

Convention de collaboration entre Fedris, l'Agence fédérale des risques professionnels et le centre de réadaptation dans le cadre du programme de prévention secondaire des affections dorsales.

Article 1. La présente convention est conclue, en application de l'arrêté royal du 6 mars 2024 modifiant l'arrêté royal du 17 mai 2007 portant exécution de l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, en ce qui concerne la prévention des maladies en relation avec le travail et a pour but d'établir les modalités de collaboration

entre

d'une part :

représenté par:

et d'autre part : **Fedris, représenté par son Administratrice Générale , Pascale Lambin.**

Article 2. Dans le cadre de la présente convention il y a lieu d'entendre par :

- «le centre » : le centre de réadaptation qui exécute le programme de prévention et qui répond aux critères de l'annexe 3;
- «le médecin-conseil » : le médecin-conseil de l'organisme assureur auprès duquel le patient est affilié ou inscrit en application des dispositions relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- «le médecin du travail» : le conseiller en prévention - médecin du travail du service interne ou externe pour la prévention et la protection au travail de l'employeur du patient ;
- «le médecin du centre de revalidation » : un médecin du centre de revalidation;
- « la nomenclature INAMI » : la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- «la consultation spontanée» : chaque travailleur peut demander une consultation spontanée directement auprès du conseiller en prévention-médecin du travail. Le médecin traitant peut également demander au conseiller en prévention-médecin du travail qu'il examine le travailleur dans le cadre d'une consultation spontanée.
- « l'examen de reprise du travail »: cet examen est obligatoire pour les travailleurs soumis à la surveillance de santé obligatoire après une absence de 4 semaines consécutives au moins, due à une maladie. Cet examen doit avoir lieu au plus tôt le jour de la reprise du travail et au plus tard dans les 10 jours ouvrables.

Article 3. Le centre s'engage à offrir un programme ambulatoire de prévention pluridisciplinaire pour les affections de la colonne lombaire aux patients qui répondent aux critères fixés à l'annexe 2 de la présente convention et pour lesquels une demande est faite par le médecin du travail ou le médecin du centre. Le traitement doit être entrepris, par le centre, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les quatre semaines de la réception par le FMP de la demande.

La structure et le contenu du traitement de réadaptation doivent au minimum correspondre à la description et aux conditions de la prestation n° 558994 de la nomenclature INAMI.

Article 4. Le centre, en s'efforçant d'offrir de façon précoce le traitement de réadaptation au travailleur, soutient toutes les initiatives qui sont mises en place pour favoriser une reprise rapide du travail à temps partiel ou à temps plein. Dans cette perspective, le médecin du centre explore dès le début du traitement avec le patient quelles sont ses attentes et prévisions personnelles concernant une reprise de son travail habituel.

Article 5. Dans les deux semaines suivant le début effectif du traitement de réadaptation, le médecin du centre envoie à Fedris une copie de la demande du médecin du travail ainsi que, au verso de ce formulaire de demande :

- une attestation indiquant que le patient est en incapacité de travail pour un des motifs repris à l'annexe 2 de la présente convention et qu'il ne présente aucune contre-indication médicale pour suivre le programme de prévention ;
- les données au sujet du patient telles qu'elles sont déterminées par Fedris dans le formulaire de demande.

Pour fournir ces données le centre doit utiliser le formulaire de demande mis à sa disposition par Fedris sur son site Internet.

Article 6. Si un patient, qui répond aux critères de l'annexe 2, entame le programme de prévention dans un centre sans qu'il y ait eu intervention préalable du médecin du travail, ce programme peut être soumis à la présente convention pour autant que le médecin du travail, endéans les quatre premières semaines du traitement transmette le formulaire de demande à Fedris. A cette fin, le centre complète la partie du formulaire qui lui incombe et invite le patient à prendre contact le plus rapidement possible avec son médecin du travail pour une visite de la consultation spontanée ou une visite lors de la reprise du travail.

Article 7. Tout au long de la prise en charge, le médecin du centre travaille en concertation étroite avec le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil. Il veille à ce que le rapport final exigé par la présente convention soit établi et envoyé à temps.

Après le début du traitement, le médecin du centre prend contact avec le médecin du travail afin de solliciter de sa part une description des conditions réelles de travail du patient et en particulier des risques pour la colonne vertébrale. Sur base de ces informations, il adapte le programme de réadaptation proposé et en particulier la formation pratique aux techniques de protection du dos. Les données de contact du médecin du travail sont mentionnées dans la lettre de décision.

Article 8. Sous la guidance du médecin-spécialiste l'équipe de réadaptation fait avec le patient le bilan des résultats du traitement. L'équipe de réadaptation examine avec le patient la possibilité de reprendre le travail à temps plein ou à temps partiel et prend le cas échéant contact avec le médecin du travail et le médecin traitant afin de faciliter la reprise de travail.

Si le patient reprend totalement ou partiellement son travail en cours de traitement, la fréquence minimale des séances de réadaptation peut être ramenée à une séance par semaine, programmée de façon à rester compatible avec l'horaire de travail du patient. Si cela s'avère nécessaire, le centre doit donc pouvoir offrir des séances de réadaptation en dehors des heures normales de travail, au moins une fois par semaine (le matin avant 8h, en soirée après 17h, le samedi ou sur rendez-vous).

Article 9. Rapport final Endéans le mois de la fin du programme de prévention, quel que soit le moment ou le motif de cette fin, le médecin du centre envoie le *rapport final* aux différents médecins concernés (voir article 7) et à Fedris. Ce rapport contient les résultats d'évaluation au début du traitement, une description des actes de rééducation effectués, les résultats de l'évaluation clinique et psychologique, et les

recommandations pour la reprise des activités professionnelles et, si nécessaire, pour la rééducation d'entretien.

Le *rapport final* contient un bilan algologique (via une ou plusieurs échelles visuelles analogiques), une mesure du handicap fonctionnel perçu (Roland Morris scale ou Oswestry Disability Questionnaire), une mesure de l'état dépressif, une mesure de la kinésiophobie (Tampa scale for kinesiophobia), un bilan fonctionnel vertébral et une évaluation pratique de la connaissance acquise en matière d'épargne vertébrale. Pour réaliser tout ou partie de cette évaluation, le centre peut utiliser les formulaires standardisés mis à sa disposition par Fedris sur son site Internet.

Une copie de ce rapport final doit obligatoirement être envoyé au Fedris car il s'agit d'une condition sine qua non pour que le Fedris puisse rembourser les frais médicaux qu'il prend à sa charge.

Article 10. L'ergonome attaché au centre ne peut faire une intervention ergonomique sur le lieu de travail du patient que si l'employeur lui en fait la demande.

Article 11. Le centre fournit à Fedris tous les renseignements dont il a besoin pour l'évaluation du programme de prévention.

Article 12. Le centre veille à faire participer une délégation des membres de l'équipe soignante impliquée dans le programme de prévention aux séances de formation et aux réunions de concertation, organisées par Fedris, pour améliorer le contenu du programme, échanger les expériences de bonne pratique et pour rechercher les méthodes de traitement les plus adéquates.

Article 13. Le centre garantit qu'il dispose du personnel, des équipements et de l'infrastructure nécessaires à l'exécution du programme de prévention, en accord avec les dispositions légales relatives à la nomenclature INAMI.

Article 14. Pour autant que le patient remplisse toutes les conditions du programme de prévention, qu'il soit satisfait aux conditions de la présente convention et pour autant que Fedris ait reçu le rapport final d'évaluation, Fedris rembourse au patient le montant du ticket modérateur avec un maximum de 36 prestations n° 558994 de la nomenclature INAMI. ainsi que ses frais de déplacements. Fedris rembourse la partie des honoraires qui sont à la charge du patient dans le cadre du programme de réadaptation

Afin que le patient puisse bénéficier du remboursement des prestations dans les meilleurs délais, le centre s'engage à envoyer à Fedris le rapport final d'évaluation le plus rapidement possible.

Article 15. La présente convention prend cours le et est conclue pour une durée de trois ans.

Les traitements qui ont débuté avant la date de fin de la présente convention, peuvent se prolonger au-delà de cette date et sont encore soumis à la présente convention.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles le

Pour Fedris

Pour le centre de réadaptation :

Pascale Lambin
Administratrice Générale

Médecin responsable du centre

Annexe 1. Identification du centre de réadaptation.

Dénomination exacte :

Rue et numéro :

Localité : Code postal :

Tel :

Email :

Numéro ONSS :

Numéro BCE :

Numéro d'agrégation INAMI :

Annexe 2. Critères auxquels le patient doit satisfaire en vue de participer au programme de prévention secondaire des affections dorsales

Les personnes visées sont reprises dans l'arrêté royal du 17 mai 2007 portant exécution de l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, en ce qui concerne la prévention des maladies en relation avec le travail.

Les personnes visées sont :

- le personnel qui est soumis à une évaluation périodique de santé sur base du titre 3 du Livre VIII du Code du bien-être au travail ou à une surveillance appropriée de la santé sur base du titre 3 du Livre V du Code du bien-être du travail ou qui est soumis à une surveillance de la santé pour cause de contraintes à caractère ergonomique pour le dos sur base du titre 4 du Livre I du Code sur le bien-être au travail.
- ET, est en incapacité de travail à la date de la demande:
 - depuis 4 semaines au minimum et 6 mois au maximum, à la suite de douleurs lombaires
 - ou bien depuis 1 semaine au minimum et 6 mois au maximum à la suite de douleurs lombaires et le patient a déjà été en arrêt de travail à la suite de douleurs lombaires pendant une période de 3 semaines au minimum au cours des 12 mois précédant le présent arrêt de travail
 - ou bien depuis 4 semaines au minimum et 6 mois au maximum à la suite d'une opération chirurgicale au niveau de la colonne lombaire.
- a un travail adapté ou exerce une autre fonction, ce qui a été constaté par le conseiller en prévention-médecin du travail à l'occasion de la visite effectuée lors de la reprise du travail après une période d'incapacité de travail telle que décrite sous le point dessus.
- ET, ne présente pas de contre-indication médicale à la participation à un programme de prévention.

Annexe 3. Exigences minimales auxquelles le centre de réadaptation doit satisfaire

Ces critères seront utilisés pour accepter de nouveaux centres de réadaptation qui souhaitent conclure un protocole de collaboration avec le FMP pour le programme de revalidation « douleurs lombaires » ou lors de la réévaluation des centres de réadaptation déjà acceptés (après 3 ans dans le cadre de l'arrêté royal). Des exceptions (p.ex. en relation avec les besoins géographiques) peuvent être autorisées par la Commission d'accompagnement du FMP.

1. **La demande d'agrément doit émaner du centre lui-même et être motivé par celui-ci.**
2. **Nombre de médecins spécialistes** : la continuité doit être assurée par au moins 1 médecin du centre avec un remplaçant en cas d'absence. Toutefois, deux équivalents temps plein de médecins spécialistes sont souhaitables.
3. **Kinésithérapeutes et ergothérapeutes** : équipe avec l'expérience adéquate, avec une garantie de continuité.
4. Le centre doit disposer d'un psychologue ou doit pouvoir y faire appel
5. Le centre doit disposer d'un ergonome ou doit pouvoir y faire appel
6. Une expérience en matière d'école du dos (prévention primaire) est un atout
7. Une expérience de la prestation INAMI 558994 est un atout
8. **Échelles obligatoires** :
 1. échelle de douleur : échelles Von Korff
 2. échelle d'incapacité Oswestry ou Roland Morris
 3. Tampa scale for kinesiophobia
9. Le centre doit être en mesure de prodiguer des soins en dehors des heures normales avant 8 heures et/ou après 17 heures et/ou le samedi et/ou sur rendez-vous au moins 1 x par semaine.
10. Le centre doit permettre au médecin du FMP d'effectuer une « visite sur place ».
11. Le contenu de la prestation 558994 doit être mis en application de manière adéquate :
 - **a. une évaluation préalable fonctionnelle et psychosociale**
 - établir un bilan médical et kinésithérapeutique fonctionnel « evidence based »
 - 2^e partie de l'admission : prise de contact avec le *psychologue* du centre
 - 3^e partie : *ergonomie*. Il faut établir le lien avec le travail dès le début de la réadaptation. Le contenu du travail et les tâches du patient, ainsi que les conditions de travail y liées, doivent être discutées, afin de pouvoir identifier les opérations contraignantes pour le dos. La réadaptation doit être adaptée en fonction de cela. Des questionnaires validés (voir pt 12) peuvent être utiles ici.
 - **b. l'information du patient sur les facteurs mécaniques pouvant porter préjudice à la colonne vertébrale (anatomie, biomécanique, surcharge de la colonne vertébrale), les explications sur les bases de la protection lombaire et la discussion des facteurs émotionnels et psychologiques pouvant maintenir la douleur.**
Ceci doit être fait par les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues traitants, qui doivent transmettre au patient les informations contenues dans le texte de loi.
 - **c. la formation pratique aux techniques d'épargne vertébrale** (décharge de la colonne vertébrale) y compris les activités professionnelles fréquentes (port de charges lourdes, etc.)

Cela implique la participation de kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou ergonomes ayant suivi une *formation complémentaire* en ergonomie.

Il faut disposer d'une part de *suffisamment d'espace* et d'autre part d'un arsenal de *matériel* (charges diverses, instruments, objets liés au travail (brouette, bacs, lits d'hôpital,...), d'espaliers, ainsi que de matériel à usage domestique (planche à repasser, lit, lave-vaisselle,...), afin d'apprendre et de s'exercer, de manière éducative, à diverses actions d'épargne vertébrale et principes ergonomiques pour la manipulation du matériel.

- d. une réadaptation individualisée avec au moins une correction posturale, une consolidation analytique des muscles paravertébraux, des exercices d'extension.
 - ❖ exercice de correction posturale (suffisamment d'espace, miroirs, accessoires comme un ballon, chaises de bureau,...)
 - ❖ thérapie d'exercices analytiques des muscles paravertébraux.
 - ❖ si indiqué, apprentissage d'exercices d'extension
- e. le reconditionnement physique aussi bien sur le plan de l'aérobic (sur cyclo-ergomètre ou tapis de course) que sur le plan de l'endurance musculaire (appareils de fitness)
Les exercices d'endurance musculaire globale et locale doivent être effectués sur des appareils (de fitness) ménageant le dos (tapis de course, cyclo-ergomètre, rameur, appareils spécifiques pour les muscles des jambes et des hanches, pour les épaules et le haut du dos).
- f. un module ergonomique comportant au moins une séance d'explications des règles d'adaptation à l'environnement visant à réduire la surcharge lombaire, pour en arriver à ce que le patient identifie lui-même les risques les plus importants dans son milieu socioprofessionnel. Ce module doit comporter à chaque fois, lorsque c'est utile, une analyse du poste de travail en fonction de la profession du patient.

L'information de l'admission concernant les conditions de travail doit être développée plus avant.

Le patient recevra de l'information sur les possibilités d'optimisation des conditions de travail. Seront abordés aussi bien les aspects techniques que les aspects d'organisation du travail ainsi que les méthodes de travail moins contraignantes indiquées.

Une analyse des conditions de travail et une intervention ergonomique sur le lieu de travail sont indiquées. Celles-ci ne peuvent toutefois être lancées que si l'employeur le demande et doivent alors, selon les AR en vigueur, être réalisées par l'ergonome du Service interne ou externe de prévention et protection (SIPP/SEPP). A la demande de l'ergonome du SIPP/SEPP, l'analyse peut être effectuée par l'ergonome du centre de réadaptation.

L'attention se portera aussi sur l'application des postures et mouvements non contraignants pour le dos dans la sphère privée.

- g. une évaluation fonctionnelle et psychosociale à la fin du traitement.

Si l'on veut pouvoir travailler de manière « evidence based », il est primordial de pouvoir suivre l'évolution de la réadaptation.

Un rapport d'évaluation finale doit être envoyé aux médecins traitants et au FMP.

12. Matériel nécessaire :

a. matériel de base

- Appareils déterminant la *force isométrique*
- Appareil mesurant la *fatigue musculaire* (optionnel)

- Un *questionnaire validé*
concernant l'ergonomie (p.ex. "Fifarim")
concernant les aspects psychosociaux

b. **local** où il est possible de donner un enseignement (théorique) au patient de manière réfléchie du point de vue éducatif.

c. **matériel de base** pour transposer les explications théoriques dans la pratique.

Matériel à usage domestique

Matériel de base à usage professionnel

Espaliers et matériel de rangement

d. et e. **appareils d'exercices analytiques, appareils d'entraînement cardiorespiratoire**
(non contraignants pour le dos, vélo, tapis de course, step,...)

13. Espace conseillé :

Espace minimal : 120 m²

° Cabinet anamnèse - salle dos : 20 m²

° Salle exercices au sol : 20 m²

° Salle ergonomie : 20 m²

° Salle d'exercices : 60 m²