



Reprendre le travail : quels facteurs de succès ?

Quel est le profil des personnes qui entrent en invalidité ?	p. 7
"Il est nécessaire de revoir les notions d'incapacité primaire et d'invalidité"	p. 10
"La meilleure prévention ? Laisser les gens être eux-mêmes !"	p. 12
Vous souffrez de douleurs chroniques : tout reste possible !	p. 14
Mieux se comprendre pour mieux accompagner les patients	p. 16

Quel est le profil des personnes qui entrent en invalidité ?

Entre 2007 et 2017, les dépenses en incapacité de travail et en invalidité ont fortement augmenté et le nombre de personnes concernées a quasi doublé. Cette nouvelle étude des Mutualités Libres se penche sur les personnes qui entrent en invalidité. Quelles sont leurs caractéristiques et leurs prestations de soins avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire ? Résultats ci-dessous.

Les chiffres officiels de l'INAMI montrent une augmentation importante des dépenses en incapacité de travail et en invalidité aux cours des dernières années. Pour rappel, l'incapacité primaire désigne la première année d'incapacité de travail, après la période de salaire garanti. L'invalidité désigne la période de l'incapacité de travail qui débute après l'année d'incapacité primaire.

Entre 2007 et 2017, les indemnités d'invalidité des salariés sont passées de 2,4 milliards euros à 5,4 milliards euros et les indemnités d'incapacité de travail primaire (ITP) des salariés ont augmenté de 0,99 milliard euros à 1,7 milliard euros. Sur cette période, le taux d'invalidité est passé de 5,4%

(avec 242.086 personnes en invalidité) à 8,4% (avec 404.657 personnes en invalidité).

La présente étude décrit le profil des personnes qui, après une période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP), entrent en invalidité. L'étude porte sur leurs caractéristiques et leurs prestations de soins avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP).

Méthodologie

Les "nouveaux" invalides désignent les affiliés des Mutualités Libres qui entrent en invalidité (reconnaissance officielle) pour la première fois au cours de l'année 2016, pendant la

période 2013-2016, en excluant les femmes avec des périodes de congé de maternité. La population de référence est l'ensemble des affiliés âgés de 20 à 64 ans en 2016.

Nous nous sommes concentrés sur trois périodes :

- la période de 12 mois avant l'entrée en incapacité de travail primaire (ITP),
- la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP),
- la période d'invalidité débutant au cours de l'année 2016 qui peut être courte (moins de 6 mois), moyenne (de 6 à 12 mois) ou longue (plus de 12 mois).

Tableau 1 : Principales caractéristiques des personnes entrant en invalidité pour la première fois en 2016 et de la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans

		"Nouveaux" invalides	% parmi les "nouveaux" invalides	% parmi la population générale 20-64 ans
Sexe	Femme	5.729	56,7%	49,6%
	Homme	4.372	43,3%	50,4%
Statut BIM	Oui	2.582	25,6%	10,6%
	Non	7.519	74,4%	89,4%
Région de domicile	Bruxelles-Capitale	1.860	18,4%	20,2%
	Flandre	3.924	38,9%	41,0%
	Wallonie	4.236	41,9%	35,0%
	Etranger	81	0,8%	3,8%

Une population de 10.101 "nouveaux" invalides a été constitué et analysé entre le 1/1/2013 et le 31/12/2017. Comme nous ne disposons pas des diagnostics médicaux codifiés, nous avons utilisé des proxys pour approcher l'état de santé, ce qui limite la portée de certaines conclusions.

Profil des "nouveaux" invalides

Le tableau 1 décrit les caractéristiques des "nouveaux" invalides.

Il ressort de ce tableau 1 que les femmes sont plus nombreuses (56,7%), une personne sur 4 bénéficie de l'intervention majorée (BIM) et près de 4 personnes sur 10 résident en Flandre, 4 personnes sur 10 en Wallonie et 2 personnes sur 10 à Bruxelles. **Parmi les "nouveaux" invalides, les femmes, les bénéficiaires du statut BIM et les habitants de la Région wallonne sont surreprésentés comparés à la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans.** L'âge moyen des "nouveaux" invalides est de 46 ans et leur nombre augmente significativement avec l'âge jusqu'à 55 ans. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans d'autres études publiées par l'INAMI ou l'IMA.

Durée de l'invalidité

La durée de l'invalidité est répartie en 3 groupes : moins de 6 mois, entre 6 et 12 mois, plus de 12 mois.

Le tableau 2 montre que **3 personnes sur 4 entrant en invalidité en 2016 restent en invalidité plus de 12 mois**, alors que 1 personne sur 6 entrant

en invalidité quitte ce statut dans les 6 mois et près de 1 personne sur 10 après 6 à 12 mois. Pour les personnes dont la durée de l'invalidité est supérieure à 12 mois, le nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois (135 jours) est plus élevé que pour les personnes sortant plus vite de l'invalidité (119 jours).

Problèmes de santé préexistants

Une partie significative des personnes entrant en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant même de tomber en incapacité de travail primaire (ITP) conduisant à l'invalidité.

- Près de 4 personnes sur 10 parmi les "nouveaux" invalides avaient au moins une période d'incapacité de travail rémunérée par l'assurance maladie avant l'ITP de 12 mois,
- Plus d'un tiers était déjà atteint d'au moins une des 22 pathologies chroniques étudiées alors que dans la population générale, il s'agit d'1 personne sur 5.
- 1 personne sur 10 fait face à des comorbidités - définies comme la présence de deux maladies chroniques ou plus - alors que dans la population générale, il s'agit d'1 personne sur 20.

Présence de maladies chroniques

Au moment d'entrer en ITP et en invalidité, plus de la moitié des "nouveaux" invalides souffraient d'au moins une des 22 pathologies chroniques.

Les principales pathologies chroniques des "nouveaux" invalides sont : la dépression (1 personne sur 3), l'hypertension artérielle (1 personne sur 4), les maladies mentales sévères nécessitant une hospitalisation (5,8%), l'épilepsie (5,6%) et la psychose (5,6%). Il est aussi à noter que plus de la moitié des "nouveaux" invalides utilisent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Selon les statistiques de l'INAMI, les troubles psychiques et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif sont les deux principales causes de l'invalidité ; le burn out est également cité comme cause de l'entrée en invalidité. Ces deux groupes de maladie représentent environ les deux tiers du nombre total d'invalides. Comme nous ne disposons pas des diagnostics médicaux, nous n'avons pas pu faire le lien avec ceux-ci. La prise en considération des diagnostics de l'invalidité fera l'objet d'une étude future.

Quelles sont les dépenses en soins de santé des "nouveaux" invalides ?

Les principaux postes de dépenses des "nouveaux" invalides sont les frais de séjour à l'hôpital et les médicaments délivrés par l'hôpital aux patients non hospitalisés.

Les dépenses annuelles moyennes de soins de santé des "nouveaux" invalides, constituées par les remboursements de l'assurance obligatoire et les montants pris en charge par l'assuré

Tableau 2: Incapacité de travail avant l'incapacité de travail primaire menant à l'invalidité (2013-2015), selon la durée de l'invalidité

Durée de l'invalidité	Nombre de personnes	Nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois
Invalidité de moins de 6 mois	1.581	119
Invalidité de 6 à 12 mois	957	120
Invalidité de plus de 12 mois	7.563	135



sont à leur maximum durant la période d'incapacité de travail primaire (ITP) de 12 mois (14.059 euros). Pendant la période précédant cet épisode, les dépenses moyennes sont de 4.184 euros et elles s'élèvent à 7.020 euros au cours de l'invalidité.

Le montant déboursé par le patient représente environ 10 à 15 % de ces dépenses annuelles moyennes de soins de santé. Ce qui est surprenant n'est pas le pourcentage, mais le montant absolu. Ainsi, pendant la période de l'ITP de 12 mois, le ticket modérateur et les suppléments, à charge du patient, atteignent en moyenne 1.454 euros.

A titre de comparaison, les dépenses annuelles moyennes en 2016 pour la population générale âgée de 20 à 64 ans sont de 1.642 euros pour l'assurance obligatoire et de 285 euros à charge du patient.

Conclusions

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- Les "nouveaux" invalides sont des personnes dont l'état de santé avant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois était déjà dégradé par rapport à la population générale de 20 à 64 ans.

- Les dépenses en soins de santé, prises en charge par l'assurance maladie et par le patient, sont relativement élevées et elles atteignent un maximum pendant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois.
- Pour 25 % de ces "nouveaux" invalides, la durée maximale de la période d'invalidité est de 12 mois.

**GÜNGÖR KARAKAYA, WIES KESTENS
ET MURIELLE LONA**

Service Représentation et Etudes
des Mutualités Libres

Recommandations des Mutualités Libres

- L'une des conclusions majeures de l'étude est la présence de problèmes de santé antérieurs à une incapacité primaire, qui se transforme en invalidité. Il serait opportun que **les médecins traitants/ les spécialistes, les médecins du travail et les médecins conseils élaborent un plan d'actions coordonné** à cet égard. Afin de promouvoir la coopération entre les différents prestataires de soins, il serait utile de trouver une solution pour l'échange (sécurisé) des données médicales des personnes en incapacité de travail entre ces acteurs. Une plateforme commune pourrait faciliter le partage d'information.
- En tant qu'organisme assureur, nous sommes surpris par le montant élevé déboursé par le patient pour ses soins de santé, surtout pendant la période d'incapacité de travail primaire, alors que ses revenus ont diminué. Il est important de sensibiliser l'ensemble des acteurs au **risque de fragilité économique**.
- Les Mutualités Libres recommandent de développer des politiques d'intégration dans l'emploi en mettant en place un ensemble de mesures destinées à aider les travailleurs et les employeurs, dans le cadre de la **prévention**. Mais aussi d'adopter des mesures de prévention sur le lieu de travail destinées aux travailleurs ayant des problèmes de santé pour qu'ils puissent conserver leur emploi (aménagement des conditions de travail, réduction du temps de travail ou formation...).
- **Les groupes à risques** nécessitent une attention et un accompagnement particuliers. Ceux-ci sont constitués par les femmes, les personnes dans la tranche 40-55 ans, les bénéficiaires d'une intervention majorée et les malades chroniques.

1 La méthodologie et les résultats complets sont disponibles sur le site web des Mutualités Libres : www.mloz.be/publications

2 INAMI, note CI 2013/29, Analyse des dépenses relatives aux indemnités d'invalidité en Belgique dans une perspective géographique + étude IMA sur le profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire

3 Ne disposant pas du diagnostic médical des affections dont souffrent nos affiliés, nous avons dû créer des proxys de diagnostic pour approcher l'état de santé (22 au total).

"Il est nécessaire de revoir les notions d'incapacité primaire et d'invalidité"

Depuis plusieurs années, les chiffres de l'invalidité ne cessent de croître. Au point que différentes mesures gouvernementales ont été prises pour juguler cette tendance, avec des résultats parfois modestes. Les Mutualités Libres se sont, elles aussi, penchées sur la question et ont élaboré des actions et des objectifs qu'elles ont compilés dans leurs "10 priorités pour l'avenir des soins de santé". Le Dr Philippe Marneth, médecin-directeur aux Mutualités Libres en retrace les principales lignes.

Quel est le contexte de l'incapacité de travail actuellement ?

Sur les 10 dernières années, le nombre de personnes ayant cessé de travailler pour cause d'incapacité n'a cessé d'augmenter. Sur la même période, le nombre d'invalides, c'est-à-dire les personnes qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an, a presque doublé. Actuellement, entre 400.000 et 500.000 Belges sont en invalidité. En conséquence, **les dépenses liées à l'invalidité ont également explosé et les organismes assureurs subissent désormais une pression très forte pour diminuer le taux d'incapacité de travail et inciter leurs affiliés à reprendre le travail au plus vite**, conformément à leur capacité restante, par exemple avec un poste de travail adapté ou en suivant des formations professionnelles.

Comment peut-on expliquer cette augmentation phénoménale des invalidités ?

Il y a plusieurs facteurs. Tout d'abord l'augmentation du nombre de salariés. Les conditions d'accès à la prépension sont également devenues plus strictes. Le côté financier amène donc les salariés à travailler plus longtemps et pour certains, la seule porte de secours est l'incapacité de travail. C'est ce qu'on nomme le phénomène des vases communicants de la sécurité sociale. Même chose avec le chômage : la dégressivité des allocations de chômage a eu un impact sur l'incapacité de travail et l'invalidité.

Quelles ont été les mesures prises ces dernières années pour infléchir la tendance ?

Il y a eu beaucoup... Par exemple : le **certificat mentionnant la date de début et de fin de l'incapacité qui portait l'espoir de responsabiliser le secteur thérapeutique**. Cette mesure a eu un effet favorable : une diminution de l'incapacité primaire de 8 %.

Ensuite est arrivée la réglementation qui vise la réintégration des travailleurs avec ou sans contrat de travail. Et en parallèle, l'arrêté royal du cabinet Peeters (emploi et travail) qui poursuit le même objectif, mais pour la médecine du travail.

Quels sont les objectifs des Mutualités Libres en termes d'incapacité de travail ?

Favoriser la réintégration professionnelle des personnes en incapacité de travail est certainement l'objectif majeur des Mutualités Libres. Et pour y parvenir, nous aimerions que soit revue la notion d'incapacité primaire et d'invalidité. Nous estimons que le terme 'invalidé' revêt une notion de permanence et est connoté de manière trop péjorative. Bien souvent, on imagine à tort qu'une personne invalide, n'est plus capable de faire quoi que ce soit. Or, c'est faux ! C'est une idée reçue qu'il faut combattre. **Nous préconisons que l'incapacité primaire dure tant que subsiste un espoir de retrouver une capacité de gain, avec ou sans poste adapté**. Et que l'invalidité ne soit reconnue qu'après que toutes les



solutions aient été examinées et uniquement s'il n'y a plus aucun espoir de reprendre une activité professionnelle. Et cela doit également passer par une meilleure valorisation des capacités restantes des personnes en incapacité de travail.

Actuellement, les capacités restantes des personnes en incapacité de travail ne sont pas assez valorisées ?

Non, toutes les personnes en incapacité de travail primaire ou en invalidité sont dans le même panier, qu'elles aient ou pas les capacités suffisantes pour reprendre une activité professionnelle avec un poste ou un horaire adapté. C'est pourquoi, nous pensons qu'il faudrait établir la distinction entre les personnes qui ont une incapacité à plus de 66 %, ce qui est le cas pour toutes les personnes reconnues actuellement, et celles qui ont une incapacité à plus de 33 % et qui sont capables de reprendre le travail, même de manière partielle, avec un certain accompagnement.

Tout ceci doit également s'accompagner de la bonne volonté des entreprises...

Absolument. Les employeurs ont la responsabilité de développer une politique active en faveur du bien-être au travail et de la réintégration. Plusieurs actions pourraient être mises en place, comme par exemple, responsabiliser financièrement les employeurs si le taux d'incapacité de leur organisation est supérieur à celui du secteur ou les motiver à prendre des mesures qui facilitent la reprise du travail, avec des incitants financiers. Actuellement, la prévention dans les entreprises est clairement insuffisante bien que des initiatives voient le jour, comme à l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) où un programme de prévention des lombalgies et un projet pilote pour prévenir le burn-out ont récemment été lancés.

NATHALIE RENNA

nathalie.renna@mloz.be

"On imagine souvent qu'une personne invalide, n'est plus capable de faire quoi que ce soit.

Or, c'est faux !

C'est une idée reçue qu'il faut combattre."

Philippe Marneth



Le trajet de réintégration professionnelle en bref

Cela concerne principalement les travailleurs qui disposent d'un contrat de travail et qui se trouvent dans une situation d'incapacité de travail. Après 2 à 3 mois, le médecin-conseil est tenu d'évaluer la situation du patient et, avec les éléments dont il dispose, de le placer dans une catégorie allant de 1 à 4 :

1. Le patient va probablement **reprendre le travail endéans les 6 mois.**
2. La pathologie est tellement sévère qu'il n'y a **aucun espoir de retour au travail.**
3. Le patient devra **être suivi tous les deux mois**, car il est trop tôt pour évaluer correctement ses capacités restantes.
4. Un **trajet de réintégration peut être envisagé**, car le patient ne pourra pas reprendre son emploi actuel. Il sera donc nécessaire soit d'adapter son poste de travail, soit de proposer une formation.

"Les candidats à la réintégration professionnelle sont alors référés au service de prévention de leur employeur", explique le Dr Philippe Marneth. "Les médecins du travail vont alors examiner si un poste adapté avec une éventuelle formation organisée par l'entreprise, est envisageable. Cela peut être **une adaptation au niveau de l'horaire, du volume horaire, de la charge de travail, du type de travail, du lieu de travail**, etc. Si un tel trajet n'est pas possible, alors le patient revient chez le médecin-conseil et celui-ci envisage avec le patient, l'opportunité de débiter une formation. Si la formation répond aux critères définis par l'INAMI, le patient reçoit, après accord de l'INAMI, différentes interventions financières. À la fin de la formation, le patient peut bénéficier encore de 6 mois d'indemnités jusqu'au moment où il reprend le travail à temps plein. Les gens pensent souvent qu'en reprenant le travail à temps partiel, ils ne recevront plus d'indemnités, mais ce n'est pas le cas."



"La meilleure prévention ? Laisser les gens être eux-mêmes !"

L'incapacité de travail de longue durée, due au stress et à d'autres plaintes, ne cesse d'augmenter. La sensibilisation au burn-out est également en hausse. Comment un dirigeant d'entreprise peut-il y faire face ? Et comment réduire le nombre de collaborateurs malades de longue durée ? Wouter Torfs des "Chaussures Torfs" est depuis plusieurs années le meilleur employeur de Belgique et, depuis peu, d'Europe. Il nous donne sa vision du bien-être des travailleurs : "Le bonheur des collaborateurs constitue une base durable pour une croissance économique à long terme."

L'organisation Great Place To Work a récemment élu les Chaussures Torfs comme le meilleur lieu de travail en Europe dans la catégorie des grandes entreprises. Au cours des quatre dernières années, l'entreprise familiale était deuxième à chacune de ces élections. En Belgique, les Chaussures Torfs ont été élues meilleur employeur du pays pour la sixième fois d'affilée et au total, la chaîne a déjà remporté 10 fois ce titre. "C'est évidemment un signe que nous faisons du bon travail. Mais décrocher ces titres n'est pas notre objectif principal", déclare le **Wouter Torfs, CEO**. "Je vois plutôt ça comme une reconnaissance sociale de notre façon de travailler." Wouter Torfs est fier d'expliquer qu'il pratique l'entrepreneuriat social. "Notre façon

de travailler cadre dans une véritable vision. **Je crois que l'esprit d'entreprise a une fonction sociale, il ne faut pas uniquement tenir compte des chiffres et des actionnaires.**"

Investir dans le bonheur des collaborateurs

Cette façon de travailler est ancrée dans l'ADN de l'entreprise familiale. "J'ai toujours appris qu'il faut investir dans le bien-être de ses collaborateurs", explique Wouter Torfs. "Mes grands-parents, qui ont fondé l'entreprise, se préoccupaient également des vendeuses en boutique. Tous les samedis après-midi, ils mangeaient ensembles des frites avec des carottes. Nous avons continué dans

le même esprit et professionnalisé ce principe." C'est Els Van Keymeulen, alors responsable des ressources humaines, qui a incité Wouter Torfs à investir encore davantage dans le bien-être de ses employés. "Elle m'a suggéré de m'inscrire au prix du meilleur employeur, parce qu'elle croyait que nous pourrions obtenir un bon score. Lors de notre première participation, nous avons immédiatement terminé à la deuxième place. Nos travailleurs en étaient très fiers et j'ai vu comment ce prix leur a donné des ailes. Le service à la clientèle s'en est trouvé encore amélioré. J'ai alors été convaincu qu'**investir dans le bonheur des collaborateurs est une base durable pour une croissance économique à long terme.** Je ne me

suis pas trompé, car de 2005 à 2015, notre chiffre d'affaires a quadruplé", poursuit Wouter Torfs.

Ateliers et programmes de formation

Dans la vision de l'entreprise, il est littéralement écrit que des employés heureux font des clients heureux, et que cela se traduit dans les chiffres de vente. "Nous voulons être surprenants et positifs, et faire en sorte que tous, clients et employés, se sentent bien dans leurs baskets. Par conséquent, les gens sont aussi plus résilients au travail. Et c'est en soi le meilleur moyen de prévenir les incapacités de travail", déclare Wouter Torfs. Cette vision se traduit également par des actions concrètes. L'entreprise organise par exemple des **ateliers pour prévenir le stress et le burn-out**. "Les collaborateurs peuvent s'y inscrire librement. Au cours de ces sessions, les membres de notre personnel prennent conscience des charges qu'ils portent, tant au travail que dans leur vie privée. Ils vérifient si ces fardeaux ne sont pas trop lourds pour leurs épaules. Parce que c'est souvent le

"Si les collaborateurs peuvent continuer à se développer et à apprendre, cela ne peut que profiter à l'atmosphère au travail."

Wouter Torfs



déclencheur de l'incapacité de travail de longue durée."

Ensuite, **des programmes de formation ouverts sont également proposés, dans lesquels les employés peuvent développer un talent qui n'a rien à voir avec leur travail**. De l'apprentissage de la communication aux cours de méditation en pleine conscience ou de yoga. Tout est possible. "Si les gens peuvent continuer à se développer et à apprendre, cela ne peut que profiter à l'atmosphère au travail", précise Wouter Torfs.

Etre soi-même, une valeur fondamentale

Etant donné que les succursales Torfs sont réparties dans toute la Flandre, chaque département dispose de son propre budget pour prendre ses propres initiatives. De cette façon, on promeut activement le sport au travail. "Lorsque l'équipe d'un magasin souhaite organiser des cours de kickboxing ou des sessions de Start to run, nous soutenons ces initiatives. Nous donnons également à nos propres collaborateurs la possibilité d'intervenir en tant que spécialistes. Par exemple, ma fille est coach de mindfulness et elle donne parfois des cours au sein de l'entreprise. Des ateliers de cuisine saine, de peinture, de photographie ou autres sont donnés par notre propre personnel. Les collaborateurs sont à leur tour heureux de pouvoir montrer leur talent et l'enseigner à leurs collègues. Pouvoir être soi-même est une valeur fondamentale pour nous. **Je suis absolument convaincu que quelqu'un qui a le droit d'être lui-même, avec ses forces et ses faiblesses, se sent bien dans sa peau. Et c'est la meilleure prévention, car les personnes qui doivent jouer un rôle et porter un masque ressentent une énorme pression au bout d'un certain temps**", souligne Wouter Torfs.

Evidemment, dans une organisation d'environ 700 travailleurs, les choses peuvent aussi mal tourner. "Je ne veux surtout pas prétendre que tout le monde chez Torfs se sent comme sur un petit nuage rose" dit le CEO "Il y a

aussi des gens en burn-out. Il s'agit souvent des personnes les plus passionnées, qui dépassent leurs limites parce qu'elles sont tellement dévouées au travail qu'elles ne peuvent pas lâcher prise. J'ai moi-même dû faire preuve de vigilance très souvent. Mais j'ai toujours pris soin de moi. D'ailleurs, je pratique la méditation depuis des années. Ça marche pour moi, mais chacun doit trouver ce qui lui plaît le plus."

Un contact régulier avec les malades de longue durée

Wouter Torfs considère qu'il est extrêmement important que les malades de longue durée ne perdent pas le contact avec leur travail. Selon lui, l'implication de l'employeur assure une meilleure réintégration au travail par la suite. **"Je sais ce que c'est d'être malade longtemps. Et que c'est agréable d'entendre de temps un temps un collègue du boulot qui vous demande comment vous allez**. C'est pourquoi nous nous faisons un devoir d'appeler régulièrement les malades de longue durée. S'il s'agit de travailleurs que je connais, je les appelle toujours moi-même. Il est vraiment essentiel de rester en contact. Et lorsque ces personnes reviennent au travail, nous examinons quel processus réaliste et sur mesure leur convient le mieux afin de reprendre le travail dans les meilleures conditions possibles."

Wouter Torfs constate déjà une évolution positive chez ses collègues entrepreneurs. "On évoque de plus en plus le bien-être au travail. Mais dans la pratique, il reste encore beaucoup de pain sur la planche. Je reçois beaucoup de demandes pour des conférences et je vois beaucoup d'intérêt pour l'approche que nous avons adoptée au sein des Chaussures Torfs. Mais, selon moi, il faut aller plus loin et joindre les actes à la parole. Il faut se mettre au travail et transformer ces informations en actions concrètes. Parce que si vos employés se sentent mieux, votre entreprise aussi, elle fonctionnera mieux. Après toutes ces années, j'en suis intimement convaincu."

DIETER HAUTMAN

Vous souffrez de douleurs chroniques : tout reste possible !

Près d'un Belge sur 4 et un Européen sur 5 souffrent de douleurs chroniques. Ces affections impactent leur vie et leur entourage, mais ne doivent pas forcément les empêcher de conserver leur travail ou de bénéficier d'une réinsertion professionnelle. De plus, travailler permet aux patients souffrant de douleurs de faire face à la maladie. "Le retour au travail est l'une des formes les plus efficaces de soutien psychosocial", selon le professeur Bart Morlion, médecin de la douleur et coordinateur du Centre multidisciplinaire de la douleur de l'UZ Leuven.

La douleur ordinaire est un mécanisme de protection naturel. Mais que faire lorsque vous ressentez une douleur qui n'a aucune raison d'être ? Le professeur Bart Morlion de l'UZ Leuven reçoit quotidiennement des patients souffrant de douleurs chroniques. "Il s'agit **avant tout de personnes ressentant des douleurs musculo-squelettiques : dans le bas du dos, le cou...** Je vois aussi des personnes atteintes de fibromyalgie et de douleurs nerveuses, des personnes qui continuent de souffrir après un traitement contre le cancer, etc. Ce n'est donc pas un groupe homogène, mais tous ont un point commun : ils souffrent depuis plus de 3 mois", explique Bart Morlion. "Après un certain temps, une telle douleur chronique commence à modifier les propriétés de votre système

nerveux. Contrairement à la douleur aiguë, il est difficile d'en déterminer la cause exacte. La douleur n'est plus la conséquence de dommages spécifiques subis par votre corps, mais d'un système nerveux modifié."

Le travail, partie intégrante du traitement

Les recherches montrent que la qualité de vie des personnes souffrant de douleurs nerveuses chroniques est aussi mauvaise que celle des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique. La douleur chronique n'est donc **pas seulement une donnée biomédicale, elle a aussi des conséquences psychologiques et sociales majeures**. C'est un aspect que le centre de la douleur de l'UZ Leuven prend en

compte pendant le traitement. "Notre stratégie repose sur trois piliers. Nous nous concentrons sur le traitement médico-technique et la kinésithérapie, mais aussi sur le soutien psychosocial", explique Bart Morlion. "Nous aidons les gens à reprendre leurs activités avec enthousiasme, de préférence dans un cadre économique et professionnel. Je considère le travail comme une partie intégrante du traitement. En effet, l'attention et la distraction sont des mécanismes puissants qui soulagent la douleur dans le cerveau. Si cela ne fonctionne pas vraiment, nous examinons les éventuelles possibilités de bénévolat ou de nouveaux hobbies."



La douleur à l'ordre du jour politique

L'impact social de la douleur dans toute l'Europe est très élevé (voir encadré). Les États membres en prennent conscience et le sujet occupe une place de plus en plus importante dans l'agenda politique. Notamment grâce au lobbying de l'EFIC, l'association européenne de la douleur. "L'un des objectifs de l'UE est de maintenir les citoyens en bonne santé et actifs sur le marché de l'emploi le plus longtemps possible. Dans ce contexte, nous avons pu mener au sein de l'EFIC **des discussions efficaces, au plus haut niveau avec les institutions européennes**", déclare Bart Morlion. "Ce travail commence à porter ses fruits. De plus en plus d'eurodéputés s'intéressent au sujet, ce qui nous permet d'organiser des réflexions sur la douleur chronique au Parlement européen." Outre ses activités de lobbying, l'EFIC investit également dans la recherche scientifique sur la douleur chronique et dans la formation à travers toute l'UE. "Nous élaborons des programmes d'études pour les médecins, les kinésithérapeutes, les psychologues et les infirmières. Pour toutes ces professions, nous organisons aussi des cours avec examens."

La réalité belge

Malgré ces efforts, en Belgique, il est très difficile pour les personnes souffrant de douleurs de conserver leur emploi ou de retourner au travail. Selon le professeur Morlion, les trajets de réinsertion professionnelle constituent un pas dans la bonne direction, mais ne sont actuellement pas assez efficaces pour les patients atteints de douleurs chroniques. "Je constate tous les jours que ce n'est pas évident. **Lorsque nous avons réussi à motiver les patients à y prendre part, ils sont souvent rappelés à l'ordre par leur syndicat, par exemple.** On leur fait croire qu'ils pourraient perdre leurs indemnités", poursuit Bart Morlion.

"Nous aidons les patients à reprendre leurs activités avec enthousiasme, de préférence dans un cadre économique et professionnel."

"Dans certains cas, il est aussi plus avantageux financièrement de rester à la maison que de retourner au travail. Quelque chose ne tourne pas rond dans ce système. Je pense que tout le monde peut apporter une contribution significative à la société, mais il faut encourager ces démarches. C'est une culture qui fait encore défaut dans notre pays."

Le patient au centre des collaborations

Que recommande le professeur Morlion pour garder les patients souffrant de douleur au travail ou pour qu'ils y retournent ? "Les autorités devraient soutenir et promouvoir des conditions de travail plus flexibles. Je pense, entre autres, à la possibilité de travailler debout ou de pouvoir prendre une pause toutes les heures. Grâce à ces adaptations, la vie des patients serait beaucoup plus facile au travail", explique Bart Morlion. "Il est également **essentiel de cesser de travailler en silos**. Au Centre de la douleur de l'UZ Leuven, nous évitons cette fragmentation en **rassemblant tous les acteurs impliqués autour du patient** : les services qui le soutiennent dans sa recherche d'emploi, les travailleurs sociaux, les médecins chargés de la revalidation, les psychologues, etc." Dans ce contexte, le professeur Morlion plaide pour la mise en place d'une fonction de "case manager" qui organiserait l'approche multidisciplinaire du cas spécifique du patient. "Envoyer le patient dans cinq services différents est contre-productif. Si tous unissent leurs forces, les chances de réussite seront beaucoup plus grandes."

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be



Prof. Bart Morlion

Quel est l'impact social de la douleur ?

Bart Morlion est également président de l'EFIC, l'association européenne de la douleur. Les recherches menées par cette organisation sur l'impact social de la douleur ont notamment montré que...

- la douleur entraîne un demi-milliard de journées de maladie par an dans l'Union européenne, soit un coût de 34 milliards d'euros ;
- 1 Européen sur deux souffrira un jour de maux de dos et au moins 15 % d'entre eux resteront à la maison pendant au moins un mois ;
- quelques 100 millions d'Européens souffrent de douleurs musculaires, osseuses, articulaires...
- l'impact de la douleur sur le produit national brut dans certains États membres représente 3 à 10 % (en raison de l'absentéisme et du présentéisme, c'est-à-dire, le fait d'être présent sur le lieu de travail, mais sans pouvoir fonctionner correctement).

Mieux se comprendre pour mieux accompagner les patients

Le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil forment un véritable trio, même s'ils ne s'en rendent pas toujours bien compte. Seule une bonne collaboration entre ces trois acteurs principaux permet le déroulement adéquat du trajet de réinsertion professionnelle. Comment procèdent-ils actuellement pour unir leurs forces ? Et surtout, comment faire mieux ?

Permettre à une personne en incapacité de reprendre le travail après un certain laps de temps, tel est le but de la réinsertion professionnelle. Toutefois, il n'est pas toujours aisé de décider qui peut retourner au travail, quand et dans quelles conditions. Cette décision est souvent précédée d'un trajet qui réunit le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de la mutualité.

Ces trois parties poursuivent le même objectif : trouver la meilleure solution pour leur patient. Dès lors, pourquoi en connaissent-elles parfois si peu sur le travail des autres ?

Mybox

Comment améliorer la communication entre ces trois acteurs ? "Le contact entre le médecin du travail et le médecin-conseil semble être un peu

plus facile", explique **Soetkin De Rouck, médecin-conseil auprès des Mutualités Libres** et, élément qui n'est pas sans importance, ancien médecin du travail. Le docteur De Rouck fait ici référence à l'outil de communication Mybox.

"En tant que médecin-conseil, vous pouvez lancer un trajet de réinsertion et, grâce à cet outil, le communiquer au médecin du travail. Nous signalons par ce biais qu'à notre avis, le travailleur est prêt à entamer un trajet de réinsertion professionnelle." Le médecin du travail peut à son tour répondre à l'aide d'un formulaire d'évaluation de la réintégration (FER), également sauvegardé dans l'outil pour informer le médecin-conseil.

Formulaire d'évaluation de santé

On peut toutefois encore faire mieux. "Le médecin du travail et le

médecin-conseil ne se 'connaissent' pas", poursuit le Dr De Rouck. "**La communication via Mybox, c'est toujours mieux que rien, mais elle se déroule souvent par le biais d'intermédiaires et de phrases standard.** Une concertation plus approfondie est parfois nécessaire pour vérifier si nous sommes sur la même longueur d'onde." Selon le Dr De Rouck, la communication ne devrait pas se limiter à la nécessité d'un processus formel de réintégration. "Un médecin du travail voit les travailleurs dans le cadre d'un trajet de réintégration, mais aussi lors de consultations préalables à la reprise du travail. Les possibilités de reprise du travail y sont souvent déjà discutées. Le médecin du travail les note sur le formulaire d'évaluation de santé (FES). Il peut charger ce document dans Mybox, par exemple, ou le remettre au travailleur à l'attention du médecin-conseil. Ce dernier est ainsi informé de toutes les



démarches entreprises dans le cadre de la réintégration."

Protéger le patient

Le médecin du travail et le médecin-conseil ne rejoignent souvent le trajet que plus tard. C'est le médecin traitant - souvent le médecin généraliste - qui est le premier à être confronté aux problèmes médicaux, et qui rédige également le certificat de maladie. "Nous sommes presque toujours les prescripteurs. Nous déterminons quand nos patients sont de nouveau aptes au travail et dans quelles conditions ils peuvent reprendre le travail", explique le Dr **Kristel Tassignon, médecin généraliste à Halle**. "Nous sommes un peu les protecteurs de notre patient. L'expérience m'a appris, par exemple, que le burn-out ne ressort pas toujours uniquement de la responsabilité d'un patient, mais qu'il est aussi souvent lié à la politique de l'entreprise. Un médecin du travail ne peut parfois rien y changer. Néanmoins, en cas de problèmes tels que des maux de dos, le médecin du travail peut prendre des initiatives. C'est pourquoi, selon la nature du problème, je conseille ou non à mon patient de contacter son médecin du travail." Le Dr De Rouck reconnaît également l'importance du médecin généraliste dans le trajet de réintégration. "Il appartient au médecin généraliste d'expliquer au patient pourquoi une visite chez le médecin du travail peut être utile et de l'orienter à temps. **Un médecin généraliste peut transmettre des informations importantes au médecin du travail au moyen d'une simple lettre de référence. Mais peu de généralistes le font.**"

Lettres de référence

Il faut savoir que les médecins généralistes ont l'habitude de rédiger des lettres de référence pour des spécialistes tels que pneumologues ou cardiologues. "Un médecin du travail et un médecin-conseil sont aussi des spécialistes, mais dans le domaine du

travail", déclare le Dr De Rouck. Le Dr Tassignon pense aussi que cela peut être la clé d'une meilleure communication : **"Une lettre du médecin généraliste adressée au médecin du travail, définissant un cadre clair, peut faire avancer les choses. C'est une manière d'aborder plusieurs aspects du problème : non seulement la situation professionnelle, mais aussi le contexte familial.** Avec le temps, cela peut aussi aider à donner une image de l'évolution du patient." La communication entre le médecin du travail et le médecin traitant peut donc également être améliorée. "En tant que médecin d'entreprise, j'ai parfois donné au travailleur une lettre de référence à remettre à son médecin de famille", témoigne le Dr De Rouck. "Parfois pour des raisons purement médicales, comme les résultats d'une prise de sang qui n'étaient pas bons, ou en cas de début de burn-out, qu'on peut détecter en tant que médecin du travail." "Un rapport du médecin du travail au médecin généraliste peut en effet apporter de l'eau au moulin", ajoute le Dr Tassignon. "Par exemple, s'il contient des propositions de mesures à prendre."

Passer un coup de fil

En tant que médecin-conseil, le Dr De Rouck décroche souvent son téléphone. "Lorsque je trouve qu'un dossier n'est pas clair ou si j'ai des doutes, j'appelle", explique-t-elle. **"Je trouve qu'il est important que nous comprenions les raisons qui nous poussent l'un et l'autre à prendre une décision. Parfois, un simple coup de fil peut me donner une image différente du problème. Une discussion au téléphone nous aide à concevoir un plan ensemble."** Le Dr Tassignon a une remarque à faire. "Sans l'accord du patient, nous ne sommes en principe pas autorisés à contacter le médecin du travail ou le médecin-conseil", précise-t-elle. "Il arrive que les patients eux-mêmes me demandent de les contacter, parce qu'ils pensent qu'un médecin du travail ou un médecin-conseil écoutera plus facilement

"Comprendre le rôle de chacun, ainsi que ses possibilités et limites, serait bénéfique pour nos patients."

Soetkin
De Rouck



un confrère. Il arrive aussi que les patients ne savent pas comment expliquer leur situation eux-mêmes. Les conversations que j'ai eues au téléphone avec un médecin du travail ou un médecin-conseil étaient souvent positives."

Apprendre à se connaître

La communication est la clé d'une bonne collaboration entre le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin traitant. Pas seulement pour certains cas particuliers, mais aussi en général. "Cela m'aiderait si je savais mieux ce qu'un médecin du travail ou un médecin-conseil peut faire pour mes patients", précise le Dr Tassignon. "Je pourrais aussi communiquer d'une manière plus ciblée." Le Dr De Rouck souhaite aussi mieux connaître les autres parties. "Comprendre le rôle de chacun, ainsi que ses possibilités et limites, serait bénéfique pour nos patients. Par exemple, par le biais de symposiums ou séminaires, où les différents acteurs sont présents."

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be