



VRIJE  
UNIVERSITEIT  
BRUSSEL

Recueil de bonnes pratiques au sein  
d'entreprises en matière de retour au  
travail

—

Verzameling van goede praktijken in  
bedrijven met betrekking tot herintreding  
op het werk

**Rapport**

*Décembre 2022*

**CHERCHEURS :**

L. Mélon (Citéa), A. Bingen (ULB), D. Sepulchre (ULB), C. Vanroelen (VUB), J. De Schampheleire (VUB)

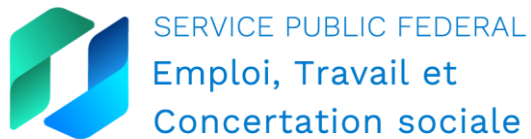
**RESPONSABLE DE PROJET :**

L. Mélon (Citéa)

Étude commandée par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Direction générale Humanisation du travail



Onderzoek in opdracht van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, Algemene Directie Humanisering van de Arbeid



# Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Objectifs de l'étude</b> .....	<b>7</b>
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>8</b>
3.1. Identification de bonnes pratiques.....	8
3.2. Réalisation d'une enquête qualitative approfondie .....	10
<b>4. Analyse transversale des bonnes pratiques</b> .....	<b>14</b>
4.1. Thématique 1 : agir en amont de l'incapacité de travail .....	14
4.2. Thématique 2 : Agir pendant l'incapacité de travail.....	17
4.3. Thématique 3 : réintégration effective.....	21
4.4. Thématique 4 : communication entre les acteurs.....	28
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>30</b>

# 1. Introduction

Les données fournies par l'Inami attestent de l'augmentation croissante du nombre de personnes en incapacité de travail au cours des dix dernières années. Parmi celles-ci, l'Inami distingue deux types d'incapacité : l'incapacité primaire (de moins d'un an) et l'invalidité (de plus d'un an). Si la part des travailleurs en invalidité représentait 6,48% de l'emploi total en Belgique en 2005, celle-ci s'élevait en 2019 à 11,07%.<sup>1</sup> La part de ces travailleurs par rapport à l'emploi total est plus importante en Wallonie (14,68% en 2019) qu'à Bruxelles (9,99%) ou en Flandre (9,15%). En outre, elle concerne davantage les femmes (14,51%) que les hommes (8,38%). Quant au nombre de travailleurs en incapacité primaire, si entre 2014 et 2018, il a globalement diminué, il convient de préciser qu'entre 2017 et 2018, il a augmenté de 0,5%.<sup>2</sup>

De manière générale, bien qu'ils ne constituent pas une catégorie propre aux yeux de l'Inami, nous pouvons considérer comme une incapacité de longue durée toute absence pour cause de maladie de plus d'un mois. L'incapacité de longue durée représente un réel problème au sein du monde du travail. Permettre à des travailleurs en maladie de trouver une place dans le monde du travail paraît par conséquent éminemment utile sur le plan individuel et collectif. En effet, une absence pour maladie de longue durée implique de nombreuses conséquences tant pour l'employeur (perte de compétences, désorganisation du travail), la sécurité sociale (absence de cotisations sociales, coût supporté par le versement des indemnités) ou le travailleur (diminution des contacts sociaux, perte de revenus).

Diverses législations portant sur les travailleurs malades ont été adoptées au cours des dernières années. L'arrêté royal du 19 février 2013 oblige les employeurs concernés à affecter une partie de leurs moyens en faveur de certains groupes à risque, notamment les personnes avec une aptitude au travail réduite. En 2016, la Ministre de la Santé publique, Maggie de Block en collaboration avec le Ministre de l'Emploi Kris Peeters, a initié une réforme portant sur la réintégration professionnelle.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Bureau fédéral du Plan, Indicateurs de développement durable, « Incapacité de travail de longue durée », 30/11/2021,

[https://indicators.be/fr/i/G08\\_WIN/Incapacit%C3%A9\\_de\\_travail\\_de\\_longue\\_dur%C3%A9e](https://indicators.be/fr/i/G08_WIN/Incapacit%C3%A9_de_travail_de_longue_dur%C3%A9e)

<sup>2</sup> Institut national d'assurance maladie-invalidité, Statistiques sur l'incapacité de travail primaire des travailleurs salariés et chômeurs en 2018,

<https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/2018/Pages/statistiques-incapacite-travail-primaire.aspx> (page consultée le 4 mars 2022).

<sup>3</sup> Cette réforme a été initiée par 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 (M.B. 24 novembre 2016). D'autres dispositions ont complété cette réforme. Il s'agit de 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 (M.B. 24 novembre 2016), la loi du 20 décembre 2016 portant dispositions diverses en droit du travail liées à l'incapacité de travail (M.B. 30 décembre 2016),

Celle-ci, qui visait à promouvoir la réintégration des travailleurs en incapacité, a institué qu'un trajet de réintégration pouvait être initié par le travailleur, son médecin traitant, l'employeur ou le médecin conseil. Dans le cadre de ce trajet, le médecin du travail délivrait différentes décisions. Celles-ci déterminaient la possibilité ou non pour le travailleur de réintégrer l'entreprise ou l'institution et les modalités de la réintégration (travail adapté, autre poste au sein de l'entreprise ou institution). Dès 2017, tant le SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale ainsi que certains services externes de prévention et de protection au travail relevaient le nombre croissant de diagnostics de travailleurs jugés « définitivement inaptes et pas en état d'effectuer un autre travail ou un travail adapté » (décision dite « D ») et de ses potentielles conséquences sur la relation travailleur-médecin du travail. En effet, ce dernier étant susceptible d'être perçu à la fois comme un acteur de prévention au rôle de soutien vis-à-vis du travailleur et comme un agent de contrôle sanctionnant étant donné les conséquences lourdes des diagnostics émis par ses soins sur le parcours du salarié. Depuis la réforme, le nombre de trajets de réintégration a augmenté (32.000 en 2019 contre 15.000 en 2017). La proportion de trajets initiés par les employeurs et par les mutualités a augmenté, à l'inverse des trajets initiés par les travailleurs qui, proportionnellement, sont en baisse. Les trajets se clôturent majoritairement par une rupture de contrat pour force majeure médicale même si la proportion de « décisions D » a eu tendance à fléchir en 2020.<sup>4</sup>

Ainsi, la loi du 30 octobre 2022 portant sur les dispositions diverses relatives à l'incapacité de travail et initiée par le Ministre de l'économie et du travail, Pierre-Yves Dermagne a modifié certains éléments du trajet de réintégration, appelé dorénavant le trajet de réintégration 2.0. Comme auparavant, l'employeur doit informer le médecin du travail des incapacités de travail de plus de 4 semaines mais la nouvelle réglementation prévoit un contact le plus rapide possible de la part du médecin du travail ou d'un infirmier avec le travailleur malade pour l'informer des possibilités de reprise de travail. Autre changement notable : cette récente législation exclut la force majeure médicale parmi les décisions pouvant être prises à l'issue du trajet de réintégration.<sup>5</sup> Désormais, le trajet de réintégration ne peut plus aboutir à une rupture pour force majeure. Si un protagoniste souhaite obtenir cette dernière, l'employeur ou le travailleur doivent démarrer une procédure spécifique qui peut être enclenchée au plus tôt après neuf mois d'incapacité de travail et à condition qu'un trajet de réintégration ne soit pas en cours. Il y aura lieu de justifier l'impossibilité de trouver des aménagements raisonnables. En outre, avec cette dernière réforme, le médecin-

---

l'arrêté royal du 30 janvier 2017 modifiant l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs (M.B. 6 février 2017).

<sup>4</sup> Chiffres de Co-prev cité par Kempeneers, E. (2020) « Le trajet de réintégration gagne du terrain », Wolters Kluwer, senTRAL, Actualités 24 septembre 2020.

<sup>5</sup> SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, Incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident: 3 nouvelles mesures, 18 novembre 2022,

<https://emploi.belgique.be/fr/actualites/incapacite-de-travail-pour-cause-de-maladie-ou-daccident-3-nouvelles-mesures>

conseil de la mutuelle ne peut donc plus initier un trajet de réintégration. Aux côtés du trajet de réintégration, existe par ailleurs le « Trajet Retour Au Travail » également mis en place en 2022 ; celui-ci peut lui être enclenché par le médecin-conseil de la mutuelle ou par le travailleur malade.<sup>6</sup> Dès lors, le trajet de réintégration peut être initié par le travailleur, avec éventuellement le soutien de son médecin traitant voire du médecin conseil. L'employeur peut également initier le trajet de réintégration, si l'incapacité de travail dépasse 3 mois, ou s'il a reçu une attestation du médecin traitant du travailleur dont il ressort une incapacité définitive au travail convenu. Le trajet de réintégration démarre toujours avec un examen réalisé par le médecin du travail.

Il est important de noter qu'au sein de nombreuses entreprises, la réintégration des travailleurs peut se faire par le biais de trajets informels qui ne s'inscrivent pas dans le cadre légal du trajet de réintégration ni du « Trajet Retour Au Travail ». L'évaluation récente menée par une équipe de recherche de la KULeuven et de l'ULB pour le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale<sup>7</sup> montre que le retour effectif au travail est plus fréquent pour les travailleurs en incapacité qui passent par la visite de pré-reprise du travail (73%) que pour ceux qui font l'objet d'un trajet de réintégration (42%). Cette recherche révèle en outre qu'il y a une proportion plus importante d'absents de longue durée (incapacité de plus d'un an) parmi le groupe ayant été concerné par un trajet de réintégration (40 %) par rapport à ceux qui passent par une visite de pré-reprise (25%).

Comme d'autres recherches antérieures, cette évaluation confirme que la durée de l'incapacité influence la réintégration. En effet, les chances de réintégration diminuent avec l'augmentation de la durée de l'incapacité. Les mesures fédérales ont poussé le monde du travail à se préoccuper davantage de la problématique en évitant de faire perdurer des situations d'absence sans qu'aucun contact ne soit établi avec le travailleur malade. Par conséquent, les acteurs concernés ont dû apprivoiser le nouveau dispositif réglementaire : les travailleurs eux-mêmes, leurs délégués et les employeurs, mais aussi les médecins conseil, médecins du travail et généralistes ainsi que les associations de patients. Néanmoins, le constat régulièrement posé même avant la réforme est celui d'un angle mort entre tous ces intervenants dont la collaboration si elle existe s'avère pourtant fructueuse. Les mesures du précédent gouvernement ont donc créé une situation d'« urgence » auprès de tous ces acteurs, mais sans que ceux-ci ne soient forcément prêts, formés ou structurés pour faire œuvre efficace et de manière pluridisciplinaire.

En plus du cloisonnement entre les différents acteurs impliqués dans la démarche, plusieurs difficultés ont été relevées dans le cadre de la mise en œuvre de la législation

---

<sup>6</sup> INAMI, Le « Trajet Retour Au Travail » pour les travailleurs salariés et chômeurs en incapacité de travail, 8 février 2022, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/trajet-reinsertion.aspx>

<sup>7</sup> Boets I., Godderis L., De Greef V., Deroubaix H. (2020), « Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail », Synthèse de l'évaluation quantitative, qualitative et juridique, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, pp.5-6.

de 2016, tant au niveau scientifique qu'au niveau des analyses réalisées par les acteurs institutionnels et sociaux, que nous veillerons à prendre en compte dans le cadre de l'analyse, parmi lesquelles : la complexité administrative liée au dispositif, le manque d'informations sur la suite donnée par l'employeur aux recommandations du médecin du travail, l'absence de liens avec la politique de prévention des risques, et le manque encore criant d'accompagnement des travailleurs au cours de la procédure et après celle-ci. À titre d'exemple, l'équipe de recherche s'est appuyée notamment sur les résultats de la recherche financée par le SPF Emploi sur l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail<sup>8</sup> ou celle, récemment menée pour le compte de l'APEF, de la FEBi et de l'ABBET, sur les bonnes pratiques en matière de retour au travail.<sup>9</sup> La présente recherche ne vise toutefois pas, comme celle de la KULeuven et de l'ULB précédemment citée, à étudier l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail. En effet, son objectif est de rendre plus concrète la politique de retour au travail développée au niveau fédéral en prenant appui sur des mesures effectivement mises en place au sein d'entreprises et d'institutions.

## 2. Objectifs de l'étude

La présente étude poursuit deux objectifs principaux, l'un visant à recueillir les pratiques mises en place par les différents acteurs concernés par la réintégration des travailleurs malades de longue durée au sein des institutions, l'autre visant à les analyser afin de dégager les bonnes pratiques et les éventuels freins.

À ces deux objectifs généraux correspondent les objectifs opérationnels suivants :

- Identifier les bonnes pratiques et les stratégies favorisant la réussite d'un parcours de réintégration.
- Déterminer les freins/obstacles à la mise en place d'un processus de réintégration des travailleurs malades et les moyens de les dépasser.
- Initier une réflexion entre les acteurs des institutions en vue de favoriser la lecture partagée des facteurs bloquants et facilitants la mise en œuvre d'un parcours de réintégration.
- Sensibiliser les intervenants externes aux institutions (administrations, médecins-conseil, SEPP, représentants sectoriels,...) aux problématiques vécues dans les institutions dans le cadre de la réintégration des travailleurs malades et, identifier, avec eux, les leviers d'action existants pour y remédier.

---

<sup>8</sup> <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2020-evaluation-de-limpact-de-la-nouvelle-reglementation-sur-la-reintegration> (consulté le 4 mars 2022).

<sup>9</sup> Mélon Laetitia, Trionfetti Maria-Cecilia, Carles Isabelle, Bingen Aline, « Analyse des bonnes pratiques en matière de retour au travail », 2020.

### 3. Méthodologie

La recherche a été structurée en quatre étapes :

#### 3.1. Identification de bonnes pratiques

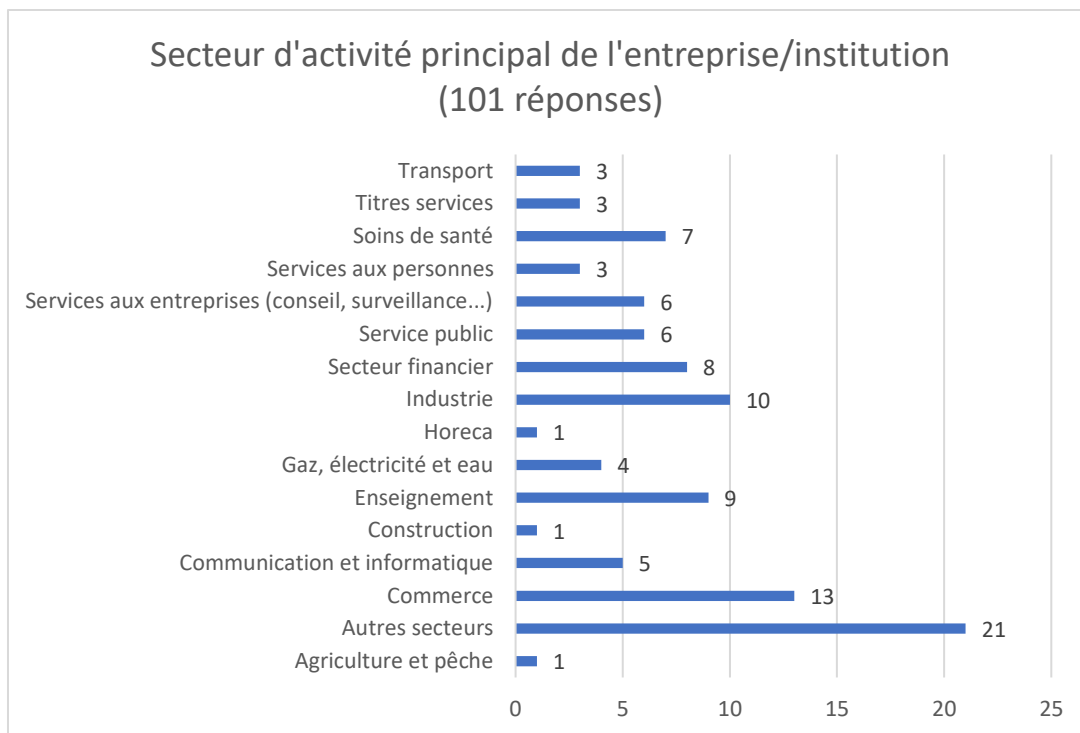
Une première étape a visé à identifier des bonnes pratiques au sein des entreprises. Cela a été fait par le biais d'un questionnaire en ligne diffusé de manière large au sein des secteurs professionnels. Le questionnaire a permis de récolter les premières informations relatives aux entreprises, tant sur le contexte général, que sur une situation précise de réintégration (bonne pratique exemplative).

Pour diffuser le questionnaire, les réseaux de l'équipe de recherche ainsi que du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale ont été mobilisés. De manière générale, la diffusion du questionnaire a été une réussite. En effet, 135 réponses exploitables ont été données. Par ailleurs, certaines entreprises ont répondu plusieurs fois au questionnaire, notamment par l'intermédiaire de différents acteurs au sein de l'entreprise. Il convient cependant de noter que davantage de réponses ont été données du côté néerlandophone que du côté francophone. Enfin, les réponses de nature qualitative ont souvent été très courtes et ont nécessité une prise de contact plus approfondie par voie téléphonique.

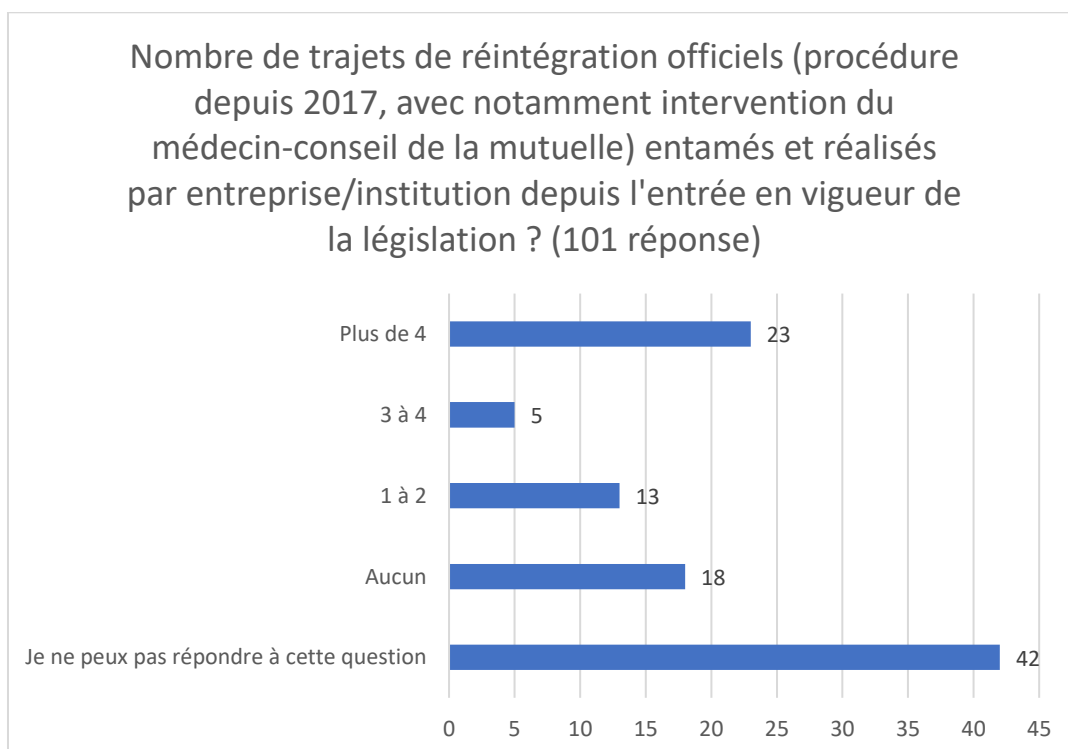
Sur les 135 réponses exploitables données, la majorité provient de représentants syndicaux du personnel (51%) alors qu'une plus petite partie provient de travailleurs (15%), d'employeurs ou de leurs représentants (7%), de permanents syndicaux (4%), de conseillers en prévention (2%) ou de médecins du travail (2%).

Sur les 101 entreprises ayant pris part à l'enquête, 41% comptaient plus de 500 travailleurs, 34% en comptaient entre 100 et 499, 14% en comptaient entre 50 et 99 tandis que 11% en comptaient moins de 50. Enfin, ces entreprises provenaient de secteurs variés, comme en atteste le graphique ci-dessous.





Parmi les 101 entreprises ayant pris part à l'enquête, la majorité de celles ayant répondu à la question visant à connaître le nombre de trajets de réintégration officiels menés depuis 2017 attestent en avoir mené plus de quatre tandis qu'un nombre conséquent affirme n'en avoir mené aucun.



Il est important de préciser que de nombreuses entreprises ayant répondu au questionnaire affirment qu'il existe, à côté du trajet de réintégration, d'autres politiques visant à favoriser le retour au travail. Ainsi, sur 95 entreprises ayant répondu à la question, 48% affirment que d'autres pratiques existent, 27% affirment qu'il n'y en a pas d'autre et 25% ne peuvent répondre à la question.

À partir de l'analyse des questionnaires et des échanges téléphoniques permettant d'obtenir davantage d'informations qualitatives, 22 entreprises (11 institutions néerlandophones et 11 institutions francophones) ont été sélectionnées afin de mener une enquête qualitative plus approfondie.<sup>10</sup> Des critères de sélection ont été élaborés, en concertation étroite avec le commanditaire de la recherche, pour garantir que les cas sélectionnés reflètent une diversité suffisamment grande de profils d'institutions/entreprises, notamment du point de vue :

- de la représentation des secteurs privé commercial, privé non lucratif et public ;
- des secteurs professionnels concernés ;
- du type d'activité (de service, industriel, de la taille des entreprises/institutions ;
- du profil de travailleurs (du point de vue de l'âge, du genre, des métiers et des fonctions occupées,...) ;
- du type de trajectoire et d'intervention mis en place au sein de l'institution.

### 3.2. Réalisation d'une enquête qualitative approfondie

L'enquête qualitative menée auprès de 22 entreprises dont les caractéristiques varient. La taille, la région et le secteur d'activités sont les seules informations présentées dans le tableau ci-dessous afin de garantir l'anonymat des entreprises ayant pris part à cette étude.

Caractéristiques de l'entreprise		
Taille	Région	Secteur/ Activités
Entre 100 et 499	Wallonie	Industrie
>500	Wallonie	Service public
>500	Tout le territoire. Enquête réalisée en Wallonie	Assurance
>500	Tout le territoire. Enquête réalisée à Bruxelles	Énergie
> 500	Bruxelles	Non-marchand, hôpital

<sup>10</sup> La plupart ont été sélectionnées sur base du questionnaire. Cependant, pour garantir une diversité des situations représentées, nous avons également contacté quelques autres entreprises par nos propres moyens.

> 500	Tout le territoire. Enquête réalisée à Bruxelles	Commerce
>500	Bruxelles	Service public
Entre 50 et 100	Wallonie	Titres-services
>500	Bruxelles	Service public
>500	Bruxelles	Transports publics
Entre 100 et 499	Liège	Centre de recherche
>500	Vlaams Gewest (+BHG+WG)	Banken en verzekeringen
>500	Vlaams Gewest	Overheid – Gemeentebestuur
>100	Vlaams Gewest	Electronica Software ontwikkeling en onderhoud
>100	Vlaams Gewest	Transport – Logistiek
>50	Vlaams Gewest en BHG	Uitgeverij
>500	Vlaams Gewest	Industrie – bouw
>500	Vlaams Gewest	Industrie – Drukkerij
>500	Vlaams Gewest	Zorg aan personen – Ziekenhuisnetwerk
>500	Vlaams Gewest	ICT – hardware
> 100	Vlaams Gewest	R&D
> 100	Vlaams Gewest	Industrie – Testbaan

Une attention toute particulière a été accordée aux principes suivants :

- La diversité des acteurs impliqués (cf. supra) ;
- L'exploitation des expériences vécues et racontées par les experts de vécu afin qu'ils puissent faire émerger une analyse de leurs conditions de travail et un plan d'actions à mettre en place. Dans cette perspective, l'équipe de recherche est dans une position d'accompagnant et non de détenteur du savoir. Son rôle est celui d'un superviseur qui éclaire la production de connaissances établie par les acteurs de terrain.
- Valorisation de la complémentarité des différents types d'expertise (expertise des acteurs directement concernés au sein des institutions (travailleurs, employeurs, etc.) – celle des partenaires sociaux – celle des experts de la prévention et de la santé – celle des administrations – celle des chercheurs).
- Approche qualitative approfondie et non quantitative. La qualité des échanges avec les différents acteurs a été privilégiée. Cela a dès lors nécessité un certain temps par entretien afin que nous puissions identifier les visions et représentations de chacun vis-à-vis des situations rencontrées en ne négligeant pas toute leur complexité et les différentes étapes parcourues. Étant donné que nous touchons également à une problématique relative à la santé, il importait que nous puissions garantir un cadre de confidentialité et d'expression libre. C'est pourquoi, nous avons privilégié des entretiens individuels avec les acteurs de terrain (employeurs, travailleurs et leurs représentants, conseillers en prévention et personnes de confiance, etc.) afin que les points de vue

potentiellement différents ne puissent pas venir entacher la qualité et la diversité des données recueillies.

Sur le plan méthodologique, l'équipe de recherche s'est appuyée sur :

- une démarche inductive et peu directive qui a l'avantage de ne pas imposer un modèle d'analyse au terrain et permet aux acteurs de terrain d'avoir une grande liberté dans la formulation de leurs réponses.
- des modes de recueil de données tant collectifs qu'individuels

Avant de réaliser les entretiens au sein des entreprises/institutions, l'équipe a veillé à réaliser un **état des lieux sur l'institution** (les données pourront être recueillies par les chercheurs directement (forme juridique, CP, lieu, bilan y compris le bilan social, public accueilli, type d'agrément,...), par le biais de documents internes (règlement de travail, organigramme,...) et par le biais d'échanges avec le représentant de l'institution, généralement l'employeur ou le service RH (historique, organisation du travail, difficultés actuelles,...). Ces données plus formelles, relatives au comportement des entreprises en matière de politique sociales, d'absentéisme, d'invalidité de longue durée, de réinsertion et de turn-over ont permis de contextualiser les pratiques et les discours sur les pratiques.

Ensuite, des **entretiens semi-directifs** avec les acteurs des institutions ont été réalisés. Ceux-ci étaient individuels ou collectifs selon la réalité de terrain et le niveau de confiance entre les parties.

En ce qui concerne les acteurs à interviewer, 3 à 5 autres profils d'acteurs ont été interviewés par institution, sur une base individuelle ou collective (3 personnes maximum, afin de gérer les interactions en distanciel), à savoir :

- un travailleur concerné par un trajet de réintégration ;
- l'employeur ou ses représentants (direction, CA, service RH) ;
- les représentants des travailleurs ;
- les intervenants de la santé concernés (conseiller en prévention interne, personne de confiance, conseiller en prévention médecin du travail, conseiller en prévention aspects psychosociaux si celui-ci était impliqué,...)
- les anciens collègues et remplaçants toujours présents.

Afin de recueillir l'ensemble des préoccupations exprimées sur le terrain et la pluralité des points de vue, au total, 62 entretiens ont été réalisés ayant permis de recueillir l'expérience de 79 personnes.

L'objectif de cette confrontation de points de vue entre acteurs de profil distinct est considéré comme primordial pour analyser les bonnes pratiques, notamment parce

qu'il permet de rencontrer l'enjeu, largement souligné dans la littérature scientifique<sup>11</sup> et promue dans la législation relative au bien-être au travail, d'une dynamique participative dans l'élaboration des règles et des pratiques. Une telle dynamique favorise non seulement la réussite des démarches collectives de prévention mais aussi la prise en compte de l'expertise de l'ensemble des acteurs sur les causes (parfois multifactorielles) de l'arrêt pour maladie et sur les moyens d'adapter les postes ou certaines modalités d'organisation du travail.

---

<sup>11</sup> Bingen A., Vanroelen C., Trionfetti M-C., De Moortel D., Bosmans K., « Partage de connaissances entre acteurs de la recherche, de l'entreprise et de la santé pour la promotion de la santé au travail et la prévention des risques professionnels », rapport de recherche, Fondation Roi Baudouin, Fonds Van Mulders-Moonens, septembre 2017.

## 4. Analyse transversale des bonnes pratiques

L'analyse transversale des données récoltées a permis de dégager une série de recommandations, issues de pratiques constatées au sein des entreprises. Celles-ci sont présentées ci-dessous et sont regroupées sous quatre thématiques :

1. Agir en amont de l'incapacité de travail
2. Agir pendant l'incapacité de travail
3. Réintégration effective
4. Communication entre les acteurs de l'entreprise

### 4.1. Thématique 1 : agir en amont de l'incapacité de travail

Une série de bonnes pratiques peuvent être dégagées en amont de l'incapacité de travail. Celles-ci concernent les politiques de prévention ainsi que la formalisation de procédures concernant la réintégration.

#### 4.1.1. Mise en place d'une politique de prévention

De manière générale, les entreprises rencontrées intègrent rarement les trajets de réintégration parmi leur plan annuel ou global de prévention. Les trajets de réintégration sont en effet le plus souvent associés à la gestion de l'absentéisme. Lorsque des initiatives sont mises en place, elles relèvent le plus souvent de la prévention tertiaire et ensuite secondaire. Cependant, très peu d'initiatives de prévention primaire sont proposées. La mise en place d'une politique de **prévention primaire ou secondaire** des incapacités de travail paraît pourtant opportune.

Cette politique de prévention commence par **une analyse des risques**, tant **physiques** que **psychosociaux**, auxquels sont exposés les travailleurs. Les enquêtes sur le bien-être au travail mises en place par certaines entreprises permettent justement l'analyse des risques. Ces enquêtes posent une série de questions essentielles portant sur la santé mentale et physique des travailleurs, la qualité des relations entre les responsables et les travailleurs, le respect de l'équilibre entre vie privée et professionnelle ou encore l'existence d'espaces de dialogue portant sur les conditions de travail. Par ailleurs, l'identification de services au sein d'une entreprise qui sont davantage concernés par l'absentéisme de longue durée permet par la suite de mener des enquêtes d'évaluation des risques en leur sein.

*« Il n'y a pas eu vraiment d'analyse de ce qui ressort, il n'y a pas eu d'analyse des risques par exemple qui a été réalisée sur base des différents dossiers de trajets de réintégration. C'est d'ailleurs une des remarques des syndicats, c'est qu'au niveau [de l'administration] on ne réalise pas suffisamment d'analyses de risques et donc ça va faire partie des toutes premières actions qui ont été*

*planifiées dans le cadre de ce plan. Mais c'est une super bonne idée parce que même ça, personne n'a jamais pensé à le faire... on a déjà pensé à faire d'autres analyses de risques, mais celle-là on ne l'a jamais envisagée. »*  
(Responsable dans une administration publique)

Au-delà de l'analyse des risques, des mesures de **prévention** de ceux-ci permettent de diminuer le nombre de personnes concernées par l'incapacité de longue durée. C'est d'autant plus le cas lorsque celle-ci s'inscrit dans une culture d'entreprise tournée vers la prévention des risques.

- L'attention accordée à la sécurité au travail permet de prévenir les accidents du travail. Lorsque des risques liés à l'exercice du métier sont identifiés, des aménagements doivent être mis en place pour éviter les lésions. Dans le cas des troubles musculo-squelettiques, les formations en ergonomie sont des solutions intéressantes mais doivent être accompagnées d'autres mesures proposées par l'employeur. Il y a lieu de veiller à l'application des techniques apprises et de permettre l'accès à un travail adapté.
- Le développement de cellules de soutien pour les membres du personnel permet d'agir efficacement sur la prévention des risques psychosociaux. C'est d'autant plus le cas dans les secteurs exposés à de potentiels chocs traumatiques (e.g. la police ou le secteur hospitalier).
- Des conventions collectives de travail permettent de mettre en place des mesures de prévention à destination de certains groupes davantage exposés à des risques (e.g. l'amélioration des horaires de travail pour les travailleurs plus âgés au sein d'un hôpital). Cependant, il convient d'être prudent quant aux répercussions de ces mesures sur la charge de travail d'autres travailleurs.
- La sensibilisation de la hiérarchie et des travailleurs d'une entreprise au maintien des bonnes conditions de travail ainsi qu'à l'identification des signaux d'alerte (absentéisme de courte durée, fautes professionnelles, conflits, etc.) constituent des leviers essentiels en vue de la prévention des incapacités de travail. Pour faciliter le travail de sensibilisation et un meilleur partage des informations entre les acteurs de l'entreprise, il peut être utile de mettre en place différents groupes de travail (portant sur les burn-out ou, de manière plus générale, l'absentéisme).
- Enfin, certaines plus grandes entreprises veillent à développer une politique de développement des compétences sur le long terme. L'octroi de formations variées aux travailleurs favorise les possibilités de reconversion professionnelle en cas d'incapacité, et ce par la mobilité interne (vers d'autres postes) ou externe (au sein d'une autre entreprise).

#### 4.1.2. Formalisation de procédures concernant la réintégration

Les approches des entreprises diffèrent quant à la formalisation des politiques de réintégration. Certaines entreprises ont élaboré des **procédures** définissant de manière précise les démarches à mettre en œuvre tandis que d'autres favorisent le recours à un **cadre plus informel**. La taille des entreprises ne semble pas toujours avoir un impact sur l'approche qu'elles adopteront. Une procédure claire formalisée indiquant les étapes et démarches à effectuer, diffusée au sein de l'entreprise apparaît comme une bonne pratique permettant notamment de sécuriser les parties prenantes et d'éviter les sentiments d'injustice. Elle l'est d'autant plus si celle-ci est le fruit d'une concertation sociale et est réévaluée régulièrement en vue de l'aménager en fonction des nouvelles situations qui se présentent. La procédure ne doit certainement pas aboutir à une standardisation des pratiques mais constitue un canevas utile pour les parties concernées. Il apparaît en effet que disposer d'une procédure favorise les chances de réintégration des travailleurs. Également, elle permet une réactivité plus importante lorsqu'une situation d'incapacité de longue durée se présente.<sup>12</sup> Elle fournit aussi un cadre clair qui facilite le suivi et l'évaluation du trajet de réintégration.

Au sein des plus grandes entreprises, ces procédures sont parfois mises en place par un service dédié à la gestion des réintégrations ou par le **Disability Case Manager** qui, comme personne de contact de référence du travailleur malade, l'assiste et lui propose un accompagnement en vue de son rétablissement ainsi que de sa réintégration. Il apparaît que la présence au sein d'une entreprise d'un service dédié à la gestion des réintégrations ou d'un Disability Case Manager ou un référent constituent un levier important pour un meilleur accompagnement du travailleur. En effet, ce point de référence facilite le contact entre l'ensemble des acteurs (travailleurs, hiérarchie, médecins du travail, etc.), aide à l'élaboration du plan de réintégration et veille à ce que celle-ci se déroule dans les meilleures conditions.

---

<sup>12</sup> Notons cependant que la notion de « longue durée » apparaît comme étant relativement peu claire aux yeux des acteurs interrogés qui lui donnent des définitions multiples et contradictoires. Certaines entreprises situent une absence de longue durée après le premier ou deuxième mois d'incapacité de travail. Dans d'autres, la référence se situe au moment où la procédure de réintégration peut être enclenchée – à savoir après quatre mois d'incapacité de travail.



## 4.2. Thématique 2 : Agir pendant l'incapacité de travail

Les scientifiques et les acteurs de terrain constatent que plus l'absence est longue, plus les chances de réintégration du travailleur diminuent.<sup>13</sup> Sur base de ce constat, les changements réglementaires intervenus en 2022 (« trajet de réintégration 2.0 ») ont conduit à l'introduction du nouvel article I.4-71/1 du Code du bien-être au travail qui prévoit que « le conseiller en prévention-médecin du travail, ou son personnel infirmier, informe le travailleur en incapacité de travail aussi rapidement que possible, des possibilités de reprise du travail, y compris la possibilité de demander une visite de pré-reprise du travail ou d'entamer un trajet de réintégration, en vue de faciliter la reprise du travail par des aménagements du poste de travail et/ou par un travail adapté ou autre travail ».

L'information et le maintien du contact avec le travailleur malade sont donc des enjeux majeurs de la réintégration. Dans le cadre de la présente recherche, différentes bonnes pratiques ont pu être dégagées. Celles-ci portent d'une part, sur la communication entre l'entreprise et le travailleur lorsque ce dernier est en incapacité de travail et d'autre part, sur l'organisation du travail et la gestion des équipes durant son absence.

### 4.2.1. Communication avec le travailleur

Le **maintien du contact avec le travailleur** est présenté comme un facteur essentiel en vue de la réussite des trajets de réintégration. Il constitue cependant une question épineuse : si une certaine distance doit être maintenue afin de respecter la convalescence du travailleur, il paraît indispensable de garder un contact avec ce dernier pour ne pas qu'il se sente abandonné. Ainsi, les maladies pour lesquelles il existe un pronostic clair et compris par tous facilitent la prise de contact. À l'inverse, une prise de contact difficile avec le travailleur suggère un problème complexe (i.e. le plus souvent psychosocial) qui nécessite une plus grande attention de la part de la hiérarchie. Une série de précautions ont été mises en évidence par les entreprises rencontrées :

- Dans tous les cas, les modalités de communication avec le travailleur doivent être formalisées. Elles ne peuvent pas être laissées à la libre appréciation de la hiérarchie. Il y a lieu de mettre à disposition de cette dernière des instructions claires (e.g. ne pas questionner le travailleur malade sur son état de santé, formaliser l'objectif de ce contact). La personne qui prend contact doit être au

---

<sup>13</sup> Boets I., Godderis L., De Greef V., Deroubaix H. (2020), « Evaluation de l'impact de la nouvelle réglementation sur la réintégration au travail », SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, [https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2020-evaluation-de-limpact-de-la-nouvelle-reglementation-sur-la-reintegration?back\\_to\\_theme=3295](https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2020-evaluation-de-limpact-de-la-nouvelle-reglementation-sur-la-reintegration?back_to_theme=3295)

clair avec son rôle et avoir des compétences relationnelles. Bien entendu, dans certains cas, la bonne entente avec la hiérarchie encourage le responsable à prendre un contact plus informel ; il s'agit cependant de distinguer le contact informel lié à l'entente avec le travailleur malade et le contact plus formel qui est évoqué ici. Il y a lieu de laisser la possibilité au travailleur de ne pas répondre, quelle que soit la nature du contact (formel ou informel). À cet égard, il importe que les personnes initiant le contact ne soient pas frustrées si le travailleur ne répond pas.

- Il s'agit de distinguer les rôles quant à la personne qui prend contact avec le travailleur. Dans un premier temps, cela peut être la personne de confiance, un collègue ou le Disability Case Manager. La prise de contact est généralement plus facile si cette personne n'a pas de lien hiérarchique avec le travailleur bien qu'une telle précaution ne soit pas toujours possible dans les petites structures. Dans un second temps, notamment lors de la préparation du retour, les responsables hiérarchiques (RH ou managers) peuvent intervenir. Il peut par ailleurs être utile de faire appel à un intervenant d'une autre équipe de l'entreprise dans le cas où le travailleur malade a besoin d'exprimer des choses qu'il ne veut pas partager avec son équipe.
- Un certain temps d'attente doit être respecté avant de contacter le travailleur. Ce temps peut prendre fin autour de la troisième semaine (dans l'anticipation du basculement vers le régime d'indemnisation de la mutuelle).
- En fonction du rapport avec le travailleur, différents canaux de communication peuvent être envisagés : carte postale, mail, SMS, appel, visite. Il convient d'éviter les canaux liés à l'environnement de travail puisque le travailleur n'est pas supposé les consulter au long de son absence. Si une rencontre est organisée, il est important qu'elle prenne place dans un lieu neutre permettant une communication en toute confiance.
- Le travailleur est en droit de refuser tout contact avec l'entreprise et il convient de ne pas s'en offusquer. Il se peut que ce ne soit pas le moment opportun en raison de la maladie, de la douleur, des traitements ou du besoin de prendre du recul avec l'entreprise. Ce n'est pas parce qu'une tentative a échoué ou que le travailleur refuse qu'il ne faut plus tenter de prendre contact (e.g. un nouvel essai peut être tenté un à trois mois plus tard pour éviter de mettre la pression).
- Il convient de clairement présenter au travailleur les objectifs de la prise de contact et de préciser qu'elle n'équivaut pas à un contrôle. Il convient d'insister sur le fait que la discussion vise à prendre des nouvelles du travailleur, vérifier qu'il n'ait pas d'inquiétudes ou ne soit pas confronté à des problèmes administratifs. Par ailleurs, la personne qui prend contact avec le travailleur doit s'assurer de disposer de suffisamment de temps dans le cas où la conversation

devrait se prolonger et où le travailleur aurait besoin de se confier plus longuement. Enfin, il convient de conserver une trace du contact et de s'y replonger avant la prise de contact suivante afin de garder le fil. Cette trace peut être également utile pour le traitement d'autres trajets de réintégration.

- Par ailleurs, le travailleur ne doit pas se sentir obligé de parler de sa pathologie quand bien même il doit sentir qu'il dispose d'une écoute attentive. La hiérarchie ne doit pas non plus demander le motif de l'absence même s'il est apprécié par l'employeur que le travailleur puisse donner une idée de la durée probable de son absence afin de faciliter l'organisation du travail en son absence. Néanmoins, le travailleur peut parfois être lui-même dans une situation incertaine, ce qui l'empêche de pouvoir donner des indications.

#### *4.2.2. Organisation du travail et gestion d'équipe au cours de la période*

L'absence d'un travailleur peut avoir des répercussions sur la charge de travail de l'ensemble de son équipe. Certaines entreprises estiment impératif de rester vigilant afin qu'il n'y ait pas un « effet domino », c'est-à-dire de créer une charge de travail reportée conduisant à l'incapacité de travail d'autres collègues. Il est donc important de veiller à plusieurs choses :

- Pour l'organisation du travail, il apparaît essentiel que les travailleurs préviennent en temps utile qu'ils seront absents et la durée de leur absence. Cela implique la création d'une relation de confiance au sein de l'entreprise et plus précisément la prise au sérieux de la maladie du travailleur par la hiérarchie.
- Il convient de répartir correctement la charge de travail du travailleur absent, notamment en prévoyant au plus tôt des possibilités de remplacements ou de renfort (contrats de remplacement, intérim, etc.). Pour les petites structures, l'aide extérieure (e.g. via des fonds sectoriels) a été soulevée comme une piste intéressante.

Par ailleurs, l'absence d'un travailleur peut susciter des tensions au sein de l'équipe. La hiérarchie joue ici un rôle fondamental. Elle doit veiller à la bonne ambiance de travail, à une organisation de travail collective saine évitant les tensions entre les membres de l'équipe. Le cas échéant, la hiérarchie doit gérer les conflits et ne pas tolérer les propos dénigrants vis-à-vis du travailleur en reprise.

*« Parce que de un, il y en avait certains qui avaient une dent contre moi, car évidemment quand je suis tombé malade... En général, un inspecteur gère une cinquantaine de dossiers grand maximum et moi j'étais à cent... Donc quand je suis tombé malade, ils se sont ramassés cent dossiers dans les gencives à devoir gérer et ceux que j'avais gérés ou pas gérés ou mal gérés parce que*

*j'étais le nez dans le guidon alors que j'étais... Effectivement je reconnais que je commençais... Et en gros y avait de grosses lacunes et de gros manquements dans mes dossiers parce que je me rendais pas compte que j'étais déjà en burnout et que je voulais quand même continuer et donc je passais totalement à côté de mon sujet. » (Travailleur dans une administration publique)*

La communication positive et le non-jugement sont essentiels. La stigmatisation du travailleur malade est plus souvent constatée dans les cas de troubles musculo-squelettiques et surtout de risques psychosociaux.

L'employeur doit également veiller à la manière dont est vécue l'absence par le responsable de service et les collègues du travailleur malade.

*« En fait, il y a un processus qui a été élaboré il y a environ deux ans. Ça s'appelle le processus, c'est « gardons le contact » avec les personnes qui sont en incapacité de travail pour maladie depuis plus d'un mois. Donc au niveau de notre service, on reçoit tous les mois, la liste des agents qui sont en maladie depuis plus d'un mois et alors on envoie alors à ces agents-là qui ne l'ont pas encore reçu une carte. Voilà tout simplement pour dire voilà vous êtes pour le moment en incapacité de travail... on a... enfin je sais plus ce qui est marqué dans la carte, mais c'est juste pour dire on pense bien à vous, si vous avez des questions à nous poser n'hésitez pas à prendre contact. Et alors, on joint à cette carte un feuillet qui reprend les coordonnées de toute une série de services qui peuvent les aider dans différentes démarches... que ce soit des démarches purement administratives, RH donc au niveau congé, au niveau, etc. que ce soit des démarches au niveau d'un éventuel... donc il y a tout ce qui est contact avec la médecine du travail, contact avec le service social et contact avec notre cellule de réorientation professionnelle aussi. Donc voilà, ils ont un petit feuillet avec toute une série de contacts utiles pendant qu'ils sont en incapacité de travail. Puisqu'il faut savoir que certains quand ils sont en incapacité de travail, n'ont plus d'ordinateur à leur disposition, n'ont plus intranet à leur disposition, etc., et donc d'avoir ce petit feuillet, c'est quand même parfois précieux. Et alors... avant d'envoyer la carte, on s'assure auprès du supérieur hiérarchique de l'agent qu'il est judicieux d'envoyer la carte. Si quelqu'un est en phase terminale d'un cancer, on ne va pas lui envoyer la carte. Si quelqu'un est sur le point d'être licencié, on ne va pas lui envoyer la carte non plus. Mais alors, c'est l'occasion pour quelqu'un de chez nous d'avoir un contact avec le directeur et de prendre aussi la température au niveau de la direction et au niveau du directeur. Parce qu'il y a certains directeurs qui vivent pas facilement le fait qu'un de leurs agents, du jour au lendemain, soit en maladie de longue durée... ils ne comprennent pas toujours, se culpabilisent parfois, etc. donc c'est vraiment l'occasion de dire : nous en tant que direction de l'accompagnement du personnel, on va envoyer une carte pour dire que l'institution soutient l'agent*

*et est à sa disposition s'il a des questions, mais c'est aussi de voir est-ce que le directeur de son côté parvient à garder des contacts ou pas, n'ose pas, parfois l'agent n'a pas envie d'avoir de contact... c'est toute une discussion qui s'ouvre comme ça et donc il y a parfois des gens qui arrivent chez nous par ce biais-là et puis ce n'est qu'après qu'ils vont aller à la médecine du travail et être déclaré inapte et après on continue et on poursuit le dossier j'ai envie de dire... » (Personnel d'un service spécifique d'accompagnement des trajets de réintégration dans une administration publique)*

### **4.3. Thématique 3 : réintégration effective**

Une série de bonnes pratiques ont été relevées dans le cadre de la réintégration effective du travailleur. Celles-ci peuvent être distinguées suivant quatre étapes : la préparation du retour, le retour, le suivi du travailleur et l'évaluation du trajet de réintégration.

#### *4.3.1. Préparation du retour*

Lors de la préparation du retour, les entreprises rencontrées affirment opter soit pour un **trajet formel** (qui s'inscrit dans le cadre légal du trajet de réintégration) soit pour un **trajet informel**. Les entreprises ont moins souvent recours au trajet formel qui est plus lourd. Il s'avère cependant utile lorsque l'entreprise a perdu tout contact avec le travailleur. Cependant, les données fournies par les entreprises ainsi que la littérature montrent que les trajets formels aboutissent le plus souvent à une rupture de contrat de travail pour force majeure médicale. Par conséquent, les entreprises ont le plus souvent recours aux trajets informels qui permettent davantage de marge de manœuvre. En effet, le recours à un trajet informel permet d'envisager des solutions plus concertées et en phase avec la réalité de l'entreprise (qu'un médecin du travail ne maîtrise pas toujours). Enfin, le trajet informel permet de « se rater » et de faire plusieurs tentatives en cas d'échec d'une réintégration. Il permet de diminuer les pressions que peuvent susciter la menace d'une rupture pour force majeure médicale :

*« Le côté positif, j'estime que comme c'est des trajets informels, c'est que la personne se sent pas menacée comme prévu [dans le cadre du trajet légal] quand il s'avère en bout de course qu'elle ne sait pas encore reprendre le travail, qu'elle risque un licenciement pour force majeure médicale. Parce qu'ici, [les gens] savent que c'est informel donc, effectivement, on essaie de trouver un trajet de commun accord et si ça fonctionne pas, mais il y aura une deuxième ou troisième chance. » (Représentant syndical au sein d'une entreprise de l'énergie).*

La préparation du retour et les adaptations doivent être menées par **différents acteurs**. Ceux-ci, de la même manière que lors de toutes les autres étapes de la réintégration du travailleur, jouent chacun un rôle complémentaire :

- Le rôle des ressources humaines est central. Ce sont elles qui entament, en amont, la discussion avec le travailleur afin de savoir si un retour au travail peut être envisagé. Il est cependant intéressant que les ressources humaines travaillent en collaboration avec d'autres acteurs de l'entreprise qui, par leur fonction et proximité avec le travailleur, sont en capacité de proposer des solutions intéressantes (e.g. les personnes de confiance, les représentants syndicaux, les responsables hiérarchiques d'autres services, etc.).
- Quand bien même le cadre légal le fixe clairement, le rôle du médecin du travail peut varier d'une entreprise à l'autre. Dans certains cas, il est la principale référence pour déterminer la préparation du retour. Parfois, il joue un rôle plus modeste et se contente de donner des indications concernant les possibilités de retour en déléguant certaines de ses tâches à l'accompagnateur du travailleur ou au médecin traitant. Dans tous les cas, lorsqu'il travaille au sein d'un service externe, il est important que le médecin du travail connaisse suffisamment bien l'entreprise afin d'éviter qu'il établisse des recommandations générales qui empêchent toute possibilité de reclassement.
- Le travailleur, étant donné qu'il est le premier concerné par le trajet de réintégration, joue un rôle central dans la préparation au retour. À ce titre, sa motivation sera déterminante quant aux chances de succès du trajet. Le retour sera en effet d'autant plus facilité que le travailleur aura, de son initiative, anticipé celui-ci : prise de contact, rencontre avec l'éventuelle nouvelle équipe, etc. Il s'agit cependant de prendre en compte la charge émotionnelle à laquelle est confronté le travailleur dont les capacités sont réduites. Il convient par ailleurs de laisser au travailleur la possibilité de refuser de manière motivée l'aménagement proposé.

*« À savoir que j'ai quand même manifesté le fait que je voulais revenir assez vite sur le marché du travail si je peux parler comme ça... parce que c'est la vérité. Je me suis dit que je ne vais pas m'enliser dans de l'absentéisme et tomber dans un état dépressif ou en tout cas, que ça puisse s'accroître suite au fait que je ne travaille pas. Il y a eu vraiment cette volonté de ma part de revenir et de couper ... enfin de revenir sur le marché du travail. Maintenant, j'ai dû avoir l'accord du médecin aussi. » (Travailleur dans un service public)*

- Il peut être pertinent de faire appel à des organismes externes spécialisés afin d'identifier les aménagements adéquats. Des aides financières peuvent également soutenir les besoins d'aménagement et de réorganisation et ainsi lever les freins. Néanmoins, ces aides ne sont pas toujours connues des

entreprises qui les découvrent parfois par hasard au cours de la procédure. À titre illustratif, les propos tenus par un représentant de l'employeur à propos de l'intervention de l'AVIQ :

*« Je dirais leur contribution, par exemple pour l'achat d'un siège adapté, parce qu'il faut un siège adapté dans le cas de Monsieur [travailleur réintégré], dont le coût est assez élevé, donc il m'avait suggéré de... Ils avaient dit qu'ils interviendraient à une certaine hauteur au niveau du matériel informatique et alors ils venaient avec des solutions, c'est à dire des fournisseurs attirés. Donc, je trouve que c'est un plus. C'est un peu plus facile que de devoir chercher de son côté. »* (Responsable RH d'un centre de recherche)

La préparation du retour implique d'**identifier les aménagements** possibles. D'emblée, soulignons que la recherche des meilleurs aménagements possibles nécessite (1) le croisement des informations entre les acteurs de l'entreprise (ressources humaines, responsables de services, travailleur) ainsi (2) la considération et la valorisation de l'expertise du travailleur. Par ailleurs, il importe de se donner du temps pour penser à l'ensemble des solutions disponibles voire d'en générer de nouvelles. Enfin, les aménagements peuvent porter sur le temps de travail ou sur le poste de travail.

Les aménagements portant sur le temps de travail permettent au travailleur de reprendre son activité avec un temps de travail réduit. Le temps partiel médical lui permet d'être rémunéré par l'entreprise en fonction du nombre d'heures qu'il travaille et de conserver l'intervention de l'assurance maladie pour les heures restantes. Il peut être limité dans le temps et, généralement, le travailleur preste au long des mois de plus en plus d'heures jusqu'à prester un temps-plein.

Les aménagements peuvent également porter sur le poste de travail. Lors de l'identification de ceux-ci, une pratique intéressante consiste à respecter un ordre de priorité sous la forme d'un « principe de la cascade ». Il s'agit de chercher à réintégrer prioritairement le travailleur au même poste et au sein du même service, en deuxième place à adapté au sein du même service, ensuite à une autre fonction (mutation interne), puis seulement dans une autre entreprise (mutation externe). Le principe de la cascade évite d'une part de se débarrasser des travailleurs d'un service défaillant et limite d'autre part le recours à une forme de « shopping médical ».

Dans le cas d'une mutation interne (i.e. un changement de poste ou de service), différentes bonnes pratiques ont été identifiées. Celles-ci sont davantage réalisables au sein des grandes entreprises :

- La mise en place d'un système de priorité. Le travailleur malade est prioritaire (à compétences égales) sur d'autres candidats au poste (travailleurs de l'entreprise ou candidats externes).

*« On voit avec les ressources humaines pour voir si une réadaptation est possible. Parfois, on ouvre un nouveau poste et la personne en question peut postuler. (...) Et s'il y a quelqu'un d'autre, chaque membre de la commission a en tête qu'il faut réaffecter cette personne. Donc en gros, cette personne a le plus de chances d'être prise. »* (Responsable RH d'un service public)

- La mise en place d'un outil numérique de « matching » qui permet de lier les travailleurs en incapacité (avec leurs restrictions médicales) et les postes disponibles.
- La mise en place d'un pool de fonctions réservé aux travailleurs en incapacité temporaire. Ce dernier n'est donc pas ouvert à d'autres candidats.
- Deux mises en garde sont cependant nécessaires. D'une part, une systématisation des mutations internes pour les travailleurs en incapacité peut encourager ceux-ci à se porter malade et donner lieu à une forme de « shopping médical ». D'autre part, les mutations internes ne doivent pas être perçues par les travailleurs comme un « sésame » ou un droit qui leur est donné dès lors qu'ils ont été en incapacité. Cette mise en garde est notamment partagée par un conseiller psychosocial :

*« Mais je dirais qu'on veut éviter à tout prix l'effet pervers qui serait... une instrumentalisation de la procédure... [De la part] d'un collègue qui se mettrait en maladie pour obtenir une mobilité qu'il n'a pas par ailleurs obtenue via les voies officielles et donc... »* (Conseiller psychosocial d'une entreprise d'assurances).

La préparation du retour constitue un coût non-négligeable pour les entreprises et celui-ci est d'autant plus difficilement supportable pour les plus petites structures. En effet, cette phase du trajet de réintégration implique un temps conséquent de non-productivité (rencontres avec le travailleur, réunions entre les équipes, modification de l'organisation de travail, etc.). Il peut donc être intéressant de faire appel à des interventions financières extérieures (e.g. via l'AVIQ si la personne est dans les conditions d'une prise en charge) pour prendre ce coût en charge. Les organismes extérieurs ne peuvent cependant uniquement intervenir dans le cadre des maladies physiques (et non psychosociales).

Lorsque les **aménagements ont été décidés**, il convient de transmettre les informations concrètes de la reprise (date, lieu, horaire, aménagements mis en place). Il faut que les aménagements prévus soient effectifs pour le jour de la reprise, il faut donc qu'une personne soit chargée de ce suivi opérationnel. Le travailleur réintégré doit être au courant de ces informations ainsi que le responsable hiérarchique. Ce dernier a pour mission d'en avertir les autres membres de l'équipe.



Une bonne pratique consiste à rappeler au responsable hiérarchique l'importance de transmettre ces informations à l'équipe et de s'assurer de la manière dont cela va être communiqué. Un point d'attention au niveau des ressources humaines est de s'assurer des compétences communicationnelles du manager ou responsable hiérarchique. Une communication positive de la part de celui-ci ainsi qu'un respect du parcours et du devoir de discrétion quant aux problèmes médicaux traversés sont apparus comme essentiels dans les entretiens. À cet égard, il apparaît important de faire une réunion préparatoire avec la personne en charge du suivi de la réintégration et le travailleur réintégré afin que ce dernier réfléchisse et indique ce qu'il souhaite communiquer et la manière de le communiquer.

Lorsqu'il y a eu des problèmes de nature psychosociale, une réunion avec le manager et le travailleur réintégré paraît être opportune en vue d'apaiser les tensions du passé avant la reprise effective. Cette réunion se veut constructive mais peut tourner en règlement de compte. Deux éléments au moins permettent de l'éviter :

- Rencontre du manager et du travailleur séparément au préalable afin de préparer la rencontre avec une personne qui a suivi la réintégration et qui peut rester dans une position de soutien et entendre les parties sans jugement et avec compréhension.
- La tierce personne est formée en médiation afin de se positionner vers la résolution des conflits et l'apaisement des tensions

#### 4.3.2. Retour

Le retour effectif est identifié par les entreprises comme un moment crucial. Ainsi, il doit être **communiqué aux équipes opérationnelles** c'est-à-dire au responsable hiérarchique et aux collègues avec qui le travailleur réintégré sera amené à collaborer. Le travailleur réintégré doit se sentir **accueilli**. Plusieurs personnes interviewées mettaient l'accent sur la proximité de cette situation avec l'accueil de nouveaux travailleurs. Il y a lieu d'accueillir les travailleurs réintégré d'une part, pour favoriser l'échange et la bonne collaboration avec les collègues et d'autre part, pour leur fournir les informations utiles. En effet, durant leur absence, des changements de procédures/supports/logiciels, etc. ont pu avoir lieu et ils doivent en être informés. Même s'il n'y a pas eu de changements notables, un rappel des éléments importants – notamment sur le fonctionnement du service – s'avère judicieux. De nouvelles personnes ont potentiellement intégré l'équipe et il est important de les présenter. Il convient également de penser à la mise en place d'un plan de formation si nécessaire. Enfin, lors de son retour, il faut s'assurer que le poste de travail du travailleur soit prêt (ordinateur et téléphone disponibles, accès à l'intranet, etc.). Un accueil mal préparé

est le plus souvent mal vécu par le travailleur et impacte négativement sur le trajet de réintégration :

*« Et puis j'ai repris... alors j'ai débarqué sur le site à mon bureau. Voilà, et ce jour-là en plus, je n'avais plus d'ordinateur parce que j'avais un portable et ils l'avaient donné à une collègue. [...] Donc on lui avait donné mon portable, donc je suis revenue sur site avec... rien. En plus, ils avaient déménagé, donc j'avais plus de bureau, j'avais plus de portable, j'avais plus rien. »* (Travailleuse d'une entreprise d'assurances).

Il est en outre important de veiller au respect du **secret médical/devoir de discrétion** quant aux problèmes de santé du travailleur réintégré. Dans le cas d'une réintégration dans le même service, l'équipe a donc pu constater l'absence du travailleur : s'il n'y a pas lieu de nier celles-ci, il y a lieu de rappeler que le travailleur n'est absolument pas obligé de se justifier et d'évoquer les causes de son incapacité de travail avec son entourage professionnel. Dans le cadre d'une mutation lorsqu'il n'y a pas de liens entre le service dans lequel travaillait antérieurement le travailleur et la nouvelle équipe, l'incapacité de travail n'est pas systématiquement évoquée au sein des entreprises ayant pris part à l'enquête. Généralement, le responsable du service accueillant le travailleur réintégré est mis au courant du contexte (trajet de réintégration) mais cette information n'est pas communiquée au reste de l'équipe si cela n'est pas jugé nécessaire et ce, en accord avec le travailleur réintégré.

Les responsables hiérarchiques doivent se montrer compréhensifs à l'égard du travailleur et tenir compte de son état médical. Ainsi, au-delà des aménagements décidés lors de la phase de préparation du retour, un **temps d'adaptation** doit lui être laissé.

#### 4.3.3. Suivi du travailleur

Suite au retour du travailleur au sein de l'entreprise, il paraît important de continuer d'assurer un suivi. Le suivi doit être assuré par la personne s'étant chargée de la réintégration du travailleur, toujours sous la supervision de la hiérarchie du travailleur :

- Quelques jours après la réintégration, celle-ci prend contact avec le travailleur réintégré en vue de la **réalisation d'un entretien**. Cet entretien permet de rappeler le soutien de l'entreprise vis-à-vis du travailleur, de montrer de la considération mais aussi de récolter les premières impressions et ressentis concernant la réintégration. Si des ressentis négatifs apparaissent, il y a lieu de mettre en place un suivi plus régulier et d'inviter la personne à ne pas attendre à faire part de ses constats.
- Dans tous les cas, des **rencontres régulières** doivent être prévues, et ce jusqu'à un an après la réintégration. Celles-ci permettent de faire régulièrement le point sur les éléments facilitant et freinant le parcours.

- Après un certain temps (six mois le plus souvent), il convient de prévoir une nouvelle réunion afin que les parties fassent le **bilan** et se positionnent sur l'adéquation des aménagements décidés auparavant. Suite à cette réunion, elles peuvent envisager des adaptations (renforcement des aménagements ou relâchement de ceux-ci). Cet entretien est une rencontre au minimum entre le travailleur, son responsable hiérarchique et la personne qui s'est chargée de la réintégration. Cet entretien ne doit pas être confondu avec un entretien d'évaluation du travailleur.

Dans le cas où la **réintégration échoue**, il est utile de faire plusieurs tentatives. Il n'est pas rare qu'une réintégration aboutisse à la seconde ou troisième tentative. Dans tous les cas, si le trajet échoue, le travailleur ne doit pas être abandonné. Il peut encore bénéficier d'un soutien psychologique ou administratif de la part de son entreprise. Par ailleurs, celle-ci peut faciliter sa reconversion externe en fournissant différents services (bilan de compétences, orientation vers des services d'emploi, etc.). Ces services sont d'autant plus utiles s'ils ont été anticipés en amont de la rupture du contrat de travail. À ces services, s'ajoute pour l'employeur l'obligation de reclassement professionnel en cas de force majeure pour raison médicale.

#### *4.3.4. Évaluation du trajet de réintégration*

Une bonne pratique, pourtant trop rarement soulevée par les entreprises rencontrées, consiste à évaluer régulièrement les trajets de réintégration. Cette pratique s'inscrit dans une démarche de prévention. Différentes propositions ont été formulées par les personnes interrogées :

- Faire évoluer les procédures relatives à la réintégration en fonction des constats posés par les acteurs concernés.
- Garder des traces des réponses aux questions qui se sont posées dans le cadre du trajet notamment vis-à-vis de l'interprétation de la législation et conserver le nom et les coordonnées des organismes ou personnes de contact qui ont été utiles. Il pourrait s'avérer utile pour les prochains trajets.
- Diffuser au sein de l'entreprise/administration la réussite d'un trajet de réintégration tant de manière informelle (responsables hiérarchiques entre eux) que de manière formelle. Cela permet de sensibiliser le reste de l'entreprise à l'intérêt de la démarche, faire connaître les procédures et contrer les étiquettes dont les personnes malades ou l'ayant été sont porteuses (crainte de la rechute, faible performance, etc.).
- Faire le bilan des trajets de réintégration formels et informels à présenter au CPPT avec présence du médecin du travail pour entamer une discussion

concertée sur la prévention des risques. D'ailleurs, avec la mise en place du trajet de réintégration 2.0, l'article I.4-79 du Code du bien-être au travail prévoit : « § 1er. Afin de développer une politique efficace de réintégration, et d'améliorer la politique de bien-être en général, l'employeur se consulte régulièrement avec le comité au sujet des possibilités, au niveau collectif, de travail adapté ou d'autre travail, et des mesures pour adapter les postes de travail.

§ 2. Le conseiller en prévention-médecin du travail fournit annuellement à l'employeur et au comité un rapport quantitatif et qualitatif, dans le respect de la confidentialité des données personnelles et du secret professionnel médical, sur les consultations spontanées, les adaptations au poste de travail et la reprise du travail après une maladie ou un accident, notamment sur les expériences et/ou les problèmes relatifs au contact avec les travailleurs en incapacité de travail en vue de faciliter la reprise du travail, les trajets de réintégration, les visites de pré-reprise et les demandes d'adaptation du poste de travail, et ce en vue d'évaluer la politique collective de réintégration, et de proposer ou d'adapter les mesures de prévention si nécessaire. »

- La personne ou le service en charge des trajets de réintégration repèrent les récurrences de pathologies tant de nature physique que de nature psychosociale et interpellent les services soit de prévention soit la hiérarchie pour mettre en place un plan de prévention commençant par une objectivation des risques.

#### **4.4. Thématique 4 : communication entre les acteurs**

La communication entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la réintégration des travailleurs malade paraît primordiale. En effet, il apparaît que plus celle-ci est forte, plus les initiatives portent leurs fruits.

Au niveau de la communication entre l'entreprise et les acteurs externes, plusieurs bonnes pratiques ont été identifiées par les personnes rencontrées :

- Il est intéressant de favoriser une meilleure compréhension par les médecins du travail et, *in fine*, la proposition de recommandations en phase avec la réalité de terrain. Pour ce faire, les visites régulières de l'entreprise et la disponibilité de ceux-ci doivent être encouragées. Les visites de pré-reprise permettent aussi un meilleur contact avec le travailleur ainsi que la prise de connaissance de certaines difficultés. Enfin, il est intéressant d'organiser des réunions régulières entre les acteurs de l'entreprise et les médecins du travail. Cette recommandation suppose que les médecins du travail puissent avoir le temps nécessaire pour effectuer ces visites des lieux de travail et de participer à des réunions pour y apporter leur expertise, complémentaire à celles des acteurs internes de l'entreprise.

- L'ensemble des acteurs interrogés témoigne d'une absence totale de contact avec les médecins conseil des mutuelles. De meilleurs échanges entre d'une part, l'entreprise et/ou le médecin du travail et d'autre part, les médecins-conseil paraissent essentiels. Pour aborder une situation individuelle, il est évident que le travailleur doit donner son accord préalablement. Si tel est le cas, un point de contact privilégié (e.g. pas le numéro général de la mutuelle) et l'identification du médecin-conseil attribué au suivi du travailleur malade sont des informations indispensables.
- Il paraît également pertinent de favoriser une meilleure concertation entre l'ensemble des professions médicales et psychosociales impliquées dans la réintégration des travailleurs (médecins du travail, médecins conseil, ergonomes, médecins traitants, conseillers psychosociaux). Ils favorisent le partage de solutions communes (en veillant bien entendu à protéger le secret médical).
- Au lieu de limiter le rôle du médecin du travail à indiquer ce que ne peut pas faire le travailleur, il peut être intéressant qu'il décrive les activités que celui-ci est en capacité de faire. De telles indications peuvent être données par écrit ou dans le cadre d'une réunion.

Au niveau de la communication au sein de l'entreprise, deux autres bonnes pratiques ont été partagées :

- La mise en place de comités de réintégration se réunissant sur une base régulière et rassemblant l'ensemble des acteurs de l'entreprise (ressources humaines, personne de confiance, managers, syndicats, service interne de prévention et de protection au travail) paraît intéressante. Ces comités de réintégration permettent de discuter de la politique de gestion de l'absentéisme et des réintégrations à tous les niveaux (mise en place de procédures, préparation du retour, possibilités de reclassement, etc.). Dans la mesure où elles impliquent une action concertée entre l'ensemble des acteurs de l'entreprise, elles favorisent l'adhésion de tous aux mesures décidées.
- Le développement de conventions collectives de travail portant sur le retour au travail assure le développement d'une politique cohérente mais concertée. Les conventions peuvent porter sur des aspects très globaux (par exemple une convention mise en place dans une entreprise de transports portant sur la gestion des trajets de réintégration) ou plus spécifiques (par exemple une convention dans une institution hospitalière portant sur des adaptations d'horaires pour des groupes spécifiques de travailleurs).

## 5. Conclusion

Par l'analyse des politiques de réintégration des travailleurs malades de longue durée mises en place au sein d'entreprises, d'institutions et d'administrations, cette recherche vise à dégager une série de recommandations.

- Il ressort tout d'abord de notre analyse que les **trajets informels sont à privilégier** dans la mesure où ils aboutissent plus souvent à une réintégration que les trajets formels. Ces données, déjà relevées par la littérature, sont confirmées par notre recherche. En effet, de tels trajets octroient davantage de marge de manœuvre aux parties prenantes. D'une part, la procédure est plus flexible puisqu'elle permet plusieurs tentatives de réintégration en cas d'échec de la première ou des suivantes. D'autre part, de tels trajets permettent d'envisager des solutions plus en phase avec la réalité de l'entreprise en favorisant les échanges avec l'ensemble de ses acteurs. Enfin, ils offrent davantage l'opportunité au travailleur de soumettre différentes propositions d'aménagement et se référer auprès de différents acteurs (comme son médecin traitant). Bien entendu, le succès de trajets informels n'est possible qu'au sein d'entreprises au sein desquelles existe une relation de confiance entre les travailleurs et employeurs. Dans le **cas où une telle confiance n'est pas garantie, les trajets de réintégration formels ont toute leur utilité.**
- Quel que soit le type de trajet privilégié, il est essentiel que les parties prenantes disposent d'une **procédure claire indiquant les démarches et étapes à suivre.** Celle-ci évite la gestion arbitraire des trajets et permet au travailleur malade de se sentir en confiance. Par ailleurs, une telle procédure permet une plus grande réactivité dans le cas d'une situation d'incapacité de longue durée. Néanmoins, l'existence d'une procédure ne doit pas aboutir à une standardisation des pratiques de retour au travail. En effet, chaque trajet, formel ou informel, est particulier. L'adaptation de la procédure, plutôt envisagée comme un canevas, ressort comme une pratique positive.
- Il est par ailleurs essentiel que le **médecin du travail** connaisse bien l'entreprise au sein de laquelle ses services sont requis. Il doit pouvoir **proposer des recommandations en phase avec la réalité de terrain et trouver des adaptations originales.**
- Notre étude atteste également du fait que les démarches concertées favorisent le retour au travail. Ainsi, il est essentiel de garantir l'implication de l'ensemble des parties-prenantes de l'entreprise. Pour ce faire, la **mise en place de comités de réintégration** qui discutent des politiques de gestion de l'absentéisme et des réintégrations est une piste intéressante. Par ailleurs, les **conventions collectives de travail portant sur le retour au travail** favorisent

l'adhésion et l'implication de toutes les parties prenantes aux politiques déployées.

- Il est important de **développer une image positive autour du retour au travail** au sein des entreprises et institutions. Le travailleur malade peut être victime de nombreux préjugés exprimés par sa hiérarchie ou par ses collègues. Il convient de développer un travail de déconstruction de l'ensemble de ces préjugés par le biais de formations, campagnes d'affichage, etc.
- Enfin, les politiques de réintégration des travailleurs malades doivent être liées avec les **politiques de prévention des risques** (analyse des risques et mesures de prévention). De telles politiques, quand elles agissent en amont des incapacités de travail, permettent de réduire le nombre de travailleurs malades.