

ALLEZ HOP LES MALADES, AU BOULOT !

Vers une nouvelle approche
du retour au travail
après une longue absence



Le travail a été fait pour l'homme, et non pas l'homme pour le travail.

Ivan Noritiov

Si le travail était une si magnifique chose, les riches en auraient gardé plus pour eux.

Bruce Grocott

Réalisation Question Santé asbl - Service Education permanente

Texte Pascale Gruber/Question Santé

Graphisme Carine Simon/Question Santé

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Editeur responsable Bernadette Taeymans, rue du Viaduc – 1050 Bruxelles

D/2016/3543/13

Ce sujet n'aurait pu être traité sans l'aide de Jean Alves (responsable du département de réinsertion professionnelle à l'Inami), d'Emilie Crusnaire et de Philippe Legros (conseillers psychologues au Service Guidance Recherche Active d'Emploi, GRAE, Actiris), de Marc Goblet (secrétaire général de la FGTB), du Pr Bernard Fusulier (sociologue UCL/FNRS), du Dr Jilali Laouez, (médecin du travail), du Pr Philippe Mairiaux (Santé au Travail et Education pour la Santé, ULg), de Magali Mertens de Wilmars (coach), et du Dr Jean-Philippe Vaiser (médecin conseil). Merci, aussi, aux connaissances, amis, ou amis d'amis, qui ont repris un travail – ou tenté de le faire – après de lourds accidents de vie, et qui ont accepté de nous en parler. Tous les propos recueillis n'ont pu être repris dans cette brochure. Mais ils l'ont guidée...

Faites entrer l'(les) accusé(s)

– Le Président : Accusez, levez-vous. Vous comparez devant nous parce que vous n'avez pas rejoint, et pendant un bon moment, les bancs de votre travail. Pourtant, vous n'étiez pas en vacances. Qu'avez-vous à dire pour votre défense ?

– L'accusé : M'sieur, j'étais malade.

– Le Président : Huum... Je préférerais que vous disiez : Monsieur le Président. Malade ? Si longtemps ?

– L'accusé : Ben oui, M'si... M'sieur le Président. C'est qu'à force de scanner ou de mettre en rayon des charges importantes, j'ai coincé mon dos. Pour sûr, c'était pas la première fois, mais là... Le docteur a dit que la hernie menaçait et que, dans ce cas, il faudrait peut-être m'opérer et alors...

– (Coupant son interlocuteur) Le Président : Quel est ce bruit ? Qui est derrière vous ?

Une femme s'avance : – C'est moi, Monsieur le Président. Je dois vous dire : j'ai craqué, il y a 7 mois. Mon boss me harcelait.

Une autre personne s'approche et lance : – J'ai eu un accident de travail. Je suis resté deux mois à l'hôpital et...

Le Président, (lexcédé) : Qu'est-ce que c'est que ce brouhaha ? Mais... Mais... Mais combien êtes-vous dans ce box ?

Ensemble : – Pour 2016, environ 381.000 personnes en invalidité (plus d'un an d'absence), soit 40.000 de plus en un an. Et 441.000 en incapacité primaire (moins d'un an d'absence).

– Le Président : Les bras m'en tombent ! Je sens que cela va être l'affaire du siècle. Enfin, au moins l'affaire du début de ce siècle...

Stop!! On arrête tout ce qui, à ce stade, n'est qu'une fiction (excepté les chiffres cités). Car de procès, il n'y a pas. Ou pas encore ? En revanche, il y a une réalité. Celle vécue par ces centaines de milliers de personnes qui, tous les ans, cessent de travailler pour cause de maladies ou d'accidents (parfois tous deux liés au travail). Des personnes à qui on murmure désormais à l'oreille qu'un retour vers le monde du travail, et pas trop tardif s'il vous plaît !, devrait faire partie de leurs priorités...

Va-t-on vers une société où, face aux injonctions de la rentabilité, être malade ou en situation de fragilité sera encore plus « mal vu » ?

Mais t'es où ? Les chiffres de l'absence

C'est une tendance qui, depuis des années, ne faiblit pas : le nombre de personnes en invalidité, tout comme celles en incapacité de travail, ne cesse d'augmenter. Et fortement. Parmi les salariés, les ouvriers ont été les plus concernés par cette hausse.

Froidement considérés, ces chiffres trouvent leur origine dans un ensemble de facteurs. La démographie y joue un rôle (en raison du nombre de travailleurs du «baby boom»). Mais, aussi, l'augmentation de l'âge moyen des personnes présentes sur le marché de l'emploi, et la féminisation du travail (avec l'alignement de l'âge de la retraite des femmes sur celui des hommes).

Cela dit, ces facteurs «objectifs» n'expliquent pas tout. En effet, les origines de l'invalidité permettent de jeter un autre regard sur ce phénomène. Actuellement, deux causes prédominent

largement dans de nombreuses situations d'arrêt de travail. Les premières sont liées à l'augmentation du nombre de troubles psychiques. En 2013, ces derniers ont concerné plus de 40 % des cas d'arrêt chez les employés, ainsi que 30,1% chez les ouvriers et 34,9% pour les ouvrières. Les deuxièmes causes d'arrêt relèvent des maladies du système locomoteur, avec les troubles musculo-squelettiques. Soit autant de pathologies pour lesquelles les facteurs psychosociaux (comme le stress ou la pression au travail) ont souvent une influence. Une influence... durable : de nombreuses études ont démontré un lien entre le stress, les conditions de travail, le manque d'intérêt pour la fonction exercée, et la fréquence de l'incapacité de travail de longue durée...

*Est-on en train de généraliser un préjugé
(« Les malades sont des profiteurs »)
à un ensemble de personnes loin d'être
concernées par les attitudes 'd'abuseurs',
probablement très minoritaires ?*



Les « bons » calculs font...

Actuellement, ainsi que l'ont souligné divers interlocuteurs d'un colloque organisé par le Centre de connaissances en incapacité de travail de l'Inami¹, le coût de l'incapacité et de l'invalidité du travail est tout simplement devenu... trop lourd. En Belgique, en 2016, les indemnités liées aux incapacités de travail et aux absences de longue durée dans le cadre de l'invalidité correspondent à environ 7 milliards d'euros. Pour la première fois, ce coût est supérieur à celui du chômage.

En un mot comme en cent, sur le plan économique, les absents, les malades, les invalides... coûteraient trop cher ! Or, les projections démographiques montrent que la situation ne va pas s'améliorer, ou pas avant plusieurs années. Dans un tel contexte, des voix se sont élevées pour prôner une politique plus volontariste, afin de réintégrer sur le marché de l'emploi davantage de personnes en arrêt de travail, et plus rapidement.

Plusieurs décisions gouvernementales récentes ont visé cet objectif. En particulier, ces mesures redéfinissent le rôle du médecin-conseil des mutuelles, acteur clé du parcours de la reprise du travail. Des Conventions ont également été conclues entre l'Inami et les organismes régionaux chargés de l'emploi (Actiris, Forem...) : les uns comme les autres peuvent proposer une réorientation professionnelle, via des formations, aux personnes qui ne sont plus en mesure de réintégrer leur boulot antérieur.

Les malades sont-ils coupables de l'être ? Que « valent-ils » à nos yeux ?

Autopsie d'un système... grippé

Selon le Pr Bernard Fusulier, sociologue à l'UCL et directeur de recherche du Fonds National de la recherche scientifique (FNRS), « Il faut comprendre que notre société salariale s'est construite autour d'une vision restrictive de l'intégration socio-économique : une personne adulte est dite active si elle est engagée sur le marché de l'emploi et le circuit économique marchand. Quant aux autres personnes, elles sont renvoyées dans l'inactivité ».

Face à ce référentiel, rappelle-t-il, « pour pallier les risques attachés à la perte d'emploi, à la santé et au vieillissement, la sécurité sociale s'est déployée autour de trois types d'assurance adossée à l'emploi (la relation salariale) : une assurance chômage, une assurance maladie-invalidité et une assurance pension de retraite. A côté de ce pilier emploi et assurances sociales, l'Etat offre aussi un support relevant de l'assistance, avec l'aide sociale, principalement gérée par les CPAS. Pour être financièrement soutenables, ces filets de sécurité, basés sur une perspective de plein emploi tout au long de la vie professionnelle (et au départ pensés pour les hommes adultes), devaient jouer temporairement. Ou bien concerner une partie circonscrite de la population. » Or, clairement, nous ne sommes plus dans une telle situation...

En effet, de premières fissures ont été observées dès la fin des années 1970. Depuis lors, rappelle le Pr Fusulier, elles n'ont fait que croître : chômage de masse et structurel, précarisation de l'emploi, flexibilité et intensité du travail professionnel, exclusion du chômage, féminisation du marché de l'emploi (mais avec des inégalités persistantes), difficile conciliation emploi/famille, fatigue professionnelle grandissante, etc. Le tout avec un accroissement des populations dépendantes de l'aide sociale et de la sécurité sociale.

« Au cours des années 1990 et jusqu'à aujourd'hui, poursuit-il, les gouvernements successifs ont tenté de résoudre l'équation en restant dans le modèle de la société salariale mono-active arc-boutée sur l'emploi. La recette trouvée ? 'L'activation' : il faut 'activer' les populations, surtout celles considérées comme dépendantes. C'est ainsi que l'on inscrit les bénéficiaires de l'aide sociale dans des parcours d'intégration pour qu'ils s'activent, que l'on met la pression sur les chômeurs, que l'on pense des formules d'outplacement pour les travailleurs plus âgés licenciés, que l'on retarde l'âge de la retraite pour maintenir plus longtemps les personnes en 'activité'. »

La problématique actuelle des maladies de longue durée, affirme-il, participe à cette logique d'activation. Elle est aussi une conséquence de cette logique, car lorsque l'on réduit les possibilités de pauses carrière, de crédit-temps, ou de sortie anticipée du marché de l'emploi (par la prépension), il y a une augmentation du recours aux certificats médicaux. « Qu'il y ait des certificats de complaisance, probablement... Mais, sans nul doute, la très grande majorité des médecins fait face à des personnes qui souffrent vraiment, et pour lesquelles il faut faire quelque chose avec les moyens dont ils disposent », glisse le sociologue.

En tout cas, selon Marc Goblet, secrétaire général de la FGTB, « actuellement, dès le moment où la personne ne peut plus répondre aux exigences de l'entreprise, et ce souvent en raison d'un travail non adapté à la personne, elle passe au chômage. On est dans une pure logique économique. Et dans la pénalisation de ceux qui ont davantage de mal à travailler. »

A-t-on su tirer les conséquences de la fin du « plein emploi » ?

Rester chez soi, un vrai cadeau ?

En réalité, l'aspect économique n'est pas le seul argument ni la seule motivation - loin de là - à intervenir dans les raisons qui poussent à vouloir recréer rapidement un lien entre les « malades » et l'emploi. En effet, expliquent les experts, une telle démarche va, aussi, dans l'intérêt des personnes concernées.

Comme le rappelle le Pr Philippe Mairiaux (Stes – Santé au Travail et Education pour la Santé –, ULg), la problématique du retour au travail après une absence de longue durée est médiatisée depuis deux ou trois ans - en grande partie parce que le gouvernement a instauré des mesures et en prépare d'autres en ce sens. Ou parce que l'Inami a clairement affiché sa volonté de s'occuper de ce problème. « Mais, sur le plan scientifique, voilà des années que l'on se préoccupe de ces situations », souligne ce spécialiste du monde du travail.

Tout a commencé dans les années 1990, face au problème - croissant - des arrêts de travail prolongés pour lombalgie. « Dès cette époque, on a pu démontrer qu'il ne s'agissait pas d'une fatalité... pour autant que l'on sorte de la recommandation consistant à dire aux patients de rester chez eux sans bouger, poursuit le Pr Mairiaux. En effet, contrairement au repos complet qui, à moyen ou à long terme, n'aide absolument pas les malades, certaines interventions actives et précoces contribuent au rétablissement plus rapide de la personne. En fait, elles permettent aux lombalgiques de retourner dans leur milieu de travail et d'éviter d'évoluer vers la lombalgie chronique² ».

Ensuite? Eh bien, ensuite, on a cherché à appliquer ces modèles à d'autres pathologies. Et pour cause ! « Toutes les études actuelles confirment qu'à partir du moment où une personne est absente

du travail quelques semaines, une série de phénomènes défavorables peuvent se développer progressivement ... », prévient le Pr Mairiaux.

Prenons l'exemple d'une personne atteinte d'un lumbago persistant. En arrêt de travail, allongée sur son divan, elle broie du noir. Et se plaint (parfois en permanence!). Au bout d'un certain temps, même la famille la plus empathique n'en peut plus. Qu'à cela ne tienne : le malade retourne chez son médecin. Que peut faire ce dernier pour rassurer le patient ? Bon sang, mais c'est bien sûr! Il prescrit une série d'exams complémentaires. Radio. Scanner. Ou même RMN (Résonance Magnétique Nucléaire). Tout cela prend du temps... et génère des rapports médicaux qu'il faut traduire au patient. Le généraliste donne une explication, mais le spécialiste, lui, semble tirer une autre conclusion, et recommande parfois autre chose. Quant au médecin du travail ou au médecin-conseil, dans certains cas, ils tiennent un tout autre discours... Face à ce concert d'avis médicaux discordants, ou pas toujours concordants, le patient « ne sait plus que penser ». Autour de lui, on traîne... Et, lui aussi, il traîne, y compris son mal. Au final, une spirale négative s'enclenche : sur le plan psychologique, une baisse de confiance en soi s'amorce, tandis que sur le plan physique, l'immobilité, liée à la crainte de bouger, n'arrange rien à la situation. La douleur persiste ou peut même s'accroître...

« La recherche montre qu'il est difficile de sortir de ce type de cercle vicieux qui peut s'installer rapidement, et cela de manière indépendante de la cause organique qui a justifié l'arrêt. Le Pr Loisel³, mais d'autres aussi, l'ont finalement démontré : plus l'absence en maladie se prolonge, plus elle acquiert des caractéristiques relativement indépendantes de la cause initiale du diagnostic. Voilà pourquoi il faut s'inquiéter – et intervenir – si une lombalgie dure plus de quatre semaines, et une sciatique, plus de six. Cette temporalité ne s'applique évidemment pas à une personne en traitement pour un cancer... », assure le Pr Mairiaux.

En d'autres termes, rester chez soi n'est pas toujours la solution ! D'ailleurs, du point de vue médical, laisser une personne se morfondre et souffrir chez elle, avec comme seul soutien une prescription d'anti-douleurs ou d'antidépresseurs, selon les cas, est de plus en plus considéré comme une option thérapeutique à la fois inefficace et inadéquate.

Bref, ainsi que le rappelle Jean Alves, responsable du département de réinsertion professionnelle à l'Inami, « on ne peut perdre de vue le fait que, selon des rapports de l'OCDE publiés en 2010 et 2012, le travail peut être un élément important de guérison... ».

Et si la reprise du travail s'avérait être une « bonne solution » permettant, aussi, de retrouver la santé ? Rester chez soi risque-t-il de « rendre malade » ?



L'épée de Damoclès

Oublions les grippés et autres gastro-alités de quelques jours. Ne gardons en tête que ceux et celles qui ne retournent plus au boulot pendant plus de quatre semaines. Puis parfois plusieurs mois. Ou des années... Outre le problème médical qui les a éloignés de l'emploi, outre les problèmes de santé qui peuvent se greffer sur l'arrêt de travail initial, une autre menace plane sur eux. En effet, on sait désormais que plus une personne reste longtemps éloignée de l'emploi, plus ses chances d'en retrouver s'amointrissent. Ce phénomène intervient excessivement rapidement et, inexorablement, au fil des mois, les perspectives de reprise de façon optimale s'amointrissent. Ainsi, après trois mois d'incapacité de travail, les chances de retour vers le dernier emploi ne sont déjà plus que de 50 %. Puis de 20 % après un an, avant de chuter, au bout de deux ans, à 10 %⁴, rappelle Jean Alvès.

*Pourquoi est-il si difficile de reprendre ou de retrouver un emploi après un arrêt de longue durée ?
Parce qu'on ne serait plus capable de travailler ? Ou parce que l'idée d'un salarié affaibli par la maladie s'inscrit difficilement dans les logiques qui régissent le monde du travail ?*

Bienvenue au purgatoire

Même s'il l'ignore au début, ou même si, préoccupé par sa maladie, il ne pense pas à cela, le travailleur en absence de longue durée est donc confronté à un risque réel de désinsertion du milieu professionnel. Outre la diminution de ses revenus, sa maladie - ou sa convalescence - le place aussi dans une situation d'isolement social auquel il ne s'attendait pas forcément. Cette solitude, tout comme ce «rejet» du monde des actifs, risquent d'avoir des répercussions psychiques, avec des conséquences sur ses problèmes de santé, qui peuvent être aggravés. Un vrai cercle vicieux...

Comme le souligne Magali Mertens de Wilmans (coach spécialisée dans le soutien aux personnes ayant été atteintes par un cancer), « personne n'a envie de rester 2 ans ou plus chez soi. Ceux ou celles qui sont ou qui ont été malades veulent revoir leurs collègues, ou en trouver d'autres, et retrouver la reconnaissance qui, dans notre société, va avec le travail. De plus, reprendre le rythme du boulot, c'est aussi une manière de revenir dans la vie, alors que parfois, on a craint le pire. Par exemple, après une maladie comme le cancer, on doute de ses compétences. L'image de soi est souvent touchée, tout comme sa confiance en soi. Retourner au boulot ou retrouver un emploi est une étape essentielle. Y compris parce que cela permet de sortir d'une optique victimisante... »

« Notre société est celle du travail, complète Jean Alves. Il s'agit de donner du temps à la personne, de la soutenir, de s'inscrire dans un processus de remobilisation, et de l'accompagner pour qu'elle parvienne à revenir dans notre société... ».

*Dans notre société de performance, quelle est l'image de ceux et de celles qui, en raison d'une maladie, ne peuvent participer au monde professionnel ?
Ont-ils droit à la même reconnaissance que les autres ?*

L'entreprise, sens dessus-dessous

« Je peux partager le discours médical qui promeut le travail comme thérapie, parce que oui, le travail peut aider. Mais pas forcément tout le monde : il faut se méfier des généralisations !, prévient Marc Goblet. Il existe des personnes pour lesquelles il n'est plus possible de se réinsérer dans le monde du travail. »

Ceux qui prônent une démarche active de retour vers l'emploi pour les personnes en incapacité de travail sont-ils, premier choix : des naïfs, deuxième choix : des pervers, troisième choix : les deux ? Ou bien... rien de tout cela ?

Soyons clair : sur le terrain, les promoteurs ou les acteurs de ce système ne manquent pas de rappeler qu'il n'est pas possible de mettre «toutes les personnes en incapacité dans le même sac». En particulier, ils sont loin de nier que l'émergence de maladies clairement liées aux abus du travail – comme le burn out – ne peuvent se résoudre par un péremptoire « Retournez donc au boulot et tout ira mieux ». De fait, si l'entreprise « casse » ses salariés, comment pourrait-elle aussitôt les réparer ? Si elle ne prévoit aucune adaptation ou aucun changement pour accueillir ceux et celles qui n'ont pas retrouvé toutes leurs capacités, comment ces travailleurs tiendraient-ils ? Par un coup de baguette magique ?

Dans le contexte d'une politique de retour précoce au travail, « l'explosion du nombre de travailleurs frappés par des troubles ou des maladies psycho-sociales (122 000 en 2015) représente un obstacle

de taille, admet Jean Alves. La pression énorme qui pèse dans le monde de l'entreprise, avec ses impératifs de performances, de compétition, d'utilisation de nouveaux outils, etc. se traduit dans les chiffres. Il s'agit d'un phénomène nouveau... et face auquel nous sommes en partie démunis! En fait, la question consiste à savoir si l'on parviendra à soigner la maladie... en soignant le travail. »

Ainsi que le confirme le Dr Jilali Laaouej, médecin du travail et médecin expert auprès de la FGTB, « toutes les études confirment que le travail accompli dans de bonnes conditions reste une valeur favorable à la santé de l'être humain, avec, par exemple, un effet sur son espérance de vie en bonne santé. Mais quelle est la qualité de vie en entreprise ? Si on privilégie une approche bien-être dans les entreprises – ce qui reviendrait à respecter nos propres lois –, si le bien-être y augmente, il deviendra moins difficile d'éviter les incapacités et d'accompagner des retours... Quand le travail n'est synonyme que de stress et de pressions, personne n'est demandeur pour y retourner. »

Pour le dire autrement, avant de devoir « réparer les vivants », il serait plus utile d'éviter de les abîmer. Par exemple en vérifiant si la loi sur le bien-être au travail devient bien une réalité dans toutes les entreprises, grandes ou petites (ou bien en l'imposant plus fermement).

Combien de compétences perdons-nous parce que notre société du travail ne donne pas de place à une personne qui a connu un « accident de vie » ?

Au royaume des aveugles...

« Va-t-on obliger les malades à tout accepter ? », interroge le syndicaliste Marc Goblet. La question est loin d'être théorique : aux Pays-Bas, des « job-coach », sous la responsabilité de l'employeur, ont deux ans pour remettre au travail ceux qui ont « décroché ». Et ce, dans n'importe quel travail disponible...

Chez nous, les interlocuteurs de terrain, médecins-conseils y compris, affirment que les personnes soumises à des traitements lourds ne feront évidemment pas l'objet de pressions inopportunes, qui d'ailleurs n'auraient aucun sens... Mais les autres ? Celles qui continuent à ne pas aller « bien » et qui, parfois, depuis longtemps déjà, se sont éloignées du marché de l'emploi ?

Du côté de l'ONEM et d'Actiris, tout comme à l'Inami, on sait que les personnes porteuses d'une incapacité (ou d'une invalidité) de travail forment un public « difficile », difficilement employable. Pourtant, contrairement à une situation qui a longtemps fait l'objet d'un consensus, pour les demandeurs d'emploi, le degré de limitation fonctionnelle ne peut plus être considéré comme une justification de l'absence de travail. En pratique, « la dispense d'activation pour les personnes atteintes d'un certain degré d'incapacité n'a plus cours, détaillent Emilie Cusnaire et Philippe Legros, conseillers psychologues au Service Guidance Recherche Active d'Emploi (GRAE) chez Actiris. Cette situation a d'ailleurs entraîné un afflux important à notre Consultation sociale... »

A l'Inami, rassure Jean Alves, « le parcours de réinsertion est et reste strictement volontaire : nous voulons démarrer des projets avec des personnes motivées, qui ont une chance d'aller jusqu'au

bout du parcours d'insertion ou de réorientation professionnelle⁵. Cette position offre d'ailleurs la meilleure chance de les voir réussir ce pari difficile. Actuellement, malgré cette précaution, nous comptons environ 30 % de cessation prématurée du parcours de réinsertion. Quand on est malade, qu'on l'a été longtemps et qu'on en garde des traces, il est difficile de se former à nouveau ou de se réorienter, parfois en recommençant tout de zéro. Mais, en cas de rechute, ou si la personne perd pied au cours de la formation, cela n'a pas de conséquence sur son indemnité. Rappelons-le : le but, c'est de sortir de l'invalidité permanente, et d'empêcher des milliers de personnes de rester confinées jusqu'à la pension. D'ailleurs, cette vision dépasse celle du seul cadre du travail salarié. En effet, suite à des parcours de réinsertion professionnelle, nous constatons aussi des insertions qui se traduisent par du bénévolat, et non par un emploi. Cela peut être un préalable à une reprise de travail complète ou partielle ».

*Les personnes en arrêt de travail prolongé
ou en invalidité risquent-elles un jour
d'être jugées coupables de ne pas travailler ?*



Chômeur, sors de ce corps !

Le gouvernement a imposé une mission aux organismes dédiés à la recherche d'emploi : remettre, et rapidement s'il vous plaît, tout le monde sur le chemin de l'emploi, y compris ceux et celles qui ont connu (ou connaissent encore) une incapacité de travail.

Seulement voilà, face à cette tâche – plus que difficile – tous les conseillers ONEM ou Actiris ne disposent du même «bagage» permettant de bien comprendre le public concerné et de s'adapter au mieux à ses problématiques spécifiques. De plus, actuellement, on manque encore de moyens pour accompagner ces très nombreuses personnes, malades ou invalides, qui vivent désormais sous la pression de devoir retrouver un emploi.

« La Consultation sociale est souvent débordée et, de notre côté, nous ne parvenons pas non plus à faire face à toutes les demandes, déplorent Emilie Crusnaire et Philippe Legros, conseillers psychologues au service GRAE – Service Guidance Recherche Active d'Emploi – d'Actiris. Actuellement, les ressources humaines destinées à accueillir les personnes qui nous sont envoyées par les organismes assureurs ne suffisent pas à accueillir et à suivre toutes les demandes dans des délais raisonnables. »

Or, pour tous ces demandeurs d'emploi, le temps presse. Tic tac, tic tac. Quand sonnera le gong final, ce sera la perte des droits. « Pour ces personnes, confrontées à tant de problèmes de vie, on se demande parfois s'il reste un espace dans la société, explique-t-on au sein du GRAE. Dans certains cas, le bénévolat permet de leur trouver une place, sinon un statut. Mais, souvent, elles le

disent elles-mêmes : 'Je ne suis nulle part. Je ne suis pas assez handicapée, mais je suis trop abimée pour trouver un emploi...'»

L'accompagnement de ce public « délicat » a-t-il été suffisamment prévu ?

*Faute de moyens, comment répondre aux attentes
et aux besoins des chômeurs en incapacité de travail ?*

Les habits neufs (?) des médecins-conseils et des médecins du travail

Dans les changements annoncés, beaucoup reposent sur les épaules des médecins-conseils... Le Dr Jean-Philippe Vaiser, médecin-conseil à Liège, ne se reconnaîtrait sûrement pas dans le rôle d'un « médecin-contrôle » : depuis des années, il considère que son objectif est de s'occuper de réinsertion, en valorisant les capacités restantes. Un peu comme un coach.

« Chez la personne, ce n'est pas l'incapacité que je vois, mais les possibilités de retour. Il s'agit de déterminer si elle peut redevenir apte dans son métier de référence, ou si une orientation professionnelle va être nécessaire, avec l'aide de divers intervenants, détaille-t-il. L'incapacité de travail mène à l'isolement social et à la pauvreté. Environ 50 % des personnes que nous rencontrons ne retrouverons pas le travail qui était le leur auparavant. Je pense à cette caissière, qui avait vécu un braquage ultra-violent. Il n'était plus possible pour elle de se retrouver dans de mêmes

conditions d'emploi. Comme pour d'autres, son parcours de réorientation (en ce qui la concerne, vers la cuisine d'une collectivité) a aussi été une chance thérapeutique, qui a suivi ou accompagné son traitement curatif. En effet, la réorientation professionnelle peut aussi permettre de renaître, même si elle passe par un processus souvent long, marquant, au cours duquel les personnes vont devoir modifier beaucoup de choses. »

Désormais, un arrêté royal impose aux médecins-conseils un contact avec le médecin du travail, avant la fin du 3^{ème} mois d'incapacité. Aux yeux du Dr Vaiser, il s'agit là d'une évidence, ou d'une nécessité, tout comme le fait de coordonner les efforts de tous et d'adopter un même langage, un même discours face à la personne. « Il s'agit d'un point déterminant dans l'accompagnement et dans la construction du meilleur projet possible pour la personne. Souvent, une vision systémique, globale, fait encore défaut, mais c'est ce vers quoi nous devons tendre. Et ce, dès le début de la prise en charge. »

De plus, comme le rappelle aussi le Dr Vaiser, il n'y a pas que la piste du travail salarié qui vaille la peine d'être suivie. Le bénévolat est également une arme dont il serait dommage de se priver. Parfois, il sert d'activation avant un retour au travail. Dans les autres cas, il permet au moins d'éviter le repli social. Cela dit, le volontariat ne risque-t-il aussi pas d'être une « voie de garage », particulièrement destinée aux plus de 55 ans ?

Selon le Dr Laaouej, médecin expert et médecin du travail, « actuellement, un grand nombre de médecin-conseils privilégient encore le contrôle, plutôt que la réhabilitation ou l'activation. Les médecins-conseils des assurances, les médecins-conseils des mutuelles sont pourtant en capacité de proposer des formations, des aménagements de poste de travail, des horaires de travail en

concertation avec le médecin du travail. Mais combien d'entre eux le suggèrent ? ». Pourquoi négligent-ils ces possibilités ? Pour des raisons de manque de temps ?

Comme le Dr Vaiser, le Dr Laaouej estime qu'il est grand temps de développer une meilleure interface entre des acteurs de terrain mobilisés autour de la réinsertion. « En réalité, rappelle-t-il, les lois prévoyaient déjà de tels contacts. En particulier, elles encouragent une concertation avec le médecin du travail – légalement chargé du bien-être au travail... –, afin d'envisager des adaptations de poste qui vont permettre un retour dans l'entreprise. Mais cette possibilité est souvent restée lettre morte. En effet, elle a un coût pour les entreprises. Dès lors, ces dernières refusent souvent de 'jouer le jeu'. Par exemple, elles ne donnent pas leur accord lorsqu'il est nécessaire de faire appel à des services externes afin de réaliser une évaluation du risque ou une étude de poste. Ou bien elles ne veulent pas financer des visites non prévues chez le médecin du travail. En fait, dans le système actuel, l'Inami porte largement le coût des dégâts commis sur les personnes... en entreprise. »

Pour faire évoluer les choses, le Dr Laaouej plaide donc pour une revalorisation de la concertation des différents acteurs... avec l'intervention financière des entreprises, puisque cela relève de leur responsabilité sociale. « Il y a, assure-t-il, beaucoup de gens de bonne volonté sur le terrain, et elles pourraient avoir des rôles très intéressants... pour autant qu'on leur donne le temps et les moyens d'agir. De plus, le développement d'un réel travail de réseau entre ces acteurs pourrait être vraiment porteur de changements. »

Le « coaching » des médecins-conseil risque-t-il d'être moins offensif à l'égard des plus de 55 ans, sous prétexte qu'il est plus « rentable » de remettre les plus jeunes à l'emploi et d'orienter les efforts (et les moyens) vers ce public-là ?

Au menu, carottes et bâtons ?

Des interlocuteurs convaincus, enthousiastes, prêts à remonter leurs manches pour permettre aux personnes en arrêt de longue durée de retrouver le chemin du travail, il y en a. Des travailleurs qui ne demandent qu'à être aidés pour y parvenir, aussi. Mais que peuvent-ils faire... s'il s'avère que l'entreprise traîne des pieds et ne montre qu'une volonté toute relative à garder et/ou à réinsérer les malades ou les ex-malades ?

« Une femme, qui avait été 'employée du mois' dans son entreprise, voulait continuer à travailler pendant sa chimio. C'était compter sans sa DRH, qui lui a lancé : 'Avec ta tête de cancéreuse, tu fiches le cafard à tous, rentre chez toi'. Après les traitements, lors de la reprise de l'employée, la même DRH lui a glissé : 'Si tu parlais volontairement, cela m'arrangerait' », raconte Magali Mertens de Wilmans.

En fait, de nombreux acteurs de réinsertion, tant médecins du travail que médecins-conseils, sont sceptiques quant au succès possible des « trajets de réintégration » (prévus par un arrêté royal publié à la fin de 2016), tant qu'il n'y aura pas d'incitants pour les entreprises. Et pour cause ! Accepter et faciliter le retour de ses anciens employés, ce n'est pas qu'une question de cœur. Ou de mentalité. Ou de philosophie. Ou de valeurs. Comme le rappelle Jean Alves, « en Belgique, l'absentéisme a un coût direct et indirect élevé pour les entreprises : en 2015, selon Securex, pas moins de 10 milliards d'euros. » Et la réintégration, elle aussi, a parfois (sinon souvent), un coût.

En novembre dernier, la ministre Maggie De Block a remis aux Vice-Premiers ministres une proposition consistant à faire payer aux entreprises 10 % du montant moyen de l'allocation

d'incapacité de travail. Karel Van Eetvelt, le patron de l'organisation patronale flamande Unizo, a immédiatement dénoncé ce projet. Si avoir un employé ou un salarié malade revient plus cher aux entreprises, seront-elles plus attentives à la prévention ? Ou plus motivées pour assurer le retour des ex-malades ? Perspective moins réjouissante : se débarrasseront-elles rapidement de tous ceux et toutes celles qui montrent des signes de faiblesses sur le plan de la santé ?

En tout cas, d'ores et déjà, on explique aux entrepreneurs qu'un nouveau monde du travail s'annonce, que celui du baby boom, c'est fini, que, bientôt, ils devront faire face à une pénurie possible d'employés qualifiés. On leur répète aussi que c'est toute l'image de leur entreprise, grande ou petite, qui peut se jouer en fonction de leur attitude... Reste à vérifier l'écho et l'impact de ces mises en garde. Reste aussi, peut-être, à prévoir pour l'entreprise un système d'incitations intéressantes pour qu'elle instaure de réelles politiques améliorant le vécu en entreprise et/ou facilitant le retour des salariés. Ou des sanctions, en cas inverse. Des carottes et des bâtons ?

*Quelle confiance avoir dans son entreprise
lorsqu'on constate que les collègues usés ou malades n'y ont plus leur place ?*

Allumez les feux, bousculez les logiciels...

« En 2015, détaille Jean Alves, 3.899 personnes ont bénéficié d'un programme de réintégration professionnelle proposé par l'Inami. L'année précédente, elles n'avaient été que 2.459. Et environ une trentaine, en 2005. En 2016, plus de 4.000 parcours auront été suivis. Les médecins-conseils, sensibilisés à cette problématique, ont participé à ce mouvement qui consiste à ne pas abandonner les gens, à réveiller la flamme qui dort en eux dès qu'elles en ont la capacité. Et donc, à répondre à leur attentes. »

Selon le Dr Jilali Laaouej, beaucoup de personnes sont capables de retrouver « autre chose »... « Ce qu'il faut leur proposer, dit-il, ce sont des soutiens, des espoirs et non des perspectives d'exclusion. Elles ont besoin, autour d'elles, d'une démarche positive, avec un accompagnement et une sécurité juridique, qui exclut une perte de revenus si elle ne parviennent pas à se réinsérer, ou pas dans les délais impartis. » A défaut, le « nouveau » système ne risque-t-il pas de pousser à bout les plus fragiles, de mener à une dégradation sur le plan social, et à plus de pauvreté encore pour certains? Pour éviter une telle perspective, le Pr Fusulier propose d'aller bien plus loin dans la « revisite » du sort des personnes en incapacité de travail et les plans les concernant. « Comme sociologue, dit-il, je ne peux m'empêcher de situer ce problème des maladies de longue durée (en tout cas une partie d'entre-elles) dans une problématique plus générale : celle de l'impasse de notre société salariale mono-active, qui ne conçoit l'intégration socio-économique que sous l'angle de l'emploi. Il faut changer de logiciel. A défaut, nous assisterons à toujours plus de mal-être, dont les certificats médicaux sont, si j'ose dire, un symptôme... »

En effet, « un problème fondamental est que les personnes, et les femmes, en particulier, sont multi-actives, avec une intensité variable au cours de leur vie. La gestion de cette multi-activité

est épuisante pour beaucoup, crée des insatisfactions, de la souffrance... Il faut donc réduire ces tensions. Comment ? En faisant évoluer notre société salariale mono-active vers une société salariale multi-active. Notre société doit reconnaître et rétribuer le temps consacré à des activités reconnues comme socialement utiles (productrices d'un bien commun et de bien-être). Ainsi, suivre la scolarité de ses enfants, assurer des soins à ses parents âgés, contribuer à un mouvement citoyen, suivre une formation continue... relèvent de ces activités, en même temps que de la catégorie 'travail' (travail parental, travail filial, travail civique, travail éducatif...). N'est-il pas absurde de reléguer ce travail dans le hors-travail ? L'Etat devrait placer la multi-activité au cœur du logiciel social : l'emploi resterait articulatoire en ouvrant des droits de tirages sociaux, un peu à la manière du crédit-temps, un dispositif très novateur. Il s'agit de donner du temps et de le rétribuer, même s'il est circonscrit et cadré, pour permettre à chacun et chacune d'articuler plus sereinement ses temps d'engagement tout au long de l'existence, sans casser le lien à l'emploi. Des dispositifs existent déjà aujourd'hui, mais ils manquent de cohérence. Un simple exemple, on octroie un 'congé parental' ou un 'congé éducation'. Or, le terme de 'congé' est inadéquat. Donner de la cohérence revient à renommer les choses dans une conception porteuse d'un vrai projet de société : une société salariale multi-active. Ne serait-ce pas, aussi, un moyen de réduire les coûts associés aux problèmes de santé, de redistribuer l'emploi et d'avancer vers une plus grande égalité de genre ? »

Et si, en s'intéressant aux travailleurs les plus fragiles, au final, c'était toute notre conception et notre vision du travail qui venaient à changer ? Allez hop, au boulot : sur ce thème, il y a de quoi bosser !

*Le parcours de retour vers l'emploi
pourrait-il être à l'origine de changements pour tous les travailleurs ?*

- 1 Centre de connaissance incapacité de travail (Inami). Bilan et perspectives. mardi 18 octobre 2016.
- 2 Voir les travaux du Pr Patrick Loisel (Centre de Recherche et de Formation en Prévention d'Incapacité, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada) et, en particulier, le modèle de Sherbrooke qu'il a développé.
- 3 Voir les travaux du Pr Patrick Loisel (Centre de Recherche et de Formation en Prévention d'Incapacité, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada).
- 4 Enquête européenne sur les conditions de travail.
- 5 Selon les cas, deux options sont envisageables : une réinsertion, avec une formation destinée à retrouver les clés indispensables à la pratique de son métier, ou bien une réorientation professionnelle vers un autre métier.



AUTOUR DE LA THÉMATIQUE DU TRAVAIL, d'autres brochures sont disponibles sur le site www.questionsante.be ou peuvent être demandées via education.permanente@questionsante.be

Parmi elles :

- « **Etre chômeur aujourd'hui, entre surveillance et punition** ». Cette brochure écrite en 2014 complète et poursuit le texte «**Etre chômeur, la belle vie ?**», paru en 2010
- « **L'équilibre vie privée, vie professionnelle : balade sur un fil** » (2012)
- « **Souffrance au travail** » (2010)

Par ailleurs, des brochures du SPF Emploi, parues en 2015 sur ce thème, seront utiles tant aux personnes concernées qu'aux entrepreneurs et/ou aux services de ressources humaines.

Elles sont disponibles sur le site :

<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=43305>

Leçon de calcul : Une maladie, un accident... Au 30 juin 2016, on comptait environ 381.000 personnes en invalidité de travail (plus d'un an d'absence). Et 441 000 en incapacité primaire (moins d'un an d'absence). Forcément, ces travailleurs «sur la touche» ont un coût. Rien que pour la sécurité sociale, il oscille autour des 7 milliards d'euros. Soit plus que le chômage...

Leçon de sciences : Depuis des années, les spécialistes mettent en garde : lorsqu'une personne reste éloignée de son travail pendant une longue durée, sa santé et ses problèmes de santé (y compris mentaux) risquent de s'accroître. De plus, quelques mois d'absences suffisent souvent pour faire s'effondrer les chances de retrouver un emploi.

Leçon de gymnastique (y compris mentale) : Pour les personnes en incapacité ou en invalidité de travail, le message est clair : il va falloir bouger. Et retrouver le chemin de l'emploi.

Leçon de morale (ou de philosophie) : Dissertation, à rendre dans les années à venir : «Entre dictature des chiffres et réelle volonté de ne pas exclure – et même de soutenir – les plus fragiles, notre vision de la place du travail dans la société peut-elle rester la même ?»

CETTE BROCHURE S'ADRESSE À TOUS LES PUBLICS.

Elle est téléchargeable sur le site www.questionsante.org/education-permanente

EDITION 2016