

Une quatrième vague de mesures pour offrir de nouvelles opportunités aux malades de longue durée

Tout le monde prend ses responsabilités pour suivre, accompagner et offrir de nouvelles chances aux personnes qui sont absentes du travail depuis longtemps.

Lors du conclave budgétaire, le gouvernement fédéral, sur la proposition de Frank Vandebroucke, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a décidé une quatrième vague de mesures pour renforcer la politique de Retour au travail dans notre pays. Le plan accorde de l'importance à la prévention, entre autres, avec l'extension de l'offre de soins psychologiques de première ligne et il mise sur un meilleur suivi bien meilleur et beaucoup plus régulier des personnes qui sont reconnues en incapacité de travail depuis longtemps.

Ces dernières années, une politique de Retour au travail cohérente a été mise en place progressivement en Belgique pour les personnes touchées par la maladie. Au cours de la précédente législature, le ministre Vandebroucke avait déjà pris des mesures pour offrir les meilleurs soins et le meilleur soutien possible aux personnes en maladie et les accompagner vers un emploi (à temps partiel) dès que possible. Avec deux vagues de mesures, Frank Vandebroucke est déjà allé plus loin que ce qui était prévu dans l'accord de gouvernement initial du gouvernement De Croo. Bien que ces mesures ne soient pas encore suffisamment étendues et fortes, nous constatons déjà l'effet des instruments qui ont été mis en chantier ces dernières années. Le fait qu'environ 100 000 personnes aient repris le travail (à temps partiel) et que de plus en plus de personnes passent à un emploi à temps plein montre qu'il n'y a aucune raison de se décourager, bien au contraire.

Au cours de l'été, le gouvernement a élaboré une troisième vague de mesures sur la base de l'accord de gouvernement Arizona, qui confère aux employeurs, aux travailleurs, aux mutualités et aux médecins des responsabilités supplémentaires et qui les oblige à collaborer de manière beaucoup plus systématique. Cette troisième vague s'est notamment traduite par des projets de loi qui entreront en vigueur à partir du 1er janvier 2026. Mais ce n'est pas tout. Lors du conclave budgétaire, le ministre Vandebroucke a présenté une quatrième vague de mesures destinées à modifier le système définitivement et en profondeur.

L'objectif est clair : d'ici 2030, notre pays doit disposer d'un système performant et agile pour évaluer l'incapacité de travail et le potentiel de travail, qui soit à la fois équitable et favorable à l'activation. Le nombre d'entrées en invalidités doit être inférieur au nombre de personnes qui en sortent :

- en évitant que les personnes entrent en invalidité de longue durée ou y restent inutilement longtemps,
- en encourageant ceux qui le peuvent à reprendre progressivement ou complètement le travail,
- et en garantissant que toutes les personnes qui en ont besoin pour des raisons médicales continuent à bénéficier d'une protection convenable.

À politique inchangée, une véritable explosion nous guette : nous compterions 682 061 personnes en incapacité de travail de longue durée en 2030. Avec les mesures de la quatrième vague, nous arrivons à 588 613, soit près de 100 000 de moins que ce qui est attendu actuellement.

La quatrième vague de la politique ReAT

La **quatrième vague** vise à faire de la politique ReAT un système intégré, avec trois priorités :

- **Prévenir** les entrées en invalidité par la prévention et à la détection précoce.
- **Renforcer** le suivi médical et la réévaluation annuelle.
- **Accélérer** la réintégration et responsabiliser tous les intéressés.

Grâce à ce train de mesures intégrées, nous faisons en sorte que chacun assume ses responsabilités pour suivre, accompagner et offrir de nouvelles opportunités sur le lieu de travail aux personnes qui sont absentes depuis longtemps. Chacun doit assumer pleinement ses responsabilités dans ce contexte. Il faut enfin cesser de pointer du doigt les personnes qui sont réellement malades.

Grandes lignes de la réforme

1. Pilier préventif

Mieux vaut prévenir que guérir. L'un des piliers de la politique de Retour au travail est donc simple : il s'agit de veiller à ce que les gens ne tombent pas malades en premier lieu. Il y a quelques années, **l'étude EPCAP (Evaluation of Primary Care Psychology)** a confirmé la valeur ajoutée des interventions psychologiques précoces (rendues possibles par la réforme SPPL du ministre Vandenberghe) pour les personnes qui travaillent.¹

C'est pourquoi nous augmentons le budget de la convention SPPL de 17,9 millions d'euros, afin de pouvoir réduire l'absentéisme et prévenir les absences maladie grâce à une intervention rapide. Nous voulons également renforcer la politique d'accompagnement proactif de nos SPPL afin de pouvoir mieux atteindre les personnes en incapacité de travail et les demandeurs d'emploi grâce à un soutien dans une approche d'outreaching sur les lieux d'accroche (tels que les Vlaamse werkwinkels), en étroite collaboration avec les services pour l'emploi (GTB et VDAB, le FOREM et ACTIRIS, par exemple).

Mais nous misons également sur d'autres actions préventives, en étroite collaboration avec notre collègue de l'Emploi, le ministre Clarinval. De cette manière, le contrôle préventif de la

¹ Six mois après le début d'un trajet moyen de six séances, une **baisse de l'absentéisme de 41 %** a été constatée – de cinq à deux jours par mois – ainsi qu'une amélioration significative du fonctionnement quotidien (EPCAP, p. 8). Sur la base de ces données, un **gain lié à la maladie d'environ 948 € par patient** a été calculé (p. 141), ce qui correspond à un **retour sur investissement de 1,8 euro**.

santé, c'est-à-dire les examens préventifs et récurrents qui sont obligatoires dans certains emplois, sera réformée- et améliorée, et nous renforcerons le rôle des médecins du travail et de leurs équipes multidisciplinaires. Les actions suivantes font également partie du paquet de la quatrième vague :

- Nous lançons un projet pilote et testons le complément de participation au marché du travail (ou CPMT, un nouvel instrument que nous avons préparé pendant la précédente législature) pour les personnes atteintes d'une maladie évolutive. Grâce à ce CPMT, un travailleur qui a des problèmes de santé peut travailler moins temporairement. De cette manière, nous évitons qu'il ne tombe complètement en absence maladie.
- En étroite collaboration avec les partenaires sociaux du CNT, nous introduisons un nouveau cycle de projets pilotes autour de la prévention. Le cadre réglementaire de ces projets sera adapté afin que les bonnes pratiques qui en découlent soient diffusées à grande échelle et rendues accessibles.
- Le burn-out est l'une des plus grandes épidémies de notre époque. Il touche tout le monde : les individus, les familles, les entreprises, l'ensemble de la société. C'est pourquoi nous lançons un plan burn-out afin de mobiliser toute l'expertise et toutes les forces de notre pays, au-delà des frontières linguistiques et autres.
- Depuis le 1er octobre 2022, les employeurs sont tenus d'élaborer une politique collective de réintégration, de l'évaluer régulièrement et de l'adapter si nécessaire. Les services d'inspection sociale veillent à une meilleure application de cette obligation inscrite dans le Code du bien-être au travail.
- Nous simplifions l'analyse de risques obligatoire liée au bien-être au travail en mettant l'accent sur l'accessibilité et une plus grande valeur ajoutée. À cette fin, nous continuons à miser sur l'utilisation de l'outil OIRA (online interactive risk assessment).
- Nous prévoyons l'introduction progressive du crédit familial en tant que droit de l'enfant, afin de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale et d'éviter de cette manière les absences maladies dues au stress/aux problèmes de conciliation. Et ce, dans un premier temps, en utilisant le budget pour introduire une semaine supplémentaire de congé de maternité/de naissance au choix, à prendre par l'un des deux partenaires, quel que soit son statut professionnel.

2. Le pilier axé sur le rétablissement

Les personnes qui tombent en incapacité de travail doivent bénéficier du meilleur soutien et des meilleurs soins possibles. Et lorsque c'est possible, nous devons leur offrir toutes les chances de reprendre le travail. Différents acteurs jouent un rôle dans ce processus : les médecins, les mutualités, les employeurs, mais aussi les personnes elles-mêmes. Avec cette 4e vague, nous voulons encore plus faire en sorte que chacun prenne ses responsabilités afin que les personnes qui sont en absence maladie aient toutes les chances de reprendre le travail lorsque c'est possible. Pour ce faire, il est nécessaire de mieux définir les rôles de ces acteurs. Ce que nous faisons en étroite concertation avec tous les intéressés, dans le cadre d'une *Table ronde sur le Retour au travail*, préparée et accompagnée par une série de forums de

discussion thématiques de haut niveau. La *Table ronde* se réunira plusieurs fois au cours de la législature afin de mettre tous les intéressés sur la même longueur d'onde.

A) Le médecin traitant

Lorsque les personnes sont en maladie, elles se rendent chez le médecin pour obtenir un certificat médical. C'est la première étape vers l'incapacité de travail, mais désormais aussi la première étape du processus de reprise du travail. Nous attendons en effet d'un médecin qu'il examine non seulement ce que les personnes ne peuvent plus faire (temporairement ou non), mais aussi ce qu'elles peuvent encore faire (à l'avenir ou non). Car nous ne devons pas oublier que le travail peut également faire partie du rétablissement. Le travail apporte une structure, crée des contacts sociaux et offre une sécurité financière.

Nous demandons aux médecins traitants de faire preuve de discernement dans la prescription d'incapacité de travail, de suivre régulièrement les patients atteints de maladies chroniques et d'intégrer le retour au travail dans le processus de traitement et de rétablissement. L'INAMI assurera également le suivi et l'évaluation de ces mesures à l'aide de directives établies par le biais du datamining.

Des mesures ont déjà été prises lors des vagues précédentes. Nous avons, par exemple, décidé dans le cadre de la 3^{ème} vague de limiter la durée de prescription à 3 mois au cours de la première année de maladie. Dans cette quatrième vague, nous limitons la durée de la première attestation à 3 semaines et nous demandons à chaque médecin traitant de voir au moins une fois par an en consultation un patient en incapacité de travail de longue durée (c'est-à-dire absent depuis plus d'un an). De cette manière, toutes les personnes qui restent à la maison pour maladie bénéficient d'un suivi adéquat. Lors de cet entretien, le médecin peut évaluer comment le patient se sent et déterminer s'il est capable ou non de reprendre le travail (à temps partiel). Le médecin établira également chaque année un nouveau certificat d'incapacité de travail électronique (eCIT) contenant le diagnostic, la durée attendue et, en règle générale s'il ne manque pas les informations nécessaires, les possibilités éventuelles de travail adapté. Il y aura donc un renouvellement annuel obligatoire de la demande de reconnaissance de l'incapacité de travail (de longue durée). Les personnes qui ne font pas cette demande perdent leur indemnité, sauf dans le cas de certaines pathologies qui sont incontestablement de très longue durée ou très graves ; ce principe strict doit évidemment être appliqué de manière réaliste et humaine. Sans suivi régulier, il n'est pas possible d'apporter un soutien cohérent, de rechercher et de *continuer à rechercher* des opportunités d'emploi.

La continuité dans le suivi est également une condition indispensable à un suivi de qualité. C'est pourquoi seuls les médecins généralistes ayant une relation DMG ou les spécialistes pourront prescrire l'incapacité de travail d'un patient, sauf en cas de force majeure. Il va sans dire que seuls les médecins disposant d'un numéro INAMI à part entière pourront prescrire une incapacité de travail (pas les médecins 00).

Dans la plupart des cas, l'entretien annuel avec le médecin traitant n'impliquera pas de consultation supplémentaire. Nous constatons qu'une grande majorité (entre 90 et 95 %) des patients chroniques consultent leur médecin traitant au moins une fois par an. La réforme exige surtout une attention particulière lors de cette consultation : il faut également discuter d'un éventuel retour au travail. De plus, pour certaines maladies, nous définissons mieux quelles informations médicales pertinentes doivent être fournies. Dans le cas d'un problème de santé mentale, il s'agit par exemple d'un rapport d'un psychologue clinicien ou d'un psychiatre ; dans le cas de problèmes de dos, par exemple, il peut s'agir d'un kinésithérapeute.

Enfin, en collaboration avec les universités, un programme d'évaluation de l'incapacité de travail et du potentiel de travail est élaboré. Il sera intégré dans les masters pertinents (certainement les formations de médecine, mais aussi, par exemple, la kinésithérapie et la psychologie clinique). Ce programme pourra également être suivi en tant que module supplémentaire par les praticiens des professions de santé concernées (tels que les médecins qui n'ont pas encore suivi ce module dans le cadre de leur formation, les bacheliers professionnels en ergothérapie, en art infirmier, etc.).

B) La mutualité

Un nouveau concept d'incapacité de travail

La priorité absolue est encore et toujours le rétablissement du travailleur. Nous ne nous attendons pas à ce qu'une personne reprenne le travail (à temps plein ou même à temps partiel) si cette reprise nuit à son rétablissement. Pour ces personnes, l'assurance maladie reste une protection adéquate contre la perte de revenus.

Lorsqu'une allocation est octroyée, on vérifie le montant des revenus perdus par la personne en raison de sa maladie ou de son handicap (on calcule sa « capacité de gain »). Après six mois, cette évaluation ne se base plus uniquement sur l'emploi initial : d'autres emplois comparables et les formations supplémentaires éventuelles sont également pris en compte.

La question est de savoir si nous ne devons pas aller plus loin dans ce cadre. Ne devrions-nous pas, à un certain moment, examiner l'ensemble du marché du travail et vérifier ce qu'une personne est encore capable de faire ?

Cela ne signifie pas que nous devons attendre aussi longtemps pour offrir un accompagnement. Pour le soutien et l'accompagnement vers l'emploi, nous pouvons toutefois élargir beaucoup plus rapidement notre champ de vision au-delà de l'ancien emploi et examiner dès le début quels autres emplois ou secteurs sont envisageables.

Nous ne voulons pas prendre cette décision à la légère. C'est pourquoi nous demandons à l'INAMI d'étudier la question de manière approfondie et d'élaborer une proposition concrète au plus tard en 2028.

Une réforme de l'évaluation de l'incapacité de travail de longue durée

Si les personnes en incapacité de travail de longue durée doivent fournir chaque année un nouveau certificat à leur mutualité, cela a évidemment un impact sur le fonctionnement de ces organisations. Elles devront s'organiser en conséquence, notamment en utilisant davantage de moyens informatiques, mais aussi en évaluant comment elles peuvent mobiliser le plus efficacement possible leurs collaborateurs spécialisés dans les nouveaux processus. Là aussi, nous devons oser mettre en œuvre les réformes nécessaires. Concrètement :

- Nous demandons aux mutualités de faire prendre les décisions là où elles peuvent être prises et, par exemple, d'élargir les mandats des membres de l'équipe multidisciplinaire du médecin-conseil.
- Les informations médicales disponibles doivent pouvoir être partagées afin que les patients ne soient pas renvoyés indéfiniment d'un service à l'autre avec leurs rapports médicaux. Mais cela doit se faire dans le respect des règles en matière de protection et de sécurité des données.
- Le service des indemnités de l'INAMI évolue vers une organisation chargée du suivi de la qualité des mutualités. Au moyen d'audits et de contrôles ciblés, il évalue si les OA fournissent un travail de qualité. Les OA qui ne répondent pas aux normes de qualité en verront les conséquences sur leur financement. En matière de soins et d'accompagnement, seule la meilleure qualité est acceptable.

Mais pour pouvoir exiger la qualité, il faut aussi investir. C'est pourquoi nous veillons à renforcer la capacité de suivi et d'accompagnement auprès des OA. Cet investissement sera largement rentabilisé.

Miser sur des groupes cibles prioritaires

Au sein du groupe des malades de longue durée, nous constatons une croissance plus rapide, par exemple, chez les jeunes, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les patients atteints de troubles musculosquelettiques, les travailleurs de certains secteurs, etc. Il va sans dire que la priorité sera accordée à ces groupes dans le cadre du suivi, en plus des personnes qui obtiennent une reconnaissance jusqu'à la retraite. L'INAMI déterminera quels groupes devront être invités en priorité par les mutualités à une évaluation du potentiel de travail. Nous partons du principe que les mutualités vont réexaminer les dossiers de 218 000 personnes au cours des prochaines années (jusqu'en 2029). Nous prévoyons dans ce groupe une augmentation moyenne de 17 % du nombre de personnes sortant de l'incapacité de travail. L'objectif principal est toutefois de remettre en évidence le potentiel des personnes concernées afin de mieux les aider.

C) Le salarié/l'indépendant/le citoyen

La troisième vague a considérablement élargi les sanctions pour les assurés ayant un potentiel de travail. Mais la quatrième vague prévoit également de nouvelles mesures. Grâce à une orientation plus rapide vers le marché du travail au sens large pendant l'incapacité primaire

et à un renouvellement annuel de la reconnaissance en cas d'incapacité de longue durée, le travailleur/citoyen est fortement responsabilisé. Nous tenons toutefois à être très clairs sur ce point : les personnes souffrant de maladies très graves sont exemptées de contrôles supplémentaires.

En outre, nous éliminons les pièges de transition dans les entreprises de travail adapté, les ateliers protégés ou d'autres entreprises de l'économie sociale, en alignant les règles de cumul sur celles des entreprises classiques.

D) Prestataires de services

Nous faisons une distinction entre, d'une part, les services régionaux pour l'emploi et, d'autre part, les prestataires de services dans le cadre du fonds ReAT. Pour les services régionaux pour l'emploi, nous prévoyons un financement davantage axé sur les résultats dans les accords conclus. Pour les prestataires de services agréés du fonds ReAT, il est surtout important qu'ils offrent un accompagnement de qualité et qu'ils répondent à un certain nombre d'attentes en matière de résultats.

E) Les employeurs

Les employeurs doivent également prendre leurs responsabilités dans ce processus. Afin d'inciter les employeurs à mettre en œuvre plus rapidement et plus largement le travail adapté, nous prévoyons cinq mesures :

- Une extension de la contribution de solidarité introduite par la loi ReAT pour les 2^e et 3^e mois, mais aussi les 4^e et 5^e mois de l'incapacité de travail. Il s'agit du remboursement par l'employeur de 30 % de l'allocation versée par la mutualité, ce qui correspond à 18 % du salaire brut mensuel. La contribution de solidarité ne s'applique qu'aux entreprises de plus de 50 salariés et uniquement aux salariés de 18 à 54 ans. De plus, la cotisation de solidarité n'est plus due si le travailleur reprend partiellement le travail, même s'il s'agit d'une autre entreprise. Et ces revenus reviennent également dans leur intégralité aux entreprises, dans ce cas via une réduction générale des charges. Ce que nous percevons auprès des employeurs, nous le rendons aux employeurs.
- Mais nous allons plus loin : nous investissons des moyens supplémentaires en augmentant la prime de reprise du travail accordée aux employeurs qui, par le biais d'une reprise partielle du travail d'une durée minimale de 3 mois, offrent une chance de retour au travail à une personne qui est reconnue en incapacité au travail. Car les employeurs qui fournissent des efforts doivent être récompensés.
- Alors que les parcours auprès des accompagnateurs publics croissent, l'initiative que nous avons prise d'impliquer des accompagnateurs privés via le fonds ReAT n'est pas couronnée de succès. Nous optimisons le fonds ReAT en indexant le montant du chèque pour le paiement du prestataire de services. En outre, il faut examiner comment la procédure de demande d'un chèque peut être simplifiée. Nous

interrogerons les prestataires de services agréés sur la manière dont le secteur lui-même peut se mobiliser davantage.

- Enfin, nous investissons davantage dans la mobilité sectorielle. La mobilité sectorielle constitue une voie intermédiaire entre la réintégration au sein de l'entreprise d'origine et la réactivation sur le marché du travail. Elle s'adresse aux travailleurs qui, après une longue absence pour cause d'incapacité de travail, ne peuvent plus exercer leur fonction initiale, mais disposent de compétences transférables au sein de la même branche d'activité.² Qu'ils soient en incapacité de travail médicale, qu'ils souhaitent changer de profession ou qu'ils ne soient tout simplement plus à leur place dans leur ancienne fonction, ces travailleurs peuvent encore apporter une contribution précieuse à une autre entreprise du même secteur. Nous lançons un projet pilote, que nous finançons avec les fonds restants de l'actuelle cotisation de responsabilisation. Ces fonds seront transférés plus rapidement au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Le SPF ETCS gèrera également le projet.

Avec cet ensemble de mesures, nous misons encore plus fortement sur un accompagnement de qualité et un meilleur suivi, et nous mobilisons tous les acteurs politiques afin de créer des opportunités supplémentaires. Seule une politique qui mise là-dessus est durable et peut limiter l'augmentation du nombre de malades de longue durée. Malheureusement, nous ne maîtrisons pas tous ces facteurs et il y aura toujours une augmentation naturelle due, par exemple, au relèvement de l'âge de la pension, à la suppression de la pension médicale et à l'intégration des fonctionnaires en maladie de longue durée dans le système AMI, ou encore au durcissement des règles du système de chômage. Mais cette augmentation sera en tout cas fortement réduite. C'est notre objectif.

² Exemple : un ouvrier de la construction qui, pour des raisons physiques, ne peut plus exercer son métier, mais qui peut travailler chez un autre employeur en tant que préparateur de travaux. Il a déjà exercé ce métier et sait donc parfaitement ce qui doit être mis en place pour pouvoir exécuter le travail.