agit de reprendre le travail chez son propre employeur. Les employeurs ont également indiqué que depuis l'introduction de l'arrêté royal, ils accordent plus d'attention à la *politique en matière d'absentéisme* et ont formalisé leurs bonnes pratiques déjà existantes.

Les résultats complets et les propos des parties prenantes des différents groupes de concertation peuvent être consultés dans le rapport complet (3.3).

3. Module de travail 3 : évaluation juridique

3.1. Méthode

Le volet juridique se découpe en deux parties.

La première partie fait état des conclusions de deux séminaires d'avocats (un francophone et un néerlandophone) conduits à la fin de l'année 2019². L'objectif était de comprendre quelle stratégie juridique était mobilisée par les avocats avec le nouveau cadre législatif et réglementaire. La méthodologie est inspirée d'une **méthode qualitative, appelée « l'analyse en groupe »**, qui a pour caractéristique d'être un dispositif associant les acteurs et qui prend la forme d'un débat organisé.

La seconde partie du volet juridique se veut propositionnelle et liste une série de points qui pourraient être abordés dans le cadre d'une refonte de la réforme. Les éléments listés font référence à des données qui proviennent des sources suivantes : le volet de la KuLeuven de ce projet, les pistes de solutions proposées par les avocats dans le cadre des séminaires, la doctrine et la jurisprudence. La source est précisée pour chaque élément proposé.

3.2. Résultats

Première partie

Il apparaît que dans leur pratique, les avocats sont principalement en charge de conseiller leurs clients dans le cadre de ruptures pour force majeure médicale. A leurs yeux, la réforme permet principalement de proposer une rupture, voire de négocier ses modalités, et non de sécuriser la relation de travail. Les avocats soulignent le rôle essentiel mais jugé partial du conseiller en prévention-médecin du travail (qu'il soit peu indépendant de l'employeur ou du travailleur, les deux groupes d'avocats ont divergé sur la partie pour laquelle cet acteur prenait parti). Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que le trajet de réintégration soit souvent perçu comme un trajet de « désintégration ». Il apparaît que la rupture pour force majeure médicale est parfois un bon compromis pour les deux parties : pour l'employeur, sur le plan financier, pour le travailleur, sur le plan financier également dans

le sens où la démission serait trop coûteuse (tant en termes de durée de préavis à prester qu'en termes d'accès tardif à la sécurité sociale).

En définitive, et hormis en cas de contentieux judiciaire, la rupture pour force majeure semble perdre de son « essence » : elle se marchande parfois à un point tel que nous pouvons nous demander dans quelle mesure il peut être question de force majeure. A ce jour, et compte tenu exclusivement des discours des avocats sur leurs pratiques, les dispositifs mis en place ne permettent pas de sécuriser la relation de travail durant la période de travail adapté. Il faut insister sur le fait que les seuls plans de réintégration qui ont émergé des pratiques d'avocats concernent des situations où les parties ont été contraintes de discuter ensemble : dans une situation, parce que la relation de travail concernait un travailleur statutaire et dans l'autre, parce que l'employeur craignait un procès sur la base du droit de la non-discrimination. Une autre conclusion tirée de ces séminaires concerne le fait que le trajet de réintégration ne cible qu'une problématique individuelle liée au travailleur mais ne semble pas à même de venir modifier une organisation du travail défailante qui peut parfois être à la source de l'incapacité de travail (ce qui ne peut être sous-estimé pour le traitement des risques psycho-sociaux).

Seconde partie

Cette partie répond à 15 questions et propose des pistes de refonte de la réforme. Elle permet aussi de contribuer à une démarche positive : si les effets globaux de la réforme ne sont pas très encourageants, une série de bonnes pratiques a émergé, quelques décisions de justice ont été rendues et des pistes de réflexion ont émergé d'acteurs de terrain. Parmi les bonnes pratiques et pistes de réflexion, on pense par exemple aux façons dont certaines juridictions vérifient si le trajet de réintégration a vraiment été tenté par les parties et si un travail adapté a réellement été recherché. On pense encore aux entreprises qui ont mis en place une vraie politique de réintégration, ou encore à des conseillers en prévention-médecins du travail qui s'investissent dans le trajet, y compris en conviant des acteurs qui ouvrent les horizons de ce que peut signifier le travail adapté.

Les quinze questions sont les suivantes :

1. La rupture pour force majeure médicale est-elle en pratique une rupture pour force majeure?
2. La rupture pour force majeure médicale est-elle attractive pour les deux parties?
3. Y a-t-il des éléments à préciser par le législateur dans le cadre des ruptures pour force majeure médicale?
4. Le trajet de réintégration, est-il un frein à la rupture pour force majeure médicale?
5. Comment chercher (et trouver) un travail adapté?
6. Le travailleur peut-il introduire un recours contre la décision du conseiller en prévention-médecin du travail comme pour les autres examens de prévention?
7. Le conseiller en prévention-médecin du travail peut-il être indépendant ou comment garantir les missions du conseiller en prévention-médecin du travail?
8. Quels ponts doivent-êtré établis entre le droit du travail et le droit de la non-discrimination?
9. La réglementation relative aux aspects collectifs des trajets de réintégration est-elle adéquate?
10. Les délais de rédaction et d'approbation du plan sont-ils adéquats?

11. L'exclusion des accidents du travail et les maladies professionnelles du trajet de réintégration est-elle une exclusion?
12. Le champ d'application de certains pans de la réforme doit-il être élargi ou réexpliqué?
13. La coordination avec la législation assi (inami) doit-elle être repensée ou simplement réexpliquée?
14. Les risques psycho-sociaux sont-ils assez pris en considération dans le cadre des trajets de réintégration?
15. Le législateur devrait-il mentionner davantage d'éléments au sujet de l'avenant au contrat de travail?

Parmi les questions délicates à aborder dans le cadre d'une réforme, le législateur devra prendre position sur le fait de limiter le recours à la rupture pour force majeure médicale et d'éviter que le trajet de réintégration ne soit instrumentalisé par une des deux parties (ou les deux). Une autre question complexe concernera la façon de garantir l'indépendance du conseiller en prévention-médecin du travail et de lui apporter le support nécessaire (ce qui requiert une étude en soi probablement) pour exercer ses missions ô combien importantes mais qui sont actuellement difficiles à mettre en œuvre.

4. Conclusion, recommandations et suggestions

Rassembler les résultats et les analyses des volets quantitatif et qualitatif (MT1 et MT2) nous permet de constater que la réforme conduit effectivement à la réintégration des travailleurs en incapacité de travail, le plus souvent chez un autre employeur. Malgré la connotation négative associée au TR et à la force majeure médicale, la démarche donne lieu dans de nombreux cas à **une reprise effective du travail**, le plus souvent chez un autre employeur. Les travailleurs ont d'ailleurs régulièrement recours au TR pour se dégager une possibilité d'aller travailler chez un autre employeur. Sur ce plan, des abus de la part des employeurs – mais aussi parfois des travailleurs – sont dénoncés. D'éventuelles sanctions ou récompenses pourraient contrecarrer ces abus. Par exemple des incitants financiers qui encourageraient les employeurs à investir dans la prévention en matière de santé ou qui pousseraient les travailleurs à réintégrer le marché du travail.

Toutefois, selon les parties prenantes interrogées, certaines conditions préalables qui pourraient garantir la réussite de la mise en œuvre de la réglementation ne sont pas remplies. L'un des principaux écueils est le démarrage tardif du processus de réintégration dans de nombreux cas, qui fait que même le TR n'est plus vraiment pertinent. Une même conclusion peut être tirée des réponses au questionnaire. Aussi, une recommandation prioritaire serait de **prendre des mesures visant à favoriser une réintégration précoce** et à faciliter la reprise de travail. Il pourrait s'agir plus concrètement de contraindre chaque employeur à élaborer une politique globale de réinsertion qui mettrait l'accent sur une collaboration multidisciplinaire et une prise de contact anticipée avec le travailleur en incapacité. Les pouvoirs publics pourraient endosser un important rôle de soutien sur ce point. Ils pourraient encourager et aider les employeurs à proposer un travail adapté.

Dans le cadre d'une telle **politique**, la réintégration doit par ailleurs être vue comme un processus qui peut avoir lieu tant chez le même employeur que chez un autre. Une **approche par étapes** pourrait être mise en place à cette fin, avec un fonctionnement rapide et informel aux premiers stades. Le TR

pourrait quant à lui représenter une solution pour les travailleurs en incapacité et les employeurs pour qui cette voie informelle resterait sans issue, en raison de divers éléments contextuels. Une condition importante est toutefois que ces personnes soient correctement suivies pendant et après le TR, ce qui n'est pas encore suffisamment le cas à l'heure actuelle. Le VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding), le FOREM (Office Wallon de la formation professionnelle et de l'emploi) ou encore ACTIRIS (l'ancien Office Régional Bruxellois de l'Emploi) ont ici un rôle déterminant à jouer. Les médecins-conseils, le personnel paramédical des différentes mutuelles et l'INAMI peuvent intervenir de manière pertinente dans l'encadrement des chômeurs en incapacité de travail.

La réforme a néanmoins permis d'inscrire la question de la réintégration plus haut dans la liste des priorités de nombreux employeurs et acteurs médicaux, ce qui n'était pas le cas auparavant. De très nombreuses bonnes pratiques ont ainsi été formalisées dans diverses initiatives politiques. Cette **prise de conscience** accrue a en outre entraîné une augmentation des processus de réintégration informels, qui favorisent effectivement la réinsertion. En d'autres termes, consulter le médecin du travail peut s'avérer payant.

Nous invitons le gouvernement et les cabinets concernés à se pencher sur les résultats de l'étude quantitative et qualitative. Il conviendrait tout d'abord de **poursuivre l'étude quantitative à grande échelle** avec des données objectives. La demande de données approuvée auprès de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale forme ici un point de départ important. Ces données nous permettront de mieux visualiser tout ce qui a trait au TR, et nous fourniront davantage d'informations économiques et organisationnelles. Le cadre légal, enfin, comporte de nombreux points sensibles qui peuvent être traités. L'idéal consistera ici à impliquer activement les **parties prenantes**, pour optimiser la réglementation selon une **approche ascendante**. Une telle approche pourrait garantir que le cadre légal corresponde aux besoins individuels et sociétaux effectifs des parties prenantes. Une dynamique positive est apparue, notamment avec l'augmentation des trajets informels, et nous recommandons de l'exploiter comme point de départ pour porter la réintégration de façon permanente à l'attention du public.

Concernant le volet juridique, plusieurs recommandations prioritaires peuvent aussi être formulées.

1. **Il serait opportun de bien clarifier les objectifs des prochaines réformes, notamment les sous-questions suivantes :**

- l'objectif est-il de sécuriser la relation de travail pendant la période de travail adapté ou de clarifier des relations de travail « mortes-vivantes » ou dont la poursuite est incertaine ?
- le champ d'application doit-il être plus large que ce qu'il est actuellement ?

Si l'objectif est notamment de sécuriser la relation de travail pendant la période de travail adapté, il semble opportun de mettre en place une batterie de mesures (et si possible, il faudrait les évaluer en même temps que leur mise en œuvre) telles que la mise en place d'incitants pour qu'un travail adapté soit réellement recherché, l'intégration beaucoup plus forte du droit de la non-discrimination dans le droit du travail, la limitation du recours à la rupture pour force majeure médicale lorsque la force majeure ne rend pas vraiment impossible l'exécution du contrat de travail.

2. **Malgré le fait que la réforme donne un rôle au CPPT, celui-ci semble largement sous-utilisé dans la pratique. Il faudrait s'assurer que la question de la réintégration occupe une place centrale dans**

l'entreprise, par exemple en analysant les moyens dont le CPPT a besoin pour investir cette question ou lorsqu'un CPPT ne doit pas être mis en place, en s'assurant que des services puissent être contactés facilement sur le sujet (ex. ligne verte au niveau du SPF Emploi ou d'une autre administration comme le service régional de l'emploi ou le service communautaire pour personnes handicapées qui s'y connaît bien en travail adapté). Ceci pourrait non seulement réduire la lourdeur administrative excessive qui semble résulter de la réforme pour les acteurs de terrain mais également donner une réelle envergure à la notion de « travail adapté ».

- 3. Il y a une nouvelle réflexion à mener sur la façon dont les risques psychosociaux au travail (RPS) peuvent être sujets à des trajets de réintégration, sans se limiter à analyser seulement l'incapacité du travailleur.** En effet, le trajet et le plan de réintégration ont des visées individuelles : ils ne concernent que le travailleur en incapacité et ne traitent pas directement des organisations du travail défaillantes sur le plan du bien-être au travail. Par cet angle exclusivement individuel, sont laissés dans l'ombre les risques psycho-sociaux qui trouvent leur origine sur le lieu de travail. Alors que le législateur et le gouvernement ont été conscients de la part croissante des RPS parmi les incapacités de travail, il n'est pas du tout certain - au contraire - que cette réforme pourra avoir un effet sur ces risques-là. Dans ce cadre, le rôle tenu par le conseiller en prévention-médecin du travail devrait être étudié : il semble peu réaliste de penser qu'un seul acteur, s'il n'est pas solidement épaulé en pratique par une série d'acteurs ou de dispositifs, vienne à bout d'un problème sociétal.