

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION 2019-2020

9 DÉCEMBRE 2019

**Proposition de résolution visant à optimiser
la prévention du stress et du *burn-out* sur
les lieux de travail**

(Déposée par Mme Latifa Gahouchi et consorts)

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2019-2020

9 DECEMBER 2019

**Voorstel van resolutie teneinde de preventie
van stress en *burn-outs* op de werkplaats
te optimaliseren**

(Ingediend door mevrouw Latifa Gahouchi c.s.)

DÉVELOPPEMENTS

I. LE CONTEXTE

Selon les chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), il apparaît qu'au 31 décembre 2018 pas moins de 91 438 salariés étaient en incapacité de travail depuis au moins un an pour cause de «dépression» ou de «*burn-out*» (syndrome d'épuisement professionnel). Cela représente 62 % de l'ensemble des effectifs en incapacité pour «troubles mentaux» et 23 % de l'ensemble des invalides. Pour les indépendants, les chiffres font état de 3 992 travailleurs, soit 66 % du groupe «troubles mentaux» et 15 % de l'ensemble des invalides.

Par rapport au 31 décembre 2014, l'invalidité pour «dépression» ou «*burn-out*» a progressé de 35 % dans le régime des salariés et de 33 % dans le régime des indépendants.

Si on isole la catégorie «*burn-out*» de celle de la «dépression», on constate que le nombre de titulaires invalides est moindre dans le cas du «*burn-out*». Il ne s'agit cependant que d'une estimation très approximative. Pourquoi? Les chiffres sont partiels dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer clairement «dépression» et «*burn-out*». Les estimations de l'absence de longue durée en raison d'une dépression ou d'un *burn-out* sont basées sur un certain nombre de codes de pathologie (codification ICD10 depuis 2017) qui reflètent la vision que les praticiens ont de ces maladies. Il n'est pas non plus exclu qu'au sein des autres troubles mentaux se cachent de réelles situations de *burn-out* mais qui n'ont pas été diagnostiquées comme telles en raison de troubles de la personnalité (fondés ou non).

Par ailleurs, l'INAMI ne dispose d'aucun chiffre sur la pathologie des titulaires dont la durée d'incapacité ne dépasse pas un an (période d'incapacité primaire). Or, les cas de dépression et de *burn-out* ont souvent une durée inférieure à un an. Enfin, les fonctionnaires statutaires ne sont pas affiliés à l'assurance incapacité. Ils ne sont donc pas repris dans les chiffres.

II. LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES ET LA PROBLÉMATIQUE DU *BURN-OUT*

La Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une classification médicale codifiée qui ne se contente pas de classer les maladies mais qui comporte aussi un très grand nombre d'informations sanitaires: symptômes,

TOELICHTING

I. DE CONTEXT

Volgens de cijfers van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) waren er op 31 december 2018 niet minder dan 91 438 werknemers al minstens één jaar lang arbeidsongeschikt wegens «depressie» of «*burn-out*» (uitputtingssyndroom op het werk). Dat komt neer op 62 % van de gevallen van arbeidsongeschiktheid wegens «geestesstoornissen» en 23 % van alle invaliden. Bij de zelfstandigen gaat het om 3 992 personen, of 66 % van de groep «geestesstoornissen» en 15 % van alle invaliden.

Ten opzichte van 31 december 2014 is de arbeidsinvaliditeit voor «depressie» of «*burn-out*» gestegen met 35 % bij de loontrekkenden en met 33 % bij de zelfstandigen.

Als men de categorie «*burn-out*» isoleert van die van «depressie», stelt men vast dat het aantal invaliden kleiner is in het geval van de *burn-outs*. Deze cijfers zijn echter slechts een heel ruwe schatting. Waarom? De cijfers zijn onvolledig omdat er geen duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen een depressie en een *burn-out*. De ramingen voor langdurige afwezigheden wegens depressie of *burn-out* zijn gebaseerd op een aantal pathologische codes (ICD10-codes sinds 2017) die de inschatting van deze ziekten door artsen weerspiegelen. Het is ook niet uitgesloten dat er bij andere mentale stoornissen sprake is van echte *burn-outs*, maar dat zij niet als dusdanig werden gediagnosticeerd wegens (al dan niet terechte) persoonlijkheidsstoornissen.

Het RIZIV beschikt overigens niet over cijfers betreffende de ziekte van personen wier duur van arbeidsongeschiktheid niet langer is dan één jaar (periode van primaire arbeidsongeschiktheid). Depressies en *burn-outs* duren echter vaak minder dan een jaar. Ten slotte zijn statutaire ambtenaren niet aangesloten bij de verzekering voor arbeidsongeschiktheid. Zij zijn dus niet in de cijfers opgenomen.

II. DE INTERNATIONALE CLASSIFICATIE VAN ZIEKTEN EN DE PROBLEMATIEK VAN DE *BURN-OUT*

De Internationale classificatie van ziekten (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is een gecodificeerde medische classificatie die niet alleen ziekten classificeert, maar die ook een groot aantal gezondheidsgegevens bevat: symptomen, syndromen (die geen

syndromes (qui ne sont pas des maladies ou qui ne sont pas encore considérés comme tel), lésions traumatiques et empoisonnements (ainsi que leurs causes externes), facteurs influant sur l'état de santé, etc. La CIM n'est d'ailleurs qu'une désignation usuelle abrégée de «Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes» (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

La CIM est donc la norme internationale qui organise et code une très large variété d'informations sanitaires qui sont utilisées par les États membres pour enregistrer les causes de morbidité et de mortalité, ceci à des fins diverses parmi lesquelles l'établissement de statistiques, le financement et l'organisation des services de santé, la prévention, les traitements, la recherche, la formation des professionnels de la santé, etc. L'OMS attend de tous les États membres qu'ils utilisent la version la plus récente de la CIM puisque celle-ci reflète les progrès de la médecine et de la science. La onzième édition de la CIM (CIM-11) a été publiée sous format électronique le 18 juin 2018 et présentée pour adoption par les États membres en mai 2019. Elle devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le 27 mai 2019, de nombreux médias ont annoncé qu'à l'occasion de sa septante-deuxième Assemblée l'OMS avait décidé d'inclure le *burn-out* dans sa Classification internationale des maladies. Or, dès le lendemain, le porte-parole de l'OMS a démenti l'information. Seule la définition du *burn-out* a été modifiée à la lumière des recherches actuelles. Le *burn-out* figurait déjà dans la CIM-10 mais il n'était qu'un facteur (parmi d'autres) influençant l'état de santé. Il devient désormais un «phénomène lié au travail» mais sans entrer dans la liste des «maladies». Autrement dit, il n'est pas conceptualisé comme une condition médicale mais bien comme une «entité» ou syndrome. Dans le même temps, l'OMS a annoncé être «sur le point d'entreprendre un travail sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur des bases factuelles concernant la santé mentale sur le lieu de travail».

Selon la CIM-11, le *burn-out* résulte d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès et qui comporte trois dimensions qui peuvent se résumer comme suit (les traductions en français ne s'accordent pas toujours): un sentiment d'épuisement, une vision négative du travail (y compris de son environnement) et une efficacité professionnelle réduite.

ziekten zijn of nog niet als ziekten worden beschouwd), traumatische letsels en vergiftigingen (alsook de externe oorzaken ervan), factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden, enz. ICD is overigens de gebruikelijke afkorting voor *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*.

De ICD is dus de internationale norm die een zeer brede waaier van gezondheidsgegevens organiseert en codificeert. Zij wordt door de lidstaten gebruikt om de oorzaken van ziekte- en sterfgevallen te registreren met het oog op het opmaken van statistieken, de financiering en organisatie van gezondheidsdiensten, preventie, behandelingen, onderzoek, de opleiding van gezondheidswerkers, enz. De WHO verwacht van alle lidstaten dat zij gebruik maken van de recentste versie van de ICD, waarin de nieuwste ontwikkelingen van de geneeskunde en de wetenschap zijn opgenomen. De elfde editie van de ICD (ICD-11) werd op 18 juni 2018 in elektronische vorm gepubliceerd en in mei 2019 ter goedkeuring van de lidstaten voorgelegd. Zij zou op 1 januari 2022 in werking moeten treden.

Op 27 mei 2019 hebben vele media aangekondigd dat ter gelegenheid van haar tweënzeventigste vergadering, de WHO beslist had om de *burn-out* op te nemen in haar internationale classificatie van ziekten. 's Anderendaags heeft de woordvoerder van de WHO dit bericht echter al ontkend. Alleen de definitie van *burn-out* werd gewijzigd op grond van het huidige onderzoek. *Burn-out* was al opgenomen in de CIM-10 norm maar was daarin slechts een van de (verschillende) factoren die de gezondheidstoestand beïnvloedden. Het is voortaan een «werkgerelateerd verschijnsel», zonder echter in de lijst van «ziekten» te zijn opgenomen. Met andere woorden wordt hij niet gezien als een medische aandoening, maar als een «entiteit» of een syndroom. Tezelfdertijd heeft de WHO aangekondigd «op het punt te staan te werken aan het opstellen van richtlijnen die gebaseerd zijn op feitelijke gegevens betreffende de gezondheid op de werkvloer».

Volgens de CIM-11 is een *burn-out* het gevolg van chronische stress op het werk die niet goed werd aangepakt en die uit drie bestanddelen bestaat (de vertalingen hiervan zijn niet altijd eensluidend): een gevoel van uitputting, een negatieve kijk op het werk (omgeving inbegrepen), en een verminderde professionele efficiëntie.

III. LA DIFFÉRENCE ENTRE SYMPTÔME, SYNDROME ET MALADIE

Avant d'aborder les différents éléments du *burn-out* tels qu'ils se dégagent de la définition de l'agence spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU), il est important de rappeler ce que la médecine considère comme symptôme, syndrome et maladie.

Un symptôme est un trouble que ressent une personne (une douleur, de la fièvre, de la tachycardie, une fatigue anormale, etc.). C'est une manifestation clinique d'une affection. Un syndrome (du mot grec signifiant «courir ensemble») est un ensemble de symptômes permettant en principe d'établir un diagnostic, un pronostic et un traitement thérapeutique adapté ou personnalisé. Un syndrome grippal, par exemple, associe généralement fièvre, courbatures et mal de tête. On ne parle de maladie que lorsque la raison est clairement définie.

Le syndrome ne se confond pas avec une maladie spécifique puisqu'un même syndrome peut être observé dans plusieurs maladies différentes. Ensuite, il n'y a pas de relation mécanique entre un syndrome et une maladie. Un syndrome peut être observé cliniquement mais sans cause identifiable, comme il peut suggérer un risque de développer une maladie. Parfois, il existe une maladie sous-jacente dans le sens où le syndrome cache en réalité la maladie (d'où la difficulté de la démarche diagnostique). Prenons un exemple simple: un syndrome métabolique n'est pas une maladie mais il peut indiquer une maladie sous-jacente comme celle du diabète ou une maladie cardiaque. Enfin, l'origine d'un syndrome peut être identifiée mais le syndrome est en quelque sorte «figé» (il peut être d'ordre génétique, congénital ou accidentel). Ainsi, l'OMS ne considère nullement le «handicap» comme une maladie mais comme une incapacité durable (physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle) dont les interactions avec l'environnement peuvent faire obstacle à la pleine et effective participation de la personne à la société.

Dans le cas de ce qu'il est convenu d'appeler le «*burn-out*», toute la difficulté réside dans le fait que les spécialistes ne s'accordent pas sur une raison unique.

Certains estiment que le *burn-out* est bien un «facteur lié au travail» mais dans le cadre d'une dépression dite «classique» (endogène ou réactionnelle à un événement lié à la vie privée ou familiale). L'épuisement professionnel ne serait qu'un symptôme d'une problématique globale de la personne. Il n'existe d'ailleurs pas de causalité linéaire entre la présence d'un risque psychosocial au travail et la survenance de ses effets lorsque ce risque

III. HET VERSCHIL TUSSEN SYMPTOOM, SYNDROOM EN ZIEKTE

Alvorens de verschillende aspecten te bespreken van een *burn-out* als gedefinieerd door het gespecialiseerde agentschap van de Verenigde Naties, is het belangrijk te herinneren aan wat de geneeskunde onder een symptoom, een syndroom en een ziekte verstaat.

Een symptoom is een stoornis die een persoon voelt (pijn, koorts, tachycardie, abnormale vermoeidheid, enz.). Het is een klinische uiting van een aandoening. Een syndroom (van het Griekse woord dat «samenlopen» betekent) is een geheel van symptomen dat in principe een diagnose, een prognose en een aangepaste of gepersonaliseerde therapeutische behandeling mogelijk maakt. Het griep-syndroom bijvoorbeeld, wordt meestal gekenmerkt door koorts, spierpijn en hoofdpijn. Pas wanneer de oorzaak duidelijk gedefinieerd is, spreekt men van een ziekte.

Een syndroom gaat niet gepaard met een specifieke ziekte aangezien eenzelfde syndroom bij verschillende ziekten kan voorkomen. Er is ook geen mechanisch verband tussen een syndroom en een ziekte. Een syndroom kan klinisch worden geobserveerd, maar zonder aanwijsbare oorzaak, en kan wijzen op een risico om een ziekte te ontwikkelen. Soms is er een onderliggende ziekte en verbergt het syndroom als het ware de ziekte (wat de diagnose bemoeilijkt). Een eenvoudig voorbeeld: een metabolisch syndroom is geen ziekte maar kan wijzen op een onderliggende ziekte als diabetes of een hartziekte. Ten slotte kan de oorsprong van een syndroom worden geïdentificeerd maar is het syndroom als «gestold» (het kan van genetische, congenitale of incidentele aard zijn). Zo beschouwt de WHO een «handicap» geenszins als een ziekte, maar als een langdurig onvermogen (fysiek, geestelijk, intellectueel of zintuiglijk) waarvan de interactie met de omgeving de volledige en effectieve deelname van de persoon aan de maatschappij in de weg staat.

In het geval van wat men een *burn-out* noemt, is het grote probleem dat de specialisten het onderling niet eens zijn over de oorzaak ervan.

Sommigen menen dat een *burn-out* een «werkgerelateerde factor» is, maar dan in het kader van een zogenaamd «klassieke» depressie (die endogeen is of een reactie op een gebeurtenis in het privé of familiale leven). De uitputting op het werk zou slechts een symptoom zijn van een globaal probleem van de persoon. Er bestaat trouwens geen lineair oorzakelijk verband tussen de aanwezigheid van een psychosociaal risico op het werk

n'est pas traité. Cette considération fait référence au degré de résilience du travailleur mais elle induit surtout qu'il existerait une personnalité préexistante au risque de *burn-out*.

D'autres considèrent que le *burn-out* est bien une maladie à part entière. Partant du principe que le *burn-out* est un constat d'échec de la prévention sur le lieu de travail, ils font le constat que la personne souffre durablement dans son travail avec un impact significatif sur ses capacités fonctionnelles.

IV. QUEL ENSEIGNEMENT POUVONS-NOUS TIRER DES TRAVAUX DE L'OMS?

Pour l'OMS, le traitement du *burn-out* est encore d'ordre symptomatique mais cela peut conduire à la reconnaissance de ce phénomène comme une maladie à part entière. Ainsi, par exemple, la fibromyalgie est passée par le stade «entité» avant d'être reconnue comme une maladie.

Si le *burn-out* devait être reconnu comme une maladie, on serait tenté d'affirmer que le diagnostic et le traitement suffisent. Le champ d'action se limiterait donc à «la prévention tertiaire» qui porte d'ailleurs mal son nom car elle se confond avec une action de réparation notamment dans le cadre d'une réintégration professionnelle. Agir avant que le risque survienne est pourtant fondamental. L'OMS précise que le *burn-out* résulte «d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès». Même si cette définition est malheureuse (comment faut-il l'interpréter?), nous pensons qu'elle met en exergue toute l'importance de la prévention primaire et même de la prévention secondaire dont l'objet est d'intervenir lorsque le risque s'accroît ou que les premiers signes apparaissent.

Dans l'immédiat, la reconnaissance du syndrome «*burn-out*» présente un aspect positif indéniable parce qu'elle ouvre la voie aux professionnels de la santé en permettant d'orienter un diagnostic pour établir un traitement thérapeutique adapté ou personnalisé.

V. LES COMPOSANTES DE LA TRIADE DU BURN-OUT SELON L'OMS

Au préalable, nous devons rappeler que le stress au travail est une adaptation normale de l'homme à son environnement. Il ne devient problématique que lorsqu'il s'installe dans la durée et que les ressources de la personne ne peuvent plus être renouvelées. Le déséquilibre entre ce qui est exigé et la capacité d'y répondre existe

en het verschijnen van de gevolgen wanneer het risico niet behandeld is. Deze zienswijze verwijst naar de veerkracht van de werknemer, maar veronderstelt vooral dat er een persoonlijkheid zou bestaan die voorafgaat aan het risico op een *burn-out*.

Anderen zien een *burn-out* wel als een volwaardige ziekte. Zij gaan ervan uit dat een *burn-out* het gevolg is van het falen van de preventie op de werkvloer, en stellen vast dat de persoon blijvend lijdt op het werk, met aanzienlijke gevolgen voor zijn functioneren.

IV. WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE WERKZAAMHEDEN VAN DE WHO?

Voor de WHO is de behandeling van een *burn-out* nog symptomatisch van aard, maar dat kan leiden tot een erkenning van dit fenomeen als een volwaardige ziekte. Zo is bijvoorbeeld fibromyalgie langs het stadium van «entiteit» gepasseerd alvorens als een ziekte te worden erkend.

Indien een *burn-out* als een ziekte wordt erkend, zou men geneigd zijn te stellen dat diagnose en behandeling volstaan. Men zou zich dus beperken tot een «tertiaire preventie», wat trouwens een misleidende naam is omdat hij verward kan worden met een herstelbehandeling met het oog op professionele re-integratie. Het is nochtans essentieel om op te treden voordat het risico zich voordoet. Volgens de WHO is een *burn-out* het resultaat van «chronische stress op het werk die niet succesvol is behandeld». Hoewel deze definitie ongelukkig geformuleerd is (hoe moet men ze interpreteren?), menen wij dat zij het belang aantoonde van primaire preventie, en zelfs van secundaire preventie, dat optreedt wanneer het risico stijgt of de eerste tekenen verschijnen.

Op korte termijn is de erkenning van de *burn-out* als een syndroom ontegensprekelijk positief omdat dit de weg opent naar professionele zorgverleners en een diagnose mogelijk maakt om een aangepaste of gepersonaliseerde therapeutische behandeling toe te passen.

V. DE DRIE COMPONENTEN VAN EEN BURN-OUT VOLGENS DE WHO

Vooreerst herinneren wij eraan dat stress op het werk een normale aanpassing van de mens is aan zijn omgeving. Het wordt pas problematisch wanneer hij langdurig wordt en de persoon zich niet meer kan herbronnen. Het onevenwicht tussen wat gevraagd wordt en het vermogen om eraan te voldoen bestaat ook in normale

aussi dans le stress normal mais il repose sur un sentiment (fondé ou non) d'une personne dont les capacités demeurent intactes.

On comprendra qu'il n'y a pas d'égalité dans la résilience face au stress. Le degré de résilience dépend d'une série de facteurs «extérieurs» (charge de travail, relations interpersonnelles, contexte de vie familiale et sociale, etc.), mais il dépend aussi en partie de la personnalité du travailleur. Ceci ne signifie pas pour autant qu'il existerait une «personnalité préexistante». Une telle approche «psychologisante» n'est pas acceptable car elle fait prévaloir des facteurs individuels sur ce qui est avant tout un problème social lié à l'évolution des conditions ou d'organisation du travail. Il est admis que le risque de *burn-out* peut aujourd'hui concerner n'importe quel travailleur dans n'importe quel secteur d'activité.

A. Sentiment d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est le corollaire de l'exposition à un stress chronique. On évitera de parler d'«épuisement émotionnel» parce que le concept est trop large et tend à confondre les causes. Les États membres de l'OMS se sont accordés sur le fait que le terme «*burn-out*» doit être réservé à la sphère professionnelle et qu'il ne doit pas être utilisé pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. De ce fait, l'OMS répond négativement à une tendance qui est d'étendre le concept à d'autres situations. La situation la plus connue est celle qu'on appelle communément le «*burn-out* familial». C'est ici que la nouveauté réside puisque auparavant le *burn-out* n'était pas spécifiquement lié au monde professionnel. Il n'était qu'un facteur agissant sur l'état de santé et pouvait donc être relié à d'autres activités de la vie, comme par exemple la parentalité.

L'épuisement professionnel implique inévitablement des conséquences dans la sphère privée. Certaines études ont mis en évidence des éléments qui ne permettent pas d'assimiler le *burn-out* à une dépression classique. C'est ainsi que l'absence de tristesse durable ou d'idées suicidaires est peut-être un élément qui permettrait d'affirmer que le *burn-out* est une «dépression non mélancolique» ou une «dépression masquée», mais on constate toujours que la dégradation des capacités au travail s'accompagne ou risque de s'accompagner (en l'absence de prise en charge) d'une perte progressive des fonctionnalités par rapport à la vie familiale et sociale: désinvestissement affectif et éducationnel, remaniement des rôles conjugaux, culpabilité et phénomène de «parentification» chez l'enfant, distance par rapport au réseau social, etc. Il n'est pas difficile de comprendre que la situation prend une

stress, mais gaat uit van een (al dan niet terecht) gevoel van een persoon wiens capaciteiten intact gebleven zijn.

Het is duidelijk dat er geen gelijkheid bestaat in het weerstandsvermogen tegen stress. De graad van weerstandsvermogen hangt af van een aantal «externe» factoren (werklast, interpersoonlijke relaties, familiale en sociale context, enz.), maar ook van de persoonlijkheid van de werknemer. Dit betekent echter niet dat er een «voorstemde persoonlijkheid» bestaat. Een dergelijke «psychologische» benadering is onaanvaardbaar omdat zij de nadruk legt op individuele factoren, terwijl er in de eerste plaats sprake is van een sociaal probleem dat te maken heeft met de arbeidsomstandigheden en -organisatie. Vandaag erkent men dat om het even welke werknemer in om het even welke sector een risico kan lopen op een *burn-out*.

A. Gevoel van uitputting op het werk

Uitputting op het werk hangt samen met de blootstelling aan chronische stress. Men kan beter niet spreken van «emotionele uitputting» omdat die term te breed is en de oorzaken door elkaar haalt. De lidstaten van de WHO zijn het erover eens geraakt dat de term *burn-out* voorbehouden moet zijn aan de beroepssfeer en niet gebruikt mag worden voor ervaringen in andere domeinen van het leven. Hierdoor reageert de WHO tegen de tendens om het concept uit te breiden tot andere situaties. De bekendste situatie is wat men vaak de «familiale *burn-out*» noemt. Dit is nieuw, omdat de *burn-out* in het verleden niet specifiek gekoppeld werd aan de beroepswereld. Hij was slechts een factor die de gezondheidstoestand beïnvloedt, en kon dus ook aan andere omstandigheden worden gekoppeld, zoals bijvoorbeeld het ouderschap.

Uitputting op het werk heeft onvermijdelijk gevolgen voor de private levenssfeer. Sommige studies wijzen op elementen die een *burn-out* onderscheiden van een klassieke depressie. Zo is de afwezigheid van langdurig verdriet of van suïcidale ideeën misschien een element om een *burn-out* te beschouwen als een «niet-melancholische depressie» of een «verborgen depressie», maar men stelt altijd vast dat de achteruitgang van capaciteiten op het werk (zonder hulpverlening) gepaard gaat of dreigt gepaard te gaan met een geleidelijke verslechtering van het functioneren op familiaal en sociaal vlak: demotivatie op affectief en educatief vlak, herschikking van de echtelijke rollen, schuldgevoelens en fenomeen van «parentificatie» bij het kind, afstand van het sociale netwerk, enz. Het is niet moeilijk om in te zien dat de toestand een bijkomende dimensie krijgt wanneer het de vrouw is die lijdt aan een

dimension supplémentaire quand ce sont des femmes qui souffrent de *burn-out* car ce sont elles qui assument encore l'essentiel de la gestion au quotidien. Le surcroît de tension augmentera le risque de séparation dans les couples les plus fragiles. La souffrance au quotidien se traduira par l'abnégation et la patience dans les couples les plus solides.

B. Vision négative du travail

Les traductions en français des caractéristiques du *burn-out* ne sont pas toujours claires. Ainsi on peut lire parfois qu'un des éléments est «le cynisme ou des sentiments négativistes liés à son travail». Il est certain que l'épuisement professionnel peut engendrer du cynisme dans le sens où celui-ci est un mécanisme défensif qui s'apparente à une perte d'empathie et qui conduit ou participe à la déshumanisation des relations interpersonnelles au sein de l'entreprise. Ainsi, une personne victime de *burn-out* aura tendance à s'isoler et à adopter des comportements de méfiance au travail. Par contre, on s'interroge sur «des sentiments négativistes». Dans le travail, le «négativisme» n'est pas un sentiment mais bien un comportement qui consiste à résister, soit passivement, soit activement aux sollicitations. En réalité, il doit être mis en relation avec le cynisme dont l'expression brutale et tranchée n'est pas seulement une forme extrême de «sécheresse relationnelle» mais aussi une induction vers des comportements d'évitement au travail.

C. Efficacité professionnelle réduite

Le travail devient une souffrance personnelle au quotidien. Cette souffrance conduit au désinvestissement (perte de motivation, dévalorisation, culpabilité) ou alors à un surinvestissement inefficace.

VI. LES DIFFÉRENTS OUTILS POUR PRÉVENIR LE *BURN-OUT* EN BELGIQUE

A. Au niveau fédéral

La loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle a introduit un article *62bis* dans les lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci. Cet article introduit dans la législation la notion de «maladie en relation avec le travail» afin de permettre à l'Agence des risques professionnels (Fedris) de mettre en œuvre des projets dans le cadre surtout de la prévention secondaire. Les maladies en relation avec le travail ne sont pas des maladies professionnelles mais, selon les connaissances

burn-out, omdat zij nog steeds het grootste deel van de dagelijkse organisatie op zich neemt. De toegenomen spanning zal bij de kwetsbaarste koppels het risico op een scheiding vergroten. Bij de sterkere koppels zal het dagelijkse leed zich uiten in zelfopoffering en geduld.

B. Négative kijk op het werk

De vertalingen van de kenmerken van een *burn-out* zijn niet altijd duidelijk. Zo kan men soms lezen dat één van de aspecten «cynisme of negativistische gevoelens over het werk» is. Het is zeker zo dat uitputting op het werk kan leiden tot cynisme, dat een defensief mechanisme is dat gepaard gaat met een verlies van empathie en leidt of bijdraagt tot een ontmenselijking van de interpersoonlijke relaties in een bedrijf. Zo zal een slachtoffer van een *burn-out* de neiging hebben om zich te isoleren en zal hij een wantrouwige houding aannemen ten opzichte van het werk. Men kan zich echter wel vragen stellen bij de woorden «negativistische gevoelens». Op het werk is «negativisme» geen gevoel, maar een houding waarbij de werknemer zich passief of actief verzet tegen wat van hem gevraagd wordt. In werkelijkheid moet het in verband worden gebracht met het cynisme, waarvan de brutale en geprononceerde uitdrukking niet alleen een extreme vorm van «relationele hardheid» is, maar ook leidt tot vermijdingsgedrag op het werk.

C. Verminderde professionele efficiëntie

Het werk wordt een persoonlijke dagelijkse bron van lijden. Dit lijden leidt tot een verminderde inzet (gebrek aan motivatie en aan eigenwaarde, schuldgevoelens) of tot een inefficiënte overmatige inzet.

VI. DE VERSCHILLENDE INSTRUMENTEN OM *BURN-OUT* IN BELGIE TE VOORKOMEN

A. Op federaal niveau

De wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling voerde een artikel *62bis* toe aan de gecoördineerde wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit. Dit artikel voert in de wetgeving het begrip «arbeidsgerelateerde ziekte» in teneinde het Federaal Agentschap voor beroepsrisico's (Fedris) in staat te stellen projecten te lanceren, vooral op het vlak van secundaire preventie. Arbeidsgerelateerde ziekten zijn geen beroepsziekten, maar volgens de algemeen aanvaarde medische bevindingen kunnen zij gedeeltelijk

médicales généralement admises, elles peuvent trouver leur cause partielle dans une exposition à une influence nocive, inhérente à l'activité professionnelle et supérieure à celle subie par la population en général, sans que cette exposition, dans des groupes de personnes exposées, constitue la cause prépondérante de la maladie.

On remarquera que le terme de «maladie» est ambigu car sa description fait référence à des causes multifactorielles et qu'elle présuppose donc une problématique globale de la personne. En cela, la position actuelle de l'OMS est beaucoup plus intéressante car elle fait du *burn-out* un syndrome à part entière qui ouvre la voie à une reconnaissance comme une maladie non plus «liée au travail» mais «du travail» en excluant d'autres facteurs pouvant influencer sur l'état de santé du travailleur.

Depuis le 1^{er} septembre 2014, la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail comporte un important chapitre consacré à la prévention des risques psychosociaux au travail. La violence et le harcèlement moral ou sexuel – qui ne sont pas abordés dans la présente proposition de résolution – ont été intégrés dans le concept de «risques psychosociaux» mais sans pour autant confondre leurs spécificités et les moyens d'y faire face.

L'article 32/1 de la loi définit les «risques psychosociaux au travail» en énumérant les différentes dimensions du travail dont les composantes peuvent interagir avec le psychisme individuel et causer un dommage.

On peut affirmer que la loi de 1996 appréhende désormais la santé au travail comme un état global de bien-être, rejoignant ainsi dans son champ d'application ce que l'OMS entend par la «santé», soit un état qui n'est pas synonyme d'absence de maladie mais qui est un état complet de bien-être physique, mental et social. Le bien-être au travail est à la fois individuel et collectif. Le bien-être collectif (qui n'est pas réductible à une somme de sentiments individuels) est fondamental car il dépendra du type de management.

Outre le conseiller en prévention spécialisé dans les aspects psychosociaux au travail et l'éventuelle personne de confiance, le conseiller en prévention-médecin du travail est aussi un acteur important dans la prévention des risques psychosociaux au travail.

Il doit prendre en compte ces risques dans le cadre de divers examens médicaux obligatoires dont, par exemple,

ontstaan door een blootstelling aan een schadelijke invloed die inherent is aan de beroepsactiviteit en die groter is dan de blootstelling voor de bevolking in het algemeen, zonder dat deze blootstelling, in groepen van blootgestelde personen, de hoofdoorzaak van de ziekte is.

Wij merken op dat de term «ziekte» ambigu is omdat hij verwijst naar multifactoriële oorzaken en dus een globale problematiek van de persoon veronderstelt. Hier is het huidige standpunt van de WHO veel interessanter omdat de *burn-out* er wordt gezien als een volwaardig syndroom dat de deur opent naar een erkenning als een ziekte die niet meer «werkgerelateerd» is, maar als een «beroepsziekte», met uitsluiting van andere factoren die de gezondheidstoestand van de werknemer kunnen beïnvloeden.

Sinds 1 september 2014 bevat de wet betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk een belangrijk hoofdstuk over de preventie van psychosociale risico's op het werk. Geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag – die niet in dit voorstel van resolutie worden behandeld – werden opgenomen in het concept «psychosociale risico's», zonder evenwel hun specificiteiten en de middelen om ze te bestrijden door elkaar te halen.

Artikel 32/1 van de wet omschrijft «psychosociale risico's op het werk» aan de hand van een opsomming van de verschillende dimensies van het werk waarvan de componenten een wisselwerking kunnen hebben met de individuele psyche en schade kunnen veroorzaken.

Men kan stellen dat de wet van 1996 de gezondheid op het werk benadert als een algehele toestand van welzijn, en daarmee wat de WHO bedoelt met «gezondheid», dat wil zeggen een toestand die niet synoniem is met de afwezigheid van ziekte, maar een volledige toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn, onder het toepassingsgebied van deze wet brengt. Welzijn op het werk is zowel individueel als collectief. Het collectieve welzijn (dat niet kan worden gereduceerd tot een som van individuele gevoelens) is van fundamenteel belang omdat het afhangt van het soort management.

Naast de preventieadviseur die gespecialiseerd is in de psychosociale aspecten op het werk en de eventuele vertrouwenspersoon, is de preventieadviseur/arbeidsarts ook een belangrijke speler in de preventie van psychosociale risico's op het werk.

De arts dient met deze risico's rekening te houden in het kader van diverse verplichte medische onderzoeken,

ceux qui concernent les activités «à risque défini». Ces risques identifiables comportent notamment ceux qui exposent le travailleur à une charge psychosociale élevée (par exemple: un contact continu avec un public difficile ou encore une activité monotone, répétitive et solitaire).

Il doit communiquer à l'employeur et au conseiller en prévention spécialisé dans les aspects psychosociaux au travail tous les éléments utiles (sous forme de données collectives et anonymes) qui découlent des examens afin que l'employeur puisse procéder à une évaluation des mesures préventives existantes et les adapter ou modifier s'il y a lieu.

Enfin, la dimension individuelle est très présente dans la fonction du médecin du travail. Dans le cadre de la prévention tertiaire, il intervient obligatoirement lorsqu'une demande de réintégration professionnelle est introduite par le travailleur, l'employeur ou le médecin-conseil. D'autre part, le travailleur a toujours le droit de demander spontanément une consultation, sans intervention de l'employeur. Cette demande peut aussi être introduite par le médecin traitant (moyennant l'accord écrit du travailleur). S'il s'agit d'un problème psychosocial lié au travail, le médecin du travail doit informer le travailleur sur la possibilité de s'adresser au conseiller en prévention spécialisé dans les aspects psychosociaux au travail ou à la personne de confiance. Il peut lui-même s'en charger et se concerter avec les autres acteurs (bien entendu toujours avec l'accord écrit du travailleur).

Sous la législature 2014-2019, la ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique est à l'initiative de plusieurs projets pilotes (sur la base de l'article 62bis des lois coordonnées relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci) dont l'objectif est d'aboutir à une approche intégrée du *burn-out* et des autres troubles mentaux liés au travail. Différents concepts sont mis à l'épreuve afin (entre autres) de dégager les meilleurs outils pour prévenir le *burn-out* ou encore de disposer de trajets d'accompagnement sur mesure pour des personnes travaillant dans les secteurs hospitalier et bancaire qui présentent un risque élevé de *burn-out* ou qui en montrent déjà les premiers signes. Un projet important est aussi mené pour les travailleurs indépendants qui sont particulièrement exposés car leurs revenus sont directement liés à leur productivité, ce qui les conduit très souvent à des horaires difficilement conciliables avec leur vie familiale et à des fins de carrière au-delà de l'âge légal de la pension.

waaronder bijvoorbeeld onderzoeken met betrekking tot activiteiten «met welbepaald risico». Deze identificeerbare risico's omvatten onder meer risico's die de werknemer blootstellen aan een hoge psychosociale belasting (bijvoorbeeld: voortdurend contact met een moeilijk publiek of een eentonige, repetitieve en eenzame activiteit).

De arts moet de werkgever en de preventieadviseur die gespecialiseerd is in de psychosociale aspecten op het werk op de hoogte brengen van alle relevante informatie (in de vorm van collectieve en anonieme gegevens) die uit de onderzoeken naar voren komt, zodat de werkgever de bestaande preventieve maatregelen kan evalueren en zo nodig kan aanpassen of wijzigen.

Ten slotte is de individuele dimensie sterk aanwezig in de functie van de arbeidsarts. In het kader van de tertiaire preventie treedt hij verplicht op wanneer de werknemer, de werkgever of de adviserend arts een aanvraag tot professionele re-integratie indient. Anderzijds heeft de werknemer altijd het recht om spontaan een consult aan te vragen, zonder tussenkomst van de werkgever. Dit verzoek kan ook door de behandelend arts (met schriftelijke toestemming van de werknemer) worden ingediend. In het geval van een werkgerelateerd psychosociaal probleem moet de arbeidsarts de werknemer inlichten over de mogelijkheid om zich te wenden tot de preventieadviseur die gespecialiseerd is in de psychosociale aspecten op het werk of tot de vertrouwenspersoon. Hij kan hier zelf voor zorgen en overleggen met de andere actoren (uiteeraard altijd met schriftelijke toestemming van de werknemer).

Tijdens de zittingsperiode 2014-2019 heeft de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verschillende proefprojecten opgezet (op grond van artikel 62bis van de gecoördineerde wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit) om te komen tot een geïntegreerde aanpak van *burn-out* en andere werkgerelateerde mentale stoornissen. Verschillende concepten worden getoetst om (onder meer) de beste hulpmiddelen te vinden om *burn-out* te voorkomen of om begeleidingstrajecten op maat aan te bieden aan mensen die werkzaam zijn in de ziekenhuis- en banksector en die een hoog risico op *burn-out* hebben of die al de eerste tekenen daarvan vertonen. Een belangrijk project loopt ook voor zelfstandigen, die bijzonder kwetsbaar zijn omdat hun inkomen rechtstreeks gekoppeld is aan hun productiviteit, wat hen vaak dwingt tot werktijden die moeilijk te combineren zijn met hun gezinsleven en tot een loopbaan tot na de wettelijke pensioenleeftijd.

Notons aussi que l'INAMI a également développé un projet-pilote qui s'adresse à des travailleurs absents du travail depuis un certain temps pour cause de *burn-out*. Cette action s'inscrit donc dans le cadre de la prévention tertiaire.

Lors de l'accord interprofessionnel 2017-2018, les partenaires sociaux ont lancé une initiative visant à renforcer et soutenir les entreprises et les secteurs dans la prévention primaire des risques liés au *burn-out*. Concrètement, les (sous-)commissions paritaires ou les entreprises ont la possibilité d'obtenir des subventions pour la réalisation de projets-pilotes qui ont pour objet d'assurer un équilibre entre les besoins du management et les ressources physiques, psychiques, sociales et organisationnelles dont dispose le travailleur pour atteindre les objectifs fixés. Ces projets doivent impliquer toutes les parties concernées au sein de l'entreprise et revêtir une dimension collective. En outre, ils doivent être encadrés par l'expertise reconnue d'une organisation ou d'une personne physique à condition qu'elle soit externe à l'entreprise.

B. Au niveau des entités fédérées

Le gouvernement wallon a adopté le premier «Plan bien-être» le 21 juillet 2016. Destiné à l'ensemble du personnel du service public de Wallonie, ce plan s'articule autour de neuf axes thématiques dont la prévention et la lutte contre le stress et la prévention et la gestion du *burn-out*.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, diverses initiatives ont également été prises pour lutter contre le phénomène de *burn-out*. De même, plusieurs organismes publics dépendant de la Fédération Wallonie-Bruxelles (comme l'Office de la naissance et de l'enfance – ONE, le Conseil supérieur de l'audiovisuel – CSA, l'Entreprise publique des technologies nouvelles de l'information et de la communication – ETNIC, etc.) développent eux aussi des actions en rapport avec la réglementation fédérale concernant les risques psychosociaux au travail: sensibilisation de la ligne hiérarchique, adaptation des conditions de travail, etc.

En Flandre, lors de la législature 2014-2019, le gouvernement a arrêté un plan ambitieux pour prévenir le *burn-out* dans la fonction publique. En collaboration avec un nombre important d'acteurs, l'accent est notamment mis sur le *leadership* et sur le *coach* mais aussi sur la promotion d'une vie saine pour que le personnel soit pleinement efficient au travail (projet *Healthy Exercise*).

Verder moet worden opgemerkt dat het RIZIV eveneens een proefproject heeft ontwikkeld voor werknemers die al enige tijd afwezig zijn op het werk wegens *burn-out*. Deze actie maakt bijgevolg deel uit van de tertiaire preventie.

In het interprofessioneel akkoord 2017-2018 hebben de sociale partners een initiatief gelanceerd om ondernemingen en sectoren te versterken en te ondersteunen bij de primaire preventie van risico's rond *burn-out*. Concreet hebben de paritaire (sub)comités of de ondernemingen de mogelijkheid om subsidies te verkrijgen voor de realisatie van proefprojecten die een evenwicht tot stand moeten brengen tussen de behoeften van het management en de fysieke, psychische, sociale en organisatorische middelen waarover de werknemer beschikt om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken. Alle betrokken partijen binnen de onderneming moeten worden betrokken bij deze projecten, die bovendien een collectieve dimensie moeten hebben. Bovendien moeten de projecten begeleid worden door de erkende expertise van een organisatie of persoon, op voorwaarde dat die buiten de onderneming staat.

B. Op het niveau van de deelstaten

De Waalse regering heeft op 21 juli 2016 het eerste «Welzijnsplan» aangenomen. Dit plan, dat gericht is op alle Waalse ambtenaren, is opgebouwd rond negen thema's, waaronder de preventie en bestrijding van stress en de preventie en aanpak van *burn-out*.

In de Franse Gemeenschap werden eveneens diverse initiatieven genomen om de strijd aan te binden met het fenomeen *burn-out*. Ook verschillende overheidsinstellingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap (zoals het *Office de la naissance et de l'enfance* – ONE, de *Conseil supérieur de l'audiovisuel* – CSA, de *Entreprise publique des technologies nouvelles de l'information et de la communication* – ETNIC, enz.) werken acties uit die verband houden met de federale regelgeving op het vlak van de psychosociale risico's op het werk: bewustmaking van de hiërarchie, aanpassing van de arbeidsomstandigheden, enz.

In Vlaanderen heeft de regering tijdens de zittingsperiode 2014-2019 een ambitieus plan aangenomen om *burn-out* in de overheidssector te voorkomen. In samenwerking met een groot aantal actoren wordt de nadruk gelegd op *leadership* en *coaching*, maar ook op het bevorderen van een gezond leven zodat het personeel ten volle efficiënt kan functioneren op het werk (project *Healthy Exercise*).

VII. LA PRÉSENTE PROPOSITION DE RÉSOLUTION RECOUVRE UNE THÉMATIQUE QUI RELÈVE DE LA COMPÉTENCE TRANSVERSALE DU SÉNAT

La prévention des risques psychosociaux en entreprise relève de la compétence des ministres fédéraux de l'Emploi et des Affaires sociales, ainsi que des partenaires sociaux qui sont des acteurs essentiels par leur connaissance du monde du travail. Elle concerne aussi les entités fédérées qui ont dans leurs attributions la médecine préventive dont, entre autres, la prévention des problèmes de santé mentale.

S'agissant spécifiquement de la prévention sur les lieux de travail, les entités fédérées sont compétentes pour agréer les départements médicaux des services de prévention et de protection au travail et elles veillent au respect des obligations légales qui incombent à ces derniers, tandis que l'édition des normes reste une compétence de l'autorité fédérale.

Enfin, dans le secteur public, les différents niveaux de pouvoir sont compétents pour la gestion des ressources humaines en ce qui concerne leurs personnels statutaire et contractuel tout en respectant les normes relatives au bien-être prescrites par l'autorité fédérale.

VIII. CONCLUSION

Les auteurs de la présente proposition souhaitent que le Sénat adresse aux différentes autorités de notre pays des recommandations dont l'objectif est de développer une approche coordonnée et concertée dans le cadre de la prévention du *burn-out* mais aussi de son diagnostic et de son traitement. Cette approche n'est évidemment pas unilatérale, elle doit associer les différents niveaux de pouvoir (dont l'INAMI) mais aussi les partenaires sociaux, les comités pour la prévention et la protection au travail (CPPT), les conseillers en prévention spécialisés dans les aspects psychosociaux du travail, les médecins du travail, les prestataires de soins et les professionnels de la santé mentale, etc. Elle doit permettre de dégager les «meilleures pratiques» afin de disposer d'outils performants auxquels tous les acteurs impliqués dans la problématique (y compris les travailleurs) seront invités à utiliser par la suite.

Par ailleurs, reconnaissant que la définition du *burn-out* dans la CIM-11 de l'OMS est une avancée vers la reconnaissance de ce «phénomène lié au travail» comme une véritable maladie, les auteurs demandent à l'autorité fédérale de se concerter avec les entités fédérées et les

VII. DEZE RESOLUTIE BEHELST EEN THEMATIEK DIE TOT DE TRANSVERSALE BEVOEGDHEID VAN DE SENAAT BEHOORT

De preventie van psychosociale risico's in bedrijven valt onder de bevoegdheid van de federale ministers van Werk en Sociale Zaken, alsook van de sociale partners, die door hun kennis van de arbeidsmarkt essentiële actoren zijn. Het gaat ook om de deelstaten, die preventieve geneeskunde, met inbegrip van onder meer de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen, tot hun bevoegdheden rekenen.

Wat specifiek de preventie op de werkvloer betreft, zijn de deelstaten bevoegd voor de goedkeuring van de medische departementen van de preventie- en beschermingsdiensten en voor het toezicht op de naleving van hun wettelijke verplichtingen, terwijl het uitvoeren van de normen een bevoegdheid van de federale overheid blijft.

In de overheidssector ten slotte zijn de verschillende beleidsniveaus bevoegd voor het beheer van de *human resources* voor wat hun statutair en contractueel personeel betreft, met inachtneming van de door de federale overheid voorgeschreven welzijnsnormen.

VIII. CONCLUSIE

De indieners van dit voorstel wensen dat de Senaat aanbevelingen doet aan de verschillende overheden van ons land, met als doel een gecoördineerde en eensgezinde aanpak uit te werken voor de preventie van *burn-out* alsook voor de diagnose en behandeling ervan. Deze aanpak is uiteraard niet unilateraal, maar moet de verschillende beleidsniveaus (waaronder het RIZIV), maar ook de sociale partners, de comités voor preventie en bescherming op het werk (CPBW), de preventieadviseurs die gespecialiseerd zijn in de psychosociale aspecten van het werk, de arbeidsartsen, de zorgverleners en de professionals inzake geestelijke gezondheidszorg, enz., bij het proces betrekken. Deze benadering moet het mogelijk maken «*best practices*» in kaart te brengen, zodat alle actoren die bij de problematiek betrokken zijn (met inbegrip van de werknemers), in een later stadium kunnen worden uitgenodigd om van deze doeltreffende instrumenten gebruik te maken.

De indieners erkennen dat de definitie van *burn-out* in de ICD-11 van de WHO een stap is in de richting van de erkenning van dit «werkgerelateerde fenomeen» als een echte ziekte, en vragen de federale overheid dan ook om overleg te plegen met de deelstaten en de sociale

partenaires sociaux sur l'opportunité d'inscrire le *burn-out* dans la liste des maladies professionnelles.

Pourquoi reconnaître le *burn-out* comme une maladie professionnelle?

Dans le système dit «ouvert» du régime des maladies professionnelles (qui ne ferme donc aucune porte), il appartient à la victime de prouver que la cause directe et déterminante de sa maladie est liée à son travail. Prouver qu'un environnement de travail est la cause «directe et déterminante» d'une pathologie de nature psychosociale relève de l'impossible.

Admettre le *burn-out* dans la liste des maladies professionnelles se justifie pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le phénomène est connu et reconnu dans les entreprises. Le législateur a lui-même pris en compte cette réalité en adoptant la loi du 28 février 2014 complétant la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail quant à la prévention des risques psychosociaux au travail dont, notamment, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail. Le lien avec la charge de travail et l'organisation du travail (c'est-à-dire avec ce qui influe inévitablement sur le mental) n'est plus à démontrer aujourd'hui. Dans son avis n° 2080 du 27 février 2018, le Conseil national du travail s'est accordé sur le fait que, dans certaines circonstances, le travail peut occasionner des dommages. «(...) C'est notamment le cas lorsque les exigences du travail (*job demands*) et les ressources liées au travail (*jobs resources*) ne sont pas en équilibre. De très nombreux travailleurs sont confrontés au stress professionnel. Cela aboutit, dans certains cas spécifiques, au *burn-out* (...).»

Ensuite, le fait que ce soit l'ensemble de la collectivité qui supporte le coût social du *burn-out* (via l'indemnisation INAMI) est paradoxal dans la mesure où les troubles psychosociaux liés au travail relèvent de la responsabilité directe des employeurs et donc de leurs pratiques managériales. Faut-il rappeler que l'article 5 de la loi du 4 août 1996 sur le bien-être n'est rien d'autre que la transposition de la directive européenne du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (89/391/CEE), qui identifie l'employeur comme responsable unique de l'obligation d'assurer la sécurité et la santé de ses travailleurs dans tous les aspects liés au travail?

partners om na te gaan of het raadzaam is om *burn-out* op te nemen in de lijst van beroepsziekten.

Waarom *burn-out* erkennen als beroepsziekte?

In het zogenaamde «open» stelsel van beroepsziekten (dat dus geen deuren sluit) is het aan het slachtoffer om te bewijzen dat de directe en bepalende oorzaak van zijn ziekte verband houdt met zijn werk. Bewijzen dat een werkomgeving de «directe en bepalende» oorzaak is van een psychosociale aandoening is onmogelijk.

De vermelding van *burn-out* in de lijst van beroepsziekten is om verschillende redenen gerechtvaardigd.

Ten eerste is het fenomeen bekend en erkend in bedrijven. De wetgever heeft zelf rekening gehouden met deze realiteit door het aannemen van de wet van 28 februari 2014 tot aanvulling van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de preventie van psychosociale risico's op het werk betreft, waaronder inzonderheid geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk. Het verband met de werklast en de organisatie van het werk (dat wil zeggen met wat onvermijdelijk van invloed is op de gemoedstoestand) moet vandaag de dag niet meer worden aangetoond. In zijn advies nr. 2080 van 27 februari 2018 heeft de Nationale Arbeidsraad besloten dat werk in bepaalde omstandigheden schade kan veroorzaken. «(...) Dit is het geval wanneer de werkeisen («*job demands*») en de hulpmiddelen («*job resources*») verbonden aan het werk niet in evenwicht zijn. Heel wat werknemers worden geconfronteerd met werkstress. Dit leidt in sommige specifieke gevallen tot *burn-out*. (...).»

Ten tweede is het paradoxaal dat de maatschappelijke kosten van *burn-out* (via de RIZIV-vergoeding) voor rekening van de hele gemeenschap komen, in die zin dat werkgerelateerde psychosociale stoornissen rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de werkgevers en dus ook van hun managementpraktijken vallen. Moet eraan worden herinnerd dat artikel 5 van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn niets anders is dan de omzetting van de richtlijn van de Europese Raad van 12 juni 1989 betreffende de tenuitvoerlegging van maatregelen ter bevordering van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk (89/391/EEG), waarin wordt bepaald dat de werkgever als enige verantwoordelijk is voor de verplichting om de veiligheid en de gezondheid van zijn werknemers in alle aspecten van het werk te waarborgen?

Enfin, il ne faudrait surtout pas négliger la portée symbolique de la reconnaissance du *burn-out* comme une maladie professionnelle. Actuellement, les victimes sont renvoyées dans l'assurance incapacité de l'INAMI. Ceci revient à les «dissoudre» dans une série statistique de maladie de droit commun (les «troubles psychiques»), sans considération réelle pour le lien qui existe entre leur souffrance et leur activité professionnelle. Cette absence de reconnaissance complique la démarche thérapeutique car il est signifié aux intéressés qu'il existe désormais une cassure du lien d'appartenance à leur entreprise et par là même au monde du travail.

*
* *

Tot slot mag de symbolische betekenis van de erkenning van *burn-out* als beroepsziekte niet over het hoofd worden gezien. Op dit moment worden de slachtoffers verwezen naar de invaliditeitsverzekering van het RIZIV. Op die manier «verdwijnen» ze in een statistische reeks gemeenschappelijke ziekten (de «psychische stoornissen»), zonder dat er echt rekening wordt gehouden met het verband tussen hun lijden en hun beroepsactiviteit. Dit gebrek aan erkenning bemoeilijkt het therapeutische proces, want het wordt de betrokkenen duidelijk gemaakt dat de band met hun bedrijf en dus met de arbeidsmarkt vanaf nu verbroken is.

*
* *

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

A. vu la onzième édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) approuvée par les États membres lors de la septante-deuxième Assemblée de l'OMS qui s'est tenue à Genève du 20 au 28 mai 2019;

B. vu l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970;

C. vu la loi la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, notamment son chapitre Vbis intitulé «Dispositions spécifiques concernant la prévention des risques psychosociaux au travail dont le stress, la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail»;

D. considérant les chiffres de l'Institut national de l'assurance maladie-invalidité (INAMI) qui font état d'une progression inquiétante du nombre d'invalides pour cause de «dépression» et de «*burn-out*»;

E. considérant que le *burn-out* est la résultante d'un stress chronique au travail qui invalide progressivement les capacités fonctionnelles du travailleur et qui a des répercussions inévitables sur sa vie familiale et sociale;

F. considérant les efforts qui ont déjà été entrepris, ces dernières années, pour prévenir le *burn-out* mais qu'il s'impose de les intensifier afin de mieux prendre en compte les nouvelles réalités du travail, celles du XXI^e siècle;

G. considérant que les projets-pilotes et les diverses initiatives en matière de prévention primaire et secondaire, tels qu'ils sont menés par les différents niveaux de pouvoir mais aussi par les partenaires sociaux, doivent permettre de développer une approche intégrée du phénomène de *burn-out*;

H. considérant qu'une approche intégrée du *burn-out* doit s'appuyer sur des projets éprouvés qui permettent de dégager ce qui est efficient et ce qui ne l'est pas ou moins;

I. considérant que la prévention tertiaire est surtout une action de réparation dont l'une des composantes est le trajet de réintégration professionnelle mais que celui-ci

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. gelet op de elfde editie van de internationale classificatie van ziekten (ICD-11) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), die door de lidstaten is goedgekeurd tijdens de tweeënzeventigste Vergadering van de WHO van 20 tot 28 mei 2019 in Genève;

B. gelet op artikel 62bis van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970;

C. gelet op de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, met name het hoofdstuk Vbis «Bijzondere bepalingen betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk, waaronder stress, geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk»;

D. gelet op de cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), die duiden op een zorgwekkende toename van het aantal arbeidsongeschikten als gevolg van «depressie» en «*burn-out*»;

E. overwegende dat *burn-out* het gevolg is van chronische stress op het werk, die de functionele capaciteiten van de werknemer geleidelijk aan ondermijnt en onvermijdelijke gevolgen heeft voor zijn gezinsleven en sociaal leven;

F. gelet op de inspanningen die de afgelopen jaren reeds zijn geleverd om *burn-out* te voorkomen, maar die moeten worden opgevoerd om beter rekening te houden met de nieuwe realiteit van het werk in de 21^e eeuw;

G. overwegende dat de proefprojecten en de diverse initiatieven inzake primaire en secundaire preventie, zoals die door de verschillende beleidsniveaus, maar ook door de sociale partners worden gerealiseerd, het mogelijk moeten maken een geïntegreerde aanpak van het fenomeen *burn-out* uit te werken;

H. overwegende dat een geïntegreerde aanpak van *burn-out* gebaseerd moet zijn op beproefde projecten waarin wordt vastgesteld wat efficiënt is en wat niet of minder efficiënt is;

I. overwegende dat tertiaire preventie in de eerste plaats een herstelactie is, waarvan een van de aspecten de re-integratie op de arbeidsmarkt is, maar dat dit traject vaak

se heurte bien souvent à des obstacles qui ne sont pas de nature à assurer la sécurité juridique du travailleur;

J. considérant qu'une éventuelle reconnaissance du *burn-out* en maladie professionnelle ne serait pas un coût pour les entreprises dans la mesure où elle serait un catalyseur pour le développement d'une prévention responsable et de qualité dont l'objectif est d'optimiser et d'équilibrer les besoins du management et les ressources des travailleurs;

K. considérant la portée symbolique de la reconnaissance du *burn-out* comme une maladie professionnelle dans le chef des travailleurs qui en sont victimes,

Demande au gouvernement fédéral et aux gouvernements des entités fédérées:

1) d'organiser, en collaboration étroite avec tous les acteurs impliqués sur le terrain, une conférence interministérielle sur la politique de l'emploi dans ses aspects «prévention du stress et du *burn-out* sur les lieux de travail» afin de développer une stratégie intégrée dont les objectifs sont:

a) d'élaborer des lignes directrices pour pouvoir évaluer la santé mentale en milieu professionnel et de les compléter ultérieurement en fonction du travail qui aura été accompli en la matière par l'OMS;

b) de s'accorder sur une définition légale de ce que l'on entend par «*burn-out*» et de développer des outils statistiques permettant de mesurer au mieux l'ampleur du phénomène tant dans le secteur privé que dans le secteur public fédéral et des entités fédérées;

c) de dresser un état des lieux des projets-pilotes et autres initiatives qui ont été menés dans les différents niveaux de pouvoir et par les partenaires sociaux en ce qui concerne la prévention primaire, secondaire et tertiaire, d'examiner leur complémentarité et leur efficacité afin d'identifier et de recommander les meilleures pratiques;

d) de mener s'il y a lieu des actions complémentaires et innovantes sur la base d'une approche pluridisciplinaire et d'expertise;

e) d'évaluer, dans le cadre de la prévention tertiaire, les trajets de réintégration professionnelle et de veiller à ce que ces trajets s'appliquent à rétablir un juste équilibre dans le travail ou le retour au travail des personnes concernées et qu'ils assurent à celles-ci une réelle sécurité juridique;

op hindernissen stuit die niet bevorderlijk zijn voor de rechtszekerheid van de werknemer;

J. overwegende dat een eventuele erkenning van *burn-out* als beroepsziekte geen kostenpost voor de bedrijven zou zijn, aangezien dit een katalysator zou zijn voor de ontwikkeling van een verantwoorde en kwalitatief hoogstaande preventie, die tot doel heeft de behoeften van het management en de middelen van de werknemers te optimaliseren en met elkaar in evenwicht te brengen;

K. gelet op de symbolische betekenis van de erkenning van *burn-out* als beroepsziekte voor de werknemers die er het slachtoffer van zijn,

Vraagt de federale regering en de deelstaatregeringen:

1) in nauwe samenwerking met alle betrokken actoren op het terrein een interministeriële conferentie over het werkgelegenheidsbeleid te organiseren in het kader van de preventie van stress en *burn-out* op het werk, teneinde een geïntegreerde strategie te ontwikkelen met de volgende doelstellingen:

a) richtsnoeren ontwikkelen voor de beoordeling van de geestelijke gezondheid op het werk en die vervolgens aanvullen op basis van het werk dat de WHO ter zake verricht;

b) een wettelijke definitie van het begrip «*burn-out*» afspreken en statistische instrumenten ontwikkelen om de omvang van het fenomeen zo goed mogelijk te kunnen meten, zowel in de privésector als in de overheidssector op federaal niveau en in de deelstaten;

c) een stand van zaken opmaken van de proefprojecten en andere initiatieven die op de verschillende beleidsniveaus en door de sociale partners op het gebied van primaire, secundaire en tertiaire preventie zijn gerealiseerd, en de complementariteit en de doeltreffendheid daarvan onderzoeken om «*best practices*» in kaart te brengen en aan te bevelen;

d) in voorkomend geval, aanvullende en innoverende acties opzetten in het kader van een multidisciplinaire benadering en expertise;

e) in het kader van de tertiaire preventie de terugkeer naar het beroepsleven evalueren en erop toezien dat deze trajecten gericht zijn op het herstel van een goed evenwicht op het werk of op de terugkeer van de betrokkenen naar het werk, en dat deze trajecten hun daadwerkelijk rechtszekerheid bieden;

f) de soutenir les familles confrontées au *burn-out* par une prise en charge adaptée et soucieuse de son coût pour les ménages, en particulier pour les ménages monoparentaux;

2) de se concerter avec les partenaires sociaux sur l'opportunité d'aller au-delà du syndrome de «*burn-out*» tel que l'OMS le définit dans sa CIM-11 et de le reconnaître comme une maladie professionnelle avec des balises strictes quant aux critères relatifs à sa reconnaissance;

3) d'étendre la législation relative aux maladies professionnelles en ce qui concerne le *burn-out* aux travailleurs indépendants, après une étude étayée sur les risques, leurs conséquences et les adaptations nécessaires concernant le financement.

Le 4 novembre 2019.

Latifa GAHOUCI.
Fatima AHALLOUCH.
Nadia El YOUSFI.
Bert ANCIAUX.

f) gezinnen die met een *burn-out* te maken krijgen, ondersteunen door adequate en prijsbewuste hulp te bieden, in het bijzonder aan eenoudergezinnen;

2) overleg te plegen met de sociale partners over de wenselijkheid om verder te gaan dan het syndroom «*burn-out*», zoals het door de WHO in haar ICD-11 wordt omschreven, en het als beroepsziekte te erkennen, met strikte richtsnoeren met betrekking tot de criteria voor de erkenning van deze ziekte;

3) de wetgeving inzake beroepsziekten op het gebied van *burn-out* uit te breiden tot zelfstandigen, na een onderbouwde analyse van de risico's, de gevolgen ervan en de noodzakelijke aanpassingen inzake financiering.

4 november 2019.