



## PUBLIC MANAGEMENT PROGRAMME

RAPPORT DE LA MISSION DE CONSULTATION  
VERSLAG VAN DE ADVIESOPDRACHT

**« Le Fonds des Maladies Professionnelles »  
« Het Fonds voor de Beroepsziekten »**

**« Analyse de la mission des bureaux régionaux »  
« Analyse van de functie van de gewestelijke bureaus »**

HILDE VANDEWEYER, NATHALIE HUYGENS, JO SANTY & YANN DUCATTEEUW

# TABLE DES MATIERES

Description de la mission de consultation.....	3
Mise en perspective du projet .....	4
1. Préambule .....	4
2. Le Fonds des Maladies Professionnelles .....	5
3. La mission du FMP .....	8
4. Le public-cible du FMP .....	11
5. Analyse van het jaarverslag 2005 van het FBZ.....	12
Méthodologie .....	23
Analyse de l'environnement – diagnostic externe – Het Fonds in zijn omgeving. ....	25
Analyse des bureaux régionaux – diagnostic interne.....	27
1. La répartition géographique et l'infrastructure.....	27
2. Les missions actuellement remplies par les bureaux régionaux .....	30
3. Communication externe et interne. ....	31
4. Le client .....	31
5. L'encadrement en personnel .....	32
Recommandations – Aanbevelingen.....	38
1. De opdrachten van de regionale kantoren .....	38
2. La répartition géographique .....	44
3. L'infrastructure .....	49
4. Externe en interne communicatie.....	50
5. Domaine de la prévention .....	54
6. Prise en considération de la nouvelle législation « Maladies en relation avec le travail » .....	60
7. P & O - Beheersimplementatie.....	62
Conclusions générales – Algemeen besluit.....	64

## Description de la mission de consultation

Notre équipe « PUMP 2006 » a été chargée d'une mission de consultation par la Direction Générale du Fonds des Maladies Professionnelles, afin de fixer les objectifs et tâches qui incombent aux bureaux régionaux de l'institution. En effet, le glissement des dossiers d'indemnisation liés aux cas classiques de l'industrie – et sa liste de maladies conventionnelles – vers le développement des maladies multicausales et /ou « liées au travail » contemporaines nécessite une analyse fine de la situation. En outre, les trois bureaux historiques (Borinage, Liège et Limbourg) liés aux vieux centres industriels ne correspondent plus à l'actuelle réalité économique des maladies professionnelles en Belgique. Dans ce contexte, une restructuration du fonctionnement des bureaux régionaux est plus que souhaitable.

Ce projet a eu pour défi de :

- Redéfinir les missions exactes des bureaux régionaux et ce, en phase avec l'actuelle réalité économique de la Belgique ;
- Fixer les objectifs à atteindre des bureaux régionaux, et notamment eu égard à la nouvelle législation relative aux maladies professionnelles.

Les objectifs de notre mission de consultation ont été de:

- Analyser le rapport annuel du Fonds des Maladies Professionnelles ;
- Situer les rôles et missions idéales du Fonds des Maladies Professionnelles en Belgique, et particulièrement que ceux des bureaux régionaux ;
- Réaliser un comparatif international avec les modes de fonctionnement en France et au Québec (Canada) ;
- Sonder les *stakeholders* liés de près ou de loin au Fonds Maladies professionnelles (patients, administration, cabinets politiques, syndicats, mutualités, fédérations professionnelles, ordre des médecins, etc.) ;
- Etudier les modes de décentralisation d'autres organismes publics et parastataux en Belgique (Fonds des Accidents de Travail, DG Contrôle du bien-être du SPF Emploi, Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, INAMI) ;
- Déterminer les modes de communications internes et externes les plus efficaces ;
- Evaluer la gestion et l'organisation des ressources humaines.

Il est utile de préciser que, suite aux recommandations des dirigeants du Fonds des Maladies Professionnelles lors de nos premières entrevues, nous avons misé sur la réorganisation des missions des bureaux régionaux dans l'optique de la prévention. Or, nos recherches et analyses successives nous ont convaincu que les bureaux régionaux se devaient d'assurer également d'autres rôles tous aussi essentiels. En outre, il est un fait que le domaine de la prévention ne peut être l'apanage du Fonds des Maladies Professionnelles uniquement et qu'il est partagé entre les entreprises, les régions et communautés, les syndicats, les médecins, etc.

## Mise en perspective du projet

### 1. Préambule

La plupart des gens consacrent 8 heures par jour, 5 jours par semaine, 50 semaines par an à leur travail. Alors que les relations homme-travail ont été amplement étudiées des points de vue politique, économique, sociologique, psychologique et médical, tous les aspects concernant la vie professionnelle ont, jusqu'ici, joué un rôle secondaire uniquement dans la surveillance de la santé.

Toutefois, on se rend de plus en plus compte que le travail n'est pas seulement une source de richesses pour la collectivité, mais qu'il peut aussi avoir des conséquences négatives sur la santé des hommes et la santé publique, et donc qu'il est un facteur de coût pour les sociétés modernes.

A titre d'exemple, l'OMS et la Banque mondiale attribuent 3% des années de vie perdues au facteur travail.

Le Bureau international du travail estime que les maladies liées au travail et les accidents professionnels représentent des pertes financières atteignant 4 % du produit national brut mondial.

Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ?

Toute maladie contractée sur les lieux de travail n'est pas considérée comme maladie professionnelle. Pour être considérée comme telle, la maladie doit être provoquée par le travail. L'exposition liée à la profession doit être plus grande que celle subie par la population générale.

Il existe en Belgique deux systèmes de réparation des maladies professionnelles :

**Un système liste:** basé sur une liste officielle de maladies professionnelles légalement reconnues (publiée au Moniteur Belge). La réparation du dommage est uniquement par l'apport de la preuve de l'exposition professionnel à l'agent nocif et la preuve de l'existence de la maladie. Les victimes ne doivent pas apporter la preuve du rapport de causalité entre la maladie et l'agent nocif ;

**Un système ouvert** (loi du 29 décembre 1990) dans lequel il appartient à la victime et à ses conseils d'apporter la preuve de la relation entre l'exposition et la maladie. Il s'agit aussi d'apporter la preuve du rapport de causalité individuel et exclusif entre l'agent nocif et l'affection.

Aujourd'hui, la nouvelle législation prévoit des adaptations de fond dans le secteur des maladies professionnelles.<sup>1</sup>

Il s'agit des maladies en relation avec le travail. Le FMP devrait pouvoir agir dans ce domaine afin d'éviter que de telles maladies en relation avec le travail évoluent et deviennent de réelles maladies professionnelles. Les interventions du Fonds pour les maladies en relation avec le travail seront spécifiques et limitées. La politique en matière de maladies en relation avec le travail n'a pas pour objectif d'indemniser en cas d'incapacité de travail (ces maladies ne sont pas assez spécifiques) mais de contribuer à la prévention de ces maladies et à la limitation de leurs conséquences nocives.

<sup>1</sup> Chambre des représentants de Belgique - 7 septembre 2004 - projet de loi - DOC 51 1334/001, Exposé des motifs

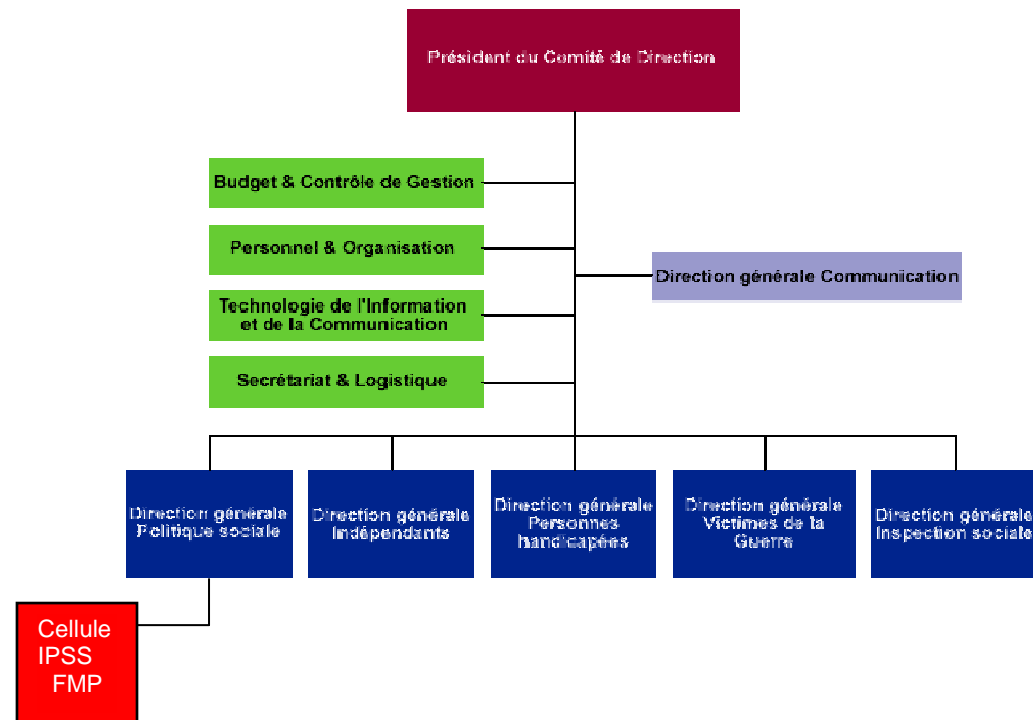
Un premier constat est de remarquer la réelle diminution des demandes d'indemnisation en termes de maladies professionnelles auxquelles le FMP applique le principe d'assurance et l'opportunité, avec cette nouvelle législation, de maintenir les activités et l'existence même du FMP.

## 2. Le Fonds des Maladies Professionnelles <sup>2</sup>

Le Fonds des maladies professionnelles est une institution publique de sécurité sociale<sup>3</sup>.

Le FMP fut créé en 1964 en remplacement du Fonds de prévoyance en faveur des victimes des maladies professionnelles qui existait depuis 1927. La loi du 24 juillet 1927 instaurait un système légal d'assurance contre le risque de maladies professionnelles.

**Tableau 1 Le FMP et sa relation avec le SPF Sécurité Sociale**



<sup>2</sup> Site du FMP : <http://www.FMP-fbz.fgov.be>.

<sup>3</sup> au sens de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions.

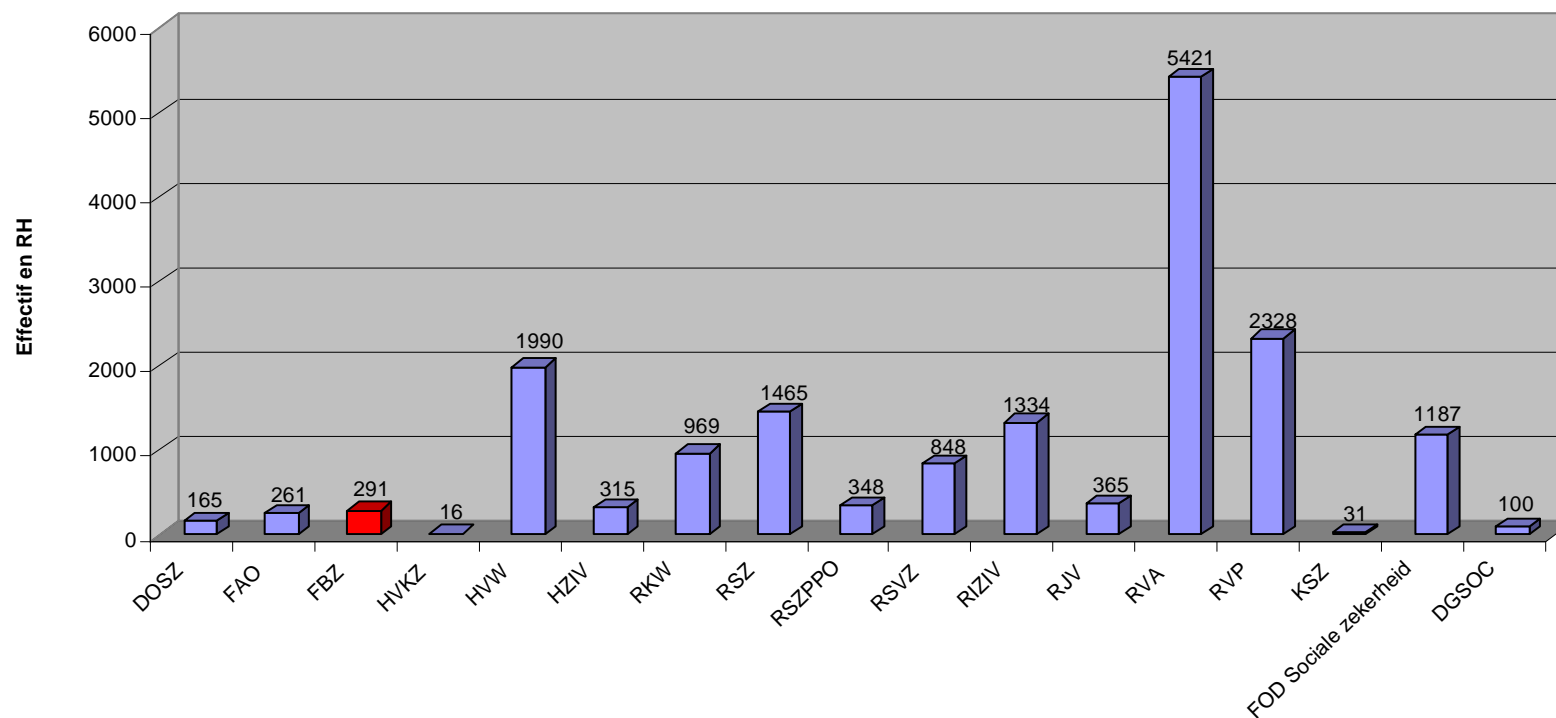
Le FMP est une institution autonome, avec une personnalité juridique propre. Il ne fait pas donc pas partie de la structure du SPF Sécurité Sociale.

Cependant, la DG Politique sociale contrôle a posteriori le statut et les contrats d'administration des IPSS (dont le FMP), en accord avec les commissaires du gouvernement (tutelle et budget).

Le contrat d'administration entre l'Etat et chaque IPSS porte sur la *gestion des missions* (objectifs à atteindre et moyens financiers mis à disposition pour une durée de 3 ans).

Le FMP dispose de deux ministres de tutelle, à savoir le Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique – M. Demotte – et le Ministre de l'Emploi – M. Vanvelthoven. Selon plusieurs sources proches du FMP, le partage des compétences n'est pas toujours garant de dynamisme dans la prise de décision.

**Tableau 2 L'importance en personnel du FMP dans le secteur de la Sécurité Sociale**



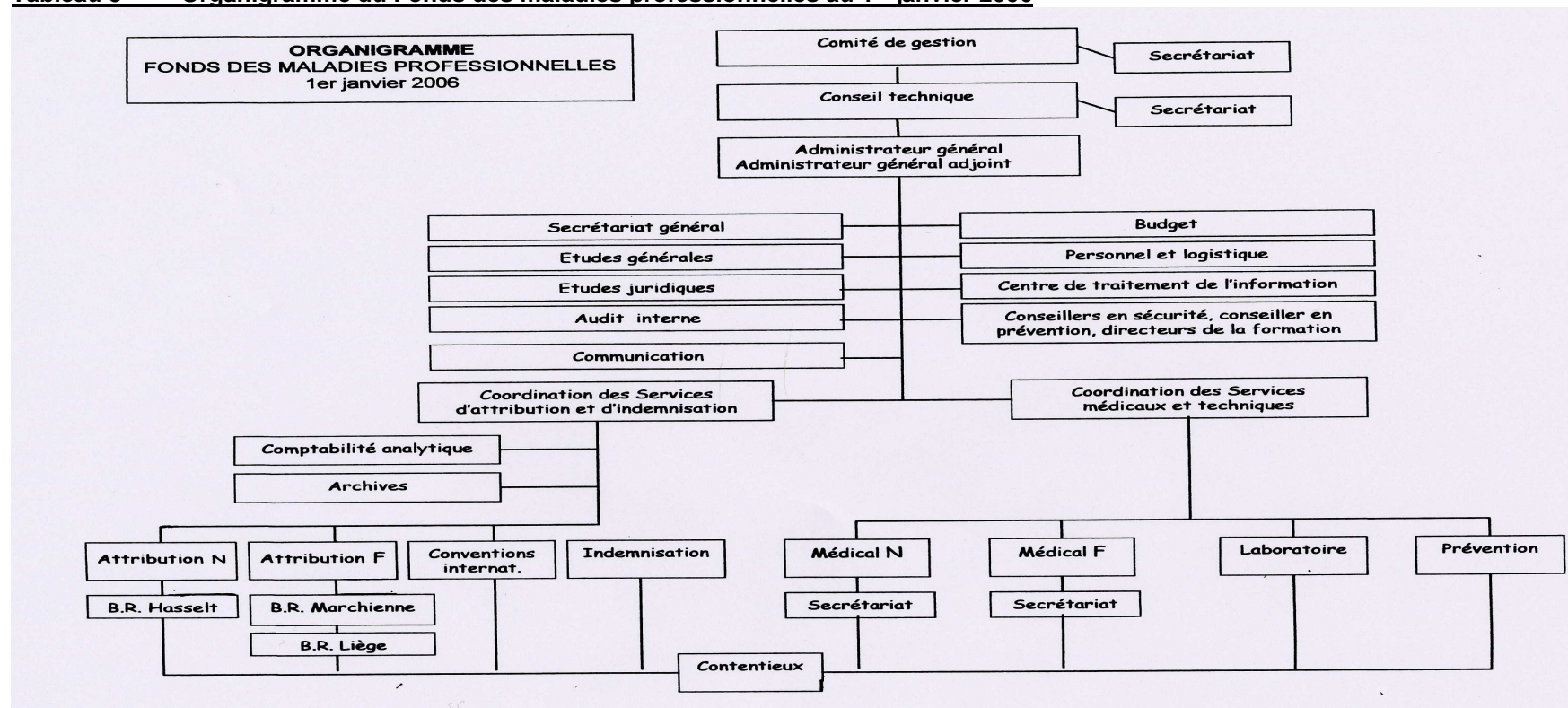
• Scission entre le budget de mission et le budget de gestion

Le FMP emploie 291 personnes<sup>4</sup>. alors que le budget du FMP se décompose en :

- 25 millions EUR de frais de fonctionnement (enveloppe fermée)
- 336 millions EUR en dépenses d'indemnisation (ouverte car dépend de la sécurité sociale).

Le budget des indemnisations du FMP est une part relativement minime en comparaison avec celui de la Sécurité Sociale. On constate que le montant des indemnisations est en constante diminution depuis quelques années, eu égard à l'évolution des maladies et de l'économie en Belgique, dont nous vous reparlons dans la suite de ce rapport.

**Tableau 3 Organigramme du Fonds des maladies professionnelles au 1<sup>er</sup> janvier 2006**



<sup>4</sup> Voir Tableau 2. L'importance en personnel du FMP dans le secteur de la Sécurité Sociale »

Le comité de gestion et le Conseil technique (cf :Conseil scientifique) sont les deux organes les plus importants dans le fonctionnement du FMP.

Etant un parastatal de la Sécurité sociale à gestion paritaire, le FMP est administré par un Comité de gestion composé d'un président et de sept membres représentant les organisations représentatives des employeurs et de sept membres représentant les organisations représentatives des travailleurs; seuls ces membres ont voix délibérative.

Outre ses pouvoirs en matière d'administration du Fonds, le Comité de gestion peut soumettre au Ministre des affaires sociales des propositions de modification aux lois et arrêtés qu'il est chargé d'appliquer, accompagnées d'un plan de financement en cas de charges financières supplémentaires; le Comité de gestion peut adresser au même Ministre des avis sur toutes les propositions de loi dont le Parlement est saisi.

A la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi<sup>5</sup>, des modifications sont à prévoir dans l'organigramme. Le Conseil technique se mue notamment en Conseil scientifique, dont nous soulignons l'importance au Point 5.3 Le rôle du Conseil scientifique.

### **3. La mission du FMP**<sup>6</sup>

Sa mission est d'assurer l'application des lois qui ont pour but de régler la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et de promouvoir la prévention de celles-ci.

#### **A. La mission de réparation**

Les missions de réparation sont exécutées par le FMP dans le cadre de sa mission d'indemnisation des dommages résultant de maladies professionnelles. Le FMP interviendra en cas :

- d'incapacité temporaire de travail ;
- d'incapacité de travail permanente ;
- de recours à des soins de santé liés à la maladie professionnelle ;
- de nécessité de l'aide d'une tierce personne ;
- de décès ;
- d'écartement temporaire ou définitif du milieu nocif : écartement total ou partiel.

La demande en réparation doit être obligatoirement rédigée via les formulaires prévus.

---

<sup>5</sup> Loi du 13 juillet 2006, publiée le 01/09/2006 au Moniteur Belge portant des dispositions diverses en matières de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle.

<sup>6</sup> Site Internet de SEMISUD (SEPP)

Les documents sont disponibles auprès du conseiller en prévention/médecin du travail, auprès d'un SEPPT, auprès des mutuelles et aussi sur le site Internet du FMP

Cette demande est traitée en plusieurs étapes au sein du FMP :

- administrative ;
- médicale : les médecins du FMP examinent et reconnaissent ou non la maladie professionnelle et/ou l'aggravation ;
- relative à l'exposition professionnelle : les ingénieurs du FMP vérifient s'il y a bien eu exposition au risque (possibilité d'enquête dans l'entreprise) ;
- relative à l'aspect financier: les services d'attribution calculeront l'intervention financière du FMP

Cette mission est partagée entre les 2 départements au sein du FMP :

- coordination des services d'attribution et d'indemnisation ;
- coordination des services médicaux et techniques.

## B. La mission de prévention

La maîtrise des risques professionnels est un enjeu à la fois pour les hommes, l'entreprise et la société. Si les maladies professionnelles ont un coût, la prévention est un investissement. La maîtrise des risques professionnels permet d'accroître les performances de l'entreprise. En effet, l'évaluation des risques et la recherche de mesures de prévention adaptées peuvent conduire à une remise en question du processus et des procédés de fabrication, des organisations, des moyens matériels, ce qui peut conduire à une réduction des coûts. Cette démarche de prévention entraîne dès lors des modifications qui rendent l'entreprise plus sûre, mais aussi plus performante et plus compétitive.

Comment le FMP exécute-t-il sa mission de prévention des maladies professionnelles ?

Prévenir c'est :

- éviter la maladie,
- éviter que la maladie s'aggrave,
- écarter du milieu nocif: temporaire ou définitif – l'écartement des femmes enceintes du milieu nocif,
- vacciner les groupes menacés : hépatite B du personnel soignant, ou la grippe (pour les victimes de maladies professionnelles spécifiques)
- enquêter sur les risques,
- assurer l'information sur les maladies professionnelles,
- étudier les maladies. par le biais :
  - **des déclarations :**

Les médecins du travail sont tenus de déclarer au médecin-inspecteur du travail et au médecin du FMP les maladies figurant sur

la liste belge des maladies professionnelles, ainsi que les autres maladies dont l'origine professionnelle est établie ou présumée et les prédispositions ou symptômes de ces maladies;

o **du rapport annuel du Conseil technique :**

Le Conseil technique est tenu d'établir chaque année un rapport chiffré sur l'évolution des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et sur les moyens de prévention appliqués ou découverts en Belgique ou ailleurs.

### La prévention en Belgique

La prévention primaire (empêcher l'apparition du dommage) est en premier lieu la mission des entreprises et de leurs conseillers en prévention. On constate que le FMP réalise, dans les faits, des missions de prévention primaire telles que la vaccination contre l'hépatite B dans les hôpitaux et l'écartement prophylactique des femmes enceintes, par exemple. Les préventions secondaire et tertiaire (empêcher que le dommage persiste ou augmente) coïncident d'ores et déjà avec certaines formes d'indemnisation accordées en vertu de la loi sur les maladies professionnelles. En effet, la cessation de l'activité professionnelle nocive et le remboursement des frais de soins de santé sont des mesures qui contribuent indéniablement à éviter des dommages à la santé ou l'aggravation de tels dommages.

Dans le même esprit, une réadaptation professionnelle, à charge du Fonds peut contribuer à diminuer le dommage économique résultant de la maladie professionnelle.

En ce qui concerne la mission des entreprises, la loi du 04 août 1996 (publiée au Moniteur Belge du 18 septembre 1996) oblige chaque employeur à créer un Service Interne de Prévention et de Protection au travail (S.I.P.P.).

Si l'entreprise occupe plus de 20 travailleurs, l'employeur doit disposer d'au moins un conseiller en prévention. Dans le cas contraire, l'employeur peut remplir lui-même cette fonction.

La mission de prévention demandée est définie dans le code sur le bien-être au travail et porte sur les domaines suivants<sup>7</sup> :

- la sécurité du travail
- la protection de la santé du travailleur au travail
- la charge psychosociale occasionnée par le travail
- l'ergonomie
- l'hygiène du travail
- l'embellissement des lieux de travail
- les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement, pour ce qui concerne leur influence sur les points de 1 à 6
- la protection des travailleurs contre la violence, et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

---

<sup>7</sup> Code sur le bien-être au travail : Article 4 page 54

L'employeur doit informer et former les travailleurs lors de l'engagement, d'une mutation ou d'un changement de fonction, de l'introduction ou d'un changement d'un nouvel équipement de travail, de l'introduction d'une nouvelle technologie. Il élabore une documentation sur ces différentes matières.

L'employeur est également responsable de la gestion planifiée et structurée de la prévention. Au moyen du Système Dynamique de Gestion des Risques (SDGR), il planifie la prévention et met en oeuvre la politique relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail suivant un modèle proposé par le législateur.

#### **4. Le public-cible du FMP**

Le FMP intervient pour tout travailleur engagé dans les liens d'un contrat de travail, mais aussi pour les apprentis, stagiaires, même s'ils ne perçoivent aucune rémunération ; ainsi que pour les élèves et étudiants qui sont durant leur formation exposés à un risque de maladies professionnelles.

Les membres du personnel appartenant aux Administrations provinciales et locales (A.P.L.) sont également assurés auprès du FMP contre les conséquences d'une maladie professionnelle.

Pour le personnel du secteur public et les militaires, d'autres règlements sont d'application. Les indépendants relèvent uniquement du régime d'assurance maladie-invalidité pour indépendants.

## 5. Analyse van het jaarverslag 2005 van het FBZ

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal aanvragen voor “schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid” privé-sector en sector provinciale en plaatselijke overheden (PPO) uitgesplitst naar aanvraag op basis van een beroepsziekte uit de “lijst” of een beroepsziekte “open systeem” en uitgesplitst naar eerste aanvraag en herzieningsaanvraag. Tevens een overzicht van de getroffen beslissingen uitgesplitst in verwerpingen, eerste positieve beslissingen en herzieningsbeslissingen.<sup>8</sup>

Aanvragen			beslissingen		
privé			Privé		
Lijst	1 <sup>e</sup> aanvraag	4 665	Lijst	Verwerping	3 067
	Herz. Aanvr.	1 398		1 <sup>e</sup> posit. Besl.	2 062
				Herz. besl.	1 409
open	1 <sup>e</sup> aanvraag	598	Open	Verwerping	551
	Herz.aanvr.	7		1 <sup>e</sup> posit. Besl.	115
				Herz.	3
PPO			PPO		
lijst	1 <sup>e</sup> aanvr	547	Lijst	verwerping	233
	Herz. Aanvr.	41		1 <sup>e</sup> posit. Besl.	308
				Herz.	23
open	1 <sup>e</sup> aanvr.	77	Open	verwerping	95
	Herz. Aanvr.	0		1 <sup>e</sup> posit. Besl.	3
				Herz.	0

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal aanvragen” ingevolge overlijden” privé-sector en sector provinciale en plaatselijke overheden (PPO) uitgesplitst naar aanvraag op basis van een beroepsziekte uit de “lijst” of een beroepsziekte “open systeem”. Tevens een overzicht van de getroffen beslissingen uitgesplitst in verwerpingen en positieve beslissingen.

Aanvragen		Beslissingen		
privé		Privé		
lijst	1 821	Lijst	verwerping	1 027
			positief	1 500
open	2	Open	verwerping	3
PPO		PPO		
lijst	4	Lijst	verwerping	1
			positief	4
open	0			

<sup>8</sup> Bron : Jaarverslag FBZ 2005

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal aanvragen “verwijdering andere dan zwangerschap” privé-sector uitgesplitst naar aanvraag op basis van een beroepsziekte uit de “lijst” of een beroepsziekte “open systeem”. Tevens een overzicht van de getroffen positieve beslissingen.

<b>Aanvragen</b>		<b>beslissingen</b>		
privé		privé		
lijst	81	Lijst	positief	75
open	1	open	positief	4

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal aanvragen “verwijdering zwangerschap” privé-sector en sector provinciale en plaatselijke overheden (PPO). Tevens een overzicht van de getroffen beslissingen: verwerping en positief.

<b>Aanvragen</b>		<b>Beslissingen</b>		
Privé	6 140	Privé	Verwerping	1 181
			Positief	4 947
PPO	1 953	PPO	Verwerping	246
			positief	1 615

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal beslissingen “hepatitis” uitgesplitst naar privé-sector en sector provinciale en plaatselijke overheden (PPO) en uitgesplitst in verwerping en positief.

<b>Beslissingen</b>	
Privé	
Verwerping	1 702
Positief	28 619
PPO	
Verwerping	680
Positief	6 319

In het hiernavolgend schema een overzicht voor het jaar 2005 van het aantal aanvragen “preventie rugaandoeningen” privé-sector en sector provinciale en plaatselijke overheden (PPO). Tevens een overzicht van de getroffen beslissingen uitgesplitst in verwerping en positief.

<b>aanvragen</b>		<b>beslissingen</b>	
privé+ PPO			
aanvragen	89	beslissingen	
		verwerping	25
		positief	64

De sociaal verzekerde heeft de mogelijkheid om beroep aan te tekenen indien hij niet akkoord is met de beslissing van het Fonds voor Beroepsziekten.

In 2005 werden 650 vonnissen uitgesproken. In 357 gevallen werd het Fonds in het ongelijk gesteld, in 293 in het gelijk. Van de negatieve uitspraken betroffen 312 dossiers betwistingen lijststelsysteem privé-sector, 33 betwistingen open systeem privé-sector, 11 betwistingen lijststelsysteem PPO sector en 1 betwisting open systeem PPO sector.

In 2005 werden 900 dagvaardingen ontvangen: 801 hebben betrekking op een beroepsziekte uit het lijststelsysteem privé-sector, 68 op een beroepsziekte open systeem privé-sector, 29 op een beroepsziekte lijststelsysteem PPO sector en 2 op een beroepsziekte open systeem PPO sector.

Aandacht dient ook beschouwd aan de historische evolutie van het aantal aanvragen voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid.

Wat de privé-sector betreft kan dit voor de eerste aanvragen in het lijststelsel als volgt samengevat:

in 1975: 9 643,  
piek in 1978: 10 517,  
lichte daling tot 1986: 6 995,  
stijging tot 1992: 9 340.  
sedert 1993 daling tot in 2005: 4 665.

Wat de privé-sector betreft kan dit voor de herzieningsaanvragen in het lijststelsel als volgt samengevat:

In 1975: 2 758  
Stijging tot 1978: 3 157  
Daling tot 1984: 2 225  
Stijging tot 1992: 2 889  
Daling tot 2003: 1 462  
In 2004: 2 169  
In 2005: 1 398

Wat de privé-sector betreft kan dit voor de eerste aanvragen in het open stelsel als volgt samengevat:

In 1991: 29  
Vanaf 1992 steeds meer dan: 556  
Stijging tot 2000 (piek): 1 610  
Daarna daling tot in 2005: 562

Wat de PPO betreft kan dit voor de eerste aanvragen in het lijststelsel als volgt samengevat:

In 1987: 74  
In 1988: 253  
Vanaf 1989 minstens: 406  
Piek in 1996: 592  
Opnieuw pieken in 2002: 546  
In 2003: 566  
In 2004: 550  
In 2005: 547

Wat de PPO betreft kan dit voor de herzieningsaanvragen in het lijststelsel als volgt samengevat:

In 1990: 1  
In 1991: 2  
stijging tot piek in 1999: 60  
daling tot in 2005: 41

Wat de PPO betreft kan dit voor de eerste aanvragen in het open stelsel als volgt samengevat:

In 1991: 2  
stijging tot piek in 2001: 149  
daling tot 2003: 93  
stijging in 2004: 115  
daling in 2005: 77

De historische evolutie van het aantal aanvragen ingevolge overlijden op basis van het lijststelsel in de privé-sector evolueert als volgt:

In 1997: 2 578

In 1998: 2 792

Daarna daling tot in 2005: 1 821

Ander belangrijk item is door wie de *aanvraag* voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid wordt ingediend. Het volgend schema geeft een overzicht voor de eerste aanvragen op basis van het lijststelsel in de privé-sector:

Aanvragen ingediend door	Aantal	Percentage
Betrokkene	1 804	38,7 %
Rechthebbende	13	0,3 %
Behandelend geneesheer	454	9,7%
Arbeidsgeneesheer	848	18,2 %
Ziekenfonds	862	18,5%
Andere	684	14,7%

Het volgend schema geeft een overzicht voor de eerste aanvragen op basis van het open systeem in de privé-sector:

Hoedanigheid aanvrager	Aantal	Percentage
Betrokkene	245	41,0 %
Rechthebbende	1	0,2 %
Behandelend geneesheer	36	6,0%
Arbeidsgeneesheer	97	16,2 %
Ziekenfonds	150	25,1%
Andere	69	11,5%

Bovendien een overzicht van het aantal *aangiften* door de arbeidsgeneesheren, inclusief de regionale spreiding.

Woonplaats van het slachtoffer	Percentage	Aantal
Brussel hoofdstad	4,2 %	69
Antwerpen	13,4 %	221
Vlaams Brabant	14,1 %	232
West-Vlaanderen	6,0 %	99
Oost-Vlaanderen	11,5 %	189
Limburg	12,1 %	199

Waals Brabant	2,4 %	40
Henegouwen	11,5 %	189
Luik	12,7 %	209
Luxemburg	5,1 %	84
Namen	5,2 %	86
buitenland	1,8 %	30
		1 647

Belangrijk: Na de *aangifte* door de arbeidsgeneesheer, wordt de werknemer door het Fonds uitgenodigd om een *aanvraag* om schadeloosstelling in te dienen.

Indien de werknemer binnen de termijn van 120 dagen een aanvraag indient, dan heeft deze als datum deze van de aangifte van de arbeidsgeneesheer.

Indien de werknemer na de termijn van 120 dagen een aanvraag indient, dan heeft deze als datum deze van ontvangst bij het Fonds.

.....

Welk is de gemiddelde leeftijd van de aanvrager?

Aanvraag voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid.

Privé		
Lijststelsel	Eerste aanvraag	50 jaar
	herzieningsaanv	65 jaar
Open systeem	Eerste aanvraag	49 jaar
PPO		
Lijststelsel	Eerste aanvraag	46 jaar

Aanvraag ingevolge overlijden:

Privé – lijststelsel – aanvraag: gemiddelde leeftijd: 77 jaar

.....

In het jaarverslag worden de gegevens ook volgens regionale spreiding genoteerd.

Het schema bevat een overzicht van de eerste aanvragen voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid op basis van het lijststelsel in de privé-sector en de eerste positieve beslissingen.

Woonplaats	% aanvragen	% positieve beslissingen
Brussel hoofdstad	2,7 %	2,0 %
Antwerpen	10,0 %	10,0 %
Vlaams Brabant	6,2 %	5,6 %
West-Vlaanderen	6,0 %	5,6 %
Oost-Vlaanderen	6,0 %	6,5 %
Limburg	11,0 %	17,3 %
Waals Brabant	1,5 %	1,3 %
Henegouwen	24,0 %	20,6 %
Luik	21,1 %	22,2 %
Luxemburg	2,0 %	1,4 %
Namen	6,0 %	4,8 %
Buitenland	3,0 %	2,8 %

Het schema bevat een overzicht van de eerste aanvragen voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid op basis van het lijststelsel in de PPO (Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten) en de eerste positieve beslissingen.

Woonplaats	% aanvragen	% positieve beslissingen
Brussel hoofdstad	3,7 %	1,6 %
Antwerpen	6,8 %	19,0 %
Vlaams Brabant	5,5 %	1,6 %
West-Vlaanderen	4,4 %	4,8 %
Oost-Vlaanderen	9,0 %	7,9 %
Limburg	6,8 %	9,5 %
Waals Brabant	1,3 %	1,6 %
Henegouwen	21,8 %	9,5 %
Luik	27,1 %	34,9 %
Luxemburg	7,1 %	1,6 %
Namen	6,4 %	6,3 %
buitenland	0,4 %	1,6 %

Het schema bevat een overzicht van de herzieningsaanvragen voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid op basis van het lijststelsel in de privé-sector.

Woonplaats	Percentage
Brussel hoofdstad	1,9 %
Antwerpen	4,5 %
Vlaams Brabant	1,9 %
West-Vlaanderen	1,9 %
Oost-Vlaanderen	2,0 %
Limburg	16,7 %
Waals Brabant	0,4 %
Henegouwen	30,3 %
Luik	26,9 %
Luxemburg	0,9 %
Namen	4,6 %
buitenland	7,8 %

Het schema bevat een overzicht van de eerste aanvragen voor schadeloosstelling wegens arbeidsongeschiktheid op basis van het open systeem in de privé-sector.

Woonplaats	% aanvragen
Brussel hoofdstad	2,0 %
Antwerpen	12,5 %
Vlaams Brabant	6,4 %
West-Vlaanderen	9,2 %
Oost-Vlaanderen	6,9 %
Limburg	6,9 %
Waals Brabant	2,8 %
Henegouwen	21,9 %
Luik	18,4 %
Luxemburg	2,8 %
Namen	6,5 %
buitenland	3,7 %

Het schema bevat een overzicht van de aanvragen ingevolge overlijden op basis van het lijststelsel in de privé-sector en de positieve beslissingen.

Woonplaats	% aanvragen	% positieve beslissingen
Brussel hoofdstad	2,2 %	2,4 %
Antwerpen	7,4 %	8,9 %
Vlaams Brabant	3,5 %	4,1 %
West-Vlaanderen	3,1 %	2,7 %
Oost-Vlaanderen	3,9 %	5,2 %
Limburg	11,6 %	9,3 %
Waals Brabant	0,9 %	1,3 %
Henegouwen	27,5 %	30,0 %
Luik	12,3 %	13,9 %
Luxemburg	0,8 %	1,5 %
Namen	3,3 %	3,1 %
buitenland	23,5 %	17,6 %

.....

Preventie: verwijdering wegens zwangerschap

Een kort overzicht van de historische evolutie van het aantal aanvragen en positieve beslissingen.

Privé – Aanvragen

In 1995: 2 387

Stijging tot in 2005: 6 140

PPO – Aanvragen

In 1995: 75

Stijging tot in 2004: 1 971

Privé – positieve beslissingen

In 1995: 1 530

Stijging tot in 2004: 5 250

In 2005: 4 947

PPO – positieve beslissingen

In 1998: 252

Stijging tot in 2005: 1 615

Een overzicht van de regionale spreiding van de aanvragen en de positieve beslissingen verwijdering zwangerschap.

Woonplaats	Aanvragen privé	Aanvragen PPO	Posit besl privé	Posit besl PPO
Brussel hoofdst.	7,8 %	11,1 %	7,5 %	11,5 %
Antwerpen	8,0%	2,5 %	7,9 %	1,6 %
Vlaams Brabant	8,4%	4,3%	8,1 %	5,1 %
W-Vlaanderen	12,3 %	3,8 %	12,2 %	3,8 %
O-Vlaanderen	12,7 %	9,0%	13,3 %	12,1 %
Limburg	7,9 %	12,2%	7,9 %	10,6 %
Waals Brabant	4,5 %	4,0 %	4,8 %	3,4 %
Henegouwen	16,5 %	16,1 %	15,7 %	17,0 %
Luik	10,4 %	19,9 %	9,9 %	20,4 %
Luxemburg	2,8%	7,1 %	3,1 %	5,5 %
Namen	7,1 %	9,0 %	8,0 %	8,7 %
buitenland	1,6 %	1,0 %	1,5 %	0,2 %

.....

Preventie: aanvragen preventie hepatitis

Privé

In 1995: 38 494

In 1996: 43 576

daling tot 1999: 30 535

Stijging tot 2001: 35 379

Ongeveer status quo tot in 2005: 29 197

PPO

In 1995: 8 813

Daling tot 1998: 5 702

Stijging tot piek in 2001: 8 805

Daling tot in 2005: 6 673

Een overzicht van de regionale spreiding van de positieve beslissingen.

Woonplaats	Posit besl privé	Posit besl PPO
Brussel hoofdstad	7,0 %	8,3 %
Antwerpen	17,1 %	16,8 %
Vlaams Brabant	9,0 %	8,5 %
West-Vlaanderen	12,7 %	12,4 %
Oost-Vlaanderen	16,5 %	14,2 %
Limburg	8,6 %	8,1 %
Waals Brabant	2,1 %	1,5 %
Henegouwen	11,8 %	16,9 %
Luik	9,1 %	7,2 %
Luxemburg	1,7 %	2,7 %
Namen	3,6 %	3,1 %
buitenland	0,8 %	0,2 %

.....

Preventie van de rugaandoeningen

Gemiddelde leeftijd: 40 jaar

Een overzicht van de regionale spreiding van de aanvragen en de beslissingen (privé + PPO).

Woonplaats	Aanvragen	Beslissingen
Brussel hoofdstad	3,4 %	4,7 %
Antwerpen	6,7 %	7,8 %
Vlaams Brabant	2,2 %	1,6 %
West-Vlaanderen	39,3 %	40,6 %
Oost-Vlaanderen	24,7 %	17,2 %
Limburg	4,5 %	3,1 %
Waals Brabant	1,1 %	1,6 %
Henegouwen	5,6 %	7,8 %
Luik	6,7 %	7,8 %
Luxemburg	1,1 %	1,6 %
Namen	4,5 %	6,3 %

## Méthodologie

Le recueil des informations nécessaires dans le cadre de cette mission a été obtenu par le biais d'entretiens, de visites pour l'observation directe, de réunions avec les personnes-ressources et d'études de données et de documents internes.

Cette phase nous a permis en particulier de capter les points de vue des acteurs d'environnements différents et de constater les faits sur le terrain, notamment via :

- **Des réunions** de production et de suivi avec les personnes-ressources du FMP associés au projet qui nous ont fait part de leur expérience, ont formulé des propositions, ont réagi par rapport à nos analyses ou hypothèses :
  - Entretien avec le FMP, le 29 juin 2006 – phase d'entrée en contact avec le commanditaire et définition des objectifs.
  - Entretien avec le FMP, le 18/07/2006 + entretien avec un ingénieur en prévention du FMP.
  - Entretien avec FMP, le 11/10/2006 + entretien avec le responsable communication du FMP.
  
- **Des entretiens avec les acteurs clés de l'organisationnel et du politique :**
  - Entretien avec Mr Amaury Legrain du SPF sécurité sociale le 17/07/2006. (les contrats d'administration – IPSS, le fonctionnement des IPSS)
  - Entretien avec Mme Sylvie Damien, commissaire au gouvernement, le 19/07/2006. ( le politique, les impulsions)
  - Entretien avec M. Franssen (en charge du dossier FMP au sein du cabinet de Monsieur Demotte) afin de connaître la position du cabinet Demotte quant aux missions du FMP, le 28/09/2006.
  - Interview Mr Uytterhoeven, Administrateur-general FMP le 23 octobre 2006.
  
- **Des entretiens avec les acteurs du domaine de la prévention en Belgique et des professionnels de la sécurité-santé :**
  - Contact avec Mme Patricia Servais de la Fondation contre le cancer (les cancers d'origine professionnelle) et Mr Jacques Brugère Conseiller médical à la Ligue contre le Cancer de France.
  - Raadpleging van de informatie op de website van de FOD WASO en gesprek met een medewerker.
  - Entretien avec Mr Mark Creylman, du SCPPT, le 15/09/2006.
  - Entretien avec Mr Willy Imbrechts, de l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le 15/09/2006.
  - Gesprek met de heer Michel Vermeylen, huisarts en voorzitter van AMF-VVH (huisartsen onder ABSYM-BVAS) op 19/10
  - Gesprek met de Nationaal Bureau van de Orde van Geneesheren op 19/10
  - Guido Rasschaert, alg. secr. ACOD openbare dienst per mail 27/9
  - Gesprekken met meerdere mutualiteiten (Christelijke Mutualiteit, Socialistische Mutualiteit, Liberale Mutualiteit, Onafhankelijk ZiekenFonds)
  - Gesprekken met Dr. Roland Van den Eede, huisarts in Hoboken, voorzitter van Mensura (Ext. Dienst voor preventie), verbonden aan Parthena (6% Mut.), lid technische raad FBZ en ad hoc commissies FBZ op 24/10
  - Hilde Duroi en X (specialist preventie) van ABVV Federaal en Hilde is lid van het Beheerscomité van het FBZ (en het FAO)
  - Anne Reyniers, personeelsverantwoordelijke bij de SERV
  - Raadpleging van de informatie op de website van UNIZO en gesprek met een medewerker.

- Gesprek Anon. Huisarts Maasmechelen op 23/10
- **Des entretiens avec les acteurs sur le terrain et visite des bureaux régionaux.**
  - Bezoek aan het kantoor Hasselt en gesprek met mevrouw Leten op 21 september 2006.
  - Visite du centre de Liège et entretien avec Mme Hendricks, le 17/10/2006.
  - Visite du centre de Charleroi et entretien avec Mme Anne Vandenbulcke, le 17/10/2006.

L'ensemble des informations recueillies nous a permis d'effectuer l'analyse du secteur des maladies professionnelles et de formuler un diagnostic des bureaux régionaux enfin d'aboutir aux recommandations finales.

## Analyse de l'environnement – diagnostic externe – Het Fonds in zijn omgeving.

De materie van de beroepsziekten wordt niet enkel behandeld bij het Fonds voor Beroepsziekten, maar ook bij de Federale Overheidsdienst voor Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO).

In principe moet iedere arbeidsgeneesheer die bij een werknemer een geval van beroepsziekte vaststelt of die er door een andere arts (bv de behandelende arts) van op de hoogte is gebracht, dit meedelen aan de geneesheer-arbeidsinspecteur van FOD WASO en aan de geneesheer-adviseur van het FBZ.

De arbeidsgeneesheer moet de werknemer meedelen of hij in aanmerking komt voor een eventuele schadeloosstelling voor die beroepsziekte en hem de nodige getuigschriften bezorgen.

De beslissing inzake schadeloosstelling behoort tot de exclusieve bevoegdheid van het FBZ.

De geneesheer-arbeidsinspecteur van de FOD WASO is bevoegd om te controleren of de werkgever de reglementering heeft nageleefd en wat de arbeidsomstandigheden van de betrokken werknemer zijn. Hij mag voorstellen die omstandigheden te wijzigen teneinde herhaling van de ziekte te voorkomen.

Er bestaat een samenwerkingsverband van het Fonds voor Beroepsziekten met de Federale Overheidsdienst voor Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO).

De samenwerking heeft betrekking op o.a. de coördinatie van de acties betreffende de bescherming van en het toezicht op de gezondheid van de werknemers, met inbegrip van het opmaken van codes van goede praktijk; het formuleren van voorstellen tot het onderling in overeenstemming brengen van de wetgevingen betreffende onder meer vaccinaties en moederschapbescherming; de preventie van de pathologieën die niet van beroepsoorsprong zijn, maar die beroepsgebonden zijn of waarop bepaalde beroepsactiviteiten een negatieve invloed hebben; het verzamelen en het optimaal uitbaten van de informatie welke door beide instellingen ingezameld worden, met het oog op wetenschappelijke studies en onderzoeken; het gemeenschappelijk opstellen en publiceren van brochures en documenten; het meedelen van de resultaten van enquêtes uitgevoerd in de ondernemingen in het kader van aangiften van beroepsziekte of naar aanleiding van aanvragen om schadeloosstelling voor beroepsziekte en de exploitatie ervan met preventieve doeleinden; op de gezondheid van de werknemers ;.....<sup>9</sup>

Daarenboven zijn er op het vlak van het welzijn op het werk meerdere bevoegde instanties.

Op ondernemingsniveau zijn er twee organen, nl. de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk geleid door een preventieadviseur en in ondernemingen met minstens 50 werknemers het comité voor preventie en bescherming op het werk, zijnde een orgaan voor overleg tussen werkgever en werknemers. De hoofdplicht van dit comité is zoeken naar en voorstellen van de middelen die

<sup>9</sup> Bestuurovereenkomst 2006 – 2008 tussen de Belgische Staat en het Fonds voor beroepsziekten

moeten zorgen voor optimale arbeidsomstandigheden op het vlak van veiligheid, hygiëne en gezondheid. Daartoe brengt het comité meer bepaald adviezen uit en formuleert het voorstellen inzake het beleid ter preventie van ongevallen en van beroepsziekten.

Op nationaal vlak zijn er de Hoge Raad voor preventie en bescherming op het werk, een adviesorgaan dat advies geeft over nieuwe reglementeringen, de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk, waar de werkgever beroep op doet wanneer de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk niet alle taken zelf kan uitvoeren, en de erkende diensten voor technische controles, welke specifieke taken verrichten die bepaalde zeer technische prestaties omvatten.

Andere belangrijke actoren betrokken bij de materie van de beroepsziekten zijn de mutualiteiten, inzonderheid de medisch adviseurs, en de medische sector (huisartsen, verpleegkundigen, specialisten,...).

## Analyse des bureaux régionaux – diagnostic interne

### 1. La répartition géographique et l'infrastructure

#### 1.1 La répartition géographique :

La nouvelle législation prévoit : « Le Fonds des maladies professionnelles a son siège à Bruxelles; il peut établir des bureaux localisés dans différents endroits du pays. Le Comité de gestion détermine le nombre et la localisation de ces bureaux et définit les activités qui y sont exercées »<sup>10</sup>

Les bureaux régionaux actuels correspondent au passé sidérurgique et minier de la Belgique. Ils sont situés à Hasselt, Liège et Marchienne au Pont près de Charleroi.

La Belgique, dans sa globalité, n'est donc pas idéalement desservie en terme de localisation des bureaux régionaux.

#### 1.2 L'infrastructure :

##### ***Le bâtiment :***

Les bureaux régionaux n'appartiennent pas au FMP et sont donc loués. Le FMP est uniquement propriétaire de son bâtiment à Bruxelles.

Les locaux régionaux sont situés sur des sites hospitaliers (Charleroi et Liège) mais ceux-ci ne répondent pas toujours aux normes applicables dans de telles structures.

Par exemple, à Liège, le tapis-plein présent dans les locaux, se retrouve également dans les salles d'examen, ce qui n'est pas adapté aux dispositions médicales en vigueur. Cette mise en conformité – dans ce cas, la pose d'un vinyle – devrait être réalisée par le locataire ou le propriétaire mais demande des budgets importants.

Ce manque de souplesse pour des aménagements divers est une conséquence directe de la location.

##### ***Le choix du site – l'accessibilité – la signalétique***

##### ***Liège :***

Le bureau se trouve sur le site de la polyclinique de Liège au 2<sup>ème</sup> étage. (voir photos en annexe)

Ce bureau n'est pas très facile d'accès en transport en commun et l'accès en voiture est assez compliqué car les parkings aux alentours sont très encombrés.

La signalétique est déplorable, il n'existe pas de « totem » général à l'entrée du site indiquant la direction du FMP.

<sup>10</sup> Chambre des représentants de Belgique - 7 septembre 2004 - projet de loi - DOC 51 1334/001

De plus, dans le hall d'accueil de la polyclinique, aucune indication ne permet de s'y rendre facilement. Seules des indications dans les ascenseurs et une plaque au 2<sup>ème</sup> étage rassurent quant à la bonne direction.

A l'accueil du FMP, une sonnette permet aux clients de s'annoncer. Cette idée est astucieuse afin de ne pas devoir employer une personne supplémentaire mais elle fait sourire et inconsciemment reflète quelque peu le côté archaïque de l'organisation.

#### **Charleroi :**

Le bureau se trouve sur le site de la polyclinique Van Gogh de Marchienne au pont. (voir photos en annexe)

Ce bureau est difficile d'accès en transport en commun et est éloigné des grands axes routiers.

Le FMP est situé au rez-de-chaussée mais aucune indication extérieure ne permet de s'y rendre aisément.

Les locaux de ce bureau sont vides et sous-utilisés de même que la signalétique est déplorable. Il n'existe en effet pas de « totem » général à l'entrée du site indiquant la direction du FMP.

Auparavant, le bureau était un hôpital pour les mineurs d'une capacité de 120 lits situé à Morlanwez.

La décision de fermer la partie hospitalisation a été prise en 1985 alors que celle de déplacer le service expertise médicale vers Marchienne au pont l'a été en 2001.

Malheureusement, le bureau de Morlanwez était mieux localisé, et l'accessibilité plus aisée que désormais à Marchienne au Pont.

#### **Hasselt :**

Contrairement aux autres bureaux, les locaux du bureau de Hasselt ne se situent pas dans un hôpital, mais au rez-de-chaussée d'un petit immeuble. Le bâtiment est à front de rue, à quelques mètres du « groene boulevard » (petite ceinture) de Hasselt, près du centre-ville, dans l'environnement immédiat d'un arrêt d'autobus et d'un grand parking sous-terrain.

On constate qu'à l'exception du bureau d'Hasselt, la localisation ainsi que la signalétique sont déficientes.

## Les coûts en infrastructure

**Tableau 4** Tableau comparatif des coûts liés aux bureaux régionaux

VERGELIJKENDE TABEL REGIONALE KANTOREN			
KANTOOR HASSELT	2004	2005	
	Gerealiseerd	Betaald	Raming
Huur + huurlasten	24.581,88 €	20.276,48 €	26.385,80 €
Water	0,00 €	134,14 €	134,14 €
Onderhoud lokalen	8.172,83 €	5.681,73 €	7.804,15 €
Verzekeringen	138,39 €	145,80 €	145,80 €
Onderhoudskosten meubilair en materiaal	185,12 €	142,84 €	290,16 €
Electriciteit + gas	3.000,91 €	2.729,76 €	4.094,65 €
Diverse kosten	66,96 €	48,46 €	48,46 €
Telefoon	8.153,08 €	7.727,90 €	8.168,30 €
Frankering briefwisseling	214,00 €	143,00 €	248,24 €
<b>Totaal kantoor Hasselt</b>	<b>44.513,17 €</b>	<b>37.030,11 €</b>	<b>47.319,70 €</b>
KANTOOR LUIK	2004	2005	
	Gerealiseerd	Betaald	Raming
Huur + huurlasten	52.252,92 €	51.792,29 €	53.273,31 €
Water	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Onderhoud lokalen	6.106,80 €	0,00 €	6.717,48 €
Verzekeringen	434,99 €	458,32 €	458,32 €
Onderhoudskosten meubilair en materiaal	273,04 €	210,30 €	290,40 €
Electriciteit + gas	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Diverse kosten	275,98 €	204,24 €	231,97 €
Telefoon	9.289,83 €	8.787,59 €	9.329,88 €
Frankering briefwisseling	279,60 €	156,00 €	324,36 €
<b>Totaal kantoor Luik</b>	<b>68.913,16 €</b>	<b>61.608,74 €</b>	<b>70.625,72 €</b>
KANTOOR MARCHIENNE	2004	2005	
	Gerealiseerd	Betaald	Raming
Huur + huurlasten	23.491,00 €	20.936,00 €	20.936,00 €
Water	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Onderhoud lokalen	6.395,72 €	4.809,38 €	6.600,00 €
Verzekeringen	146,42 €	154,26 €	154,26 €
Onderhoudskosten meubilair en materiaal	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Electriciteit + gas	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Diverse kosten	110,30 €	98,67 €	98,67 €
Telefoon	7.051,14 €	6.416,74 €	7.368,44 €
Frankering briefwisseling	96,80 €	47,00 €	112,30 €
<b>Totaal kantoor Marchienne</b>	<b>37.291,38 €</b>	<b>32.462,05 €</b>	<b>35.269,67 €</b>

L'ensemble des frais liés à l'infrastructure comprend les charges locatives, l'entretien des locaux, les charges énergétiques, les investissements en mobilier etc...

Nous verrons ci-dessous qu'il est important de maîtriser correctement cette partie des frais généraux en relation avec les objectifs que l'on veut atteindre. (voir page 49)

## **2. Les missions actuellement remplies par les bureaux régionaux**

Les bureaux régionaux répondent tous à la mission de base du FMP, à savoir la réparation. Celle-ci n'est cependant pas remplie de la même manière dans les trois bureaux régionaux, surtout en ce qui concerne le suivi administratif, partiellement ou totalement centralisé à Bruxelles.

La mission de prévention est quasiment absente dans les bureaux régionaux. Au cas par cas, le personnel essaie de répondre au mieux aux questions posées dans ces matières.

La relation client correspond à 50% de l'emploi du temps de certaines personnes des bureaux régionaux. Ce constat est important dans la mesure où si la demande existe, l'offre actuelle et future doit encore pouvoir y répondre.

Ci-dessous, nous dressons un inventaire des activités exercées dans les trois bureaux régionaux :

### **Liège :**

- Accueil des patients ou futurs patients. (15 à 20 personnes par jour)
- Aide pour remplir les formulaires de demande d'indemnisation (personnes âgées, étrangers...)
- Vérification des demandes en aggravation.
- Vérification de la facturation externe à Liège et paiement à Bruxelles.
- Indemnisation des malades : encodage et calcul des soins de santé à Liège, paiement à Bruxelles 2x/mois.
- Expertise médicale importante.
- Traitement des demandes de vaccination.

### **Charleroi :**

- Accueil des patients ou futurs patients.
- Aide pour remplir les formulaires de demande d'indemnisation (la mutualité « socialiste » (!) se charge également de cela en grande partie)
- Vérification de la facturation externe et paiement à Bruxelles.
- Expertise médicale réduite, les malades vont directement à Bruxelles dans beaucoup de cas.

### **Hasselt :**

- Accueil des visiteurs et réponse aux demandes de renseignements
- Renseignements par téléphone : pas uniquement sur les tâches remplies à Hasselt, mais aussi sur des dossiers traités à Bruxelles, l'employé de Hasselt étant un intermédiaire avec les services à Bruxelles.
- Assistance administrative (inscription, suivi des dossiers, lors des examens médicaux à l'hôpital Virga Jesse à Hasselt)
- Ordre de paiement des soins de santé des ayants droit habitant en Flandre (paiement effectif à Bruxelles)

### **3. Communication externe et interne.**

#### ***Communication externe :***

Le FMP n'est pas suffisamment visible. Les (futurs) personnes indemnisées y sont envoyées soit par le médecin du travail, soit par le médecin traitant, soit grâce au bouche à oreille d'anciens collègues, de l'entourage etc.

Les formulaires de demandes en réparation sont rarement remplis en ligne, les applications Internet n'étant pas utilisées par les ayants droits. Ces formulaires sont à disposition dans les bureaux régionaux.

#### ***Communication interne :***

Les collaborateurs des bureaux régionaux ressentent souvent n'être que de simples intermédiaires avec les services de Bruxelles. Si l'information demandée par le client ne peut pas être fournie malgré l'expérience acquise et/ou la consultation d'autres collègues, le personnel contacte lui-même le centre de Bruxelles à cet effet.

Les bureaux régionaux sont apparemment laissés à leur propre sort et il n'y a pas suffisamment d'interactions avec le bureau central de Bruxelles. Pour les bureaux régionaux, c'est la règle de la débrouille plutôt que la mise en application d'un organigramme. C'est en effet davantage par expérience et/ou connaissance de certains membres du personnel à Bruxelles, que le personnel des bureaux régionaux obtient les renseignements nécessaires.

### **4. Le client**

On constate que la plupart des personnes indemnisées des bureaux régionaux sont âgées de plus de 65 ans. Ceux-ci ont pour habitude de se rendre dans ces bureaux plutôt que d'envoyer les formulaires et autres pièces administratives par la poste. Ils ne comprennent pas le jargon administratif de Bruxelles, considéré comme une grosse machine administrative. A l'inverse, ils préfèrent recevoir et comprendre les informations via le personnel des bureaux régionaux. Les petites structures ont ce caractère plus familial et plus sécurisant important pour les personnes âgées.

En outre, certaines personnes de nationalité étrangère (italiens, arabes, grecs, etc.) ont bien des difficultés à remplir les formulaires, même si ceux-ci ont été considérablement simplifiés récemment.


Aussi, on constate que certains ayants droit téléphonent au bureau de Hasselt, dans l'unique but de pouvoir parler leur propre langue, ce qui ne leur est pas assuré au centre de Bruxelles.


Pour les nouvelles demandes, les clients et clients potentiels sont âgés entre 45 et 60 ans. Ces personnes malades ont des difficultés pour se déplacer jusque Bruxelles et se faire examiner médicalement.

## 5. L'encadrement en personnel

### 5.1. Le personnel du FMP des bureaux régionaux par niveau et statut, en comparaison avec le centre de Bruxelles

Tableau 5 : Personnel effectif des bureaux régionaux par niveau

	<b>Personnel effectif par niveau</b>					
	Pér. : 2006 - Réal. : 20/09/2006 (9:31:41)					
	Hommes		Femmes		Total par niveau	
	Stat.	Contr.	Stat.	Contr.	Stat.	Contr.
Niveau A	30	0	28	0	58	0
Niveau B	6	4	17	6	23	10
Niveau C	40	4	65	14	105	18
Niveau D	8	4	33	26	41	30
	<b>84</b>	<b>12</b>	<b>143</b>	<b>46</b>	<b>227</b>	<b>58</b>
dont :						
	<b>Bureau régional de Marchienne</b>					
Niveau A	0	0	0	0	0	0
Niveau B	0	0	0	0	0	0
Niveau C	1	0	1	0	2	0
Niveau D	0	0	0	0	0	0
	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	2 infirmiers. et 2 médecins (collaborateurs) dont 1 pneumologue et 1 orthopédiste : visite le mercredi AM. Pas de responsable.					

	<b>Personnel effectif par niveau</b>					
	Pér. : 2006 - Réal. : 20/09/2006 (9:31:41)					
	Hommes		Femmes		Total par niveau	
	Stat.	Contr.	Stat.	Contr.	Stat.	Contr.
	<b>Bureau régional de Liège</b>					
Niveau A	0	0	0	0	0	0
Niveau B	0	0	0	0	0	0
Niveau C	0	0	3	0	3	0
Niveau D	2	0	4	0	6	0
	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>
	9 administratifs (dont 1 infirmière) et 5 médecins (collaborateurs) dont 1 médecin généraliste, 2 chirurgiens orthopédiste, 1 dermatologue et 1 ORL.					
	<b>Gewestelijk Bureau van Hasselt</b>					
Niveau A	0	0	0	0	0	0
Niveau B	0	0	1	0	1	0
Niveau C	1	0	1	0	2	0
Niveau D	0	0	0	0	0	0
	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
	1 assistant social (niveau B) (0,8 ETP) 2 assistants administratifs (niveau C) (1,5 ETP) et 1 collaborateur mis à disposition par Belgacom Pas de responsable.					

### **Commentaires :**

Le personnel des bureaux régionaux – uniquement administratif et statutaire – ne représente que +- 6 % de l'effectif total du FMP. Les médecins sont uniquement des collaborateurs indépendants. On constate une carence en médecins spécialisés (ex : dermatologue, le pneumologue) ce qui s'explique en partie par le fait que certains médecins partis à la retraite n'ont pas été remplacés.

L'assistante sociale n'existe plus aujourd'hui alors que les infirmiers de Charleroi n'exercent plus leur métier de base mais sont assignés à d'autres missions.

Outre le fait que les bureaux régionaux sont, comme on l'a vu abandonnés à leur sort, il n'y a ni niveau A administratif ni responsable de gestion. Le personnel des bureaux s'engage véritablement à traiter les demandes d'indemnisation quotidiennement et mettent un point d'honneur à accueillir au mieux les clients mais ce n'est pas toujours évident.

Les responsables actuels de Liège et de Hasselt sont des niveaux B et, selon leur dire, font le maximum dans les limites de leurs possibilités alors qu'à Charleroi, la responsable partie à la retraite n'a même pas été remplacée.

### **5.2. Les coûts en infrastructure liés au personnel en place.**

La maîtrise des frais généraux est importante pour une société mais également pour une organisation performante.

Trois postes des frais généraux ont besoin d'une attention toute particulière : le coût de l'immobilier, les salaires du personnel administratif et la facturation.

Dans le cadre du FMP, nous avons jugé intéressant de s'attarder sur le coût de l'immobilier en relation avec le personnel en place en analysant les données récoltées ci-avant.

#### Coûts par employé

**Liège** : 68.913,16 euros/14 PP<sup>11</sup> = **4922,37** euros/an/employé

**Charleroi** : 37.291,38 euros/ 4 PP= **9322,85** euros/an/employé

**Hasselt** : 44.513,17 euros/ 4 PP= **11128,29** euros/an/employé

---

<sup>11</sup> PP= personne physique

Comme données de référence et de comparaison, nous avons pris un immeuble de bureau Bruxellois où l'ensemble des frais d'infrastructure sont de 360 euros/an/m<sup>2</sup> soit 9315 euros/an/personne considérant que le besoin en surface par agent est de l'ordre de 25 m<sup>2</sup> brut, surface comprenant son espace de travail, son archivage et d'autres surfaces spécifiques comme les circulations, les salles de réunion, etc...

#### Coûts par m<sup>2</sup>

**Liège** : 68.913,16 euros/337 = **205** euros/an/m<sup>2</sup>

**Charleroi** : 37.291,38 euros/170 = **219** euros/an/m<sup>2</sup>

**Hasselt** : 44.513,17 euros/120 = **371** euros/an/m<sup>2</sup>

#### Taux d'occupation des surfaces louées

**Liège** : 337 m<sup>2</sup> / 14 PP = 24 m<sup>2</sup>/employé

**Charleroi** : 170 / 4 PP = 42,5 m<sup>2</sup>/employé

**Hasselt** : 120 / 4 PP = 30 m<sup>2</sup>/employé


Sur base du taux d'occupation standard susmentionné (25 m<sup>2</sup> / employé), on peut déjà constater une surcharge locative pour :

**Charleroi** : (42,5 m<sup>2</sup> – 25m<sup>2</sup>)/employé = 17,5 m<sup>2</sup> et 17,5 m<sup>2</sup> x 219,- €/m<sup>2</sup>/an = 3832,5 €/an/employé et donc **15330 €/an**

**Hasselt** : (30 m<sup>2</sup> – 25m<sup>2</sup>)/employé = 5 m<sup>2</sup> et 5 m<sup>2</sup> x 371,- €/m<sup>2</sup>/an = 1855 €/an/employé et donc **7420 €/an**

## Les surfaces louées

Tableau 6. Analyse des locaux pris en location.

	Les centres régionaux - analyse des surfaces louées				
	M <sup>2</sup> NET existant		M <sup>2</sup> NET UTILE nécessaire pour le personnel en place		M <sup>2</sup> NET nécessaire pour le personnel en place
	nombre	total	nombre	total	x 1,5
<b>Bureau régional de Marchienne</b>					
Bureaux	2	45	1	30	
Accueil	1	20	1	10	
Dégagements et sanitaires	1	30		0	
Cabinets médicaux	3	45	1	16	
Local d'attente	2	13	1	10	
Archives	1	17	1	8	
		<b>170</b>		<b>74</b>	<b>111</b>
<b>Bureau régional de Liège</b>					
Bureaux	6	160	3	108	(12 m2 / personnes)
Accueil	1	10	1	10	
Dégagements et sanitaires	1	97		0	
Cabinets médicaux	3	48	2	32	
Local d'attente	1	10	1	10	
Archives	1	12	1	10	
		<b>337</b>		<b>170</b>	<b>255</b>
<b>Gewestelijk Bureau van Hasselt</b>					
Bureaux	2	70	4	48	(12 m2 / personnes)
Accueil	0	0	1	10	
Dégagements et sanitaires	1	35		0	
Cabinets médicaux	1	15	0	0	
Local d'attente	1	12	0	0	
Archives	0	0	1	10	
		<b>120</b>		<b>68</b>	<b>102</b>

Les besoins en locaux adaptés au personnel actuellement en place démontre un surplus de surfaces pour les trois bureaux. A Liège, l'analyse détaillée fait apparaître une perte importante au niveau des dégagements (circulations verticale et horizontale) peu rationnels.

L'analyse de l'occupation et de l'affectation des surfaces, du tableau 6 permet d'estimer les pertes financières annuelles en infrastructure que supporte actuellement le FMP.

Ces pertes sont principalement le résultat d'une inoccupation des locaux et du manque de fonctionnalité de ceux-ci.

**Tableau 7. Analyse des pertes annuelles sur les frais d'infrastructure.**

<b>Les centres régionaux</b>				
Différence M <sup>2</sup> NET		Location de bureaux sur contrat à long terme (18 ans)	Estimation de la perte annuelle sur la location uniquement	Perte annuelle sur les frais en infrastructure
Existant	Nécessaire			
<b>Bureau régional de Marchienne</b>				
170	111			
	59	125 euros/M2	7.375 €	12.921 €
<b>Bureau régional de Liège</b>				
337	255			
	82	130 euros/M2	10.660 €	16.810 €
<b>Gewestelijk Bureau van Hasselt</b>				
120	102			
	18	160 euros/M2	2.880 €	6.678 €

L'hébergement dans des locaux plus fonctionnels avec un meilleur taux d'occupation (20m<sup>2</sup> /employé) permettrait évidemment de réduire les coûts de ces centres de manière encore plus significative. Ce taux de 20m<sup>2</sup>/employé reste un seuil très confortable pour les agents.

## Recommandations – Aanbevelingen.

### 1. De opdrachten van de regionale kantoren

#### 1.1. Voor vele rechthebbenden zijn de nabijheid en de sociale rol van het FBZ primordiaal.

Reeds vandaag wordt vastgesteld dat erkende beroepszieken en aanvragers om erkenning als beroepszieke zich vaak wenden tot het regionaal kantoor in plaats van tot de dienst op de hoofdzetel.

Er zijn meerdere mogelijke oorzaken. Op zich dient dit geen negatief gegeven te zijn, maar kan dit bijdragen tot een goede dienstverlening aan de (aanvrager) beroepszieke.

##### 1.1.1. Een goede dienstverlening.

Door het werken met regionale kantoren wordt een grotere toegankelijkheid gecreëerd. Het bevordert het contact met de (aanvrager) beroepszieke, maar zou ook de samenwerking met de lokale geneesheren en de kantoren van de FOD WASO kunnen stimuleren.

In het kader van goede dienstverlening is bereikbaarheid een zeer belangrijk aspect. Er zijn zeker momenteel ook andere kanalen om de administratie te bereiken, zoals bijvoorbeeld via e-mail. Aan te raden valt echter dat de overheid via verschillende wegen bereikbaar is: zowel via telefoon of e-mail als via persoonlijk contact. De verschillende wegen vullen elkaar aan.

Opgemerkt dient dat een niet te onderschatten element in het kader van een goede dienstverlening de mogelijkheid is tot een persoonlijk gesprek met een ambtenaar zonder dat men daartoe een verre verplaatsing dient te ondernemen.

De kans voor de klant om met de ambtenaar zijn dossier of vragen te bespreken, zal ontegensprekelijk bijdragen aan de betrokkenheid van de ambtenaar om op een zorgvuldige wijze om te gaan met bekommernissen van de klant.

Dit werd vastgesteld bij de bezoeken aan de regionale kantoren en bij talrijke gesprekken met personen actief in het domein van de beroepsziekte.

In de regionale kantoren draagt men duidelijk zorg voor een goede behandeling van de vragen van de klant.

Tijdens gesprekken met extern betrokkenen bleek meermaals dat het niet zo evident is voor een buitenstaander om aan informatie te raken over een concreet dossier dat wordt behandeld op de hoofdzetel.

Maar het zal niet in het minst aan de klant ook een bepaald beeld van de instelling geven. Een correct en vriendelijk onthaal met aandacht voor de klant, zullen deze meer vertrouwen geven in de behandeling van zijn dossier. Aldus wordt op een zeer belangrijke wijze bijgedragen aan de legitimiteit van de instelling.

### 1.1.2. Bieden van rechtszekerheid

Daarenboven geeft dit ook rechtszekerheid voor de klant. De klant kan toelichting krijgen zowel over de inhoud, als over de wetgeving op basis waarvan een beslissing getroffen werd, rechtstreeks bij de ambtenaar welke betrokken is bij de behandeling van zijn dossier of op zijn minst zonder dat hij deze informatie dient te vragen via telefoon of na een verre verplaatsing.

Tijdens gesprekken met extern betrokkenen werd bij herhaling verteld dat de beslissingen onvoldoende gemotiveerd zijn en noch aan de aanvrager beroepsziekte, noch aan de medicus die de formulieren heeft ingevuld, duidelijk stellen waarom men niet voldoet aan de voorwaarden om erkend te worden als beroepszieke.

Na ontvangst van de beslissing dient de medicus ofwel zelf ofwel op aandringen van de aanvrager beroepsziekte, contact op te nemen met het hoofdbestuur om de eigenlijke elementen van beslissing te **mogen** vernemen.

Er werd uitdrukkelijk gesteld dat in de dagelijkse praktijk de criteria vaak onduidelijk zijn, onvoldoende in het algemeen, en zelfs in concrete dossiers, gecommuniceerd worden en dat men steeds opnieuw zich dient te wenden tot de rechtbank.

Aldus wordt geen rechtszekerheid voor de aanvrager beroepsziekte gerealiseerd en wordt eveneens de legitimiteit van de instelling bedreigd.

Het argument “medisch geheim” kan zeker niet ten opzichte van de medicus die de aanvraag heeft ingevuld, worden aangehaald. En dient het eveneens niet gerelativeerd ten opzichte van de aanvrager om beroepsziekte.

### 1.1.3. De geneesheer

Het wekt dan ook geen verwondering dat vastgesteld wordt dat artsen deze taak overlaten aan medisch adviseurs van de mutualiteiten. Immers indien een arts zijn patiënt wenst te helpen, maar na een negatieve beslissing nog eens allerlei acties dient te ondernemen enkel en alleen om te weten waarom zijn medisch getuigschrift niet werd aangenomen, dan werkt dit zeker niet motiverend....

Deze factor werd aangehaald tijdens gesprekken, maar ook de onvoldoende kennis van vele artsen over de materie. Vandaar dat werd gesuggereerd de artsen een aanbod te doen om de meest voorkomende beroepsziekten aan te leren. De LOK werking, regionaal georganiseerde overlegmomenten en bijscholing voor huisartsen, zou daartoe een forum kunnen bieden.

Inderdaad zal door het demotiverend effect en de onvoldoende kennis van vele artsen het aantal aanvragen om erkenning als beroepszieke dalen. Maar is dit de bedoeling van de sociale zekerheid?

Of is de sociale zekerheid er om de uitkeringen waarop men recht heeft te verstrekken?

Men zou kunnen opmerken dat in eerste instantie de arbeidsgeneesheer dient in te staan voor de nodige formaliteiten. Dit is zeker een punt voor personen die nog beroepsactief zijn bij de werkgever waar de beroepsziekte werd opgelopen.

Evenwel bleek uit de gesprekken dat slechts 40% van de aanvragen wordt ingevuld door de arbeidsgeneesheer.

Bovendien kan niet anders dan vastgesteld dat mensen veranderen van werkgever en vooral dat een beroepsziekte vaak wordt vastgesteld op een ogenblik dat men niet meer beroepsactief is.....maar werkloos, gepensioneerd,.....  
Zodat niet kan besloten dat enkel de arbeidsgeneesheren betrokken zijn, maar dat ook andere medici – huisartsen, specialisten, adviserend geneesheren mutualiteiten – betrokken zijn.

#### 1.1.4. De rechthebbenden in het algemeen

En laten we dan vooral ook niet de (aanvrager) beroepszieke zelf vergeten.

Het kan toch niet dat personen getroffen door een ziekte voor allerlei onderzoeken verre verplaatsingen dienen te ondernemen. Vaak hebben deze personen verplaatsingsproblemen.

Zelfs indien niet bij het onderzoek van elke aanvraag medische onderzoeken op vraag van het Fonds nodig zouden zijn, dan kan het nog niet dat voor de andere aanvragen voor de medische onderzoeken op vraag van het Fonds, de aanvrager om beroepsziekte die in se een zieke is, verre verplaatsingen daartoe dient te ondernemen omdat anders zijn dossier in elk geval negatief wordt afgesloten.

Het Fonds is een openbare instelling ten dienste van de burger...

Vragen worden dan ook gesteld bij de werkwijze waarbij de (aanvrager) beroepszieke - dus een zieke - lange verplaatsingen dient te maken om in Brussel medische onderzoeken te ondergaan in het kader van zijn vraag tot erkenning als beroepszieke.

Dit kan historisch of om organisatorische redenen zo gegroeid zijn, maar dit doet niets af aan het feit dat wij als externen dit als incorrect beschouwen.

Medische onderzoeken dienen bij voorkeur regionaal gespreid te gebeuren. Het voordeel hiervan voor de aanvragers van de provincie Limburg werd expliciet bevestigd door de medewerkers in het kantoor Hasselt van het Fonds.

Andere instanties, zoals RIZIV en mutualiteiten, organiseren medische onderzoeken regionaal.

Het lijkt niet meer dan normaal dat de arts van het Fonds of de meewerkende arts zich verplaatst en regionaal gespreid, bijvoorbeeld in een gewestelijk bureau of regionaal ziekenhuis, de nodige onderzoeken uitvoert in plaats van dat de (aanvrager) beroepszieke, een zieke, zich naar Brussel dient te begeven.

De realisatie hiervan voor alle medische onderzoeken en voor inwoners uit de overige provincies is primordiaal.

### 1.1.5. De (kans)armen in het bijzonder

De rechthebbende van het FBZ zijn vaak oudere personen uit achteruitgestelde milieus en soms van buitenlandse origine. Veel (kans)arme Belgen vinden hun weg niet in het labyrint van de overheid. Dat leidt meer dan eens tot frustratie en versterkt het gevoel van machteloosheid. Omgekeerd hebben niet alle ambtenaren evenveel begrip of tijd voor de specifieke noden van deze mensen. Dit feit vastgesteld voor het geheel van de administratie, komt ook tot uiting bij het FBZ en vooral in de moeilijk lopende relatie van de (kans)arme met de hoofdzetel in Brussel. Ten andere is er een ruim tijdsverloop tussen de aanvraag om erkenning als beroepszieke en de uiteindelijke beslissing waardoor het belang nog toeneemt tot het verstrekken van duidelijke en begrijpelijke informatie aan de slachtoffers waarvan de tijd voor sommigen een zeer kostbaar goed is.

Het FBZ zou meer rekening moeten houden met zijn vaak kansarm doelpubliek. Vastgesteld werd dat deze houding in de regionale centra wordt teruggevonden. Echter vandaag wordt dit werk, waaraan bijvoorbeeld in het bureau Luik de helft van de arbeidstijd wordt besteed, niet als zodanig beschouwd.

Gewezen wordt op het pilootproject van de federale administratie met “ervaringsdeskundigen in de armoede en de sociale uitsluiting”<sup>12</sup>. Deze zijn met achttien in negen verschillende federale instellingen. Ze worden begeleid door coaches. De ervaringsdeskundigen worden aangetrokken om tijd en aandacht te besteden aan mensen wat hen toelaat een bevoorrechte relatie op te bouwen met de klanten. Ze zijn aanvullend aan sociaal assistenten, welke meer een rol van raadgever vervullen. Maar dit advies kan enkel een constructief effect hebben als de persoon voor wie het bestemd is er open voor staat en het gevoel heeft dat naar hem geluisterd is. Een mogelijk te bewandelen piste is de inschakeling van ervaringsdeskundigen in de regionale centra en op de hoofdzetel in Brussel. De aanwezigheid van een sociaal assistent in elk regionaal bureau lijkt essentieel.

---

<sup>12</sup> Fedra, oktober 2006, p. 14 tot en met 16

## 1.2 Ontwikkeling en ter beschikking stellen van medische en technische expertise

Dit item bestaat uit twee belangrijke punten : enerzijds de ontwikkeling van medische en technische expertise en anderzijds het ter beschikking stellen van deze expertise.

Zonder twijfel zal regionaal expertise worden opgebouwd welke specifiek aan een streek gebonden is doordat bepaalde sectoren van werkgelegenheid in meer of mindere mate in bepaalde regio's aanwezig zijn. Medewerkers tewerkgesteld in een lokaal gesitueerd regionaal kantoor zullen zeker meer ervaring verwerven over beroepsziekten die door de eigenschappen van hun regio daar meer voorkomen.

Bovendien werkt ook de FOD WASO met tien regionale directies. Deze oefenen hun bevoegdheden van toezicht ten aanzien van de werkgevers uit elk voor het territoriaal ambtsgebied. Het is de FOD WASO welke na melding van een beroepszieke door de arbeidsgeneesheer beslist al dan niet ter plaatse te gaan bij de werkgever op de plaats van tewerkstelling; beslist of ook andere ondernemingen dienen bezocht; toeziet op de naleving door de werkgever tot het treffen van preventieve maatregelen (cfr. "Répartition géographique. 2.2. Les Directions régionales de la DG Contrôle du bien-être au travail du SPF Emploi).

Anderzijds kan niet anders dan vastgesteld dat het domein van de beroepsziekten een belangrijke, zeer gespecialiseerde, maar ook beperktere niche is in het domein van de sociale zekerheid, zodat het eerder essentieel lijkt om kennis welke misschien verworven wordt in een regio, zeker te coördineren op een plaats. Dit is mogelijk op een site in het land, maar kan ook via de informatisering op een elektronisch platform (virtuele locatie) worden gerealiseerd. In het kader hiervan is de ontwikkeling van kennismanagement belangrijk. Er blijkt een rijkdom van informatie aanwezig te zijn bij het Fonds, aan te raden valt deze te structureren. Zodra dit gebeurd is, zal het de mogelijkheid bieden om de informatie ter beschikking te stellen.

Vermits het FBZ een openbare instelling is en dienstverlening primordiaal is, lijkt het niet meer dan logisch dat de opgebouwde kennis niet enkel binnen het Fonds wordt bewaard, maar ook extern wordt aangeboden. In de eerste plaats wordt hierbij gedacht aan de geneesheren. Daardoor wordt bovendien vermeden dat gedetailleerde medische gegevens dienen verkregen door vraagstelling.

De materie van de beroepsziekten is geen statisch gegeven. De medische wetenschap en de ziekten welke ontstaan bij de uitoefening van een beroep evolueren.

Het up-to-date houden is derhalve van cruciaal belang. Dit vraagt een permanente aandacht voor de nieuwe ontwikkelingen.

Intense samenwerking met de bevoegde personen bij de FOD WASO, met arbeidsgeneesheren en misschien zelfs met andere medici, is hiertoe essentieel.

Bovendien dienen de criteria voor externen duidelijk te zijn. Blijkbaar zijn vele criteria van technische aard en niet wettelijk vastgelegd. Dit biedt voordelen daar deze bij wijziging in de materie gemakkelijker kunnen worden aangepast. Maar thans overheerst het standpunt dat de door het Fonds vastgestelde criteria op basis waarvan iemand erkend wordt als beroepszieke, onduidelijk zijn. Er wordt ook nooit feedback gegeven, laat staan dat er een gebundeld overzicht voor medici bestaat in welke situatie er erkenning mogelijk is en in welke situatie niet.

Deze bemerking wordt niet weerlegd door de gegevens in het Jaarverslag, integendeel. Uit de statistische gegevens blijkt dat een aanzienlijk deel van de aanvragen om erkenning waarvan een luik van de aanvraag door een geneesheer werd ingevuld, verworpen wordt.

In het kader van dit item dient de aandacht gevestigd op de creatie van de Wetenschappelijke Raad en de oprichting per discipline van Medische Commissies bij wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen (B.S. 1 september 2006), welke verder in dit advies uitvoerig worden besproken.

### **1.3 Taken in het kader van preventie**

Preventie is belangrijk. In het kader van de uitvoering van deze opdracht wordt het Fonds geconfronteerd met de preventiediensten. Het Fonds dient geen concurrent te worden op het vlak van preventie, maar dient te zorgen voor een actieve toegevoegde waarde bovenop de externe diensten.

Daarvoor kan het Fonds bijvoorbeeld focussen op bepaalde diensten.

Over dit item wordt verder in dit advies nog gesproken (cfr. Domaine de la prévention).

Het Fonds komt op dit vlak in contact met preventiediensten en in eerste instantie is het de arbeidsgeneesheer welke een werknemer wat "preventie" betreft naar het Fonds zal sturen.

Vele externe diensten zijn regionaal gestructureerd en fungeren als doorgeefluik naar het Fonds.

Volgens derden is het niet aangewezen de werknemer zelf naar het Fonds te sturen.

Opgemerkt wordt dat het misschien wel de verantwoordelijkheid is van de arbeidsgeneesheer om de nodige stappen te zetten, maar dat anderzijds een werknemer het recht heeft zich te informeren bij een onafhankelijke bron.

Zodat de taak van een regionaal kantoor zich vooral zal situeren op het vlak van de informatieverstrekking.

**Derhalve adviseren wij voor de drie besproken punten:**

- **De medische onderzoeken door artsen van het Fonds of meewerkende artsen, steeds regionaal, dicht bij de woonplaats van de zieke, te organiseren.**
- **De taak van informatieverstrekking op te nemen in de functiebeschrijving van de regionale kantoren en deze bij de uitvoering van deze taak te ondersteunen.**
- **De medische en technische expertise up-to-date te houden, te structureren en ter beschikking te stellen van het personeel en extern betrokkenen.**

## **2. La répartition géographique**

Il apparaît que la position des bureaux régionaux du Fonds des Maladies professionnelles ne correspond plus à la réalité économique de la Belgique. En effet, la localisation des bureaux régionaux actuels est liée au passé sidérurgique et minier de la Belgique. Dès lors, il nous apparaît utile que les régions de développement économique moderne (Anvers, Gand) ainsi que la Belgique, dans sa globalité, soient couvertes.

Nous avons dès lors entrepris de sonder comment fonctionnent d'autres services publics fédéraux dans leurs missions décentralisées afin d'en jauger le meilleur parti pour le Fonds des Maladies Professionnelles. Dans cette optique, il nous semblait opportun d'analyser :

- le Fonds des Accidents de Travail, dont le « fonds de commerce » présente certaines similitudes avec le Fonds des Maladies Professionnelles ;
- les Directions régionales de la DG contrôle du bien-être au travail du SPF Emploi, dont le Fonds des Maladies Professionnelles est également sous tutelle ;
- la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) ;
- L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

### **2.1 Le Fonds des Accidents de Travail**

La séparation d'entre le Fonds des Maladies Professionnelles et le Fonds des Accidents du Travail (contraire à ce qui fait dans de nombreux autres pays) s'explique par la différence dans le mode d'indemnisation. Le secteur des accidents du travail, bien qu'il fasse partie intégrante de la sécurité sociale depuis la loi du 29 juin 1981, est particulier puisqu'il s'articule, d'une part, sur le principe d'une gestion des accidents par le secteur privé, via les entreprises d'assurances privées et, d'autre part, sur le contrôle de la branche assuré par un organisme public, en l'espèce, le Fonds des Accidents du Travail. Pour le FMP, c'est donc la sécurité sociale qui indemnise alors que pour le F.A.T., ce sont des compagnies d'assurances privées. Tout comme le FMP, le F.A.T. a pour missions :

- le paiement d'allocations et de rentes ;
- la perception de cotisations (à la charge des employeurs dans le cadre de l'affiliation d'office des employeurs non assurés, de cotisations et de capitaux à la charge des entreprises d'assurances dans le cadre de son financement même et de ses différentes missions) ;
- l'information et des avis au Ministre de tutelle ;
- la garantie de sécurité d'existence aux victimes (d'accidents du travail dans ce cas).

Une collaboration transparente et non ambiguë n'est cependant certainement pas à exclure tant les 2 Fonds font des entreprises et de leurs employés leur « Fonds de commerce ». Cela se pourrait se traduire au niveau de la couverture géographique. En effet, le F.A.T fonctionne actuellement sur le thème des permanences hebdomadaires dans les grandes villes du pays.

Un(e) assistant(e) social(e) assure une permanence d'un jour par semaine dans les villes suivantes (18) : Charleroi, Libramont, Liège, Namur, Verviers et Mons pour la Région Wallonne et Alost, Anvers, Beringen, Bruges, Genk, Gand, Courtrai, Malines, Roulers, Saint-Nicolas, Tongres et Turnhout pour la Région Flamande.

Les locaux de ces permanences sont tous situés au sein des administrations communales des villes susnommées.

## 2.2 Les Directions régionales de la DG contrôle du bien-être au travail du SPF Emploi

La DG Contrôle du bien-être au travail regroupe les anciennes inspections technique et médicale. Son rôle est d'assurer dans le secteur privé comme dans le secteur public le respect de la mise en œuvre des politiques en matière de bien-être au travail en jouant un rôle de conseil, de prévention et de répression. La sécurité et la santé au travail constituent la priorité de la DG dont la base de l'action est la réglementation relative au bien-être au travail, et notamment la Loi sur le Bien-être du 4 août 1996 et la loi sur la médecine de contrôle.

La DG comprend un service central à Bruxelles et dix directions régionales, qui exercent leur compétence sur un ressort territorial déterminé et constituent la Division du contrôle de base. :

1. la direction de Flandre occidentale avec siège de la direction à Bruges, compétente pour le territoire de la province de la Flandre occidentale ;
2. la direction de Flandre orientale avec siège de la direction à Gand, compétente pour le territoire de la province de la Flandre orientale ;
3. la direction d'Anvers avec siège de la direction à Anvers, compétente pour le territoire de la province d'Anvers ;
4. la direction du Brabant flamand avec siège de la direction à Louvain, compétente pour la province du Brabant flamand ;
5. la direction du Limbourg avec siège de la direction à Hasselt, compétente pour le territoire de la province du Limbourg ;
6. la direction de Bruxelles avec siège de la direction à Bruxelles, compétente pour le territoire de la Région Bruxelles-capitale ;
7. la direction de Liège avec siège de la direction à Liège, compétente pour le territoire de la province de Liège ;
8. la direction de Namur-Luxembourg avec siège de la direction à Namur, compétente pour le territoire des provinces de Namur et du Luxembourg ;
9. la direction du Hainaut-Ouest avec siège de la direction à Mons, compétente pour l'arrondissement administratif de Mons ;
10. la direction du Hainaut Est et Brabant-Wallon avec siège de la direction à Charleroi, compétente pour le territoire des provinces du Hainaut (arrondissement de Charleroi) et du Brabant flamand.

Ces directions régionales, outre un directeur, se voient attribuer :

- une cellule des experts locaux pour les différents domaines de compétence de l'inspection ;
- une cellule contrôle du bien-être, composée des inspecteurs sociaux, **dont une des missions officielles est le traitement et le suivi des déclarations de maladies professionnelles** ;
- une bureau de gestion, chargé du soutien administratif des dossiers ;
- une cellule construction, composée d'inspecteurs dont le domaine d'activité peut être exclusivement limité à la surveillance des chantiers de construction.

Le directeur d'une direction régionale a un rôle essentiel à jouer de relais entre le bureau central et les fonctionnaires régionaux. Il assure la gestion des ressources humaines de la Direction, aussi bien en ce qui concerne le personnel administratif que le personnel d'inspection. Il organise les réunions de service durant lesquelles il procède à l'échange du "know-how" dans le cadre ou non d'une nouvelle réglementation ou procédure. Le directeur organise sa direction de sorte qu'on puisse répondre aux demandes de renseignements en permanence entre 9h et 17h. Le directeur est également tenu de rédiger un rapport mensuel où il exprime son point de vue et reprend une synthèse de l'évolution des données mensuelles sur l'emploi du temps, l'évolution des dossiers et les données logistiques.

Parmi les outils permettant également de faire le lien entre le SPF Emploi et ses directions régionales, il est pertinent de pointer l'indispensable Info-Intranet.

### **2.3 La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)**

La CAAMI est une institution publique de sécurité sociale. Elle assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les mutualités, mais dans le cadre d'un statut public:

- une intervention dans les frais de soins de santé ;
- une indemnité en dédommagement de la perte de rémunération (parenté, maladie ou invalidité) ;
- une allocation pour frais funéraires.

Le statut public de la CAAMI signifie qu'elle:

- accueille toute personne qui fait appel à ses services, quel que soit le profil médical, économique, culturel ou philosophique de l'assuré ;
- applique le principe de l'inscription gratuite ;
- ne se charge que de l'assurance obligatoire.

La CAAMI est dirigée par un Comité de gestion, composé, outre le président, de représentants des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs.

Outre une administration centrale à Bruxelles, la CAAMI dispose de 10 offices régionaux et d'une trentaine de permanences, à savoir :

1. l'office régional de Bruges et les permanences d'Ostende, Ypres, Poperinge, Knokke, Courtrai, Roulers et Furnes, compétents pour le territoire de la province de la Flandre occidentale ;
2. l'office régional de Gand et les permanences d'Alost, Sint-Livens-Houtem et Saint-Nicolas, compétents pour le territoire de la province de Flandre Orientale ;
3. l'office régional d'Anvers et les permanences de Lierre et Malines, compétents pour le territoire de la province d'Anvers ;
4. l'office régional de Bruxelles, compétent pour le territoire de la province de Brabant Flamand ;
5. l'office régional de Hasselt et les permanences de Eisden, Waterschei et Houthalen, compétents pour le territoire de la province de Limbourg;
6. l'office régional de Bruxelles, compétent pour le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ;
7. l'office régional de Liège et les permanences d'Ans, Beyne, Herstal et Montegnée, compétents pour le territoire de la province de Liège ;
8. l'office régional de Luxembourg, compétent pour le territoire de la province de Luxembourg ;
9. l'office régional de Namur et la permanence de Jambes, compétents pour le territoire de la province de Namur;
10. l'office régional de Mons et les permanences de Charleroi, Mouscron, Binche, Chapelle-lez-Herlaimont, La Louvière, Manage, Morlanwelz, Peruwelz, Quaregnon et Ressaix, compétents pour le territoire de la province de Hainaut ;

## **2.4 L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)**

L'INAMI est une institution publique de sécurité sociale (IPSS) chargée de la gestion administrative et financière de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité.

Plus précisément, l'INAMI a pour missions de :

- gérer et organiser les prestations de santé couvertes par l'assurance obligatoire (tarification, réglementation, assurabilité des bénéficiaires, nomenclature, etc.) ;
- gérer l'octroi des indemnités accordées aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire (pour raison d'incapacité de travail ou de maternité et pour frais funéraires) ainsi que les pensions d'invalidité concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés ;
- contrôler le respect de la réglementation par les dispensateurs de soins (notamment l'utilisation de la nomenclature) et par les organismes assureurs ;
- organiser la concertation entre les différents acteurs de l'assurance soins de santé et indemnités.

Les bénéficiaires doivent choisir un organisme assureur (O.A.) pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Les organismes assureurs paient, sous le contrôle de l'INAMI, les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Dans ce cadre, ils accordent à leurs membres, sous certaines conditions:

- une intervention dans les frais médicaux ;
- une indemnité en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité pour cause de maladie ou d'accident intervenus dans la sphère privée ;
- une indemnité de maternité en cas de grossesse ;
- une allocation pour frais funéraires en cas de décès ;

L'INAMI est structuré en cinq services. Quatre services opérationnels, à savoir le Service des soins de santé, le Service des Indemnités, le Service d'évaluation et de contrôles médicaux, le Service du contrôle administratif et les Services généraux de support.

Le Service d'évaluation et de contrôles médicaux est constitué de trois directions : la direction médicale, la direction juridique et la direction administrative et logistique.

La direction médicale est constituée d'un service central et de 13 bureaux régionaux, répartis comme suit :

- Province Hainaut : Mons, Marcinelle et Tournai
- Province Namur : Namur
- Province Luxembourg : Arlon
- Province Liège : Liège, Verviers
- Province Brabant Wallon et la Région de Bruxelles Capitale : Brussel
- Province Brabant Flamand : Leuven
- Province de Flandre Occidentale : Sint-Andries-Brugge
- Province de Flandre Orientale : Gent
- Province d'Anvers : Anvers
- Province de Limbourg : Hasselt

**L'idée maîtresse qui ressort de notre analyse des 4 organismes publics ci-avant est que le Fonds des Maladies Professionnelles pourrait s'appuyer sur des infrastructures déjà existantes. La complémentarité avec les Directions régionales de la DG contrôle du bien-être au travail du SPF Emploi, dont l'une des missions est le traitement et le suivi des déclarations de maladies professionnelles doit être investiguée. Téléphoner à l'une des DG pour voir comment elle fonctionne et s'il n'y a pas double emploi avec le FMP en tant que tel !!! De même qu'une complémentarité avec l'INAMI mérite également une telle investigation tant le core business et les convergent**

**Après de plus amples investigations, pourquoi ne pas imaginer le regroupement de quelques organismes parastataux décentralisés, en offices centraux et permanences provinciaux ? Cela pourrait permettre éventuellement :**

- **de réaliser de substantielles économies d'échelle en termes d'infrastructure et de personnel,**
- **un accueil et une offre au public plus cohérents,**
- **des synergies entre les *core business* des organismes publics concernés.**

**Dans l'optique des trois critères susmentionnés, outre les 4 organismes publics passés en revue ci-avant, pourraient être concernés et passablement intéressés les Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL), Office national des vacances annuelles (ONVA), Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC et autres Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS).**

### 3. L'infrastructure

Les constats susmentionnés sur les coûts de l'immobilier et les pertes substantielles engendrées chaque année montrent combien il est important d'analyser en profondeur ce poste des frais généraux.

Il apparaît clairement (voir diagnostic interne) qu'aujourd'hui, les bureaux régionaux ne répondent pas suffisamment aux besoins des clients en terme de services rendus.

**Par rapport à toutes les recommandations faites sur les activités futures des bureaux, le personnel à y affecter, les possibilités de collaboration avec d'autres structures existantes et la communication interne et externe, il est important de redéfinir en surface un programme des besoins précis pour les futurs bureaux.**

**Le FMP doit avoir comme objectifs dans sa stratégie immobilière de :**

- répondre aux besoins des clients (le choix du site) ;
- améliorer l'image du FMP – les bureaux étant considérés comme la vitrine du FMP ;
- soutenir le « core-business » à un coût minimal.

#### ***Répondre aux besoins des clients :***

En terme d'infrastructures, cet objectif est atteint par le choix judicieux du site

Doivent être réalisées à cet effet des études comparatives entre différents sites sur base des évaluations selon des indicateurs de performance clé tels que l'accessibilité aisée des centres en transport en commun et/ou en voiture, le nombre de places de parking, l'état du bâtiment, les conditions du contrat de bail, etc.

#### ***Améliorer l'image du FMP :***

Des locaux agréables, fonctionnels, répondant aux besoins, et conformes aux activités exercées est primordial à la fois pour l'image de l'organisation vis à vis de l'extérieur mais également pour améliorer la culture d'entreprise en interne. Il serait judicieux que les locaux adaptent un « style maison », à savoir un certain design architectural qui soit (quasiment) identique dans chaque bureau.

#### ***Soutenir le « core-business » à un coût minimal :***

Ce troisième objectif doit être obtenu en maîtrisant à la fois les coûts de l'immobilier par une meilleure rentabilité des coûts locatifs. A cet effet, il faut que le nombre de m<sup>2</sup> nécessaire et l'utilisation de ceux-ci soient établis sur base de programmes des besoins précis.

Il est primordial que le FMP s'entoure de personnes compétentes dans le secteur, des conseillers externes de l'administration fédérale ou du privé, qui maîtrisent les outils et permettent d'atteindre les objectifs énumérés ci-dessus.

#### **4. Externe en interne communicatie**

Het is zinvol deze paragraaf over de communicatie te structureren volgens doelgroep. In de externe communicatie maken wij onderscheid tussen de grote groep van actuele en potentiële rechthebbenden, en de professionele doelgroepen die fungeren als medium. Doelgroep van de interne communicatie zijn uiteraard alle medewerkers van het Fonds, maar wij richten onze aandacht, binnen het kader van de adviesopdracht, op de positie van de gewestelijke bureaus. Wij schetsen eerst kort de huidige situatie en trachten dan enkele aanbevelingen te formuleren.

##### ***Actuele situatie***

##### ***Externe communicatie***

##### ***Communicatie met de rechthebbenden***

Ambtenaren hebben traditioneel de neiging om hun administratieve taak zo goed mogelijk uit te voeren. Het perspectief van de rechthebbende wordt daarbij maar zelden in rekening genomen. Het beeld van een gesloten, machinale uitkeringsinstelling, die op een afstandelijke en ondoorzichtige manier omgaat met de buitenwereld, is zeker niet alleen van toepassing op het FBZ. Maar voor een instelling wier rechthebbenden meestal niet meer zo jong en per definitie ziek zijn, is deze houding des te schrijnender en ronduit ongepast. Een dergelijke mentaliteit staat niet alleen haaks op de ordewoorden van hedendaags overheidsmanagement. Transparantie, toegankelijkheid en tijdige afhandeling van dossiers zijn wettelijke criteria, geboekstaafd in het handvest van de sociaal verzekerde, dat al sinds 1997 van kracht is.

Het FBZ heeft hier nog een lange weg af te leggen. Hoewel recent inspanningen gedaan werden om de formulieren voor de rechthebbenden te vereenvoudigen, blijkt uit de bezoeken aan de gewestelijke bureaus dat heel wat mensen nog steeds hulp nodig hebben bij het voltooien van hun aanvraag. Een steeds terugkerend euvel is ook het gebrek aan feedback : eens het muntje in de machine gestopt is, kan de potentiële rechthebbende niets doen dan afwachten tot het ticketje – in dit geval een korte brief zonder verdere uitleg – eruit komt. En dat kan lang duren. Naar de motivatie van de beslissing van het Fonds, die van groot belang kan zijn voor de levenskwaliteit, heeft men het raden. Het ontbreken van een duidelijke contactpersoon voor de dossiers binnen het Fonds kwam al naar voren als minpunt uit de bevraging van rechthebbenden door bureau ABC in 2001 (comm.plan p. 25).

Maar wellicht het belangrijkste gevolg van de gesloten ingesteldheid van het FBZ is het bestaan van een *unserved audience* van ongekeende omvang : hoeveel werknemers en ex-werknemers zouden kunnen beroep doen op het Fonds, maar genieten niet van een tegemoetkoming vanwege dit alomgeprezen en nuttig geacht orgaan van de sociale zekerheid omdat zij zich eenvoudigweg niet bewust zijn van het bestaan ervan ?

Een aparte plaats wordt ingenomen door de communicatie naar rechthebbenden in het kader van het pilootproject preventie van rugaandoeningen bij verplegend personeel, een project dat te situeren is in de versterkte preventierol van het Fonds, meer bepaald in het domein van de arbeidsgerelateerde ziekten. Deze rol is wettelijk verankerd in een recent KB<sup>13</sup>, maar er zijn geen bijkomende middelen voor voorzien. Het rugproject in kwestie werd dan ook hoofdzakelijk gecommuniceerd aan de hand van de verspreiding van relatief eenvoudige folders [check comm.plan]. Na een jaar tikte de teller af op welgeteld 89 aanvragen, een eerder pover resultaat voor een nationale actie die gericht was naar duizenden potentiële rechthebbenden.

---

<sup>13</sup> KB van 1/07/2006, gepubliceerd op 13/07/2006

### Communicatie met professionele partners

Hoewel dezelfde problemen van opaciteit en gebrek aan feedback gesignaleerd worden door arbeidsgeneesheren en medisch adviseurs van de mutualiteiten – zij die verantwoordelijk zijn voor het gros van de aangiften –, lijkt het Fonds bij deze externe partners-bij-uitstek genoeg gekend. Minder rooskleurig is de situatie bij de huisartsen, en dat is vooral jammer voor werkzoekende of gepensioneerde beroepszieken, die immers niet meer opgevangen worden door arbeidsgeneesheren of externe preventiediensten<sup>14</sup>. De huisartsen weten over het algemeen wel van het bestaan van het Fonds af, maar hebben niet genoeg kennis van de werking (lijst, open systeem) en van de administratieve procedures. Bijgevolg verzwijgen zij gemakshalve de piste van het FBZ aan hun patiënten, of verwijzen zij patiënten van wie zij vermoeden dat zij in aanmerking zouden kunnen komen voor een erkenning als beroepszieke, door naar het ziekenfonds, een hindernissenparcours waar de zieke niet mee gediend is.

Ook hier speelt de rigide administratieve houding van het Fonds een rol. Een huisarts gaf het voorbeeld van de formulieren voor aangifte van werknemers uit privé of PPO (lokale en provinciale overheden). Deze formulieren zijn identiek, op een detail na. Maar wee de aanvrager die zich vergist van formulier, want een verkeerd formulier inzenden betekent weken vertraging.

### Interne communicatie

De gewestelijke bureaus van het FBZ lijken soms maantjes die een eigen baan beschrijven op astronomische afstand van het hoofdbureau in Brussel. Op p. 31 van dit rapport werd al de gebrekkige interne communicatie met het hoofdbureau geschetst, en afgaand op het recente communicatieplan zien wij daar niet onmiddellijk verandering in komen. Van de achttien door het beheerscomité goedgekeurde communicatietaken en projecten vermeldt er slechts 1 de gewestelijke bureaus, namelijk het project voor “verbetering van de signalisatie”, voorzien voor 2008 (comm.plan p. 69). Uit de beschrijving van de geografische en architecturale situatie van de gewestelijke bureaus eerder in dit rapport (p.27-28) mag blijken dat een dergelijk project zeker zin zou hebben, maar qua betrokkenheid van de regionale kantoren in de toekomstvisie van het Fonds op het vlak van interne en externe communicatie is dit toch een erg magere oogst.

Op p. 47 van het communicatieplan staat dat de gewestelijke bureaus nog niet aangesloten zijn op het intranet. Twee telefoontjes leren dat de gewestelijke bureaus wel degelijk nu al het intranet gebruiken. Als de cel communicatie op p. 76 van het plan schrijft “de cel communicatie moet er tenslotte over waken dat ze de gewestelijke bureaus niet uit het oog verliest”, kunnen wij dat alleen maar bevestigen.

---

<sup>14</sup> Asbest, bijvoorbeeld, heeft een latentie van dertig jaar alvorens een blootgestelde het gevreesde mesotheliom of borstvlieskanker krijgt.

## **Aanbevelingen**

### **Externe communicatie**

#### **Communicatie met de rechthebbenden**

De rechthebbenden rechtstreeks benaderen is onbegonnen werk voor een kleine parastatale als het FBZ. Toch heeft het Fonds met de gewestelijke bureaus een miskende troef in handen. Opmerkelijk meer aanvragen van rechthebbenden komen uit de regio's waar de bureaus gevestigd zijn dan uit regio's waar er geen zijn (jaarverslag FBZ 2005 p. 48 en 54). Het communicatieplan van het FBZ rekent de gewestelijke bureaus in Luik, Hasselt en Charleroi dan ook volkomen terecht bij de "gezichten" van het Fonds (comm.plan p. 50). Wel, het is tijd voor een face-lift. Betere signalisatie moet de rechthebbenden makkelijker tot bij het Fonds brengen, de toepassing van een **huisstijl** kan ook in de gewestelijke bureaus de herkenbaarheid en de toegankelijkheid verhogen.

#### Communicatie via externe partners

Om het doelpubliek van actuele en potentiële rechthebbenden zo efficiënt mogelijk te bereiken, bevelen wij **samenwerkingen aan met externe partners** die een gelijklopend doelpubliek en werkgebied hebben. Van de website of massamedia – kanalen die in het communicatieplan aangehaald worden als primaire kanalen voor communicatie met de rechthebbenden (comm.plan p. 57) – valt weinig heil te verwachten : het doelpubliek van het FBZ valt grosso modo samen met de categorieën burgers die geen internet gebruiken, en met peperdure spots in de massamedia zou het Fonds een kanon richten op een mug.

Op de werkvloer kan het Fonds beter bekend raken via **de syndicaten**. De vakorganisaties zijn uiteraard groot voorstander van een zo ruim mogelijk gebruik van de voorzieningen van de sociale zekerheid en zijn over het algemeen goed beslagen in communicatie.

Dr. Lahaye, die het FBZ jarenlang leidde, schreef al in 1977<sup>15</sup> :

*“Een propaganda team bestaande uit een geneesheer, een documentalist en een specialist in de redactie van vulgariserende wetenschappelijke artikels, met als functie het opstellen en verspreiden van medisch verantwoorde teksten in brochures en folders betrekking hebbende op de preventie van beroepsziekten die voor elke werknemer te begrijpen zijn en voldoende aantrekkelijk worden voorgesteld om ingang te vinden in de bedrijfsmiddelen.”*

Medewerkers van het Fonds bevestigen dat er een grote vraag bestaat naar **info-avonden**. Die zouden kunnen georganiseerd worden samen met andere Openbare Instellingen van de Sociale Zekerheid, zoals het Fonds voor Arbeidsongevallen, of met interne en externe diensten voor preventie en welzijn op het werk.

Werknemers die tijdens hun actieve loopbaan het bestaan van het Fonds opgepikt hebben, bijvoorbeeld door **proactieve acties** in risicosectoren, zullen na hun carrière makkelijker de stap naar het Fonds zetten.

---

<sup>15</sup> Aangehaald in communicatieplan FBZ op p. 19

Voor een betere communicatie naar ex-werknemers lijkt een **strategische alliantie met de mutualiteiten** aangewezen. Deze organisaties met een gelijklopend doelpubliek en werkgebied als het FBZ zijn zeer goed lokaal georganiseerd. Ook een aanwezigheid in de kantoren van de pensioendiensten – een uitkeringsinstelling met een overlappend doelpubliek – kan interessant zijn.

Het verder uitbreiden van het **preventieproject rugaandoeningen** of het parallel ontwikkelen van **nieuwe, gelijkaardige projecten** – een van de taken van de nieuwe Wetenschappelijke Raad – **moeten zorgvuldig overwogen worden**. Dergelijke projecten waar het Fonds zijn actieterrein tracht uit te breiden naar het mistige domein van de beroepsgerelateerde ziekten hebben maar kans op slagen als zij ondersteund worden door een omvangrijke communicatiecampagne, waar vooralsnog geen middelen voor voorzien zijn. Dit in schril contrast met acties van primaire preventie in het ziekenhuismilieu zoals de vaccinatie tegen hepatitis B en de verwijdering van zwangere werkneemsters, acties die sinds jaar en dag goed lopen, hoofdzakelijk dankzij mond-aan-mond reclame, en zonder al te veel communicatie vanuit het Fonds. Specifiek voor het rugproject wijzen wij op het bestaan van commissies in de grote ziekenhuizen, die zich al bezig houden met deze materie, en de groeiende professionalisering van de externe diensten voor preventie, die op concurrentiële wijze actief zijn in de – zij het primaire – preventie van rugaandoeningen.

#### Communicatie met professionele partners op zich

De voorzitter van een van de belangrijkste huisartsenassociaties beweerde zijn patiënten systematisch door te sturen naar de medisch adviseur van de mutualiteit omdat hij de lijst met erkende beroepsziekten en de nodige formulieren niet bezat. Tot wij hem wezen op de website van het Fonds, waar deze lijst en de formulieren met een muisklik af te halen zijn. Het lijkt dus aangewezen **een informatiecampagne te richten naar de huisartsen**. Dat kan online, onder andere via de goed georganiseerde artsensyndicaten.

Een andere piste is die van het **LOK-systeem**, dat huisartsen voor hun accreditatie verplicht in lokale groepen opleidingen te organiseren. Het terbeschikkingstellen van een infopakket FBZ voor gebruik binnen deze LOK-werking lijkt ons een gegarandeerd succes.

**De verenigingen voor kankerbestrijding** (VLK, Fondation contre le cancer) kunnen een belangrijke partner worden. Daar is tot nog toe voor zover wij weten geen initiatief genomen.

#### Interne communicatie

Wij zagen eerder (p. 44-48 sparsim) dat een netwerk van gewestelijke bureaus, eventueel gecombineerd met permanenties en communicatie-allianties met externe partners, de regionale aanwezigheid van het Fonds kunnen waarmaken, zowel op het gebied van administratie, informatie als medisch toezicht. Het spreekt voor zich dat in zo'n geval van bij het begin het communicatie-aspect moet meegenomen worden.

**Tweerichtingscommunicatie** met de medewerkers buiten Brussel moet vlot verlopen, via performante ICT, en moet ook **structureel georganiseerd** zijn. Kwaliteitscontrole, zowel binnen de administratieve functie als voor het uploaden en terbeschikkingstellen van de medische en technische expertise, is een loos begrip zonder adequate communicatiekanalen.

## **5. Domaine de la prévention**

Comme explicité dans le chapitre 2 (point 3 : la mission du FMP, B la mission de prévention) l'une des missions que pourraient mener à bien les bureaux régionaux est sans conteste celle de prévention, et plus particulièrement le renforcement de l'information aux entreprises, aux particuliers, aux mutualités, aux médecins, etc.

Conscient de la présence de nombreux acteurs dans ce domaine tant au niveau régional que fédéral, il est primordial que le FMP se positionne clairement et qu'il ne soit pas redondant en regard de missions déjà réalisées par d'autres.

Dans cette optique, nous avons analysé comment fonctionnent les organismes publics en charge des maladies professionnelles tant en France qu'au Québec, afin de pouvoir recommander au FMP comment il pourrait se disposer.

### **5.1 Québec (Canada) Commission de la santé et de la sécurité du travail**

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est l'organisme auquel le gouvernement du Québec a confié l'administration du régime de santé et de sécurité du travail. À cette fin, elle veille notamment à l'application de deux lois ci-après :

- la Loi sur la santé et la sécurité du travail, qui a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs ;
- la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qui en découlent pour les travailleurs ainsi que la perception, auprès des employeurs, des sommes nécessaires pour financer le régime.

Trois domaines d'intervention sont associés à la CSST, à savoir le financement, l'indemnisation et la réadaptation ainsi que la prévention et l'inspection. Il est important de préciser qu'au Québec, les secteurs des maladies professionnelles et des accidents du travail ne sont pas distincts.

L'intervention dans la prévention a pour objectifs :

- le soutien aux travailleurs et aux employeurs dans leurs démarches pour éliminer à la source les dangers présents dans leur milieu de travail ;
- l'inspection des lieux de travail ;
- la promotion de la santé et de la sécurité du travail.

Au Québec, il revient aux employeurs et aux travailleurs de prendre en charge la prévention. Ils ont la responsabilité d'éliminer les dangers, sinon de réduire les risques, présents dans les milieux de travail. Dans cette optique, la CSST appuie les efforts des milieux de travail en matière de prévention en :

- faisant la promotion des mesures visant à éliminer les dangers présents dans les lieux de travail ;
- fournissant une assistance aux travailleurs et aux employeurs qui ont la responsabilité d'appliquer ces mesures ;
- inspectant les lieux de travail.

La CSST est le principal organisme public de soutien – technique, didactique et informatif – aux employeurs, tous invités à mettre en place un programme de prévention. Ce dernier est un plan d'action en prévention propre à chaque établissement. Il est le principal outil de prévention prévu par la loi et vise à éliminer, ou contrôler, les dangers au travail et prévoit des mesures concrètes pour y arriver. Elaboré par l'employeur, mais avec la participation des travailleurs, il permet aux employeurs d'assurer la santé et la sécurité de leurs employés.

En plus de servir sa clientèle, la CSST poursuit ses activités de sensibilisation à la prévention par l'entremise de projets-cibles, comme par exemple :

- le « Plan d'action construction – Chantier 2006 : La sécurité sur les chantiers, j'en fais ma priorité ». La CSST tient à rappeler l'importance de la prévention sur les chantiers du Québec, notamment cette année dans le secteur de la construction. La CSST a produit deux publicités télévisées destinées à tous les intervenants du milieu de la construction, et en particulier aux patrons et aux responsables de la sécurité sur les chantiers. Les messages reflètent des situations de travail courantes sur les chantiers de construction. La CSST veut mettre l'accent sur l'importance de la prévention et les conséquences des accidents du travail mais aussi des maladies professionnelles (effets de la poussière d'amiante, du quartz et des débris de chantiers sur la santé) pour chaque employeur, chaque travailleur et tout leur entourage ;
- le programme « Défi prévention jeunesse ». Les écoles québécoises sont invitées à soumettre un projet d'éducation à la prévention. Ces projets ont comme objectif de sensibiliser et d'éveiller les jeunes élèves à l'importance de la santé et de la sécurité, pas seulement au travail, mais également dans leurs activités quotidiennes. Pour chaque projet accepté, la CSST offre une aide financière pouvant atteindre jusqu'à 350 \$. Ces bourses ne sont pas offertes sous forme de concours, mais bien à tous les projets qui sont acceptés. Près de 400 écoles se sont impliquées en 2005 pour relever le Défi prévention jeunesse. En tout, plus de 830 projets couvrant des thèmes variés ont été réalisés.
- les colloques régionaux comme « Le grand rendez-vous Santé et Sécurité et Travail » dont le thème 2006 est « La prévention, j'y travaille » (<http://www.grandrendez-vous.com>) ;
- le « Prix innovation en santé et sécurité du travail ». Concours tenu dans les différentes régions du Québec, il permet aux travailleurs et aux employeurs de faire connaître les initiatives qu'ils prennent – moyens de prévention novateurs, adaptation d'équipement ou méthodes de travail sécuritaires – pour éliminer les dangers présents dans leur milieu de travail. Un site Internet recense les projets d'innovation des entreprises (<http://www.csst.qc.ca/asp/innovation/index.html>) dont de nombreux sont liés spécifiquement à la prévention.

La CSST ne peut relever à elle seule les nombreux défis que comporte la gestion du régime québécois de santé et de sécurité du travail. Elle comporte ainsi un réseau de partenaires qui offre des services de santé préventifs, des services de formation, d'information, de recherche et de conseil :

- L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) assure la recherche scientifique en ce domaine, la formation des chercheurs ainsi que les services de laboratoire.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux, les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les centres locaux de services communautaires (CLSC) assurent les services de santé préventifs ;

- Les associations sectorielles paritaires (ASP) fournissent des services de formation, d'information, de recherche et de conseil sur la prévention des accidents et des maladies du travail ;
- Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport intègre la santé et la sécurité du travail dans ses programmes d'enseignement ;
- Les associations syndicales et patronales qui le veulent offrent à leurs membres de l'information en matière de santé et de sécurité du travail.

La CSST a établi avec eux des mécanismes de concertation et de liaison qui favorisent la coordination des interventions en santé au travail et en assurent de meilleurs résultats.

## **5.2 France - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Le site des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (AT / MP)**

La branche AT / MP a la charge de gérer les risques professionnels auxquels sont confrontés les salariés et entreprises de l'industrie, du commerce et des services ainsi que quelques autres catégories (élèves de l'enseignement technique, stagiaires de la formation professionnelle, adhérents à l'assurance volontaire...).

Outre la gestion du système légal d'assurance des dommages corporels liés au travail salarié (accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles), la branche AT / MP met en oeuvre la politique de prévention des risques professionnels, visant à améliorer la santé et la sécurité des salariés dans l'entreprise. Elle mène dans ce cadre des actions d'information, de formation, de recherche, peut attribuer des incitations financières aux entreprises et exerce une activité de conseil et de contrôle. Elle assure également la diffusion d'une information statistique diversifiée sur les risques professionnels.

Les orientations relatives à la politique de prévention et d'assurance des risques professionnels sont déterminées par la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette commission est composée de représentants des partenaires sociaux, employeurs et salariés, à part égale.

Des comités techniques nationaux et régionaux (CTN et CTR), composés eux aussi à part égale de représentants des employeurs et des salariés, assistent les partenaires sociaux pour la définition des actions de prévention dans les différents secteurs d'activité (BTP, transports, alimentation, bois, commerces, textile, métallurgie...). Il est important de préciser qu'en France tout comme au Québec, les secteurs des maladies professionnelles et des accidents du travail ne sont pas distincts.

En France, toute entreprise a l'obligation de réaliser l'évaluation des risques professionnels (EvRP) pour la santé et la sécurité des travailleurs et de la transcrire dans un document unique. L'évaluation des risques est l'étape initiale de toute démarche de prévention et consiste à identifier et classer les risques qui peuvent se rencontrer dans l'entreprise en vue de mettre en place des actions de prévention pertinentes.

Les entreprises souhaitant améliorer les conditions de santé et de sécurité de leurs salariés peuvent, sous certaines conditions, obtenir des aides financières. Enfin, elles peuvent faire appel aux agents de leur Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) ou Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) pour être conseillées dans leur démarche de prévention.

Afin d'aider les entreprises à remplir au mieux leurs obligations en matière de prévention, la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAMTS) est assistée de 9 comités techniques nationaux. Ces comités ont établi un certain nombre de recommandations, sortes de "règles de l'art" proposées aux professionnels pour prévenir les risques liés à leurs activités.

Tout comme en Belgique et au Québec, de nombreux autres acteurs des secteurs publics ou privés interviennent dans la prévention des risques professionnels.

La branche "Accidents du travail et maladies professionnelles" de la Sécurité sociale, en tant qu'assureur des entreprises du régime général, a défini sa politique de prévention pour les prochaines années (2004 – 2007) dont l'ambition est de « Mobiliser le Réseau Prévention » autour de quatre thèmes communs et nationaux :

- Construire un plan d'action de prévention des cancers professionnels. Le nombre de cancers d'origine professionnelle indemnisés atteint toujours des chiffres probablement en-dessous de la réalité pour de multiples raisons : absence de déclaration, difficultés à identifier les expositions passées... Le suivi post-professionnel doit permettre des détections précoces de ces maladies qui se déclarent le plus souvent bien après la cessation d'activité salariée. Les maladies d'aujourd'hui peuvent être consécutives à des expositions datant de 10, 20 voire 30 ou 40 ans. Les expositions d'aujourd'hui doivent être appréhendées dans le but d'éviter de nouveaux cancers dans les années à venir. Des actions touchant d'une part, à une meilleure connaissance de ces maladies, en intégrant les facteurs extra professionnels et d'autre part, à des actions de prévention spécifiques sont nécessaires. Les actions sont abordées selon trois points de vue : des actions de prévention liées aux produits cancérigènes, des actions liées aux procédés et à leur amélioration ainsi que des actions liées aux métiers et aux branches industrielles ;
- Prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent environ 70 % du total des maladies professionnelles reconnues, avec une croissance de 20 % par an. Depuis plus de 10 ans, le réseau prévention a développé des méthodes et des outils dans le domaine de la mesure de l'exposition et de la prévention des TMS. De nombreuses expériences ont été menées sur le terrain par les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) et par l'Institut National de Recherche et Sécurité (INRS). Des actions et une coordination inter-institutionnelle ont été conduites. Tout en poursuivant les actions en entreprises avec la forte implication des services prévention des caisses, les prochaines années seront consacrées à :
  - recenser et évaluer les actions "types" et les outils créés,
  - valoriser les plus pertinents,
  - définir les activités et types d'entreprises vers lesquels les actions seront menées,
  - étudier les partenariats et relais possibles afin de démultiplier les actions,
  - créer, si besoin, de nouveaux outils et méthodologies.
- Promouvoir les actions de prévention du risque routier encouru par les salariés ;
- Structurer et promouvoir l'offre de formation. Le Réseau Prévention veut se positionner comme référent en matière de formation à la prévention des risques professionnels. D'ici 2007, il s'agira plus particulièrement :
  - de définir une politique pertinente d'évolution de l'activité de formation continue à moyen et long terme, répondant aux besoins des entreprises,

- de déterminer les axes stratégiques de cette évolution et de stabiliser des scénarios (positionnement des acteurs, organisation des réseaux et partenariats, développement des compétences ad hoc, articulation de la formation avec les actions de prévention et de communication),
- d'établir le plan de mise en œuvre de ces scénarios et de l'amorcer.

**Il est évident que le FMP n'a pas pour vocation d'agir seul dans le domaine de la prévention. Il est, au contraire, important de pouvoir s'associer à des projets existants ou à rechercher le soutien d'autres organismes publics ou privés, tout comme la CSST et le réseau de partenaires qu'elle a tissé.**

**La comparaison internationale recommande également de procéder par :**

- **projets, comme par exemple la réinsertion des victimes de maladies professionnelles, incitants financiers aux entreprises, formation d'agents de prévention, programme défi-jeunesse, Prix innovation en prévention, séminaires d'information, etc.) ; et/ou**
- **maladies-cibles, comme par exemple les maladies en relation avec le travail, troubles musculo-squelettiques, cancers professionnels, risques routiers**

C'est dans le choix des projets et des maladies-cibles que le Conseil scientifique aurait un rôle primordial à jouer.

### **5.3 Le rôle du Conseil scientifique**

Le projet de loi du 7 septembre 2004 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail prévoit la création d'un Conseil scientifique au sein du FMP, qui remplacera l'actuel Conseil technique. Dans le domaine de la prévention, le Conseil scientifique et par là-même les commissions médicales y associées, a un rôle primordial à jouer dans la définition de projets et l'attention portée à des maladies-cibles. Ce Conseil scientifique sera composé de médecins, d'universitaires et d'experts de terrain qui collaborent avec le Fonds dans l'étude des maladies professionnelles. Ce Conseil est chargé :

1. d'étudier les maladies, de rechercher celles d'entre elles susceptibles de donner lieu à réparation et d'en proposer l'inscription sur la liste prévue à l'article 30 ;
2. de rechercher les meilleurs moyens propres à assurer un traitement rationnel et la prévention des maladies professionnelles. Le Conseil scientifique exerce sa mission en matière de prévention sans préjudice des attributions incombant, dans ce domaine, au Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, et en ce qui concerne les entreprises dont la surveillance technique lui appartient, au Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie ;
3. de faire toute proposition ou de rendre un avis quant aux risques professionnels qui requièrent une surveillance de santé prolongée au sens du Code sur le bien-être au travail ainsi que sur les conditions et modalités de la surveillance à exercer ;
4. de faire toutes propositions ou de donner son avis sur tout problème, soit d'initiative, soit à la demande du ministre dont dépend l'institution ou du Comité de gestion.. Toute proposition faite par le Conseil scientifique, est adressée au ministre dont dépend l'institution, par l'intermédiaire du Comité de gestion. Ce dernier la fait parvenir au ministre, accompagnée de son avis, dans le mois de sa réception. Les propositions faites par le Conseil scientifique en matière de prévention sont transmises simultanément au ministre dont dépend l'institution et au ministre qui a l'emploi dans ses attributions et, si elles concernent des industries dont la surveillance technique relève de sa compétence, au Service public fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Les Commissions médicales, qui aideront le Conseil scientifique à accomplir sa mission, doivent être la garantie d'une connaissance et d'une expertise suffisantes en matière de maladies professionnelles ; elles sont sciemment composées par discipline, ce qui apportera au Conseil scientifique l'approche multidisciplinaire de qualité qu'on attend de sa part.

Le Conseil scientifique a entre autres missions celle de dresser un rapport annuel sur l'évolution des maladies professionnelles mais aussi sur les moyens de prévention appliqués ou découverts en Belgique ou ailleurs.

**Le Conseil scientifique, et particulièrement les commissions médicales y associées, devront donc développer une méthodologie afin de définir les projets et maladies-cibles selon les évolutions tant médicales que socio-économiques et des progrès scientifiques.**

## **6. Prise en considération de la nouvelle législation « Maladies en relation avec le travail »**

### **6.1 Contexte**

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail a réalisé trois enquêtes sur l'environnement de travail en Europe (en 1990/1, 1995/6 et 2000) et a également mené une étude dans les pays adhérents et candidats en 2001/2. Ces travaux ont permis de dégager une vue d'ensemble des conditions de travail en Europe.

L'exposition à des risques physiques sur le lieu de travail, l'intensification du travail et les pratiques en matière de flexibilité de l'emploi demeurent une cause majeure de problèmes de santé pour les travailleurs dans l'Union européenne.

L'enquête ne montre aucune amélioration significative des facteurs de risque ou des conditions générales sur le lieu de travail pendant les dix années qui se sont écoulées depuis la réalisation de la première enquête.

Cependant, une proportion croissante de travailleurs se plaignent de problèmes de santé liés au travail.

Les troubles musculo-squelettiques (douleurs dorsales et musculaires, en particulier au niveau du cou et des épaules) sont en augmentation, de même que la fatigue générale. Il existe de fortes corrélations entre le stress, les troubles musculo-squelettiques et les caractéristiques de l'organisation du travail, telles que le travail répétitif et le rythme du travail.

### **6.2 La nouvelle législation**

Le FMP ne pouvait, jusqu'à aujourd'hui, intervenir que pour les maladies dues de manière univoque aux risques du travail.<sup>16</sup>

Soit il s'agit de maladies professionnelles mentionnées sur une liste fixée par la loi et pour lesquelles il suffit au travailleur de démontrer l'existence de la maladie et l'exposition pour obtenir une intervention financière.

Soit il s'agit de maladies professionnelles qui sont indemnisées dans le système ouvert, dans lequel le travailleur doit démontrer le lien causal direct entre sa maladie et son travail.

La rigidité de ce système fait que beaucoup de malades se retrouvaient démunis.

En effet, il existe de très nombreuses maladies pour lesquelles il est difficile de déterminer qu'elles sont causées ou non par l'exercice d'une profession précise.

Dans ce cas, il s'agit surtout de maladies qui frappent fréquemment l'ensemble de la population mais qui peuvent aussi être amplifiées par le travail, comme les maux de dos. Ce sont les « maladies liées au travail » ou les « maladies en relation avec le travail » .

La nouvelle législation prévoit que le FMP peut contribuer à la prévention des maladies professionnelles en finançant des mesures au bénéfice de personnes victimes d'une maladie en relation avec le travail.

Ces mesures sont entre autres le financement des frais pour soins de santé, le financement de la réadaptation et la réinsertion dans le milieu de travail, l'indemnisation des jours d'examen,...etc.

De cette manière, l'assurance contre les maladies professionnelles remplit sa mission sociale, également en ce qui concerne ces maladies.

Budgétairement, cette nouvelle mission du Fonds est financée par projet.

---

<sup>16</sup> Site : [www.meta.fgov.be](http://www.meta.fgov.be) : Maladies professionnelles, accidents du travail et réinsertion.

En effet, la législation prévoit que « Le Roi précise, sur proposition du Comité de gestion et après avis du Conseil scientifique, pour chaque maladie en relation avec le travail qu'il désigne, les mesures que le Fonds finance ainsi que les conditions et les modalités de ce financement ».<sup>17</sup>

Aussi, l'indemnisation est financée (enveloppe ouverte) mais pas les frais de fonctionnement (enveloppe fermée).

Pourtant, des changements internes au sein du FMP sont à prévoir ; engagement de personnel spécialisé (ergonome...), formation du personnel en place afin de connaître ces maladies émergentes et pouvoir travailler sur la prévention adéquate.<sup>18</sup>

Comme exemple, le SCPPT (Service Commun pour la Prévention et la Protection du Travail) qui se doit d'organiser la prévention des risques professionnels pour les fonctionnaires des SPF adhérents, prévoit l'engagement d'un ergonome.

**La recommandation d'être présent dans les différentes provinces est confortée par la prise en compte des maladies en relation avec le travail qui touchent, si l'on pense aux maux de dos, non seulement le milieu hospitalier mais aussi tout le secteur tertiaire réparti sur l'ensemble de notre territoire.**

**Dans le domaine de la prévention des maladies en relation avec le travail, les différents centres pourront principalement assurer l'information sur ces nouvelles maladies et sur les possibilités d'indemnisation.**

---

<sup>17</sup> Chambre des représentants de Belgique - 7 septembre 2004 - projet de loi - DOC 51 1334/001

<sup>18</sup> [L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail](#) fournit des données sur les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail.

## **7. P & O - Beheersimplementatie**

Beheersmatig is het mogelijk met regionale kantoren te werken. De instrumenten daartoe bestaan.

Administratieve taken kunnen, zeker rekening houdend met de informatisering, net zo goed in een regionaal kantoor als op een hoofdzetel worden uitgevoerd.

Het ter beschikking stellen van informatie over de erkenning van beroepsziekten op een intranet, het elektronisch raadpleegbaar maken van dossiers, het werken met elektronische dossiers waardoor de behandeling van een dossier niet meer gekoppeld wordt aan een vaste locatie (het elektronisch dossier “verhuist” in plaats van de medewerker), het aanbieden van e-communities die de mogelijkheid bieden aan de medewerkers rechtstreeks met elkaar te communiceren ongeacht het bureau waar zij werken, vergemakkelijken het werken met regionale kantoren.

Elementen zoals kostprijsberekening – met verrekening van alle kosten, niet enkel van de personeelskost, maar ook de infrastructuur en alle andere kosten - en boordtabellen - welke momenteel reeds worden opgesteld in het Fonds - zullen aan het beheer de nodige informatie en mogelijkheden bieden voor het sturen van de activiteiten. De informatisering biedt de mogelijkheid alle voor het beheer van de instelling noodzakelijke informatie te consulteren ongeacht op welke locatie van de instelling men zich bevindt.

Belangrijk is evenwel dat een degelijke kwaliteitscontrole wordt ingebouwd.

Alle of minstens een steekproef van dossiers dienen te worden gecontroleerd door een onafhankelijke interne dienst. Doel hiervan is het opsporen van foutieve toepassingen welke kunnen ontstaan omwille van verschillende redenen, maar bijvoorbeeld ook omdat onderrichtingen foutief werden geïnterpreteerd.

Vandaar dat dergelijke kwaliteitscontrole niet enkel belangrijk is indien er meerdere regionale kantoren zijn, maar ook indien op een hoofdzetel verschillende diensten of een dienst met meerdere medewerkers, dezelfde taken uitvoeren.

De aandacht wordt bovendien gevestigd op het feit dat zelfs indien alle beslissingen op een plaats zouden worden genomen, daaruit niet kan afgeleid worden dat eenvormig zou gewerkt worden.

Aangezien dicht bij huis werken voor veel beroepsactieve mensen een belangrijk argument is, kan een regionale organisatie bijdragen aan het oplossen van personeelsproblemen. Dit kan mogelijk een argument zijn voor het aantrekken van medici welke wel bereid zijn geregeld te overleggen op de hoofdzetel (of een elders gesitueerde locatie), maar niet dagelijks de verplaatsing willen maken.

Enkel door het element van de organisatie van de instelling en niet door het aanbieden van een bepaalde wedde of extra voordelen, zou men daardoor de job aantrekkelijk kunnen voor bekwame kandidaten.

Voor een goed werkende organisatie is een deskundig personeelsbeleid onontbeerlijk. Instellingen functioneren op basis van de medewerkers. Het is belangrijk dat een instelling bekwame kandidaten kan aantrekken. Het beheer van het menselijk kapitaal dient dan ook met de nodige kennis en zorgvuldigheid vervuld te worden.

Bij het vaststellen van de personeelsformatie voor de regionale bureaus is het belangrijk te weten welke piste voor het realiseren van de regionale aanwezigheid zal worden bewandeld.

Een eerste piste is het creëren van eigen gewestelijke bureaus.

Voor de locatie en het aantal kan het Fonds zich baseren hetzij op de FOD WASO hetzij op het RIZIV. De regionale werking van beide instellingen werd reeds beschreven.

In deze gewestelijke bureaus zou als basisaanwezigheid een beperkte administratieve sokkel, 3 à 4 personeelsleden, kunnen geïnstalleerd worden. Deze personeelsleden kunnen instaan voor de uitvoering van administratieve taken welke thans door de Nederlandstalige en Franstalige dienst "Toekenning" op het hoofdbestuur worden vervuld. In deze diensten functioneren momenteel ongeveer 87 medewerkers, zodat het takenpakket voldoende groot zou kunnen zijn om een gedeconcentreerde werking te organiseren. De realisatie hiervan is beheersmatig mogelijk, zoals hiervoor reeds uiteengezet.

Opgemerkt wordt dat tot voor enkele jaren het gewestelijk bureau Hasselt meer administratieve taken vervulde dan vandaag het geval is, maar dat een aanzienlijk deel ervan omwille van personeelsgebrek in het bureau werd overgeheveld naar de dienst "Toekenning" te Brussel.

Naast deze administratieve medewerkers, lijkt het aangewezen minstens één sociaal assistent per gewestelijk bureau te voorzien daar de regionale aanwezigheid vooral belangrijk is in kader van de informatieverstrekking.

Er blijkt niet een directe noodzaak te bestaan om technisch inspecteurs en geneesheren te affecteren aan een gewestelijk bureau.

Aangewezen lijkt dat vooral de artsen een meer mobiele aard van tewerkstelling uitoefenen, waarbij zij indien de vraag zich manifesteert een aantal medische onderzoeken vervullen in een gewestelijk bureau of regionaal ziekenhuis, maar daarnaast ook voldoende tijd en aandacht besteden aan kennisdeling en overleg met de collega's op een fysieke of virtuele locatie.

Een tweede piste is het aansluiten bij reeds in regio's aanwezige diensten, zoals bijvoorbeeld FOD WASO en RIZIV, voor het uitbouwen van een netwerk van informatieverstrekking.

In dit geval wordt enkel een regelmatige aanwezigheid verzorgd, werkwijze welke thans door het FAO wordt gehanteerd. Deze zitdagen verzorgd door een sociaal assistent, dienen dan in te staan voor het verstrekken van informatie.

Enkel indien een dagelijkse aanwezigheid wordt gerealiseerd, behoudt de sociaal verzekerde de mogelijkheid om zich rechtstreeks of telefonisch te wenden tot het "gewestelijk bureau". Zo niet, dan zal de sociaal verzekerde zich dienen te schikken naar de momenten van aanwezigheid op de permanentie.

Voor het regionaal organiseren van medische onderzoeken, hetgeen cruciaal is, kan mogelijk samengewerkt met het RIVIV en / of regionale ziekenhuizen.

Voor de administratieve taken ter ondersteuning van de geneesheer van het FBZ, waar thans gemiddeld aan dag per week door het gewestelijk bureau Hasselt aan besteed wordt, zal eveneens naar een praktische oplossing dienen gezocht.

**Ons advies:**

- **Beheersmatig is het mogelijk gedeconcentreerd te werken**
- **Bij de realisatie van regionale aanwezigheid zijn er twee mogelijke pistes.**

## Conclusions générales – Algemeen besluit.

Notre objectif est de redéfinir les missions exactes des bureaux régionaux et donc leur utilité, et ce, en phase avec l'actuelle réalité économique de la Belgique

Nous avons, en premier lieu, réalisé un état de la situation des trois bureaux régionaux de Liège, Hasselt et Marchienne au Pont. De même, nous avons établi un comparatif international avec les modes de fonctionnement des structures relevant des maladies professionnelles au Québec et en France. Nous avons également récolté les informations pertinentes ainsi que les points de vue et sentiments des acteurs liés de près ou de loin au FMP.

Etant donné les activités principalement administratives des centres actuels, la centralisation de celles-ci à Bruxelles apparaissait comme la solution à la problématique posée. Cette première approche s'étiola au fil des entretiens et définitivement, lorsqu'on a abordé la mission sociale des bureaux régionaux.

Il ressort de l'analyse des missions des bureaux régionaux qu'une présence est essentielle sur tout le territoire. Afin de pouvoir évaluer quelle présence est nécessaire ci et là, il est primordial de réaliser auparavant une étude de marché. Celle-ci devrait déterminer les caractéristiques des différentes régions (arrondissements et villes) en Belgique en termes de demande, notamment selon les cas de maladies professionnelles présentes.

Selon les résultats de cette analyse, le FMP peut déterminer quels sont les besoins en personnel (médecins, spécialistes, experts du FMP, administratifs, assistants sociaux, etc.), qui eux-même détermineront les besoins en infrastructure.

Dans le cadre du développement et de la mise à disposition de l'expertise médicale et technique du FMP, nous recommandons dès lors d'exiger et de valoriser la mobilité des médecins collaborateurs sur le territoire belge et de créer une gestion des consultations centralisées par spécialités et lieux en partant de la demande des clients.

En termes d'infrastructure, le FMP pourrait créer de nouveaux bureaux dans les provinces où il n'est pas présent. Or, il apparaît qu'une telle option pourrait s'avérer onéreuse et difficilement réalisable dans certains cas. Dès lors, dans un souci de rationalité, le FMP doit également envisager d'instaurer des permanences (présences un jour ou plus par semaine dans certains points névralgiques).

Il sera important de redéfinir en surface un programme des besoins précis pour réaliser cette présence sur le terrain. De plus la stratégie immobilière du FMP doit s'axer sur trois objectifs distincts : répondre aux besoins des clients par le choix judicieux du site à la lumière des facteurs de performance clés; améliorer l'image du FMP en considérant ses futurs bureaux comme la vitrine de l'organisation et soutenir le « core-business » à un coût minimal.

En outre, dans le but de réaliser de substantielles économies d'échelle en termes d'infrastructure et de personnel, et de permettre un accueil et une offre au public plus cohérents, le FMP pourrait s'appuyer sur les infrastructures déjà existantes des organismes publics étudiés dans ce rapport (SPF Emploi, INAMI, CAAMI, FAT). On peut également envisager une collaboration avec l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL), l'Office national des vacances annuelles (ONVA), la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC) ainsi que l'Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS). La complémentarité avec les Directions régionales de la DG contrôle du bien-être au travail du SPF Emploi, dont l'une des missions est le traitement et le suivi des déclarations de maladies professionnelles doit également être investiguée. Il apparaît, en effet, que ces directions régionales remplissent des missions très similaires à celles des trois bureaux régionaux actuels. Enfin, une complémentarité avec l'INAMI n'est pas à exclure tant le core business et le public-cible convergent. Lors des négociations avec ces partenaires externes, l'aspect « communication externe » doit être pris en compte. Cet aspect peut certainement profiter de la présence du FMP dans les infrastructures ou dans les environs immédiats de ces organismes publics.

Bien que les bureaux régionaux ne sont pas considérés comme des acteurs à part entière de la communication externe du FMP, la mission de communication de l'information est, dans la réalité, une des plus importantes du personnel régional. Il est primordial que le FMP s'appuie sur ces structures régionales afin de mener à bien sa communication.

Dans le domaine de la prévention des maladies en relation avec le travail, le FMP doit veiller à fournir une valeur ajoutée en complément aux nombreux services de prévention internes et externes. À cette fin, le FMP se doit de ne viser que certains objectifs bien déterminés. Ceux-ci pourraient prendre la forme de

- *projets, comme par exemple la réinsertion des victimes de maladies professionnelles, incitants financiers aux entreprises, formation d'agents de prévention, programme défi-jeunesse, Prix innovation en prévention, séminaires d'information, etc.) ; et/ou*
- *maladies-cibles, comme par exemple les maladies en relation avec le travail, troubles musculo-squelettiques, cancers professionnels, risques routiers*

Incontestablement, c'est dans le choix des projets et des maladies-cibles que le bureau central du FMP et notamment le Conseil scientifique aura un rôle d'impulsion à donner aux bureaux régionaux. Nous ne pouvons que conseiller que le choix de tels projets se fasse avec circonspection tant les coûts y liés sont importants. Les différents centres pourront principalement assurer l'information et les possibilités d'indemnisation des maladies en relation avec le travail.

---

Bedoeling van dit advies is om de opdracht van de gewestelijke bureaus van het FBZ scherp te stellen en in lijn te brengen met de economische actualiteit in ons land.

Om te beginnen hebben wij de huidige situatie van de gewestelijke bureaus in Luik, Hasselt en Marchienne au Pont in kaart gebracht. Daarnaast hebben wij onderzocht welke structuren de overheden in Québec en Frankrijk uitgebouwd hebben op het gebied van de beroepsziekten, en zijn dichter bij huis ons licht gaan opsteken bij zoveel mogelijk actoren die met het FBZ te maken hebben.

Omdat de huidige regionale kantoren in de eerste plaats een administratieve bestaansreden leken te hebben, dachten wij eerst dat de oplossing voor de gegeven problematiek erin zou liggen om de activiteiten in Brussel te centraliseren. Hoe meer mensen wij echter interviewden, en hoe meer wij ons bewust werden van de sociale opdracht van de bureaus, hoe minder deze piste van centralisatie de aangewezen weg leek te zijn.

Meer nog, uit de analyse van de werking van de gewestelijke bureaus blijkt dat een sterkere regionale aanwezigheid van het Fonds zich opdringt. Om te kunnen bepalen welke mate van lokale aanwezigheid wenselijk is, dient eerst een marktonderzoek uitgevoerd te worden. Zo'n onderzoek moet de regiospecifieke vraag in kaart brengen op het gebied van types en frequentie van beroepsziekten.

Uitgaand van de resultaten van die analyse van de bestaande vraag kan het FBZ overgaan tot het opstellen van een plan waarin de noden beschreven worden qua personeel (artsen, specialisten, experts van het Fonds, administratieve krachten, sociaal assistenten) en vervolgens qua infrastructuur.

Om de medische en technische expertise van het Fonds beter tot ontwikkeling te laten komen en terbeschikking te stellen, raden wij aan om van de medewerkende artsen een grotere mobiliteit over heel het grondgebied te eisen. Opdat die mobiliteit maximaal zou renderen, moet ze georganiseerd worden in een systeem van vraaggestuurde consultaties volgens specialiteit.

Dan kan blijken dat het Fonds nood heeft aan bureaus in regio's waar het vandaag niet aanwezig is. Omdat te verwachten valt dat zulks een kostelijke, moeilijk te realiseren opdracht kan blijken, zou het Fonds ook kunnen denken aan een schema van punctuele, geprogrammeerde aanwezigheid, bijvoorbeeld een dag per week op plaatsen waar een prangende vraag bestaat.

De praktische organisatie van deze lokale aanwezigheid zal onder andere uitgedrukt worden in gewenste vierkante meters bureau- en consultatieruimte. Het Fonds moet zich bij die bepaling van de huisvesting proberen om zo adequaat mogelijk te beantwoorden aan de vraag : de geografische ligging van de sites moet zorgvuldig gekozen worden aan de hand van indicatoren als toegankelijkheid en nabijheid van infrastructuur voor medisch toezicht, het Fonds moet deze vernieuwde lokale aanwezigheid erkennen als het gezicht van de organisatie, nuttig voor het verbeteren van het imago, en tegelijk moet het ondersteunen van de kernactiviteiten gerealiseerd worden aan een zo laag mogelijke kost.

Om rationeel om te gaan met personeel en infrastructuur en om een coherent onthaal en dito dienstverlening aan de rechthebbenden te verzekeren, zou het Fonds zich kunnen inschakelen in gebouwen van andere openbare diensten. Wij hebben er in dit rapport enkele genoemd : de FOD WASO, het RIZIV, de HZIV (Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), het FAO (Fonds voor arbeidsongevallen). Samenwerkingen zijn ook denkbaar met de RSZPPO (Rijksdienst voor de sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten), de RJV (Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie), de HVW (Hulpkas voor werkloosheidsuitkeringen) en de RKW (Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers). Meer kan verwacht worden van de samenwerking met de Directies van de Algemene Directie voor controle van welzijn op het werk van de FOD WASO, wier takenpakket onder meer het behandelen en opvolgen van de aanvragen van beroepsziekte behelst. Die regionale directies lijken ons bezig te zijn met zaken die heel erg lijken op wat de gewestelijke bureaus van het FBZ doen. Het RIZIV is een aangewezen partner omdat doelpubliek en werkveld grotendeels overeenkomen. In de onderhandelingen met deze externe partners moet het communicatie-aspect meegenomen worden. De externe communicatie kan zeker profiteren van de aanwezigheid van het Fonds in gebouwen of in de buurt van organismen met een overlappend doelpubliek.

Hoewel de gewestelijke bureaus niet beschouwd worden als actoren in de externe communicatie van het FBZ, is de taak van informatieverstrekking vandaag in feite een van de belangrijkste activiteiten van het personeel aldaar. Het is belangrijk dat het FBZ deze taak erkent, zodat de nodige ondersteuning kan voorzien worden.

Op het gebied van de arbeidsgerelateerde ziekten dient het Fonds te zorgen voor een actieve toegevoegde waarde naast de bestaande interne en externe preventiediensten, door zich te beperken tot welomlijnde doelstellingen. Het kan daarbij gaan om projecten zoals de herplaatsing van beroepszieken, financiële stimuli voor bedrijven, opleidingen van preventieadviseurs, een programma gericht naar jongeren, een Prijs voor vernieuwening in preventie, of infosessies, maar ook de concentratie op specifieke arbeidsgerelateerde aandoeningen, zoals spier-pees-botletsels, beroepskankers en verkeersrisico's.

Het hoofdbureau, meer bepaald de Wetenschappelijke raad, mag de impulsen van de gewestelijke bureaus zeker niet veronachtzamen bij de keuze van projecten en acties naar specifieke aandoeningen. Wij wijzen erop dat de keuze van deze projecten met grote omzichtigheid dient te gebeuren, gezien de hoge kost om zulke nieuwe projecten bekend te maken en ingang te doen vinden. De rol van de regionale centra ligt hier vooral in de informatieverstrekking en het uitkeren van vergoedingen in het kader van de arbeidsgerelateerde ziektes.

De versterkte regionale aanwezigheid staat of valt met de uitbouw van performante ICT, die nodig is voor de interne controle, voor ondersteuning van de vraaggestuurde werking en voor het structureren en terbeschikkingstellen van de expertise.