# Programme

Salle H. Storck

**Comment tirer le meilleur d'un programme de retour au travail ?**
**Une vision internationale de cette approche de la prévention.**

Modérateur: Pr. G. Creytens, Interniste-Spécialiste en médecine de réadaptation

- 9h00: Accueil et café
- 9h15: Introduction par M. J. Uytterhoeven, Administrateur général du FMP
- 9h30: « Le programme belge de prévention de la lombalgie chronique », Pr. Ph. Mairiaux, Ecole de Santé publique, Université de Liège, Président du Conseil scientifique du FMP et membre de la task-force prévention dos du FMP (G. Creytens, D. Delaruelle, O. Poot, M. Vandeweerdt, P. Strauss, A. Abts)
- 10h00: « Le programme PRÉVICAP, une application du modèle de Sherbrooke », Pr P. Loisel, Chaire de recherche en réadaptation au travail, Université de Sherbrooke, Québec
- 10h30 – 11h: Pause café
- 11h00: « Reïntegratie bij rugklachten anno 2008: de werknemer of het werk aanpassen? Effectiviteit, doelmatigheid en implementatie op basis van wetenschappelijk onderzoek in Nederland. », Dr Johannes Anema, PhD, insurance physician, senior-researcher, Research Center for Insurance Medicine AMC-UWV-VUmc, Department of Public and Occupational Health and EMGO-Institute, Universiteit Amsterdam
- 11h30 « Le programme du G.D. du Luxembourg », Dr N. Majery, Service de Santé au Travail multisectoriel (STM), Luxembourg
- 12h00: Questions – réponses
- 12h30: Repas sandwichs offert par le FMP

# Philippe MAIRIAUX

Notice biographique

Le Professeur Philippe Mairiaux a complété sa formation de médecin par une formation spécialisée en médecine du travail et en ergonomie. Il est titulaire d'une thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur depuis 1989. Après avoir fait de la recherche en France et en Grande-Bretagne et exercé des fonctions d'enseignant et de chercheur à l'Université catholique de Louvain, il a rejoint l'Université de Liège depuis le 1er octobre 1996. Il y est responsable du service de Santé au Travail et Education pour la Santé (STES) qui regroupe plusieurs chercheurs spécialisés dans l'un ou l'autre de ces deux domaines. Il assume également une fonction d'expert en prévention, à titre de consultant externe, pour un groupe industriel wallon.

En tant qu'enseignant, Ph. Mairiaux assure à l'Université une série d'enseignements généraux en santé publique et en promotion de la santé au bénéfice des étudiants des baccalauréats en Médecine, en Dentisterie, en Kinésithérapie, en Sciences pharmaceutiques, ainsi que des enseignements plus spécialisés pour les étudiants du 2e Master en Médecine, du Master en Santé publique, du Master complémentaire en Médecine du Travail, ainsi que du Master complémentaire conjoint ULg-ULB-UCL-UMH en Ergonomie.

Sur le plan clinique, Ph. Mairiaux supervise la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Liège au Sart Tilman.

Ses recherches personnelles concernent les stratégies de prévention des lombalgies et des pathologies musculo-squelettiques en relation avec le travail d'une part, et d'autre part, la mise en oeuvre de la démarche ergonomique au sein des entreprises à travers des approches participatives.

En 1993, il a créé dans une grande entreprise industrielle de la région liégeoise (Cockerill-Sambre) un programme de revalidation multidisciplinaire pour les travailleurs souffrant de lombalgies, qui s'inspire des expériences pilotes menées au Québec, et qui a pour objet le maintien dans l'emploi de ces travailleurs.
Il est actuellement conseiller scientifique auprès du Fonds des Maladies professionnelles dans le cadre du programme de prévention secondaire des lombalgies que cet organisme a lancé en 2005 pour favoriser le retour au travail des travailleurs exposés à des contraintes rachidiennes (manutentions, vibrations) et en arrêt de travail pour lombalgies.
Il a rédigé en 2006, avec le Pr Nielens et le Dr Jan Van Zundert, le rapport du KCE consacré à la prise en charge de la lombalgie chronique.

*Coordonnées de contact :*
Service de Santé au Travail et Education pour la Santé
Université de Liège, Sart Tilman (Bât. B23), B - 4000 Liège
Tél. +32 (0)4 366 25 03 - Fax +32 (0)4 366 28 89
e-mail: Ph.Mairiaux@ulg.ac.be

# Patrick LOISEL

Notice biographique

Dr Patrick Loisel est professeur titulaire au département de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Il directeur du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT). Il est titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J Armand Bombardier, Pratt & Whitney Canada).

**Expertise**

Depuis le début des années 90, le Dr Loisel s'intéresse à la recherche clinique et évaluative en prévention de situation de handicap au travail des personnes ayant des affections musculo-squelettiques. Ses projets de recherche portent sur le développement et l'évaluation de modèles et d'outils destinés à la prévention des situations de handicap au travail pour les affections musculo-squelettiques. Il s'implique dans le transfert des connaissances pour leur application et utilisation dans la communauté.

**Formation**

Depuis 2000, Dr Loisel a participé au développement de plusieurs programmes de formations à l'Université de Sherbrooke: Maîtrise et diplôme de deuxième cycle en pratiques de la réadaptation, diplôme de deuxième cycle en prévention des incapacités au travail (programme offert conjointement avec l'Université du Québec à Montréal), diplôme de troisième cycle en prévention des incapacités au travail (programme international stratégique des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

**Recherche et partenariat**

Dr Loisel a développé et pris le leadership depuis 1997 d'une équipe interdisciplinaire de chercheurs en prévention d'incapacités au travail. Il s'agit de l'émergence d'un nouveau domaine de recherche reconnu sur une problématique qui entraîne une perte de qualité de vie à de nombreuses personnes et des coûts considérables aux entreprises et à la société. Cette équipe s'est renforcée au fil des années. Actuellement, il s'agit de l'équipe santé et société subventionnée par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et composée de 18 chercheurs experts dans le domaine de la prévention d'incapacité au travail. Ces derniers proviennent de diverses universités (Université de Sherbrooke, Université de Montréal, Université de Québec à Montréal, École Polytechnique de Montréal, University of Toronto) et centres de recherche (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail et Institute for Work and Health) et ont une formation dans différents domaines (anthropologie, ergothérapie, psychologie, ergonomie, biomécanique, médecine, droit, kinésiologie et ingénierie).
Dans le cadre du programme stratégique des IRSC de formation de chercheurs en prévention d'incapacité au travail qu'il dirige, il collabore avec une équipe de 24 chercheurs provenant de douze universités canadiennes et d'autres pays. Ce programme transdisciplinaire regroupe chaque année des étudiants canadiens et internationaux, des mentors ainsi que des conférenciers invités provenant de divers pays. Il collabore présentement avec des chercheurs hollandais, américains et brésiliens sur divers projets de recherche visant à développer de nouvelles évidences pour la prise en charge de l'incapacité au travail. Il est l'auteur de nombreuses publications et présentations dans ce domaine.

# Han (J.R.) ANEMA

Korte biografie

Han (J.R.) Anema (1964) is zowel bedrijfs- als verzekeringsarts en werkt sinds 2004 als Universitair Docent en senior onderzoeker bij het VU Medisch Centrum. Tevens is hij werkzaam voor het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde van het AMC UWV VUmc. Daarvoor was hij als bedrijfsarts/senior-onderzoeker verbonden aan TNO. In 1992 is hij afgestudeerd aan de Medische Faculteit van de VU. Hij heeft ruime kennis en ervaring op het gebied van onderzoek naar kosten-effectiviteit van interventies gericht op terugkeer naar werk. In 2002 ontving hij de NVAB Reinier Zielhuis prijs voor een publicatie over de rol van artsen bij de terugkeer naar werk. Daarnaast ontving hij in 2005 -als eerste sociaal geneeskundige- een klinisch fellowship van ZonMw om een onderzoekslijn op te zetten op het terrein van de transmurale arbeidsgeneeskunde. Hij promoveerde op een dissertatie met als titel 'Lage rugpijn, werkaanpassingen en terugkeer naar werk'. Momenteel begeleidt hij vele promovendi op het gebied van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Hij is binnen het VUmc aangesteld als coördinator voor de academisering en academische werkplaatsen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Han Anema werkt intensief samen met onderzoeksgroepen in Canada en de Verenigde Staten in onderzoek en onderwijs op het gebied van re-integratie. Hij is verbonden aan de internationale 3-jarige opleiding van de Sherbrooke University in Montreal, Canada. Deze unieke strategische opleiding beoogt promovendi en postdocs op te leiden in onderzoek en kennisoverdracht op het gebied van ‘Work Disability Prevention’ en wordt gefinancierd door het Canadian Institute for Health Research (CIHR).

# Nicole MAJERY

Curriculum Vitae

**Renseignements personnels :**

Nom : **MAJERY**
Prénom : Nicole
Date de naissance : 17/02/59

**Renseignements professionnels :**

**1987 :** **Diplôme en médecine, chirurgie et accouchement**
**Université de Liège**

**1987-1988** : Travail comme résident à la Clinique de Bastogne
**1988 :** Début de spécialisation en chirurgie générale
**1988-1990** : Clinique de Bastogne
**1990-1992** : Clinique Notre Dame des Bruyères à Liège
**1992-1993** : Hôpital du Bois de L'Abbaye
**1993-1994** : Hôpital de Rothschild, service du professeur Malafosse, Paris

**1994 :** **Agréation comme spécialiste en chirurgie générale**

**1994-1995** : Travail comme chirurgien viscéral à l'Hôpital du Bois de l'Abbaye

**1996** : Engagement au Service National de Santé au Travail
**1996-2000** : Spécialisation en Médecine du Travail
**juillet 2000** **Agréation comme médecin spécialiste en médecine en travail**

**Depuis déc. 1997** : Chargé de Direction médicale au Service National au Santé au Travail à Luxembourg (Service appelé Service de Santé au Travail Multisectoriel depuis 2001)

# Jean-Baptiste FASSIER

Notice biographique

Après avoir reçu son doctorat en médecine à l'Université de Poitiers (qualification en médecine générale), le Dr Fassier a obtenu la capacité en évaluation et traitement de la douleur à l'Université Paris VI (Pierre et Marie Curie). Il a ensuite pratiqué au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du centre hospitalo-universitaire Saint-Antoine à Paris, au sein d'une équipe pluridisciplinaire sous la direction du Dr François Boureau.

C'est à l'occasion d'un séjour au Canada que le Dr Fassier a été accueilli pendant deux ans par le Crefopi (Centre de recherche et de formation en prévention d'incapacités) de l'Université de Sherbrooke. Dans le cadre du programme de doctorat en sciences cliniques de cette Université, il y a développé un modèle et un projet de recherche visant à évaluer la faisabilité du modèle de Sherbrooke de réadaptation au travail dans le système de santé français, sous la direction du Professeur Patrick Loisel et du Professeur Marie-José Durand. Ce projet financé par la Direction des Risques Professionnels de l'Assurance maladie française vise à identifier les obstacles et les facilitateurs à l'implantation du modèle de Sherbrooke en France parmi les différentes catégories d'acteurs impliqués (professionnels de santé, assurance maladie, entreprises).

Les intérêts de recherche du Dr Fassier portent sur le développement, l'implantation et l'évaluation des programmes de retour au travail avec une emphase particulière sur les dimensions participatives et les enjeux éthiques inhérents à ce type de programmes.

Dans le cadre d'un cursus de spécialisation en médecine du travail, le Dr Fassier conduit actuellement dans la région Rhône-Alpes l'analyse de l'implantation d'un programme pilote de retour au travail inspiré du modèle de Sherbrooke, à l'intention des salariés victimes de troubles musculosquelettiques du membre supérieur.

Le Dr Fassier est boursier de la chaire en réadaptation au travail Jacques-Armand Bombardier et Pratt & Whitney Canada.

# Le programme belge de prévention de la lombalgie chronique

Pr Ph. Mairiaux
et les membres de la task force du FMP-FBZ
Dr G. Creytens, Dr D. Delaruelle, Dr O. Poot, et P. Strauss

FMP-FBZ scientific seminar, Bruxelles, 17 avril 2008

# Le programme belge de prévention de la lombalgie chronique

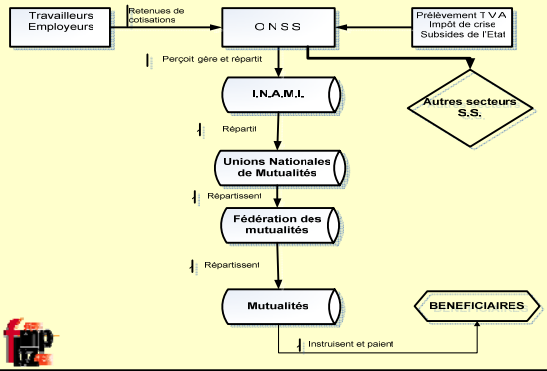
Une tentative de mise en réseau de la médecine de soins et des services de prévention et protection au travail (ex-services médicaux du travail)

## Plan

- Système belge de santé - repères
- Le programme de prévention
  - Historique
  - Caractéristiques et buts du programme
  - Rééducation pluridisciplinaire
  - Travail en réseau
  - Intervention ergonomique
  - Taux de participation et son évolution
- Conclusions



## Système Belge de sécurité sociale






## Système belge de santé

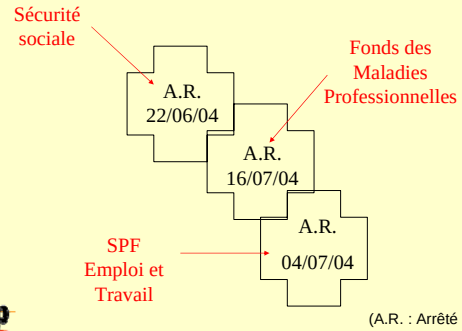
- **Pour toute la population** : assurance-maladie gérée par un Institut national (INAMI-RIZIV);
- **Pour les travailleurs sous contrat d'emploi** :
  - Assurance « accidents du travail » : gérée par des compagnies privées; statistiques collectées par une institution publique (FAT-FAO)
  - Assurance « maladie professionnelle » gérée par le Fonds des Maladies professionnelles (FMP-FBZ), une institution publique de sécurité sociale



## Système belge de santé : indemnisation de l'arrêt de travail

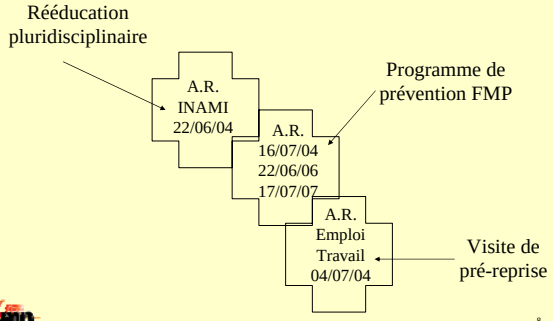
- L'employeur (secteur privé) paie les premiers jours d'incapacité du travail
  - 14 jours chez les ouvriers
  - 30 jours chez les employés
- La sécurité sociale prend en charge
  - des indemnités (60 % salaire brut plafonné) jusqu'au 365e jour d'incapacité
  - une éventuelle rente d'invalidité au-delà du 365e jour

## Genèse du projet en Belgique : trois pièces d'un puzzle législatif




(A.R. : Arrêté Royal) 7

## Trois nouvelles pistes d'intervention en Belgique




8

## Pourquoi une « rééducation pluridisciplinaire » dans la nomenclature des soins de santé ?

- Volonté de préserver l'équilibre de la Sécurité sociale et recherche d'économies…: « rationalisation » de la nomenclature de médecine physique et de réadaptation
- Noyau de décideurs de la sécurité sociale et Ministre gagnés aux arguments scientifiques en faveur de la prévention de la lombalgie chronique (modèle de Sherbrooke entre autres…)

  ➡ Introduction en 2004 d'une prestation nouvelle : « rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale avec une durée de 120 min par séance »
  - Max 36 séances sur 6 mois, par groupe de 8 patients
  - Equipe pluridisciplinaire : ergothérapie, kinésithérapie, psychologie; un ergonome diplômé peut remplacer l'ergothérapeute

9

## L'autre pièce du puzzle

Pourquoi un programme de prévention secondaire des lombalgies à l'initiative du Fonds des Maladies professionnelles ?

## Historique et justifications du programme de prévention

- Evolution du concept de maladie professionnelle :
  - Contexte européen : lombalgie reconnue en France, Allemagne, Danemark
  - Maladies professionnelles traditionnelles concernent surtout travailleurs masculins
  - Pression des organisations syndicales en faveur d'une prise en charge de la lombalgie

  ➔ 2000 : création groupe de travail au sein du FMP

11

## Historique et justifications du programme de prévention

Orientations adoptées par le groupe de travail :

- Indemniser seulement le syndrôme radiculaire lombaire (// France) mais avec critères restrictifs d'exposition (méthode allemande MDD)
- Pour la lombalgie commune :
  - inscrire dans la loi le concept de maladie "à caractère professionnel"
  - proposer dans ce cas, au lieu d'une indemnisation, des interventions de prévention sur base de l'évidence scientifique

➔ le projet pilote de prévention secondaire

12

## Evolution du programme : d'abord un projet-pilote

- Au départ (1er mars 2005), s'adressait uniquement au personnel soignant du secteur des hôpitaux et maisons de repos et de soins exposé à la manutention dans le cadre des soins aux malades et grabataires
- Objectif : tester la faisabilité du système

- 1er élargissement (1er mars 2006) : personnel travaillant dans le secteur des soins de santé et exposé au port manuel de charges

13

## Evolution du programme : pérennisation

**Arrêté Royal du 17 mai 2007**
(M.B. 11 juin 2007)

Généralisation à tous les travailleurs exposés
soit au port manuel de charges
soit aux vibrations mécaniques transmises par le siège.

14

## Qui est concerné ?

Le travailleur (salarié ou fonctionnaire dans une APL)

- Qui est soumis à une évaluation régulière de santé par le médecin du travail en raison de l'exposition à l'un des deux risques pris en compte (port de charges, vibrations corps-entier)
- Qui est en arrêt de travail :
  - suite à des lombalgies mécaniques communes (arrêt de min. 4 semaines et max. 3 mois)
  - suite à une rechute dans la période des 12 mois écoulés (min. 1 semaine et max. 3 mois)
  - suite à une opération chirurgicale de la colonne lombaire (min. 4 semaines et max. 3 mois)

(Mais pas dans la suite d'un accident du travail !)

15

## Buts du programme

- Favoriser une régression des symptômes
- Prévenir l'évolution vers la chronicité en favorisant une reprise précoce du travail (car la reprise d'une activité physique est le moyen le plus efficace de prévention)
- Favoriser le retour au travail, et la prévention des récidives, par une meilleure conception ergonomique du travail
- Encourager la concertation entre les médecins concernés

16

## La démarche du FMP

- Stimuler la participation des travailleurs lombalgiques à la « rééducation pluridisciplinaire et ambulatoire » (prestation INAMI n°558994) dans un centre médical de réadaptation ayant signé une convention avec le FMP
- Organiser une collaboration étroite ("travail en réseau") entre
  - les centres de réadaptation
  - les services de prévention et protection au travail
  - les médecins traitants, généraliste et spécialiste
- Inciter l'employeur à solliciter « l'avis ergonomique » prévu dans le programme de prévention

17

## Conditions d'accès à la rééducation pluridisciplinaire fixées par l'INAMI *

- Programme remboursé une seule fois dans la vie du patient
- Exceptions :
  - En cas d'intervention chirurgicale pour le dos
  - Dans le cadre d'une réintégration professionnelle, moyennant accord préalable du médecin-conseil
- Une chance à saisir pour un travailleur motivé !

* prestation Inami 558994

18

## Contenu de la rééducation pluridisciplinaire *

- Evaluation fonctionnelle et psychosociale en début et fin de traitement

- Information sur les facteurs mécaniques favorisant la dégradation du segment vertébral, explication des principes de soutien du dos, discussion des facteurs émotionnels et psychologiques entretenant la douleur

19

## Contenu de la rééducation pluridisciplinaire

- Formation pratique aux techniques d'épargne du dos, y compris pour les activités professionnelles

20

## Contenu de la rééducation pluridisciplinaire

- Revalidation individualisée et amélioration de la condition physique

21

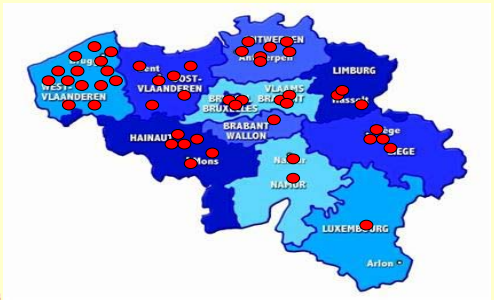
## Rééducation pluridisciplinaire – partie ergonomique

- … informer le patient des règles en matière d'adaptation de l'environnement afin de réduire la charge lombaire
- Lui permettre d'objectiver les risques les plus importants dans son milieu socio-professionnel …

- « Cette partie doit, le cas échéant, également comporter une analyse du poste de travail selon la profession du patient »

22

## Rééducation pluridisciplinaire …dans des centres de réadaptation




23

## Centres de réadaptation offrant la rééducation pluridisciplinaire

- Des centres satisfaisant aux conditions INAMI et ayant signé une convention avec le FMP : 35 en 2005, 51 en mars 2008
- Centres acceptant d'orienter la revalidation multidisciplinaire ambulatoire vers une reprise précoce du travail

➔Si pas de reprise avant la 6e semaine de traitement : concertation avec le médecin du travail et le médecin traitant

➔Rendre également possibles des séances en dehors des heures normales de travail

24

## Centres de réadaptation offrant la rééducation pluridisciplinaire

- Centres
  - acceptant une visite de leurs installations avant leur agrément
  - s'engageant à participer aux réunions de concertation/formation organisées par le FMP
  - avec une vraie équipe pluridisciplinaire
  - disposant des équipements nécessaires et de l'espace suffisant

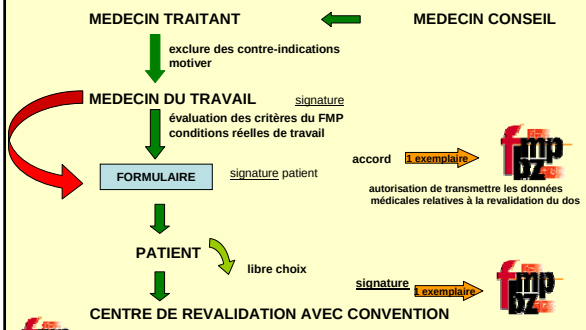
25

## Stimuler la participation des travailleurs - Comment ?

- Participation gratuite aux séances de rééducation (remboursement du « ticket modérateur » à charge du patient)
- Intervention dans les frais de déplacement (max 1000 Km)
- Possibilité d'intervention ergonomique au poste de travail et donc, amélioration attendue des conditions de travail

26

## Procédures prévues




27

## La démarche du FMP :

- Stimuler la participation des travailleurs lombalgiques à « une rééducation pluridisciplinaire et ambulatoire » (prestation INAMI n°558994) dans un centre médical de réadaptation
- Organiser la collaboration étroite entre les centres de réadaptation, les services de prévention et protection au travail et les médecins traitants ("travail en réseau")
- Inciter l'employeur à procéder à « l'avis ergonomique » prévu dans le programme de prévention

28

## Tâches demandées au médecin du travail

- Dans les deux premières semaines de la prise en charge
  - ➔ sur demande du centre de réadaptation
  - ➔ décrire les conditions réelles de travail du patient

29

## Tâches des services de prévention et protection (SEPP ou SIPP)

- Informer les employés de l'entreprise sur le programme (brochure « patient », affiche, CPPT)
- Participation et rôle central dans la concertation multidisciplinaire en cours de traitement
- Rôle de catalyseur et de lien entre les acteurs
- Proposer une intervention ergonomique en relation avec l'activité de travail du patient

30

## La démarche du FMP :

- Stimuler la participation des travailleurs lombalgiques à « une rééducation pluridisciplinaire et ambulatoire » (prestation INAMI n°558994) dans un centre médical de réadaptation
- Organiser la collaboration étroite entre les centres de réadaptation, les services de prévention et protection au travail et les médecins traitants (“travail en réseau”)
- Inciter l’employeur à procéder à « l’avis ergonomique » prévu dans le programme de prévention

31

## Stimuler une intervention ergonomique - Comment ?

- Intervention financière (350 € max. par travailleur) pour l’employeur qui fait procéder à « l’avis ergonomique » :
  - analyse ergonomique du poste de travail du travailleur inclus dans le programme

  et/ou
  - formation individuelle du travailleur concerné sur le lieu du travail (3 h minimum) par un ergonome, … aux techniques adéquates pour prévenir les douleurs lombaires à son poste de travail

32

## Evaluation du programme indicateurs

- Formulaires de demande
  - Recto : renseignements démographiques
  - Verso : données médicales
- Bilans complétés par les centres en fin de réadaptation (échelles douleur, Tampa, Roland Morris….etc)
- Rapports d’analyse ergonomique
- Enquête téléphonique auprès des participants
  - Enquête 1 (juin- juillet 2006) : 74 participants
  - Enquête 2 programmée pour juin 2008

33

## Profil des travaillleurs inclus dans le programme (n=238)

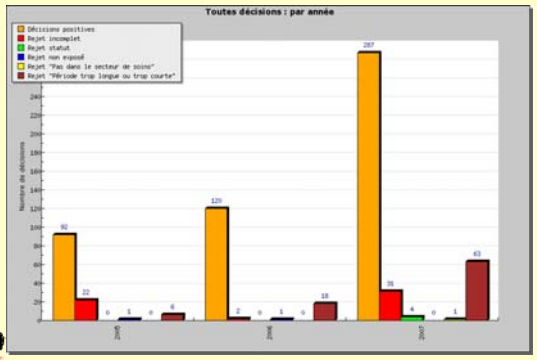
- Lombalgie > 4 sem : 68 %
- Récidive : 22 %
- Post-opératoire : 10 %

Statut clinique inclusion (n=76)

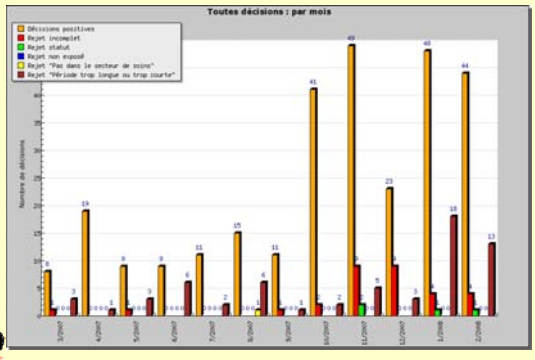
- Irradiation radiculaire : 64 %
- Irradiation radiculaire au-delà du genou : 34,7 %

34

## Programme de prévention Evolution des décisions par an




## Programme de prévention Evolution des décisions par mois



## Participation au programme de prévention

| | 2005-06 | 2006-07 | 2007-08 |
|---|---|---|---|
| Demandes | 102 | 141 | 388 |
| Cas acceptés | 92 | 120 | 287 |
| Factures ergonomie | 3 | 3 | 7 |

37

## Conclusions : le programme belge de prévention, un défi …

- de communication : > 400.000 travailleurs exposés aux risques ; des milliers d'entreprise ; > 20.000 médecins traitants; 700 médecins du travail….
- de diffusion d'une innovation contraire
  - Aux croyances relatives au mal de dos : repos = traitement ; bouger = risque d'aggraver la lésion
  - À la séparation étanche entre curatif et préventif
  - Aux habitudes des professionnels de santé
- d'organisation au sein
  - du FMP,
  - des Services de prévention au travail (SEPP,SIPP)
  - des 50 centres de revalidation…
- d'évaluation (partenaires multiples collectant des données pas toujours complètes…)

38

## Conclusions : le programme belge de prévention et sa cible

- Patients participants = ceux visés (lombalgiques sévères)
- Pas d'effet pervers apparent du programme de réadaptation :
  retour au travail avant 18e séance dans >80 % des cas alors que le nombre maximal est de 36 séances
- Mais déséquilibre majeur entre composante médicale et composante ergonomique ;
  or pôle ergonomie/médecine du travail = garant de l'efficacité attendue

39

## Merci pour votre attention !

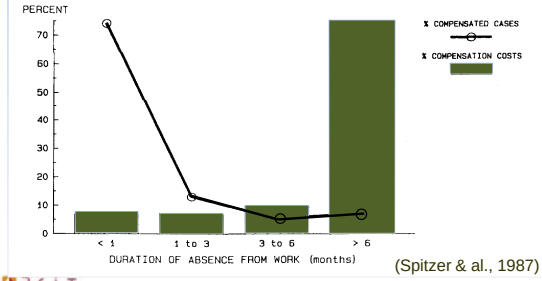
40

# Le programme PRÉVICAP, une application du modèle de Sherbrooke

PR PATRICK LOISEL
TITULAIRE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE
EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL
BOMBARDIER – PRATT & WHITNEY
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, QUÉBEC

Fonds des maladies professionnelles
17 avril 2008

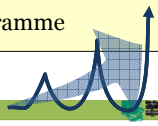
## Quebec task force




(Spitzer & al., 1987)

## Développer un programme de prévention de l'incapacité

1990:
- ✓ Développement d'un programme de prévention des incapacités au travail
  - basé sur les évidences disponibles à cette période
  - disponible pour une population de travailleurs
  - compatible avec les lois provinciales
  - impliquant les partenaires
- ✓ Évaluation du programme

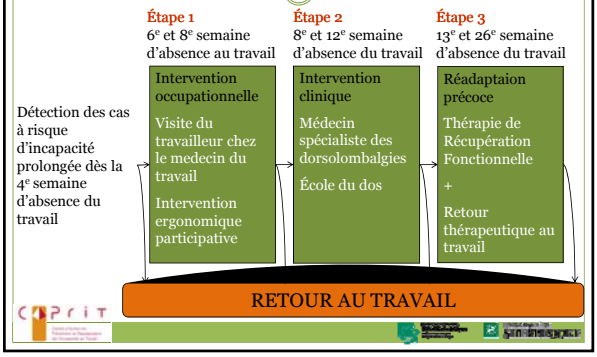



## Le modèle de Sherbrooke 1991-1995

## Le modèle de Sherbrooke
### Étape 1: Développement

- Évidences
  - Un programme de réadaptation multidisciplinaire utilisant une approche centrée sur la reconnaissance du syndrome de déconditionnement et l 'adhésion à une approche cognitivo-comportementale de la douleur a été démontré efficace (Mayer et al., 1985).
  - Une prise en charge appropriée en collaboration avec les médecins traitants a été démontrée efficace (Wiesel et al., 1984).
  - Des problèmes liés au travail ont été associés aux dorsolombalgies et peuvent être associés aux incapacités (Spitzer, 1987).

## Le modèle de Sherbrooke
### Étape 2: Modélisation

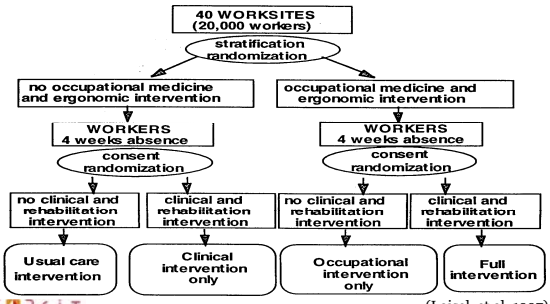



© CAPRIT, 2008

## Le modèle de Sherbrooke
Étape 3: Évaluation

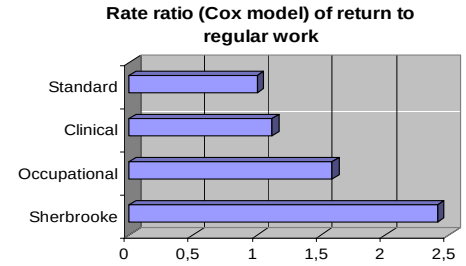
- Essai randomisé
- 31 entreprises dans la région de Sherbrooke > 175 employés:
  - manufactures, services, services de santé
- 104 travailleurs provenant de ces entreprises > 4 semaines d'absence du travail

## Randomisation




(Loisel, et al, 1997)

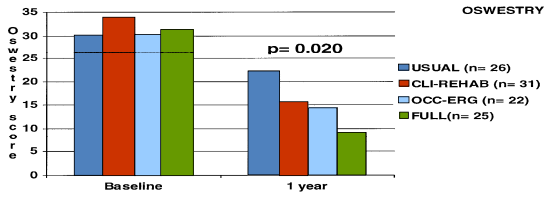
## Retour au travail régulier: suivi 1 an




(Loisel e al, 1997)

## Statut fonctionnel

Questionnaire Oswestry



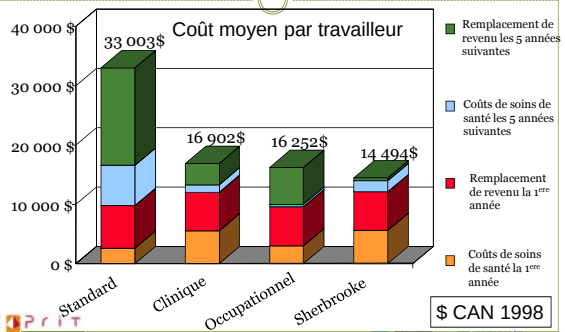

(Loisel e al, 1997)

## Retour thérapeutique au travail

- Efficacité du RTT
  - 28 travailleurs dorsolombalgiques
  - 3 à 6 mois d'absence du travail
  - Moyenne au suivi: 18 mois
    - 26 de retour au travail
    - 1 absent du travail (pas lié au problème de dos)
    - 1 non rejoint

(Durand et al., 2001)

## Analyse coût avantage : suivi 6 ans




(Loisel et al, 2002)

© CAPRIT, 2008

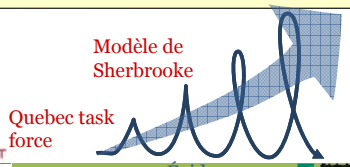
## Principes de base découlant du modèle de Sherbrooke

- Détection précoce des cas (42 jours)
- Rassurance
- Lien avec le milieu de travail
- Éviter les interventions inutiles
  - 37 sur 47 randomisés dans les groupes occupationnel et Sherbrooke ont reçu l'intervention ergonomique
  - 16 sur 56 randomisés dans les groupes clinique et Sherbrooke ont reçu le RTT
- Les interventions en réadaptation au travail étaient rapidement disponibles si besoin

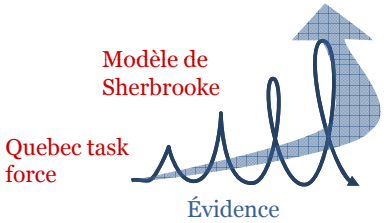
## Implantation du modèle de Sherbrooke
### Étape 4: Implantation

✓ Le modèle de Sherbrooke appuie les évidences sur:
- la réadaptation offerte à un stade subaigu
- lien avec le milieu de travail

✓ Implantation avec le soutien de la santé publique



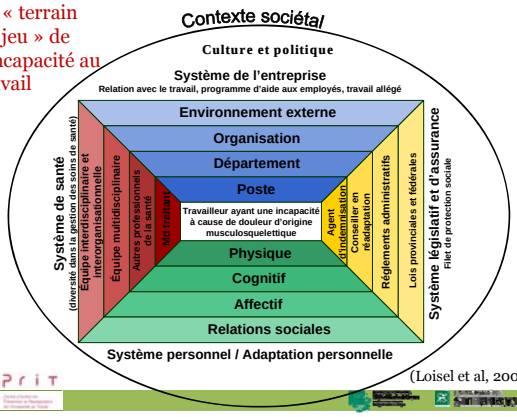

## Le programme PRÉVICAP 1995-




## Le programme PRÉVICAP
### Étape 1: Développement

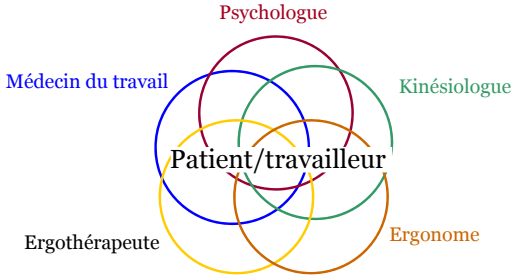
- Évidences
  - Développé à partir du modèle de Sherbrooke et d'un groupe d 'experts
  - But: prévention d'incapacité au travail
  - Caractéristiques:
    - intervention dirigée par une équipe interdisciplinaire
    - réadaptation centrée dans le milieu de travail
    - collaboration de tous les partenaires dans le problème d 'incapacité au travail
    - approche inter-organisationnelle

## Le « terrain de jeu » de l'incapacité au travail



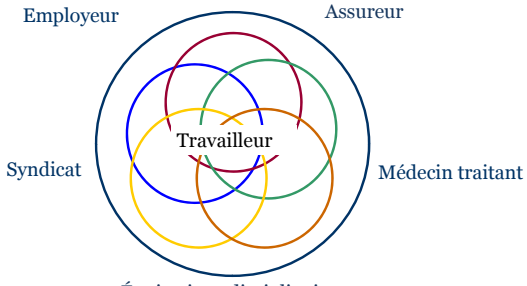

(Loisel et al, 2005)

## Équipe interdisciplinaire

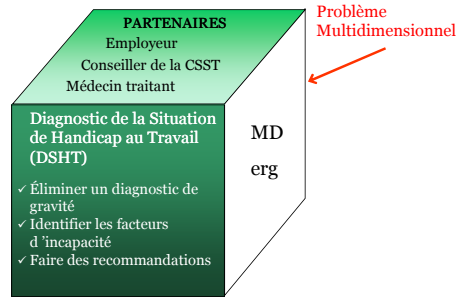



© CAPRIT, 2008

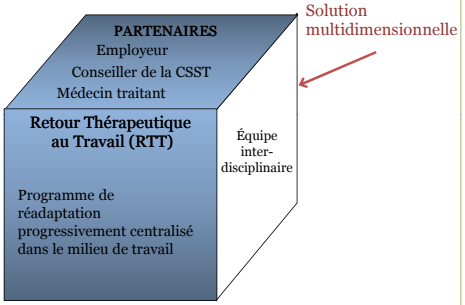
## Collaboration inter-organisationelle




## Le programme PRÉVICAP

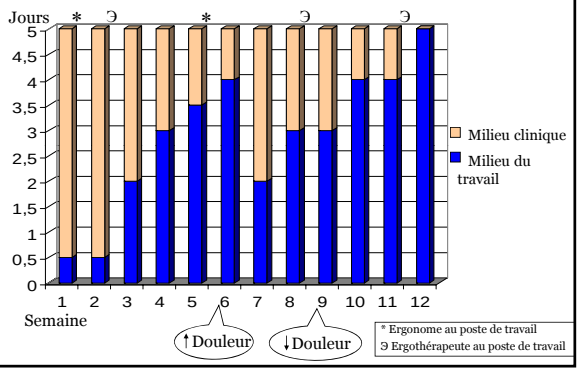



## Le programme PRÉVICAP

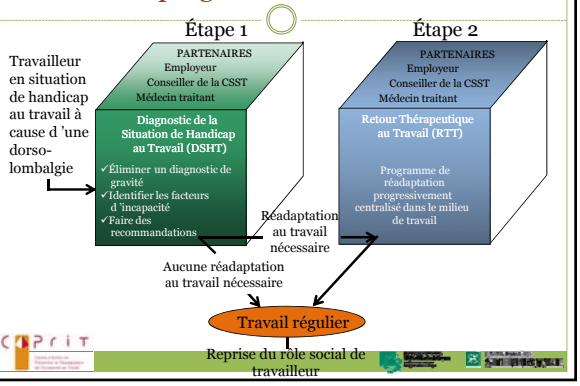



## Retour Thérapeutique au Travail (RTT)

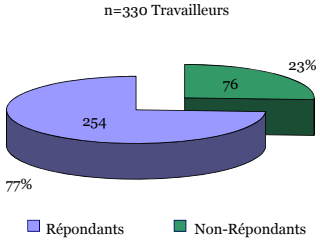
### Progression de retour au travail




## Le programme PRÉVICAP

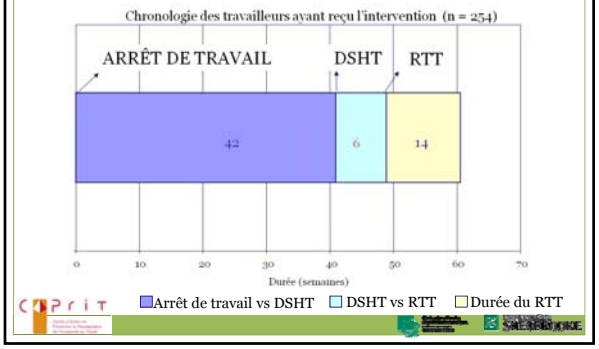



## Suivi à un an des cas complexes d'absence prolongée du travail

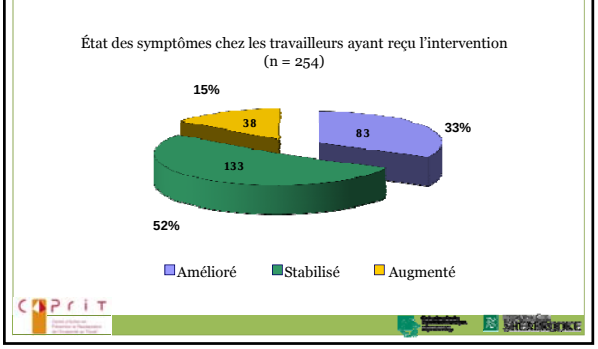



© CAPRIT, 2008

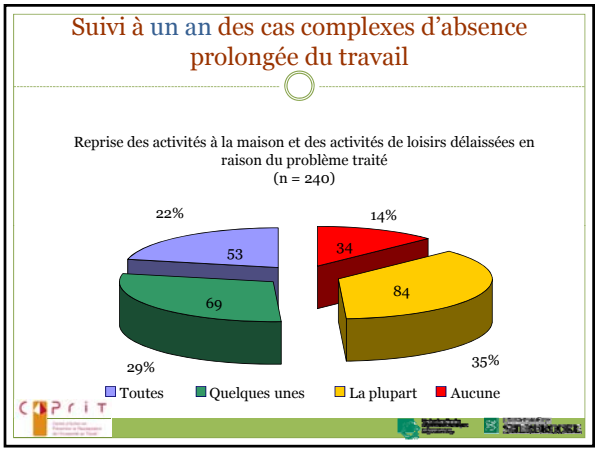
## Suivi à un an des cas complexes d'absence prolongée du travail



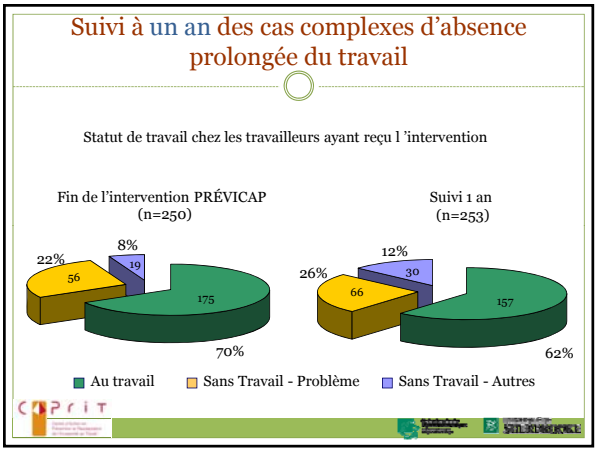

## Suivi à un an des cas complexes d'absence prolongée du travail



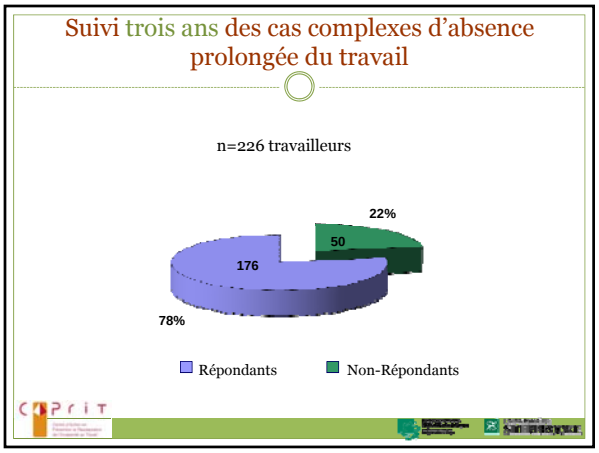

## Suivi à un an des cas complexes d'absence prolongée du travail



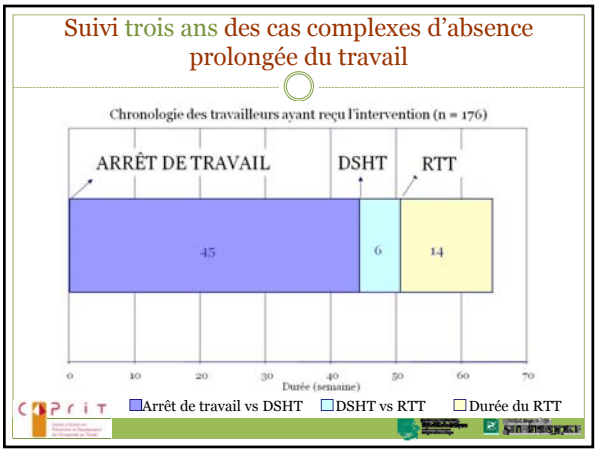

## Suivi à un an des cas complexes d'absence prolongée du travail




## Suivi trois ans des cas complexes d'absence prolongée du travail



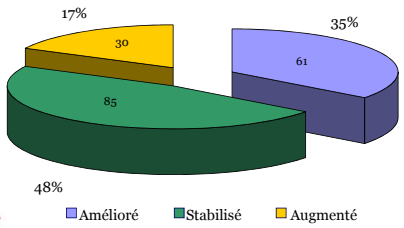

## Suivi trois ans des cas complexes d'absence prolongée du travail




© CAPRIT, 2008

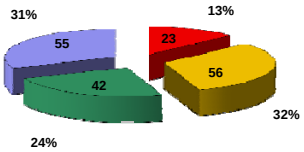
## Suivi trois ans des cas complexes d'absence prolongée du travail

État des symptômes chez les travailleurs ayant reçu l'intervention
(n = 176)



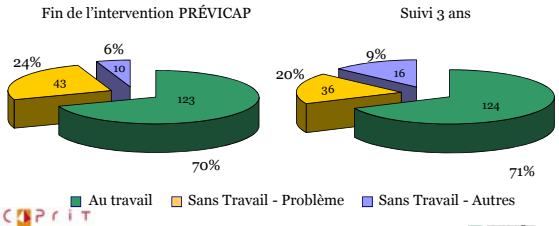

## Suivi trois ans des cas complexes d'absence prolongée du travail

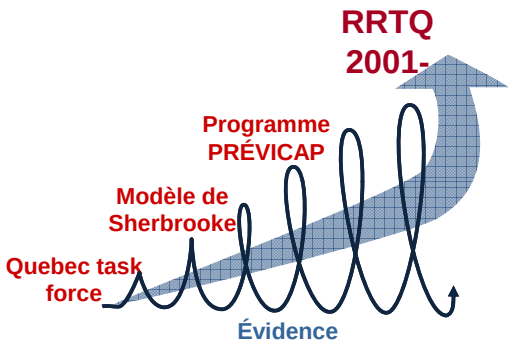
Reprise des activités à la maison et des activités de loisirs délaissées en raison du problème traité
(n = 176)




## Suivi trois ans des cas complexes d'absence prolongée du travail

Statut de travail chez les travailleurs ayant reçu l'intervention
(n = 176)

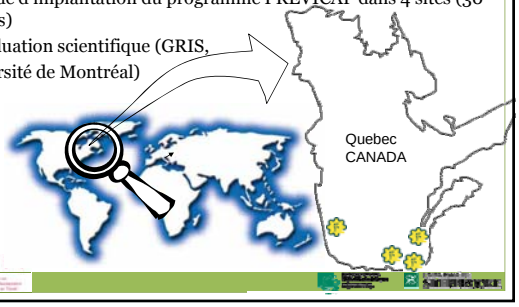



## Réseau en Réadaptation au Travail du Québec (RRTQ)

Phase I : Étude pilote

- Étude d'implantation du programme PRÉVICAP dans 4 sites (30 mois)
- Évaluation scientifique (GRIS, Université de Montréal)




## Formation des équipes du RRTQ

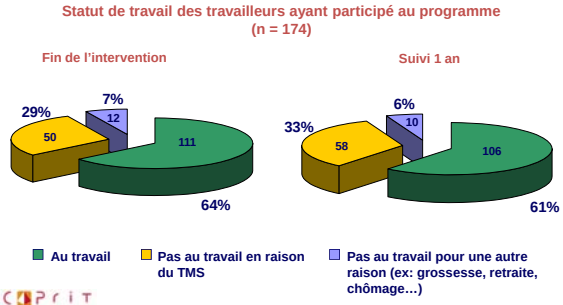
- Sélection de 4 centres
- Coordonnateurs cliniques engagés par les centres (directeur du RRTQ présent sur le comité de sélection)
- Formation des coordonnateurs cliniques (3 jours)
- Formation des équipes interdisciplinaires (3 jours)
- Données administratives et cliniques envoyées au directeurs
- Visites des sites
- Conférence du RRTQ (Mai 2002)

© CAPRIT, 2008

## Formation à la CSST

- Présentation du projet aux responsables régionaux de la CSST
- Présentation du projet aux conseillers en réadaptation
- Développement d'une grille de détection des cas à risque de chronicité
- Cours sur la douleur persistante aux conseillers en réadaptation

## Suivi 1 an




## Après 2 ans, la CSST interrompt le programme

- Résistance de la base
  - Références insuffisantes
  - Difficulté de travailler ensemble
  - Perte perçue d'autonomie
  - Craintes d'impartition
- Règles du système: lois et règlements
- Culture et intérêts des acteurs (médicaux, administratifs, d'entreprise, etc.)
- Nécessiter de changer d'approche pour répondre au paradigme d'incapacité
- Dialogue entre les acteurs

## Les solutions possibles

- Convaincre les décideurs
- Faire participer les acteurs dès la conception
- Rediriger les ressources
  - Interventions en entreprise
  - Temps pour le dialogue
  - « Intervenant pivot »
  - Équipe interdisciplinaire
- Approche gagnant-gagnant

IRSC CIHR

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

## Programme stratégique de formation des IRSC en prévention d'incapacités au travail

- Programme de formation international et transdisciplinaire
- Allocation versée aux étudiants inscrits: aucun frais pour les étudiants
- Activités: Sessions d'été (juin) de 2 semaines à Montréal, stages dans différents milieux de recherche, formation en ligne
- Durée du programme: 3 ans
- S'ajoute au diplôme de doctorat ou post-doctorat de l'université d'origine de l'étudiant
- Demande d'admission: 15 janvier

www.usherbrooke.ca/wdp

Information: **Brenda.Santos@USherbrooke.ca**

## Merci!

- Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST)
- Commission de la santé et sécurité du travail (CSST)
- Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Réseau de recherche en adaptation réadaptation du Québec (REPAR)
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Réseau HEALNet des centres d 'excellence du Canada
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM)
- Travailleurs, syndicats, employeurs

**http://www.caprit.ca**

© CAPRIT, 2008

## Reïntegratie bij rugklachten anno 2008: de werknemer of het werk aanpassen?

***Effectiviteit, doelmatigheid en implementatie op basis van wetenschappelijk onderzoek in Nederland.***

**17-4-2008, Brussel,**
**Fonds des maladies professionnelles**

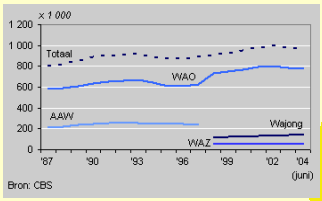
*Dr. Han (JR) Anema, UD, bedrijfs-/verzekeringsarts*
*EMGO-Instituut/VU Medisch Centrum, Amsterdam*

## Inhoud

- Inleiding
- Diagnostiek bij verzuim door rugpijn
- Effectiviteit interventies
- Doelmatigheid interventies
- Implementatie Sherbrooke model
- Geleerde lessen in Nederland



## Arbeidsongeschiktheid is 'major public health and economic problem in the western world' *(BMJ 2005)*



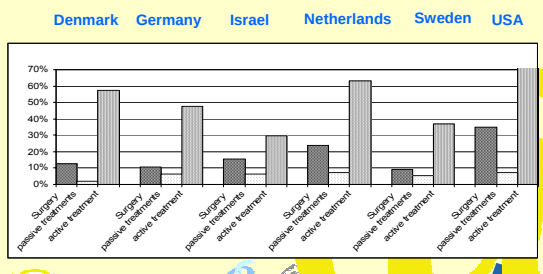

- 1 op de 10 is arbeidsongeschikt
- Kosten 30 miljard euro /jr (*RGO, 2003*)
- Toename jongeren met arbeidshandicap
- Weinig aandacht artsen reïntegratie (*Anema 2002*)



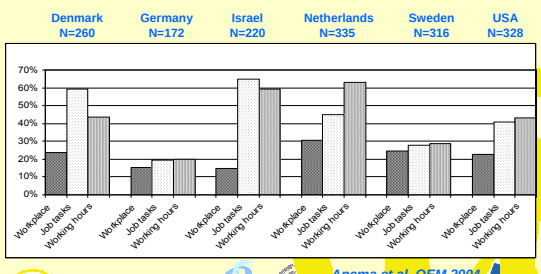
## Kosten Lage rugklachten in NL

- ***Economische impact van rugpijn*** **(Van Tulder et al., 1995):**
  - kosten in 1991: 1,7% van GNP in NL
  - 93% van deze kosten door verzuim- en ao-uitkering
- ***1,7% van GNP:*** ***€ 4.300.000.000,-***
- ***kosten van verzuim en ao-heid:*** ***€ 3.800.000.000,-***

## Medische interventies (n=2825)




## Werkplek en werkorganisatie interventies




*Anema et al, OEM 2004*

BODY@WORK

## Invloed wetgeving op (beloop) rugklachten?

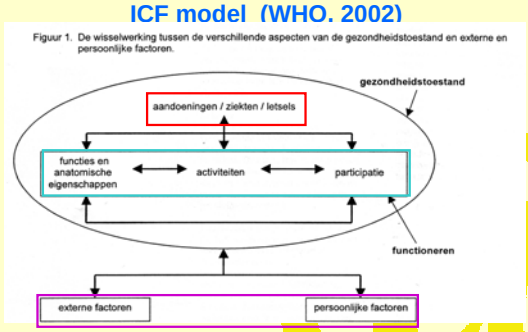
| | Denmark | Germany | Israel | N'lands | Sweden | US |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sickness benefit | 74 | * | 25 | 52 | 71 | 18 |
| Unemployment benefit | 12 | * | 11 | 19 | 9 | 4 |
| Social Assistance benefit | 3 | * | 12 | 0 | 0 | 3 |
| Combinations | 0 | * | 1 | 17 | 4 | 1 |
| No benefit | 11 | * | 51 | 13 | 17 | 73 |

* missing

Bloch & Prins 2001

## ICF model (WHO. 2002)

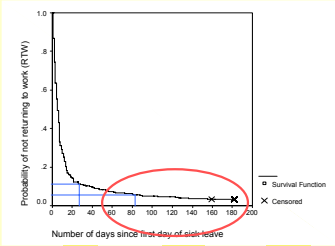
Figuur 1. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.






## Prognose bij verzuim bij rugpijn

- Jaar prevalentie = 7%
- Mediane verzuimduur= 5 dagen!
- 4 weken = 89% hervat
- 13 weken = 95% hervat
- 75% veroorzaakt door kleine minderheid




Steenstra et al, JOR 2005



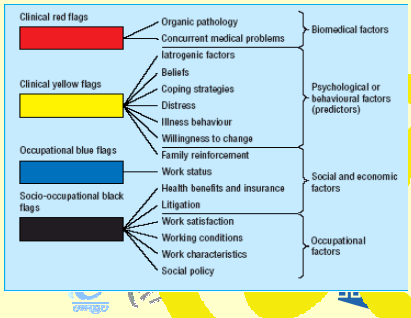
## Beloop rugpijn

Voorspellers (chronische) klachten
≠
Voorspellers
langdurig verzuim/arbeidsongeschiktheid

## Biopsychosociale model rugpijn

- *Rode vlaggen*
- *Gele vlaggen*
- *Blauwe vlaggen*
- *Zwarte vlaggen*

Main,
BMJ 2002

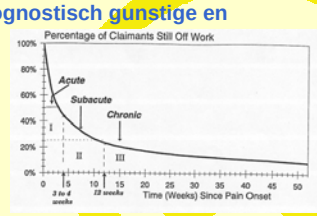



## NVAB-Wijzigingen tov vorige richtlijn (1)

**Diagnostiek:**

- **Indeling acuut, subacuut en chronische rugpijn wordt losgelaten**
- **Hiervoor in de plaats prognostisch gunstige en ongunstige rugklachten**

*Verbeek, Anema et al., 2006*



## Voorspellers langdurig verzuim rugpijn

1. Duur van de klachten langer dan zes weken?
2. Eigen verwachting hervatting langer dan 1 maand?
3. Uitstralende pijn?
4. Ernstige beperkingen bij het uitvoeren van belangrijke activiteiten?
5. Zwaar lichamelijk werk?
6. Distress, depressie of somatisatie
7. Gebrek aan arbeidssatisfactie

*NVAB-richtlijn Syst reviews: Pengel 2003; Waddell 2003, Steenstra 2005; Pincus 2002; Heymans/Anema, 2007*



## Predictieregel verzuim rugpijn

http://developer.med.vu.nl/ziekterisico/

Sterkste voorspellers in verzuimpredictieinstrument (20 vragen):

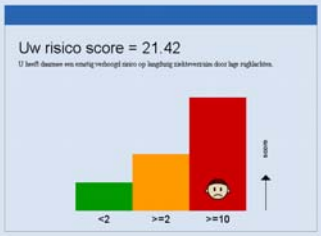
- Duur van de klachten?
- Pijn intensiteit (0-10) * 0.6 ?
- Eigen verwachting langer dan 3 maanden?
- Vermijdingsgedrag (0-42) * 0.2
- Gebrek aan arbeidssatisfactie (-1 tot 5) *1
- Geslacht 0 man; -2 vrouw

Andere factoren wel voorspellend, niet opgenomen vanwege kleine bijdrage

*Heymans en Anema et al, 2007*



**Casus RIA:**




http://developer.med.vu.nl/ziekterisico/

## 2 Opties voor management van verzuim bij aspecifieke rugpijn

## Fit the worker to the job

**Remo, lift with your knees, not with your back!**



## Interventie studies gericht op de werknemer

- *Veel interventies gericht op werknemer:*
  - *back schools*
  - *functional restoration*
  - *work hardening/conditioning*
  - *graded activity*
  - *vocational rehabilitation*

Vele systematic reviews: Van Tulder et al., 2000, 2000, 2001; Elders et al., 2000; Verbeek 2001; Staal et al. 2002, 2003; Heymans et al., 2004.

BODY@WORK

## Fit the job to the worker

## Interventiestudies gericht op het werk

- ***Slechts weinig*** *interventiestudies voor rugpijn*
  - *2x CT & 2 RCT*
  - *6x organisatorische aanpassingen (incl. werkuren)*
  - *3x ergonomische voorlichting (+ een andere interventie!)*
  - *1x ergonomische interventie:*
    *Sherbrooke Model (Loisel et al. 1994, 1997)*

Systematische reviews: Krause et al., 1998;
Van der Beek et al., 2000, 2004

## Serie van 3 RCT's – alle vs. gebruikelijke zorg

- Graded-Activity programma
- Hoog en laag intensieve rugscholing
- Werk(plek) interventie en/of graded activity

- Populatie: 2-6 weken verzuim door aspecifieke rugpijn



## Uitkomstmaten

- Verzuim (werkhervatting)
- Pijn
- Functioneren

- Kosten-effectiviteit



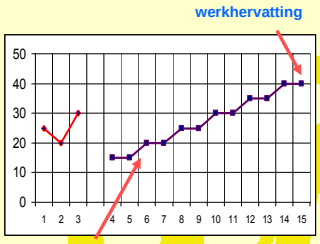
## Graded activity vs Usual care

*Staal JB, Hlobil H, Twisk J, van Mechelen W, Smid T, 2004 Ann Int Med*

- operante model: gedrag gerelateerd aan rugpijn (bijv. verzuim) kan geconditioneerd worden
- boodschap: rug doet pijn maar dit betekent niet dat er schade is
- doel: verbeteren van functioneren (niet: pijnvermindering)

## Graded Activity

- 2 sessies oefeningen/week, door getrainde FT
- FCE (eerste 3 sessies)
- FT bepaalt in overleg met werknemer individuele oefenschema
- Programma stopt bij werkhervatting (max 26 sessies)

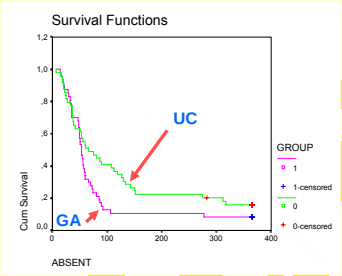


## Graded Activity vs Usual Care

**Verzuim** (n=134):

- **Graded Activity**
69 dagen (mediaan)
- **Usual Care**:
102 dagen (mediaan)
- **Verschil**: 33 dagen
- Vanaf 50 dagen na randomisatie effectiever:
1,9 (95% BI 1.2-3.0)

**Geen effect pijn/functioneren!**






## Laag- of Hoogintensieve Rugschool vs UC

*Martijn Heijmans, Riekie de Vet, Paulien Bongers, Bart Koes, Willem van Mechelen, Spine 2006*

**LI Rugschool**

- 4 groepssessies 1x/week gedurende 4 weken
- Duur: 2 uur
- Oefeningen (90 min) en voorlichting (30 min)

**HI Rugschool**

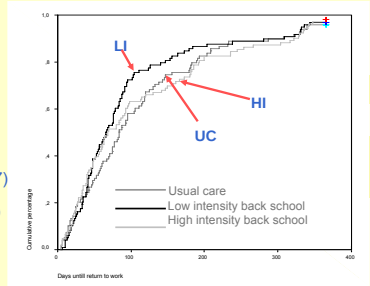
- Individueel 'op maat' oefenprogramma
- gebaseerd op principes uit 'graded activity'
- 2x/week, 8 weken lang, 16 sessies
- duur 1 uur

## Laag- of Hoogintensieve Rugschool vs UC

**Verzuim** (n=299):

- **HI Rugschool**
95 dagen (mediaan)
- **LI Rugschool**:
75 dagen (mediaan)
- **Usual Care**
89 dagen (mediaan)
- **LI vs UC**: HR 1,3 (0.9-1.7)
- **LI vs HI**: HR 1,2 (0.9-1.7)

**Geen effecten pijn/ functioneren**






## Werkplek interventie of Graded Activity vs. UC

**Werkplek interventie** (> 2 weken verzuim)

- Werkplekonderzoek
- Inventarisatie van werktaken & belemmeringen
- Inventarisatie van oplossingen in een groepssessie
- Consensus over oplossingen
- Implementatie & evaluatie

**Graded Activity** (> 8 weken verzuim)

*Anema et al., 2003/2007 ; Steenstra et al., 2004*



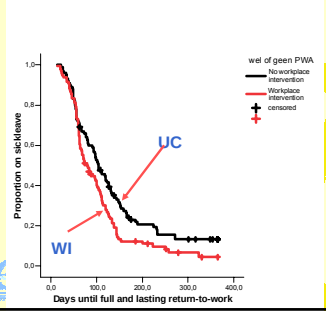
## Werkplekinterventie (>2 weken verzuim) vs UC

**Verzuim** (n=196):

- **Werkplek interventie**
77 dagen (mediaan)
91% werkhervatting
- **Gebruikelijke Zorg**:
104 dagen (mediaan)
83% werkhervatting
- **Verschil**: 27 dagen
- WI effectiever HR 1.7
(95% BI 1.2-2.3)

**Geen effect pijn functioneren**

*Anema et al 2007, Spine*

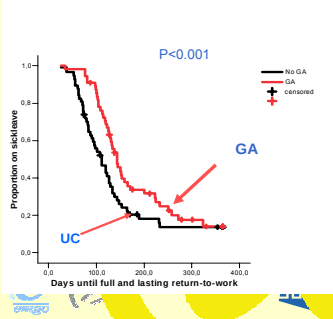



## Graded activity (>8 weken verzuim) vs. UC

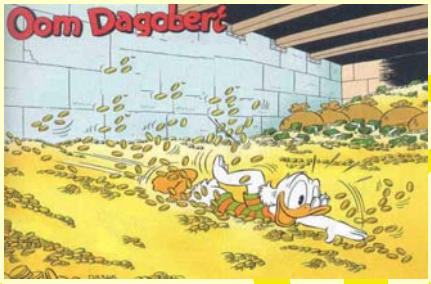
**Verzuim** (n=196):

- **Graded Activity**
144 dagen (mediaan)
- **Usual Care**:
111 dagen (mediaan)
- Late start GA
contraproductief HR 0.4
(95% BI 0.3-0.6)

*Steenstra et al, 2006, OEM*



## Economische evaluatie






## Economische evaluatie

- Effecten ⇆ kosten (kosten effectiviteit)
- Kosten ⇆ baten (kosten baten)
- Kosten effectiviteitsratio =

$$\frac{\text{verschil tussen gemiddelde kosten}}{\text{verschil tussen gemiddelde effecten}}$$

- Bootstrapping



## Kosten baten analyse voor GA (RCT1)

| Follow-up | Group | Cost of GA intervention Mean (SD) [a] | M | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| First 3-months | UC | 0 | | | | |
| | GA | 475 (203) | | | | |
| 12 months | UC | 0 | 481 (877) | 236 (324) | 716 (1096) | - 83 (-467 – 251) |
| | GA | # | 631 (396) | 168 (391) | 800 (680) | |

Return on Investment

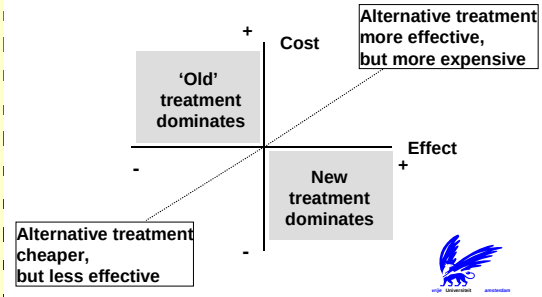
=

3 euro voor iedere geïnvesteerde euro

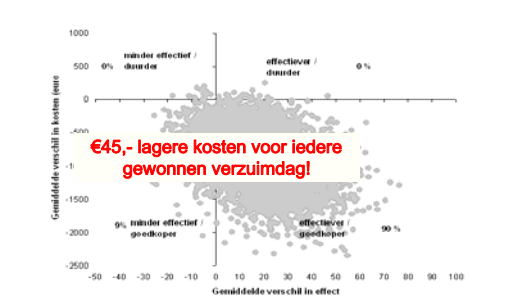
Difference in productivity loss in favor of the GA-group:
Year 1: € 999 - 3655
3 year period: € 1666 - 7581

*Hlobil et al., 2006*

## Cost-effectiveness plane



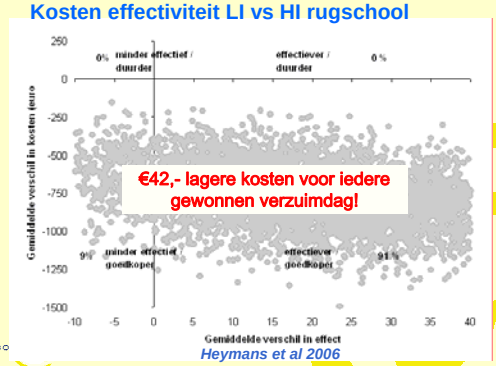

## Kosten effectiviteit LI rugschool vs UC




*Heymans et al 2006*



## Kosten effectiviteit LI vs HI rugschool




*Heymans et al 2006*

## Kosteneffectiviteit werkplekinterventie vs UC

*Steenstra et al 2006*



## Conclusies

- Werkplek interventie (WI) versnelde duurzame werkhervatting bij werknemers met verzuim door LRP. Voor de GA-interventie waren de resultaten conflicterend.
- Geen effect op pijn/functioneren
- Minder intensieve/kortdurende (en goedkoper) interventies (zoals WI of LI rugschool) zijn kosteneffectiever dan intensieve interventies



## Implementatie Sherbrooke model

Verbeek, Anema, et al., 2006

Meest gedownloade stecr-product!

## Contextanalyse: implementatie van het Nederlandse Sherbrooke model in Noord- en Zuid Holland

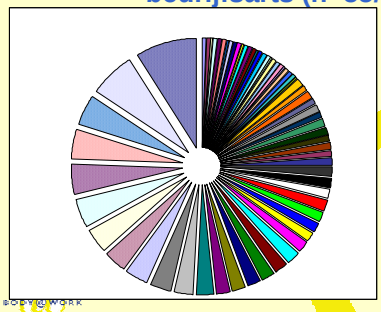


## Stakeholders

- Start van het project Januari 2000
Recruiteren
- 66 bedrijven (100.000 werknemers) door aanschrijven (350; > 50 werknemers) en bezoek (88; > 200)
- 7 grote arbodiensten in Noord- en ZuidHolland
- 16 Fysiotherapie centra
- 99 Bedrijfsartsen, 47 physiotherapeuten, 25 ergonomen (beroepsvereniging/ netwerk)
- Inclusie van werknemers vanaf Oktober 2000



## Verdeling deelnemers per deelnemende bedrijfsarts (n=55/99)



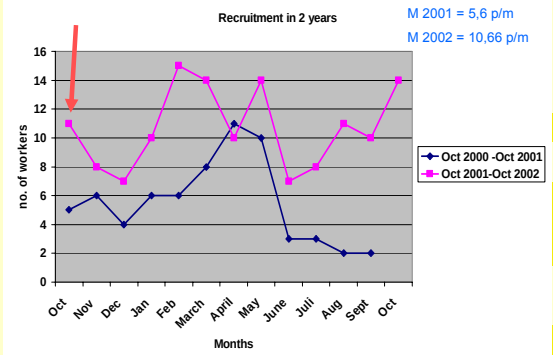
Verspreiden van innovaties:

*Early adopters*

*en*

*Late majority*!

## Trends bij werving




## Implementatie werkplek interventie

- 15 (van de 25) getrainde ergonomen (60%)
- 90% van de werknemers kreeg de interventie (n=96)
- start 12 dagen na bezoek aan bedrijfsarts (mediaan)
- Duur 24 dagen (gemiddeld)
- 50% aanpassingen geïmplementeerd < 3 maanden
- Werknemers (7.8) en arboprofessionals (7.2) tevreden, volledige medewerking van werkgevers

*Anema et al 2003*



## Implementatie Graded Activity

- 47 fysiotherpeuten in 16 centra
- 65% van de deelnemers kreeg interventie (n=55)
- Gemiddelde vertraging van de start GA: 19.27 dagen (SD=21.16)
- Gemiddelde duur 14.1 sessies (56 dagen)

*Steenstra et al 2006*



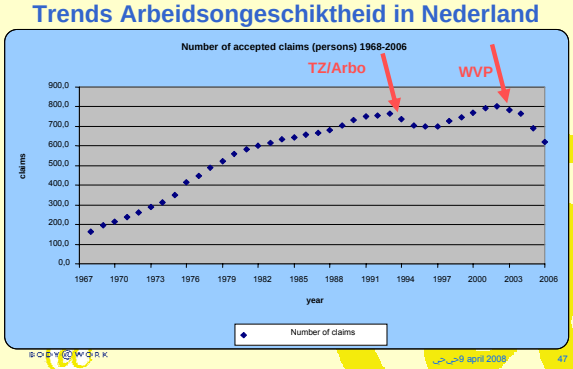
## Contextanalyse Sherbrooke model in Nederland: *Belemmerende en bevorderende trends*:

+ Politieke aandacht verzuim en arbeidsongeschiktheid
+ Hoge kosten rugpijn
+ Wet Poortwachter (1-4-2002), prikkels & verantwoordelijkheid werkgever/werknemer
+ Nieuwe Zorgstelsel (1-1-2006)
+ Wulbz: 52 wk loondoorbetaling
+ Evidence based medicine
+ Consumentenvraag naar kosten-effectief programma

– Werkdruk bedrijfsartsen
– Privatisering Arbo-markt: Geen verplichting tot contract met Arbodienst
– Afschaffing REA-wet (financiering reïntegratie-interventies, dec 2005): veel reintegratiebedrijven failliet
– Scheiding tussen zorg- en inkomensverzekeringen



## Trends Arbeidsongeschiktheid in Nederland






## Lessen Implementatie Sherbrooke model in NL

- Relatie tussen effecten en implementatie interventies?
- Implementatie op de werkplek succesvoller: betrek leidinggevende en werknemer beide!
- Succesfactoren innovatie: goedkoop, eenvoudig, haalbaar, sluit aan bij usual care (WVP), geen risico, zichtbaar resultaat. *(King 1996, Rogers, 1995)*
- Incentives: Wetgeving/financiering interventie belangrijk voor implementatie: Wie betaalt de kosten? Wie heeft het voordeel?

## Take-home message

1. Werkhervatting kan aanzienlijk (ca 4 weken) worden versneld bij 2-6 weken verzuim door lage rugpijn op kosten effectieve wijze
2. Verwijs tijdig naar een interventie (4 weken verzuim)
3. Een geprotocoliseerde, kortdurende interventie met werknemer en leidinggevende op de werkplek gericht op belemmeringen werkhervatting
4. Financiering interventie (wetgeving) is belangrijk voor implementatie!

## Dank voor uw aandacht!

**www.bodyatwork.nl**

# La prise en charge des lombalgiques

Approche au Grand-Duché de Luxembourg
Dr Nicole Majery
Service de Santé au Travail Multisectoriel

FMP, Bruxelles,17.4.08

## Plan:

- Projet STM: 2001-2007:
  - Financement
  - Contenu
  - Accessibilité
  - Participants
- Projet national:
  - Financement
  - Accessibilité
  - Intervenants et leurs rôles

## Prise en charge des lombalgiques par le STM

- En 2001, élaboration d'un programme de prise en charge des lombalgiques chroniques par un service de santé au travail:
  - Le STM est un service interentreprises regroupant 29000 entreprise ce qui représente 180000 salariés
- Collaboration avec le professeur Ph. Mairiaux et l'équipe de Cockerill Sambre

## Projet initial

- Basé sur les 3 axes de la prévention
- Prévention secondaire et tertiaire
  - Introduction d'une demande de cofinancement au Fonds social européen
  - Objectif: maintien à l'emploi

## Financement entre 2001 et 2007 :

- 45% Fonds social européen
- 55% par le budget du STM:
  - Le STM est financé par les cotisation des employeurs
  - Actuellement: 0.11 % de la masse salariale
- Les salaires des participants sont pris en charge entièrement:
  - Le salarié signe par demi-journée une feuille de présence
  - Le patron est invité à remplir une feuille de salaire à la fin de la formation et est remboursé au pro rata des heures de formation

## Critères de participation

- Salarié avec une ITT (incapacité totale de travail) depuis 4 semaines au moins suite à une lombalgie aiguë
- Salarié en ITT depuis une période plus courte, mais qui présente un profil de *lombalgie chronique* à savoir :
  - soit une douleur plus ou moins permanente
  - soit une douleur présente au total pendant plus de 3 mois par an durant les 2 dernières années

**Salarié en ITT en post-opératoire d'une intervention de *hernie discale* avec un délai de prise en charge entre 6 semaines et 3 mois**

## Critères d'exclusion:

- Les cervicalgies
- les lombalgies mineures
- les hernies discales symptomatiques
- toute opération chirurgicale vertébrale datant de moins de 6 semaines
- les indications opératoires
- la persistance de critères de gravité
- Une ITT > 12 mois

## Comment accéder au programme?

- Le médecin du travail lors de sa consultation apprécie si le travailleur répond aux critères
- Si le salarié est volontaire, le médecin du travail contacte l'employeur
- Si l'employeur donne son accord: le salarié est inscrit

## Prise en charge par une équipe multidisciplinaire:

- Médecin du travail
- Kinésithérapeute
- Ergonome
- Psychologue

## Déroulement de la formation:

- 10 séances réparties sur 5 semaines
  - 2j par semaine en formation
  - 3 j au travail
- Initialement 3 j de rappel
  - Après 6 mois
  - Après 1 an
  - Après 2 ans
- En 2007 : uniquement 1 rappel après 1 an à cause de problème de participation

## Contenu des formations:

- Anatomie et physiologie de la colonne
- Le dos au quotidien
- Manutention
- Notions de pathologies de la colonne
- Exercices:
  - Échauffement
  - Renforcement
  - Stretching

## Contenu (suite)

- Renforcement musculaire sur machine
- Hygiène de vie
  - Nutrition
  - Gestion de stress

## Evaluation

- Force musculaire
- Souplesse musculaire
- Douleur ( sur échelle analogue)
- Qualité de vie ( par questionnaire)
- Posture (parcours test filmé)
- Satisfaction

## Etude du poste de travail

- Après la formation une étude de poste est réalisée et des propositions d'amélioration ou d'adaptation sont proposées
- Etude de poste en présence
  - Du salarié concerné
  - De l'employeur
- Etude de poste obligatoire entre la fin de formation et le premier rappel

## Difficultés rencontrées

- Faire connaître le programme
- convaincre les employeurs
- Convaincre les salariés du bien-fondé d'un programme actif
  - Croyance du salarié: il ne faut plus jamais faire de sport, mon médecin me l'a dit
- Eviter l'abandon du salarié en cas de douleur après les premiers jours du programme

## Participants entre 2001 et 2007

- 173 salariés ayant participé au programme
- Maintien au poste de travail:
- 136: au même poste de travail
- 20 à un autre poste de travail
- 17 sans traces de suivi

## Projet national: Centre de prévention pour le dos

prévendos

## Projet national:

- Fin 2007 : arrêt du cofinancement par le Fonds social européen
- Depuis 2006: négociation au point de vue national:
  - Continuité du projet sous différentes conditions:
    - **Accessibilité à tous les travailleurs du Luxembourg**
    - **Accord des autres services de santé au travail**

## Projet national en 2008

- Partenaires:
  - Union des Caisses de Maladies (UCM)
  - Etat luxembourgeois
  - STM en tant que prestataire
- Création d'un centre de prévention pour le dos

## Convention :

- UCM peut selon l'article 17 du code des assurances sociales luxembourgeoises participer à des projets de prévention
- Pour cela il faut une convention entre l'UCM et l'Etat luxembourgeois
- Dans cette convention sont définis:
  - Les modalités d'accès au programme
  - Le mode de financement
  - Le prestataire de service

## Travailleurs éligibles:

- Tous les salariés quelque soit le secteur d'activité
- Les indépendants pour lesquels le remboursement de salaire se fait sur base de l'assiette de cotisation de l'année précédente

## Accessibilité:

- Les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion
- Critère prioritaire:
  - Une seule absence longue entre 4 semaines et 12 semaines
- Pas de quota par service de santé au travail
- Pour les indépendants, le STM vérifie les critères

## Obligation par service de santé au travail:

- Présenter le programme aux travailleurs et aux employeurs
- Vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion
- Vérifier le volontariat du salarié
- Négocier la participation avec l'employeur
- Faire la demande d'inscription au STM
- Faire l'étude de poste après la formation

## Rôle du STM:

- Prestataire de service pour la formation
- Responsable du remboursement des salaires
- Responsable du suivi du projet:
  - Suivi des inscriptions
  - Rapport trimestriel
    - sur le nombre de formation et de participants
    - sur le suivi budgétaire

## Participation financière:

- UCM:
  - remboursement des salaires à 90 %
- Etat:
  - Remboursement des 10 % restants des salaires
  - Frais de location de la salle
  - Frais des formateurs
- Services de santé au travail:
  - Examen préalable
  - Etude de poste
- Employeurs:
  - Sans frais directs
  - Frais indirects par les cotisations patronales à l'UCM et aux services de santé au travail

## Etat actuel:

- Convention a été acceptée et signée fin mars 2008
- Présentation à la presse le 8.4.08
- Offre de service envoyée à tous les services de santé au travail

- Je vous remercie pour votre attention

# Les programmes de retour au travail

## Quelles recommandations pour l'évaluation et l'implantation?

**Dr. Jean-Baptiste Fassier**

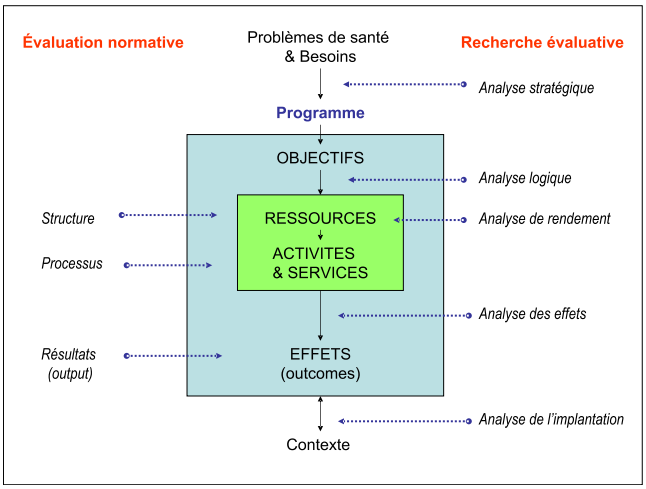
**Université de Sherbrooke**
**Université Claude Bernard Lyon 1**

Fonds des maladies professionnelles
Bruxelles, jeudi 17 avril 2008

# Plan

- L'évaluation
  - Cadre général
  - Les types d'efficacité
  - Interprétation des études coûts-bénéfice
  - Finalités de l'évaluation
  - Recommandations
- L'implantation
  - Les constats
  - Les modèles
  - L'étude de faisabilité en France
  - Quelques repères

# 1. L'évaluation




# 3 types d'efficacité

1. d'essai
2. d'utilisation
3. de population

*Des évidences scientifiques…*

*… à la communauté*

# Efficacité d'essai

*trial effectiveness*

- Effets observés chez les sujets de l'étude en situation contrôlée
  - Groupe expérimental vs. Groupe contrôle
- Conditions expérimentales particulières
  - Par exemple: allocation aléatoire du traitement
- Se limite à la population étudiée dans le cadre de l'essai
  - Critères d'inclusion et d'exclusion

## Efficacité d'essai

*Forces et limites*

- Force = validité interne
  - **À évaluer selon la nature du devis expérimental**
    - Essai randomisé contrôlé
    - Étude avant-après avec groupe contrôle
    - Séries chronologiques
    - (…)
- Limitations = validité externe
  - **À évaluer selon plusieurs critères**
    - Contexte de l'étude (soins I/II/III ; SST; entreprises)
    - Population étudiée (pathologie, stade)
    - Entreprises: Taille et secteurs d'activité
    - Cadre législatif et réglementaire (protection sociale, droit de la santé et de la sécurité du travail)
    - (…)

## Efficacité d'utilisation

*utilisation effectiveness*

- Effets observés chez ceux qui utilisent les services dans un milieu clinique normal
- Conditions normales et ordinaires
- Comprend l'ensemble des utilisateurs (clientèle utilisatrice)

## Efficacité de population

*population effectiveness*

- Effets observés dans la population ciblée ou la population générale
- Conditions habituelles du fonctionnement des services de santé
- Inclut les non-utilisateurs (∑ pop° cible)

## (*parenthèse*)

Généralisabilité des résultats des évaluations économiques

## Facteurs influençant le $CE_R$

- Démographie de la population
- Épidémiologie de la maladie
- Disponibilité des services de santé
- Pratiques cliniques des professionnels
- Incitatifs pour les professionnels et institutions
- Prix et coûts (indemnités journalières +++)
- Valeurs de la population



## Ex. de facteurs « nationaux »

- Taux d'emploi
  - Par âge, secteur d'activité, régions
- Protection sociale & droit de la SST
  - indemnités, incitatifs pour le RAT, politique du handicap, protection de l'emploi, certificats de maladie, etc.
- Climat social
  - Par secteur d'activité, région, syndicat
- Autres variables « latentes »

(fin de la *parenthèse*)

## Finalités de l'évaluation

- Officielles
  - Fondamentales — dimension cognitive
  - Formatives — dimension utilitaire
  - Stratégiques
  - Sommatives — dimension normative
- Officieuses
  - Pouvoir
  - Légitimité (…) — dimension démocratique

Contandriopoulos 2000

## ?

L'évaluation est un processus neutre et transparent qui conduit vers des résultats objectifs indiscutables lorsqu'il est confié à de véritables experts.

- ☐ un mythe
- ☐ une réalité

## ?

L'évaluation est un processus neutre et transparent qui conduit vers des résultats objectifs indiscutables lorsqu'il est confié à de véritables experts.

- ☒ **un mythe**

## ?

Les résultats de l'évaluation ont plus de chances d'être compris, acceptés et utilisés par les différents acteurs lorsque ces derniers ont été associés en amont au processus de l'évaluation.

- ☐ un mythe
- ☐ une réalité

## ?

Les résultats de l'évaluation ont plus de chances d'être compris, acceptés et utilisés par les différents acteurs lorsque ces derniers ont été associés en amont au processus de l'évaluation.

- ☒ **une réalité**

## Recommandations pour l'évaluation

1. Discuter
2. Décider
3. Financer
4. Piloter
5. Analyser
6. Restituer

7. Recommencer

## Le programme belge

- Analyse logique
  - Les modalités de l'intervention ergonomique sont-elles susceptibles d'amener les effets attendus ?
- Analyse des effets
  - Le programme fait-il mieux que l'évolution naturelle et le système de santé ?
- Analyse de l'implantation
  - Quelle est la capacité du programme a rejoindre l'ensemble de la clientèle pour laquelle il a été conçu ? (taux de couverture)

## 2. L'implantation

## Facteurs intervenant entre les différents types d'efficacité

Essai → Utilisation → Population

☒ Adoption et intégration aux pratiques professionnelles et organisationnelles

☒ Changement de comportement des individus

☒ Accessibilité

☒ Importance de la population cible

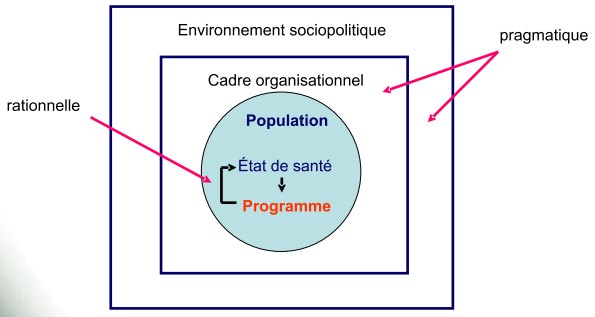
Pineault 2006

## Deux approches à la planification

| RATIONNELLE | PRAGMATIQUE |
|---|---|
| Technique, technocratique | Participative, action communautaire, politique |
| Méthodes objectives et « dures », quantitatives | Méthodes subjectives et « molles », qualitatives |
| Logique « PER SE » suit sans dévier un cheminement logique | Adaptative, étapiste, gradualiste et opportuniste (« *muddling through* ») |
| Ne tient souvent pas compte des contraintes et de la faisabilité | Tient compte de la faisabilité |
| Souvent indépendante de la programmation | Intégrée à la programmation et à la mise en œuvre |
| Rôle de l'expert important | Rôle de l'expert moins important, ou du moins, expertise différente, non technique |
| Le plan idéal | Le plan possible ou réalisable plutôt qu'idéal |
| Se veut et se dit non influencée par les éléments politiques | Tente d'intégrer les éléments politiques |

Pineault 1995

## Approches pragmatiques et rationnelles du planning

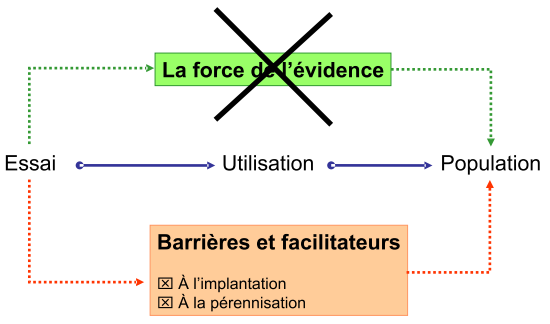



Pineault 1995

## Les constats

- Faible intégration des évidences scientifiques
  - Par les cliniciens (pratiques cliniques)
  - Par les gestionnaires (pratiques organisationnelles)
  - Par les décideurs (élaboration des politiques)
- Difficultés d'implantation et de pérennisation des programmes de RAT
  - Loisel 2005, Baril 2003, Franche 2005

## Des évidences scientifiques… …à la communauté




## Le transfert et l'utilisation des connaissances

- Nombreuses appellations
  - KT, KTU, KTE, TRIP, (…)
- Nombreux courants et modèles théoriques
  - Psychologie, sociologie, théories organisationnelles, politiques (…)
- Un champ de recherche florissant
  - *Implementation science*
- Des recommandations concordantes
  - Identifier et intégrer les obstacles / facilitateurs

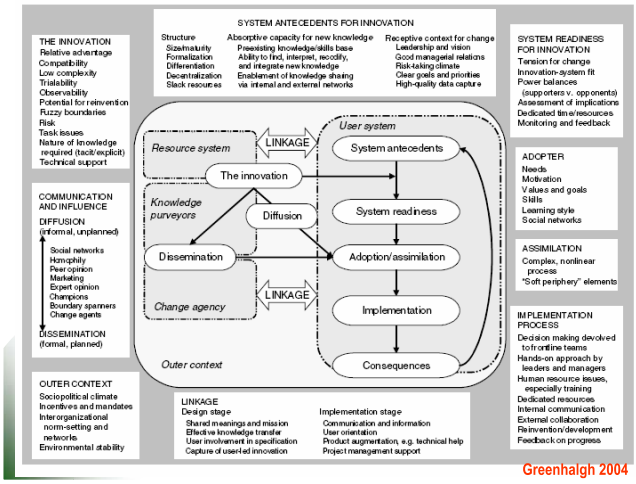
# Les modèles

- Pettigrew, 1992
- Rogers, 1995
- Ottawa Model of Research Use
  - Logan et Graham 1998
- Lavis / IWH framework, 2003
- Modèle des IRSC, 2000 et 2004
- (…)

Sudsawad 2007

# Les revues de la littérature

- Diffusion des innovations
  - Fixsen 2005
- Changements dans les organisations
  - Greenhalgh 2004
- Stratégies d'amélioration de la qualité
  - Grimshaw 2001, 2004
- Stratégies d'identification des obstacles et facilitateurs
  - Shaw 2006



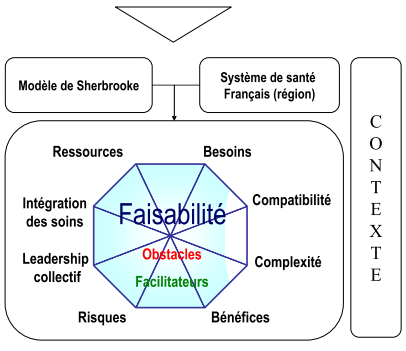

Greenhalgh 2004

# Étude de faisabilité

- Quelle faisabilité du modèle de Sherbrooke en France ?
  - Obstacles et facilitateurs
    - Professionnels de santé
    - Assurance maladie
    - Milieu de travail

Fassier 2006

# Modèle théorique




Fassier 2006

22 interviews
7 focus groups

| | Healthcare providers | Workplaces | WCB | |
|---|---|---|---|---|
| **REGION 1** | | | | |
| Interviews | 4 | 5 | 4 | **13** |
| Focus groups | 3 | 0 | 0 | **3** |
| **REGION 2** | | | | |
| Interviews | 8 | 1 | 0 | **9** |
| Focus groups | 1 | 1 | 2 | **4** |

Transcriptions
Analyse qualitative de contenu

Atlas.ti - catégorisation
2 codeurs ; cross-checking
Yin 1999 ; Patton 1999

# Quelques résultats

- Professionnels de santé
- Assurance maladie
- Entreprises

Fassier 2007

# Quelques questions

- Obstacles et facilitateurs
  - Exhaustivité, hiérarchisation, synthèse
- Stratégies d'implantation
  - Comment
  - Par qui
  - Pour quels effets
- Agenda
  - La validité des résultats est limitée dans le temps
  - L'étude de faisabilité est une intervention en soi

# *(encore!...)* Quelques mythes abattus

- Les meilleures idées ne sont pas celles qui diffusent le mieux
- Il n'existe pas de programme « auto-implantable »
- Il n'existe pas de « but en or » pour implanter
  - Unique, rapide, efficace, définitif, économique
- Il n'existe pas de « responsable-coupable » de la résistance au changement

# *(enfin!...)* Quelques repères

- Les ressources
  - Financières, Humaines, Symboliques
  - Le temps
- Le leadership collectif
  - Aux différents échelons du système
- L'appropriation du programme au juste niveau
  - Entre « top-down » et « bottom-up »

# Le programme belge

- Quel leadership clinique ?
  - Professionnels de réadaptation – médecins traitants
- Quelles courroies de transmission?
  - Coupler le leadership scientifique – administratif - clinique
  - Coupler le niveau fédéral et local
- Quelle « vie » pour le programme?
  - Élaborer une vision partagée
  - Encourager les communautés de pratique
  - Donner à voir - (se) donner du temps
- Quels intérêts pour les employeurs ?

# Remerciements


- Chaire de recherche en réadaptation au travail
  - » Fondation J. Armand Bombardier - Pratt & Whitney Canada
- Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne, Longueuil, Qc, Canada
- Assurance maladie – Direction des risques professionnels, France



• Baril, R. and D. Berthelette (2000). Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises. Études et recherches / Rapport R-238. Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec: 170 p.
• Baril, R., J. Clarke, et al. (2003). "Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces." Social Science & Medicine **57**: 2101-2114.
• Contandriopoulos, A., F. Champagne, et al. (2000). "L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes." Revue d'épidémiologie et de santé publique **48**: 517-539.
• Drummond, M., A. Manca, et al. (2005). "Increasing the generalizability of economic evaluations: recommendations for the design, analysis, and reporting of studies." International Journal of Technology Assessment in Health Care **21**(2): 165-71.
• Drummond, M. F., M. J. Sculpher, et al. (2005). Presentation and use of economic evaluation results. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford University Press.
• Fassier, J.-B., M.-J. Durand, et al. (2006). Transnational knowledge transfer in Work Disability Prevention : A case study. ICOH 2006 Congress - Conference Proceedings, Milan (Italy) - June 11-16, 2006.
• Fassier, J. B., M. Durand, et al. (2007). Implementing a return-to-work intervention on safe grounds: Results of a feasibility study in the French healthcare system. PREMUS 2007, Boston, 27-30 August 2007.
• Fixsen, D. L., S. F. Naoom, et al. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature, Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
• Franche, R., R. Baril, et al. (2005). "Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research." Journal of Occupational Rehabilitation **15**(4): 525-542.
• Greenhalgh, T., G. Robert, et al. (2004). "Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations." The Milbank Quarterly **82**(4): 581-635.
• Grimshaw, J., E. Shirran, et al. (2001). "Changing provider behaviour: an overview of systematic reviews of interventions." Medical Care **39**(Supplement 2): 2-45.
• Grimshaw, J., R. Thomas, et al. (2004). "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies." Health Technol Assess **8**(6).
• Loisel, P., R. Buchbinder, et al. (2005). "Prevention of Work Disability Due to Musculoskeletal Disorders: The Challenge of Implementing Evidence." Journal of Occupational Rehabilitation **15**(4): 507-524.
• Pineault, R. and M. Breton (2006). L'établissement de priorités de santé : un processus technocratique ou politique ? Université d'été 2006 en santé publique : "Vers des résultats de santé à l'échelle populationnelle : utiliser les données sociosanitaires pour établir des priorités".
• Pineault, R. and C. Daveluy (1995). La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies. Montréal, Editions nouvelles.
• Shaw, B., F. Cheater, et al. (2007). "Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes." Cochrane Database of Systematic Reviews(4).
• Sudsawad, P. (2007). "Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures." from http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/index.html.

**Fonds des maladies professionnelles**
**Institution publique de sécurité sociale**
Avenue de l'Astronomie 1 • 1210 Bruxelles
Tél. 02 226 62 11 • Fax 02 219 19 33
E-mail secr@fmp.fgov.be • http://www.fmp.fgov.be • Compte postal 679-0053788-50
Ouvert de 9h à 12h et éventuellement les mardi et vendredi après 17h sur rendez-vous

# Présentation du Fonds des maladies professionnelles.

**Table des matières**

**1. Introduction**
1.1 Qu'est ce que le Fonds et que fait-il ?
1.2 La mission du FMP
1.3 Indemnisation et prévention
1.4 Le secteur privé, le secteur public et les travailleurs étrangers

**2. Historique**
2.1 Avant le 24 juillet 1927
2.2 La loi du 24 juillet 1927
2.3 La loi du 24 décembre 1963

**3. Quelles sont les maladies prises en compte.**
3.1 La liste des maladies professionnelles
3.2 Le système ouvert

**4. Les dommages indemnisés.**
4.1 Le décès de la victime.
4.2 L'incapacité temporaire de travail (partielle ou totale).
4.3 L'incapacité permanente de travail (partielle ou totale).
4.4 L'écartement du milieu nocif de travail.
4.5 Les soins de santé

**5. L'évolution des maladies professionnelles.**
5.1 Des maladies professionnelles moins «typiques».
5.2 Des maladies en relation avec le travail et la prévention.

**6. La prévention**
6.1 La prévention est de plus en plus prise en considération
6.2 L'écartement de la femme enceinte du milieu nocif de travail
6.3 La vaccination contre l'hépatite.
6.4 Le programme de prévention secondaire des maux de dos.

**7. Les procédures**
7.1 La déclaration
7.2 La demande d'indemnisation d'une maladie professionnelle
7.3 Les formulaires
7.4 L'examen de la demande.
7.5 La décision
7.6 L'indemnisation
7.7 Le contentieux

**8. La structure administrative du Fonds**
8.1 Le Comité de gestion
8.2 Le Conseil scientifique
8.3 L'administrateur général

**9. Pour plus d'informations**

## 1. Introduction

### 1.1 Qu'est ce que le Fonds et que fait-il ?

Le Fonds des maladies professionnelles est une institution publique de sécurité sociale dont le but est la promotion de la prévention des maladies professionnelles et l'indemnisation des dommages causés par celles-ci.

A la différence de nombreux autres pays européens, la gestion des maladies professionnelles et des accidents du travail est faite par deux institutions différentes. Pour les accidents du travail, chaque employeur doit contracter une assurance privée et les assureurs sont surveillés par le Fonds des accidents du travail, alors que le Fonds des maladies professionnelles agit comme un assureur direct. Ces deux Fonds sont des institutions publiques fédérales placées sous la tutelle du Ministre de l'emploi; le Fonds des maladies professionnelles est en plus sous la tutelle du Ministre des affaires sociales.

Les principales tâches du Fonds des maladies professionnelles sont:

a. la prévention des maladies professionnelles
b. l'indemnisation des personnes atteintes d'une maladie professionnelle
c. la recherche de nouvelles maladies professionnelles
d. le conseil (à l'autorité politique)

L'assurance maladies professionnelles est obligatoire et est applicable à tous les travailleurs du secteur privé (voir 1.4 pour le secteur public). C'est l'employeur du travailleur qui paie à l'Etat la cotisation qui garantit cette assurance.

### 1.2 La mission du FMP

« Le Fonds des maladies professionnelles veut - en tant qu'institution publique de sécurité sociale - contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé des travailleurs et réparer ou indemniser le dommage causé par la maladie professionnelle. »

Sa politique pour remplir cette mission peut se décrire comme suit:

a) étudier les maladies professionnelles et les maladies en relation avec le travail;
b) proposer des actions préventives;
c) partager ces connaissances et expériences;
d) statuer correctement et dans les délais sur les droits des demandeurs;
e) indemniser correctement et dans les délais;
f) développer une bonne communication;
g) conseiller les autorités à propos de l'efficacité de la politique suivie ou prévue.

### 1.3 Indemnisation et prévention

Comme déjà mentionné ci-dessus, l'indemnisation et la prévention constituent la tâche principale du FMP.

Sous le terme « prévention » le Fonds entreprend plusieurs actions différentes:

a. la prévention primaire (par exemple le remboursement de la vaccination contre l'hépatite)
b. la prévention secondaire (par exemple le remboursement de gants sans latex)
c. l'écartement de l'environnement de travail nocif
d. la prévention secondaire dans le cadre de maladies en relation avec le travail (prévention secondaire des maux de dos)
e. la détermination des risque liés au poste de travail avec, si nécessaire, les mesures de l'exposition à des agents physiques ou chimiques.

Sous le terme « indemnisation » le Fonds met l'accent sur:

a. le remboursement de frais médicaux
b. le remboursements des frais funéraires et allocation de rente d'ayant droit
c. l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail totale ou partielle
d. l'indemnisation de l'incapacité permanente de travail totale ou partielle
b. le paiement de l'aide d'une tierce personne

### 1.4 Le secteur privé, le secteur public et les travailleurs étrangers

Le Fonds des maladies professionnelles est une institution publique de sécurité sociale qui assure tous les travailleurs du secteur privé. Le même système est grosso modo applicable aux travailleurs du secteur public, cependant l'organisation de l'assurance est différente.

Pour les administrations provinciales et locales, le Fonds joue le rôle de réassureur pour l'indemnisation et la prévention des maladies professionnelles. Il conseille l'autorité compétente et rembourse les allocations payées.

Quant aux autres administrations publiques, le Fonds joue seulement le rôle d'expert et ce, uniquement sur demande.

Enfin, le Fonds procède à des examens médicaux à la demande d'institutions étrangères (ceci concerne l'indemnisation par des institutions étrangères de personnes vivant actuellement en Belgique).

## 2. Historique

### 2.1 Avant le 24 juillet 1927

Avant cette date, il n'y avait pas de législation concernant les maladies professionnelles en Belgique. En 1903 une loi fut votée concernant des dommages au travail. La victime devait prouver un lien évident de cause à effet entre une faute commise par l'employeur et son propre dommage. Cette preuve était particulièrement difficile à apporter et cette loi n'a donc pas réellement permis d'indemniser les dommages dus aux maladies professionnelles.

### 2.2 La loi du 24 juillet 1927

Cette loi de 1927 crée la possibilité d'ériger un institut qui peut traiter les cas de maladies professionnelles. Pour la première fois, les travailleurs ne sont plus obligés légalement de prouver une relation de cause à effet entre une exposition et la maladie pour obtenir une indemnisation. Si le travailleur pratiquait un métier reconnu comme exposant à un risque de maladie, et s'il était atteint de cette maladie, celle-ci était considérée comme maladie professionnelle.

Une liste (à cette époque très limitée) des maladies professionnelles fut établie qui comprenait notamment l'anthrax, l'intoxication due au mercure et au plomb. La loi prévoyait que le Roi pouvait définir les entreprises et professions qui pouvaient amener à une reconnaissance légale par le système créé pour l'indemnisation des maladies professionnelles. Chaque année, les employeurs devaient payer une cotisation dont le montant était fonction des risques incriminés. Les dommages indemnisés étaient le décès de la victime, l'incapacité de travail temporaire totale d'au moins 15 jours, l'incapacité permanente de travail totale ou partielle et l'aide d'une tierce personne.

### 2.3 La loi du 24 décembre 1963

Cette loi est à l'origine de l'organisation actuelle. Elle règle de façon analogue l'indemnisation des maladies professionnelles avec celle due suite aux accidents du travail. De plus, elle introduit le principe de solidarité (tous les travailleurs sont couverts). Enfin elle apporte une extension importante de la liste des maladies professionnelles indemnisables. La plus importante des maladies ajoutées fut la silicose, une maladie fort répandue parmi les mineurs de charbon.

Cette loi remplaça donc le Fonds de prévoyance des victimes de maladies professionnelles (fondé en 1927) par le Fonds des maladies professionnelles.

Aujourd'hui, nous travaillons toujours sous la même dénomination et notre loi principale est toujours la loi de 1963 et suivants qui furent coordonnées en 1970 et revues en 2006.

## 3. Quelles sont les maladies prises en compte.

### 3.1 La liste des maladies professionnelles.

Dans un premier temps, seules les maladies de la liste étaient reconnues. Si une maladie ne se trouvait pas sur la liste, il était impossible d'indemniser la victime.

Dans le système de liste, la relation causale individuelle entre une maladie et une exposition n'est pas requise. Si un travailleur est atteint d'une maladie de la liste et que le poste de travail expose au risque de cette maladie, une décision positive sera prise.

### 3.2 Le système ouvert.

Depuis 1990, un « système ouvert » s'est ajouté au « système liste ». Ce système a été conçu pour remédier à certains défauts du « système liste » où un travailleur dont il est évident qu'il est atteint d'une maladie due à ses conditions de travail, ne peut être reconnu car la maladie ne figure pas sur la liste.

Cependant le système ouvert oblige la victime à prouver dans son cas individuel, une relation causale déterminante et directe entre la maladie et l'exposition professionnelle. Cette preuve est évidemment difficile à apporter, ce qui explique un taux assez bas de décisions positives (de l'ordre de 15%).

## 4. Les dommages indemnisés.

Dès lors qu'une décision positive est prise, il n'y a pas de différence dans l'indemnisation entre le «système liste» et le «système ouvert». Une personne atteinte de plusieurs maladies professionnelles peut même se voir reconnue dans les deux systèmes.

Les dommages suivants sont indemnisés:

1. le décès de la victime.
2. l'incapacité de travail temporaire
3. l'incapacité de travail permanente
4. l'écartement du milieu de travail nocif
5. les soins de santé

### 4.1 Le décès de la victime.

Lorsque la maladie professionnelle est la cause directe ou indirecte de la mort, trois types d'indemnisation peuvent être attribués:

- La rente aux ayants droit (conjoint(e) survivant, enfants, ascendants).
- Le remboursement des frais funéraires (équivalent à 30 x le salaire journalier moyen).
- Le remboursement des frais de transfert.

### 4.2 L'incapacité temporaire de travail (partielle ou totale).

Le montant de l'indemnisation est fonction de la perte de salaire, qu'elle soit totale (dans ce cas le montant sera de 90% du salaire de base avec un plafond) ou partielle (dans ce cas le montant égale la perte de salaire). L'incapacité doit durer au moins 15 jours. La demande doit être introduite pendant la période d'incapacité de travail ou pendant la période où les effets de la maladie existent toujours.

### 4.3 L'incapacité permanente de travail (partielle ou totale).

L'incapacité est considérée comme définitive. Le degré d'incapacité doit théoriquement tenir compte de la perte concurrentielle de la victime sur le marché de l'emploi. L'incapacité peut être totale ou partielle et l'indemnisation peut remonter au maximum 120 jours avant la date de la demande pour autant que la maladie fût déjà présente à ce moment là.

### 4.4 L'écartement du milieu nocif de travail.

Il peut s'agir soit:

- d'un écartement temporaire
- d'un écartement permanent
- d'une réorientation professionnelle

### 4.5 Les soins de santé

Le Fonds des maladies professionnelles rembourse la quote-part à charge de la victime selon les règles AMI pour les soins de santé en rapport avec la maladie professionnelle. Cette prise en charge prend cours au plus tôt 120 jours avant la date de la demande en indemnisation.

## 5. L'évolution des maladies professionnelles.

### 5.1 Des maladies professionnelles moins «typiques».

Il y a quelques décennies, la définition d'une maladie professionnelle semblait relativement simple. Le lien entre maladie et exposition était considéré comme unicausal. La silicose est un bel exemple d'une maladie professionnelle typique; une personne non exposée ne développe pas cette maladie; le lien entre maladie et exposition est très fort.

### 5.2 Des maladies en relation avec le travail et la prévention.

L'évolution des connaissances médicales et de l'épidémiologie a changé le regard porté sur les maladies professionnelles; les causes de ces maladies sont notamment apparues comme étant multiples. D'autre part, la prévention prend une place de plus en plus grande dans notre société tant au niveau du public que des autorités.

Depuis le premier septembre 2006, une nouvelle loi a modifié notre législation de base (les lois coordonnées de 1970). Une des modifications les plus importantes est l'introduction de la notion de « maladie en relation avec le travail ». Une maladie en relation avec le travail n'est pas une maladie professionnelle stricto senso, mais néanmoins, sa prévalence est plus grande dans certaines professions. Cette nouvelle loi permet au Fonds d'intervenir sans nécessairement prendre en charge tous les postes du dommage comme il serait obligé légalement de le faire dans le cadre d'une maladie professionnelle. Dans cette optique, le Fonds a lancé en 2006 un programme de prévention des maux de dos pour les personnes en incapacité temporaire de travail et ayant un travail contraignant pour le dos.

## 6. La prévention

### 6.1 La prévention est de plus en plus prise en considération

Comme nous l'avons déjà expliqué, l'activité du Fonds des maladies professionnelles a changé au fil des années. Alors qu'au début, l'activité majeure était l'indemnisation des maladies professionnelles, la prévention des maladies prend maintenant de plus en plus d'importance.

### 6.2 L'écartement de la femme enceinte du milieu nocif de travail

En 2007, plus de 6.000 écartements ont été pris en charge par le Fonds des maladies professionnelles. Ce nombre augment assez régulièrement d'année en année.

### 6.3 La vaccination contre l'hépatite.

Le Fonds a pris en charge la vaccination de plus de 27.000 personnes en 2007.

### 6.4 Le programme de prévention secondaire des maux de dos.

Il s'agit de la première action du Fonds dans le cadre d'une maladie en relation avec le travail. Cette action a été lancée en mars 2006 et plus de 600 demandes ont été traitées à ce jour (mars 2008).

## 7. Les procédures

### 7.1 La déclaration

La loi impose l'obligation au Conseiller en sécurité-médecin du travail de déclarer au Fonds des maladies professionnelles et au Service public fédéral de l'emploi, du travail et de la concertation sociale (SPF ETCS) toute maladie qu'il estime être d'origine professionnelle. Le Fonds envoie systématiquement au travailleur pour lequel une déclaration a été introduite, un formulaire de demande en réparation d'une maladie professionnelle.

### 7.2 La demande d'indemnisation d'une maladie professionnelle

Pour introduire une demande, il y a lieu de remplir deux documents. L'un doit être complété par un médecin, qu'il soit médecin du travail ou médecin traitant (généraliste ou spécialiste). La victime complète le formulaire administratif qui reprend notamment des informations concernant sa carrière professionnelle.

S'il s'agit d'une demande en aggravation, le demandeur doit fournir un rapport médical qui montre le changement de son état de santé depuis la décision précédente qui le concerne.

### 7.3 Les formulaires

Les formulaires sont à disposition sur le site web du FMP: http://www.fmp.fgov.be

### 7.4 L'examen de la demande.

La demande d'indemnisation d'une maladie professionnelle fait l'objet d'une instruction. Tout d'abord certaines données administratives sont vérifiées. Un médecin vérifie les formulaires, pièces et rapports médicaux et peut éventuellement en demander d'autres. Dans de nombreux cas, la victime sera invitée à passer un examen médical au Fonds. Des analyses biomédicales peuvent être effectuées par le laboratoire du FMP. L'examen de l'exposition au risque est effectué par les ingénieurs industriels du FMP spécialisés en la matière; ces ingénieurs peuvent visiter les lieux de travail incriminés. Si nécessaire, le laboratoire du FMP effectuera des examens complémentaires sur les lieux de travail.

C'est l'ensemble des éléments récoltés pendant l'instruction de la demande qui permet de prendre une décision dûment motivée.

### 7.5 La décision

La fin de l'instruction d'un, dossier se traduit par une décision qui est envoyée par lettre recommandée au demandeur. Cette décision peut évidemment être positive ou négative. Cette décision contient tous les éléments sur lesquels elle est fondée.

Une décision positive se traduit souvent par un pourcentage d'incapacité de travail dont est atteint la victime.

### 7.6 L'indemnisation

L'indemnisation est dans la plupart des cas, le paiement de l'indemnisation s'effectue (outre les arriérés) mensuellement. Le montant est fonction du pourcentage d'incapacité octroyé et du salaire de base. Ce montant est indexé.

Quant au salaire de base, il représente le gain réel de la victime pendant les trimestres d'indemnisation. Il est toutefois plafondé.

### 7.7 Le contentieux

En cas de désaccord avec la décision prise par le Fonds, la victime peut contester cette décision devant le tribunal du travail.

## 8. La structure administrative du Fonds.

### 8.1 Le Comité de gestion

Le Fonds des maladies professionnelles est administré par un Comité de gestion composé comme suit:

- 1 Président
- 7 membres représentant les employeurs
- 7 membres représentant les travailleurs
- 2 Commissaires du gouvernement

Les compétences du Comité de gestion sont les suivantes:

a. proposer aux Ministres de tutelle toute modification jugée nécessaire de la législation portant sur les maladies professionnelles.
b. engager et nommer l'ensemble du personnel à l'exception de l'administrateur et de l'administrateur adjoint qui sont désignés par les Ministres.
c. déléguer à l'administrateur général les pouvoirs lui permettant d'assurer la gestion quotidienne de l'institution.

### 8.2 le Conseil scientifique.

Le Conseil scientifique est composé de:

a. un médecin et un suppléant pour chaque université belge organisant une spécialisation en médecine du travail, spécialisés dans le domaine de la médecine du travail et/ou des maladies professionnelles;
b. d'experts en maladies professionnelles, toxicologie et protection du travail provenant de divers horizons ;
c. deux médecins et deux suppléants du Fonds des maladies professionnelles;
d. deux experts et deux suppléants dûment qualifiés désignés par les organisations représentatives qui siègent au Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles.

Le rôle du Conseil scientifique peut se définir comme suit:

a. étudier les maladies, de rechercher celles d'entre elles susceptibles de donner lieu à réparation et d'en proposer l'inscription sur la liste des maladies professionnelles;
b. rechercher les meilleurs moyens propres à assurer un traitement rationnel et la prévention des maladies professionnelles;
c. 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.

### 8.3 L'administrateur général

Les compétences de l'administrateur général sont:

a. Exécuter les décisions du Comité de gestion;
b. Informer le Comité de gestion et faire toute proposition utile concernant les activités de l'institution;
c. participer aux réunions du Comité de gestion et du Conseil scientifique;
d. assurer la gestion journalière de l'institution;
e. représenter le Fonds pour toute matière légale.

## 9. Pour plus d'informations

http://www.fmp-fbz.fgov.be: web site du Fonds des maladies professionnelles

http://www.juridat.be: web site qui reprend l'ensemble de la législation belge

http://www.socialsecurity.be: web site de la Sécurité Sociale en Belgique

http://www.socialsecurity.fgov.be: web site du Service public fédéral de la sécurité sociale