

**SÉNAT DE BELGIQUE**

Session 2013-2014

18 février 2014

**Question écrite n° 5-11138****de Bert Anciaux (sp.a)****à la ministre de l'Emploi***le faible niveau d'emploi des personnes souffrant de maladies de longue durée*18/2/2014 Verzending vraag  
21/3/2014 Antwoord

Herkwalificatie van : vraag om uitleg 5-4677

**Question n° 5-11138 du 18 février 2014 : (Question posée en néerlandais)**

Une étude néerlandaise menée au niveau international révèle que, dans notre pays, moins de la moitié des personnes souffrant d'une affection de longue durée, comme un handicap ou une maladie chronique, ont un emploi. La Belgique détient ainsi un triste record, surtout en comparaison avec les pays pauvres de l'UE où ce pourcentage est de 70 %.

Le rapport compare les Pays-Bas à la Belgique et arrive aux conclusions suivantes :

- les Pays-Bas allient l'octroi d'allocations généreuses avec des efforts soutenus de réinsertion sur le marché de l'emploi ;
- la Belgique est qualifiée de « corporatiste » : elle s'intéresse relativement peu à la réinsertion des travailleurs qui perçoivent des allocations depuis longtemps, si bien que le nombre d'allocataires est élevé et le montant des allocations relativement faible.

Cette analyse est extrêmement négative, surtout si l'on tient compte de la volonté actuelle d'« activer » en permanence et de manière explicite le plus grand nombre de personnes possible et de lutter systématiquement contre l'octroi d'allocations en tout genre, non seulement pour réduire le nombre de bénéficiaires mais aussi pour fixer le montant des allocations à un niveau plus judicieux.

Comment la ministre évalue-t-elle et interprète-t-elle les conclusions de l'étude néerlandaise qui indiquent que notre pays investit à peine dans la réinsertion des travailleurs percevant une allocation depuis longtemps et compte dès lors un grand nombre de ces personnes, tout en octroyant des allocations relativement modestes ? Peut-elle adhérer à ces conclusions ? Si oui, de quels instruments l'État ou les

**BELGISCHE SENAAT**

Zitting 2013-2014

18 februari 2014

**Schriftelijke vraag nr. 5-11138****van Bert Anciaux (sp.a)****aan de minister van Werk***het lage niveau van de tewerkstelling van mensen met een langdurige aandoening*18/2/2014 Verzending vraag  
21/3/2014 Antwoord

Herkwalificatie van : vraag om uitleg 5-4677

**Vraag nr. 5-11138 d.d. 18 februari 2014 : (Vraag gesteld in het Nederlands)**

Een Nederlandse internationaal uitgevoerde studie geeft aan dat in ons land minder dan de helft van mensen met een langdurige aandoening, zoals een handicap of een chronische ziekte, aan het werk is. Daarmee stelt België een diepterecord, zeker in verhouding tot de armere EU-landen, waar dit percentage oploopt tot 70%.

Het rapport vergelijkt Nederland met België en komt daarbij tot de volgende vaststellingen:

- Nederland koppelt genereuze uitkeringen aan een hoge inzet op re-integratie op de arbeidsmarkt;
- België wordt als "corporatistisch" bestempeld: relatief weinig aandacht besteden aan het re-integreren van werknemers met langdurige uitkering, met als gevolg veel uitkeringstrekkers en dus ook relatief lage uitkeringen.

De analyse klinkt uiterst negatief, zeker in de vigerende visie van permanente en expliciete activering van zoveel mogelijk mensen en het systematisch aanpakken van uitkeringen allerlei, niet alleen om het aantal begunstigden terug te schroeven, maar ook om de omvang van uitkeringen meer relevant te maken.

Hoe evalueert en duidt de minister de conclusies van dit Nederlandse onderzoek, waaruit blijkt dat ons land nauwelijks inzet op de re-integratie van werknemers met een langdurige uitkering en juist daarom grote aantallen van dergelijke mensen telt en daaraan gekoppeld ook relatief lage uitkeringen verstrekt? Kan de minister die conclusies beamen? Zo ja, over welke instrumenten beschikt onze overheid of beschikken onze overheden om een meer adequaat beleid te voeren, waardoor niet alleen het aantal

autorités publiques belges disposent-ils pour mener une politique plus adéquate de manière à accroître le nombre de travailleurs souffrant d'une maladie de longue durée qui réintègre le marché de l'emploi et à permettre ainsi de lever le montant des allocations ? La ministre a-t-elle des projets concrets dans ce domaine ?

#### Réponse reçue le 21 mars 2014 :

Votre question concerne une matière dont la compétence est partagée en de nombreux points avec mes collègues en charge des Affaires sociales et de la Santé publique et des risques professionnels.

Une première question est: la maladie de longue durée pouvait-elle être évitée? Une prévention précoce au travail aurait-elle pu l'empêcher dans certains cas?

Une seconde question est: dans quelle mesure les personnes qui veulent travailler malgré une maladie de longue durée, rencontrent-elles des difficultés? Et comment peut-on rencontrer leur demande de maintien dans l'emploi ou d'insertion sur le marché du travail ?

Nous devons avant tout agir sur la prévention des maladies. Les pathologies qui occasionnent le plus d'invalidités sont les maladies psychiques et les troubles musculo-squelettiques. Dans les deux cas, le travail peut en être une des causes. C'est pourquoi j'ai pris quelques mesures qui doivent améliorer la prévention, la prise en charge précoce et la rémédiation.

Une nouvelle législation relative aux risques psychosociaux au travail est sur le point de paraître. Elle impose de dresser l'inventaire des risques psychosociaux et d'y remédier en travaillant sur l'organisation du travail, les conditions de travail, les tâches et les relations interpersonnelles. Le stress et le burn-out font désormais clairement l'objet d'une politique de prévention dans les entreprises.

La personne qui a des problèmes de santé au travail pourra en outre, s'adresser directement au médecin du travail, même sans intervention de l'employeur. Cela sera possible via un renforcement du système de consultations spontanées.

Enfin, des réformes très approfondies sont menées pour inciter les Services externes de prévention et de protection au travail (auxquels font appel quelques 210 000 entrepreneurs) à consacrer plus d'attention dans toutes les entreprises – grandes et petites – à la prévention des risques professionnels.

Pour des personnes qui sont inaptes au travail, il faut qu'à l'avenir, chaque travailleur puisse également consulter le médecin du travail, même pendant une absence pour maladie (donc pendant la suspension du contrat de travail), éventuellement sans intervention de l'employeur et sans frais supplémentaire pour l'employeur. Ces consultations de pré-reprise peuvent être suivies de propositions d'adaptations du travail.

Je travaille également à un système de mise en contact fluide, direct et électronique entre le médecin généraliste (ou autre médecin traitant), le médecin du travail et le médecin conseil de la mutualité. Et ce, à la condition d'avoir l'accord du patient. Pour ce faire, nous avons besoin d'un système qui permette aux médecins d'identifier directement et de contacter les autres médecins concernés. La collaboration d'administrations qui sont de la compétence d'autres ministres, est nécessaire à cet effet.

Pour de nombreuses personnes, la reprise n'est pas possible, il n'y a aucun doute là-dessus. Mais il y a également de

werknemers met een langdurige aandoening dat zich in de arbeidsmarkt re-integreert zou stijgen, maar waardoor ook de uitkeringen zouden kunnen worden verhoogd? Heeft de minister hieromtrent concrete plannen?

#### Antwoord ontvangen op 21 maart 2014 :

Uw vraag betreft een materie waarvan de bevoegdheid op vele punten gedeeld is met mijn collega's bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid en beroepsrisico's.

Een eerste vraag is of kon voorkomen worden dat mensen langdurig ziek worden? Had tijdig ingrijpen op het werk dat in sommige gevallen kunnen vermijden?

En een tweede vraag is: in hoeverre ondervinden mensen die ondanks een langdurige ziekte willen werken daarbij moeilijkheden? En hoe kan men aan hun vraag naar behoud van een job of inschakeling in de arbeidsmarkt tegemoetkomen.

We moeten vooreerst voorkomen dat de mensen ziek worden. De ziekten die uiteindelijk het meest aanleiding geven tot invaliditeitsregeling zijn psychische aandoeningen en musculoskeletale aandoeningen. Beide kunnen mede veroorzaakt zijn door het werk. Ik heb hiervoor een aantal maatregelen genomen die tot een betere preventie en tijdige opvang en remediëring aanleiding moeten geven.

Een nieuwe wetgeving inzake psychosociale risico's op het werk staat op het punt te verschijnen. Ze verplicht om psychosociale risico's te inventariseren en te remediëren door in te werken op de arbeidsorganisatie, de arbeidsomstandigheden, de arbeidstaken en de interpersoonlijke relaties. Stress en burnout worden voortaan ook duidelijk het voorwerp van een preventiebeleid in de ondernemingen.

Wie gezondheidsproblemen heeft op het werk zal zich bovendien rechtstreeks tot de arbeidsgeneesheer kunnen wenden, zelfs zonder tussenkomst van de werkgever. Dit zal mogelijk zijn via een versterkt systeem van spontane raadplegingen.

Er worden tenslotte zeer verregaande hervormingen doorgevoerd die de Externe diensten voor preventie en bescherming op het werk (waarop zowat 210 000 ondernemers een beroep doen), aanzetten om in alle ondernemingen -groot en klein- meer aandacht te besteden aan de preventie van beroepsrisico's.

Voor hen die al arbeidsongeschikt zijn geldt dat in de toekomst elke werknemer zelfs tijdens afwezigheid wegens ziekte (dus tijdens de schorsing van de arbeidsovereenkomst) de arbeidsgeneesheer zal kunnen raadplegen, desgewenst zonder tussenkomst van de werkgever en zonder bijkomende kost voor de werkgever. Deze raadplegingen kunnen gevolgd worden door voorstellen voor aanpassingen aan de arbeid.

Ik ijver ook voor een systeem van vlotte en directe elektronische contactname tussen de huisarts (of andere behandelende arts), de arbeidsgeneesheer, en de adviserend geneesheer van de mutualiteit, mits het akkoord van de patiënt. Daarvoor hebben we een systeem nodig dat de artsen toelaat om de andere betrokken artsen direct te identificeren en te contacteren. Daarvoor is de medewerking nodig van administraties die ressorteren onder de bevoegdheid van andere ministers.

nombreuses personnes qui auraient pu et certainement voulu reprendre si on avait réagi plus rapidement.

Ensuite, il s'agit aussi de la réinsertion de personnes longuement malades. Je pense ici aux personnes qui sont traitées pour un cancer ou qui ont subi une transplantation, aux personnes qui souffrent de maladies chroniques incurables telles que la sclérose en plaque, le psoriasis avec douleurs articulaires, les affections rhumatoïdes graves avec désordre immunitaire, la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn.

Toutes ces affections peuvent amener régulièrement des épisodes d'incapacité au travail.

J'ai réuni des représentants d'un grand nombre d'associations de patients qui travaillent, bien que victimes d'une de ces affections. Lors d'une audition tenue le 18 décembre 2013, ils ont formulé des propositions sur la façon dont ils pensent avoir le plus de chances de conserver leur travail ou de trouver un emploi.

Ils ont affirmé unanimement qu'un grand obstacle – surtout pour les employeurs de PME – est le salaire garanti. Si quelqu'un, après un épisode de maladie souffre à nouveau de la même affection dans les deux semaines, il ou elle retombe directement à charge de la mutuelle. Dans ce cas, l'employeur n'est pas tenu à nouveau au salaire garanti. Si plus de deux semaines s'écoulent, l'employeur doit à nouveau payer le salaire garanti. Cela n'est pas tenable pour de nombreux employeurs.

Mon collègue, le secrétaire d'État Philippe Courard a élaboré un système, que je soutiens totalement, pour rencontrer les besoins l'employeur et donc aussi du patient. En gros, ce système revient à ce que ces personnes, sous certaines conditions, seront considérées comme des personnes qui travaillent à temps partiel avec autorisation du médecin conseil de la mutuelle. Ils peuvent, pour chaque période de traitement ou rechute, retomber immédiatement à charge de l'assurance maladie sans qu'à aucun moment le salaire garanti ne soit dû, même si un patient travaille pendant une période continue de plus de deux semaines avant de rechuter. Il ne s'agit donc pas d'un temps partiel du type travailler quatre jours sur cinq, mais par exemple du type travailler quatre semaines sur cinq.

Une telle réglementation requiert une adaptation de la loi sur les contrats de travail (qui régit le salaire garanti) et de la loi relative à l'assurance obligatoire pour les soins médicaux et les allocations. À la demande de mes collègues et de moi-même, des juristes des deux administrations concernées ont élaboré un avant-projet de loi qui doit adapter simultanément les deux législations. Les nouvelles dispositions de la loi sur les contrats de travail renvoient aux nouvelles dispositions de la loi relative à l'assurance obligatoire pour les soins médicaux et les allocations. La sécurité juridique pour toutes les personnes concernées est assurée par ce projet.

Il est cependant impossible d'encore réaliser ce projet pendant cette législature.

Si nous prenons l'ensemble de ces initiatives, parmi lesquelles la possibilité pour les médecins concernés de se concerter simplement et directement via un système électronique protégé, le souci d'un accès plus facile et direct au médecin du travail et une réglementation en matière de salaire garanti plus flexible, cela doit mener à une amélioration considérable du droit pour ces personnes à rester travailleur ou à devenir travailleur.

Voor heel wat mensen is hervatting niet mogelijk, daar bestaat geen twijfel over. Maar er zijn ook heel wat mensen die wel hadden kunnen en zeker willen hervatten indien men sneller op de bal had gespeeld.

Dan hebben we het ook over de herinschakeling van langdurig zieken. Ik denk daarbij aan mensen die voor kanker worden behandeld of een transplantatie hebben ondergaan, aan mensen die lijden aan ongeneeslijke chronische aandoeningen zoals multiple sclerose, psoriasis met gewrichtsklachten, ernstige rheumatoïde aandoeningen met immuunstoornis, colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn.

Het zijn allemaal aandoeningen die regelmatig tot episodes van werkonbekwaamheid kunnen leiden.

Vertegenwoordigers van een groot aantal patiëntenverenigingen die met deze opgesomde aandoeningen begaan zijn werden door mij samengebracht. Dat was op een hoorzitting op 18 december laatstleden. Zij hebben voorstellen gedaan over hoe zij denken meer kanssen krijgen om hun job te behouden of om een job te vinden.

Zij stelden unaniem dat een groot obstakel –vooral bij kleinere werkgevers- het gewaarborgd loon is. Indien iemand na een ziekte-episode voor eenzelfde aandoening hervalt binnen twee weken, dan komt hij of zij direct op de ziekenkas. De werkgever is in dat geval niet opnieuw het gewaarborgd loon verschuldigd. Indien weken, moet de werkgever telkens opnieuw het gewaarborgd loon betalen. Voor veel werkgevers is dat dus niet houdbaar.

Mijn collega, de Staatssecretaris Philippe Courard heeft een systeem uitgewerkt, met mijn volle steun, om de werkgever en dus ook de patiënt hierin tegemoet te komen. Dat systeem komt ruwweg hierop neer dat deze mensen onder bepaalde voorwaarden zullen beschouwd worden als mensen die deeltijds werken met toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. En deze kunnen dan bij elke behandelingsperiode of herval onmiddellijk op de ziekteverzekering terugvallen zodat er op geen enkel ogenblik gewaarborgd loon verschuldigd is, ook al werkt een patiënt tijdens een aaneensluitende periode van meer dan twee weken vooraleer opnieuw uit te vallen. Dat is dus geen deeltijds zoals 4 dagen op vijf werken, maar bijvoorbeeld vier weken op vijf.

Een dergelijke regeling vergt een aanpassing van de arbeidsovereenkomstenwet (die het gewaarborgd loon regelt) en van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Juristen van de beide betrokken administraties hebben op vraag van mijn collega's en mijzelf een voorontwerp van wet uitgewerkt dat de beide wetgevingen simultaan moet aanpassen. In de ontworpen bepalingen van de arbeidsovereenkomstenwet wordt verwezen worden naar de nieuwe ontworpen bepalingen in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Door dit ontwerp kan rechtszekerheid voor alle betrokkenen verzekerd worden.

Het is, nochtans onmogelijk om dit ontwerp nog tijdens deze legislatuur te realiseren.

Wanneer we het hele plaatje van initiatieven nemen, waaronder de mogelijkheid voor de betrokken artsen om eenvoudig en rechtstreeks te overleggen in een beveiligd elektronisch systeem, het zorgen voor een vlottere en directe toegang tot de arbeidsgeneesheer en een soepelere regeling inzake het gewaarborgd loon, dan moet dit tot een aanzienlijke verbetering leiden van het recht voor deze mensen om werknemer te blijven of om werknemer te worden.