

RÉINSERTION PROFESSIONNELLE DES MALADES ET INVALIDES : ÉVITER LE PIÈGE

Tricot Anne

I. Dispositions légales

Au cours des 10 dernières années, une série de dispositions ont vu le jour, visant à favoriser la réinsertion des travailleurs malades et invalides.

Dans le dispositif de prévention et protection de la santé au travail, en exécution de la loi de 1996 relative au bien-être au travail :

- **l'arrêté royal du 28 mai 2003** relatif aux missions de surveillance de la santé des travailleurs, complémentaire aux dispositions relatives à la prévention des risques (adaptation des postes) et à la surveillance de la santé, prévoit le droit pour le travailleur déclaré inapte définitif à une fonction à déclencher une **procédure de reclassement** sous réserve de la décision du conseiller en prévention et du médecin du travail
- **l'arrêté du 4 juillet 2004** complète l'arrêté de 2003 en intégrant un nouveau concept de visite de **préprise du travail**. Le but de cette mesure est que le médecin du travail puisse, à la demande du travailleur, proposer à l'employeur, avant la reprise effective du travail, des mesures d'aménagement pour un travailleur soumis ou non à la surveillance de santé en incapacité depuis 4 semaines au moins, de manière à réduire les contraintes liées à ce poste.

Dans le cadre de l'assurance sociale Santé :

- **la loi du 13 juillet 2006** modifie la loi relative à l'assurance obligatoire pour y **introduire un dispositif de réinsertion professionnelle**.

Cette loi donne mission :

- **au conseil médical de l'invalidité** du service des indemnités de l'INAMI d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur de bénéficiaires de l'assurance indemnités

- **aux médecins-conseils** de veiller à la réinsertion socioprofessionnelle des titulaires en incapacité de travail, en prenant à cet effet toutes les mesures utiles, et de contacter, avec l'accord du titulaire, toute personne physique ou morale susceptible de contribuer à la réinsertion professionnelle.
- **l'AR du 30/03/09** fixe au 1^{er} juillet 2009 l'entrée en vigueur des dispositions en matière de **réinsertion professionnelle**.

Pour concrétiser le dispositif, une Task Force ainsi qu'un groupe de travail, auquel participent les interlocuteurs sociaux, ont vu le jour au sein de l'INAMI.

Actuellement une centaine de travailleurs invalides sont engagés dans l'expérimentation du processus de réinsertion. 10 millions d'€ sont prévus pour financer des parcours de réinsertion en 2011.

II. Deux démarches proactives

A. Propositions de la SSST et de l'ASMA

En 2008, la Société scientifique de Santé au Travail (SSST) et l'Association scientifique de la Médecine d'Assurance (ASMA) invitaient l'Agence wallonne d'Intégration des Personnes Handicapées à les rejoindre pour construire des propositions concrètes en vue de favoriser le maintien dans l'emploi et la réinsertion professionnelle des travailleurs atteints d'une affection de longue durée ou d'un handicap.

Le 22 octobre 2010, les présidents de la SSST et de l'ASMA ont présenté à la presse les conclusions de leurs travaux adressées à l'Administrateur général de l'INAMI, au Directeur général du service des indemnités INAMI et au Président du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.

Ces pistes sont l'aboutissement d'une réflexion entamée au départ d'un triple constat : l'augmentation considérable du nombre d'invalides, le coût croissant pour la sécurité sociale (indemnités et soins de santé) et le facteur de risque vis-à-vis de l'emploi que constitue l'absence pour maladie. Ce constat les a amenés à conclure à la **nécessité de promouvoir une politique plus active de réinsertion des malades de longue durée**.

Lors de la conférence de presse, les présidents du SSMT et de l'ASMA ont souligné l'explosion du nombre de personnes en incapacité de longue durée (plus d'un an). Ce nombre passant de 174.080 à 232.153 entre 1998 et 2008 a connu une augmentation de 33% en 10 ans.

Ils estiment que cette augmentation suffit à justifier la nécessité d'agir, l'enquête européenne sur les conditions de travail réalisée en 2005 ayant montré qu'un arrêt de travail compris entre 3 et 6 mois réduit déjà de moitié la probabilité que le travailleur puisse reprendre son travail chez son employeur antérieur.

Comme causes de cette explosion du nombre d'incapacités de longue durée, ils pointent les troubles psychiques, le vieillissement des travailleurs mais également le cloisonnement des différents secteurs de la sécurité sociale.

Leurs propositions concernent les travailleurs encore liés à l'entreprise. Elles visent la valorisation rapide des capacités restantes et la coordination des interventions.

Des actions concrètes sont proposées à trois moments clés de l'incapacité, impliquant les différents intervenants - médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil.

- 1. Au stade aigu de l'incapacité**, c'est-à-dire entre la 6^e et la 8^e semaine de l'arrêt de travail, avant la première convocation chez le médecin-conseil de la mutualité :
 - informer les médecins traitants et soutenir les bonnes pratiques, c'est-à-dire la gestion adéquate de la prescription de l'arrêt de travail (par exemple : préférer les certificats « fermés », c'est-à-dire à durée clairement déterminée) et l'incitation du patient à recourir à la visite de reprise chez le médecin du travail
 - inciter les services de médecine du travail à encourager le maintien d'un contact de l'entreprise avec la personne absente, notamment en sollicitant de l'employeur la liste des absents depuis 4 semaines au moins et en proposant l'envoi systématique par l'employeur d'un courrier personnalisé à tout travailleur absent depuis 4 semaines pour l'informer des aides possibles à la reprise du travail dans les meilleures conditions.
- 2. Au stade subaigu de l'incapacité**, c'est-à-dire à partir de la 8^e semaine jusqu'à la fin du 5^e mois d'incapacité, période définie comme stade de prévention du passage à la chronicité :
 - stimuler les médecins-conseils des mutualités à prendre contact avec le médecin du travail et à encourager la systématisation de la visite de reprise chez le médecin du travail
 - introduire dans la législation AMI une nouvelle modalité d'intervention, la « reprise autorisée dans les conditions du travail habituelles », à définir comme une période d'observation et de réadaptation au travail sans exigence immédiate de productivité, prolongée par le recours au « mi-temps médical » dans les cas complexes
 - permettre au travailleur malade de participer à la formation continue au sein de l'entreprise afin qu'il puisse maintenir ses compétences
 - recentrer l'action des médecins du travail en priorité sur les modalités de réinsertion.
- 3. Au stade de prévention de l'invalidité**, c'est-à-dire partir du 6^e mois d'incapacité où dès que la gravité de la pathologie fait entrevoir précocement le risque d'une invalidité : développer un modèle de type « case management » (cf. expériences en Flandre, en Hollande et au Canada), moyennant désignation d'un coordinateur « disability case manager » au sein de l'entreprise.

Parallèlement à la promotion d'un accompagnement du travailleur en arrêt de longue durée afin de prévenir l'entrée en invalidité, les auteurs préconisent la mise en place d'incitants positifs pour les employeurs. Plus précisément :

- la prise en charge du salaire garanti par l'INAMI pour les malades chroniques
- la mise en place d'un bonus-malus social (cf. accidents du travail) en fonction du nombre d'absents de longue durée réintégrés
- une importante réduction transitoire des cotisations sociales incombant à l'employeur en cas de reprise du travailleur dans son emploi à l'issue d'une absence de longue durée.

B. Déclaration d'intention de coopération entre les organismes assureurs, les offices régionaux et communautaires de l'emploi et de la formation, les services compétents en matière d'intégration des personnes avec un handicap et l'INAMI

L'INAMI, dans le cadre de la mise en place du dispositif de réinsertion professionnelle des malades entré en vigueur le 1^{er} juillet 2009, propose un accord de coopération avec les organismes assureurs, les services compétents en matière d'emploi et de formation professionnelle et les services compétents en matière d'intégration des personnes handicapées, pour concrétiser de manière optimale sa nouvelle compétence.

Grandes lignes de la coopération proposée au FOREM et à l'AWIPH :

- **tout malade indemnisé**, tant en période d'incapacité primaire que d'invalidité, fait partie du public potentiellement concerné
- **le parcours de réinsertion socioprofessionnelle individualisé peut prendre des formes diverses** : adaptation du poste occupé ou de la situation de travail existante, passage par la formation, réinsertion dans un le circuit économique « normal » si possible, à défaut dans l'économie sociale, et pour le groupe des MMPP, ouverture vers d'« autres » circuits du travail
- **la décision d'accepter la proposition d'entrer dans un parcours de réinsertion relève du choix du titulaire en incapacité**
- **le partenariat respecte les compétences et expertises** des différents acteurs impliqués
- **le rôle central du médecin-conseil est renforcé**. Interlocuteur direct du public visé, il sera chargé d'évaluer les possibilités de réinsertion après une période d'incapacité de 3 mois et de proposer des mesures permettant la réinsertion socioprofessionnelle.

III. Commentaires

Les deux démarches initiées, l'une par des scientifiques, l'autre par l'administration en charge de l'assurance indemnités, visent à favoriser, par un accompagnement adéquat, le reclassement des travailleurs à capacité réduite suite à une maladie ou un accident, tout en participant à faire baisser à terme les dépenses de l'assurance indemnités. Toutes deux reposent sur une redéfinition de la mission du médecin-conseil.

La promotion et l'accompagnement du maintien ou de la réinsertion dans l'emploi des malades et invalides, objectif commun aux deux démarches, est une démarche louable pour autant que toute confusion entre cet objectif salubre et un objectif budgétaire soit écartée. Cela nécessite que les balises soient érigées d'entrée de jeu, pour empêcher le glissement d'une logique d'accompagnement du travailleur malade ou invalide dans un parcours choisi vers une logique de contrôle de sa « disponibilité » au reclassement proposé.

A ce propos, on remarquera que la présentation du contexte nécessitant d'agir néglige malheureusement deux causes essentielles de l'augmentation du nombre de malades de longue durée :

- le recul de l'âge de la pension des femmes de 60 à 65 ans, avec pour conséquence que nombre de travailleuses âgées, « usées », sont venues gonfler les rangs des invalides
- la détérioration des conditions de travail, à l'origine de l'augmentation des troubles psychiques.

Cet oubli n'est pas anodin.

En effet, ces éléments montrent l'urgence d'une priorité à accorder au renforcement de la prévention primaire, afin d'agir en amont de la maladie et de l'invalidité. Il est improbable en effet que des travailleurs malades entament une démarche « volontaire » pour réintégrer rapidement un emploi qui les aurait démolis !

Bien sûr, toute maladie/incapacité ne trouve pas son origine dans l'emploi mais il ne faudrait pas que l'individualisation du traitement des incapacités, assortie d'un recentrage de l'initiative au niveau du médecin-conseil plutôt que du médecin du travail - y compris en période d'incapacité primaire - occulte la responsabilité première des employeurs¹.

La vigilance s'impose pour éviter, sous couvert de bonnes intentions, une responsabilisation du malade en lieu et place d'une amélioration de la santé au travail (analyse et prévention des risques professionnels, amélioration des conditions de travail).

Les points d'attention que nous avons mis en avant dans le cadre de la phase préparatoire du projet de la SSST restent donc d'actualité :

- mise en place de mécanismes de contrôle d'application effective des réglementations existantes pour enrayer l'augmentation du nombre de malades et invalides
- maintien du médecin du travail comme acteur central de la réinsertion au travail, agissant avec l'accord préalable du CPPT sur toute démarche initiée visant la réinsertion de travailleurs en incapacité primaire encore liés à l'entreprise. Il connaît le poste de travail, pas le médecin-conseil
- refus de mise à charge de la sécurité sociale de nouveaux incitants en faveur des employeurs les déresponsabilisant par rapport à la prévention et la gestion des risques.

La coopération INAMI / organismes assureurs (OA) / offices régionaux et communautaires de l'emploi et de la formation / services compétents en matière d'intégration des personnes handicapées doit être balisée au niveau des différents organes de gestion, afin de :

- garantir le caractère volontaire d'inscription du travailleur dans le processus
- barrer la route à l'émergence d'un nouveau statut « réservé » à certains malades (cf. évocation d'« autres circuits de travail »), prenant la forme « d'occupation par le travail », non rémunérée²
- refuser une hiérarchisation des emplois dépréciant le secteur de l'économie sociale
- respecter la mission des SEPP (en collaboration avec les CPPT) en matière de conseil à l'aménagement des postes et conditions de travail

¹ Il ne faut pas oublier que la FEB dénonce de longue date le coût des incapacités et de l'invalidité et souhaite des mesures proactives pour faire diminuer cette charge - comme celle du chômage par ailleurs.

² Cf. proposition « COPT » recalée au niveau de l'AWIPH.

- inscrire l'action spécifique de l'AWIPH en appui résiduaire par rapport à un public spécifique.

