

Programma

Zaal H. Storck

Hoe kan je het beste halen uit een programma dat de werkhervering bevordert? Internationaal standpunt van deze benadering.

Moderator: Prof. G. Creytens, Internist-revalidatiearts

- 9u00: Ontvangst en koffie
- 9u15: Inleiding door Dhr. J. Uytterhoeven, Administrateur-generaal van het FBZ
- 9h30: "Het Belgisch preventieprogramma voor lage rugpijn", Prof. Ph. Mairiaux, Ecole de Santé publique, Université de Liège, Voorzitter van de wetenschappelijke raad van het FBZ en lid van de task-force rugpreventie van het FBZ (G. Creytens, D. Delaruelle, O. Poot, M. Vandeweerdt, P. Strauss, A. Abts)
- 10h00: "Het PRÉVICAP programma, een toepassing van het model van Sherbrooke", Prof. P. Loisel, Leerstoel voor onderzoek in werkreadaptatie, Universiteit van Sherbrooke, Québec
- 10u30 – 11u: Koffiepauze
- 11h00: "Reintegratie 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 "Het programma van het G.H. van Luxemburg" , Dr. N. Majery, Service de Santé au Travail multisectoriel (STM), Luxemburg
- 12h00 : Vragen en antwoorden
- 12u30: Broodjeslunch aangeboden door het FBZ

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 1^{er} 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 2^e 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 révalidation 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 musculosquelettiques. 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 musculosquelettiques. 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 du 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, werkveranderingen 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 promovandi 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

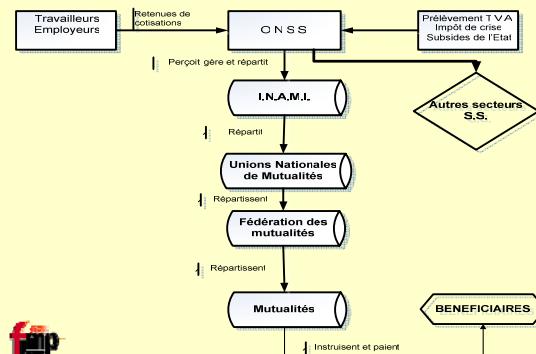
Une tentative de mise en réseau de la médecine de soins et des services de prévention et protection au travail
(ex-services médicaux du travail)

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

3

Système Belge de sécurité sociale



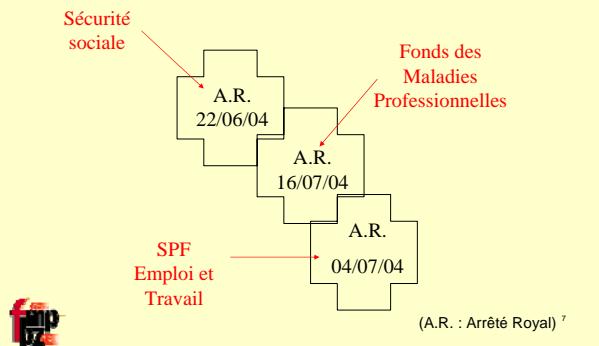
Système belge de santé : indemnisation de l'arrêt de travail

- 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

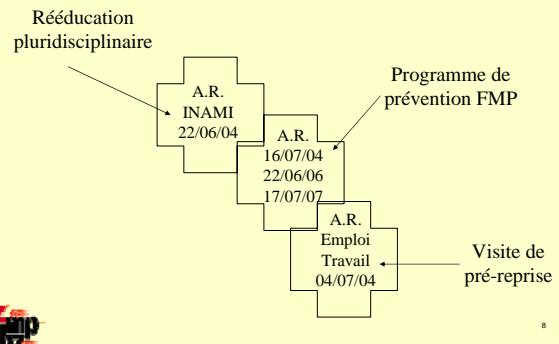
5

6

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



Trois nouvelles pistes d'intervention en Belgique



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
 - Équipe pluridisciplinaire : ergothérapie, kinésithérapie, psychologie; un ergonome diplômé peut remplacer l'ergothérapeute

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

Historique et justifications du programme de prévention

- Orientations adoptées par le groupe de travail :
- Indemniser seulement le syndrome 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

Evolution du programme : d'abord un projet-pilote

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



13



Evolution du programme : prérennisation

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



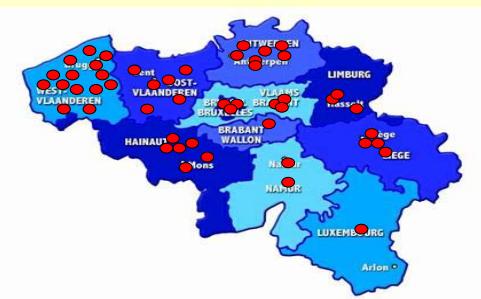
Rééducation pluridisciplinaire – partie ergonomique

- ... 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 6^e 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

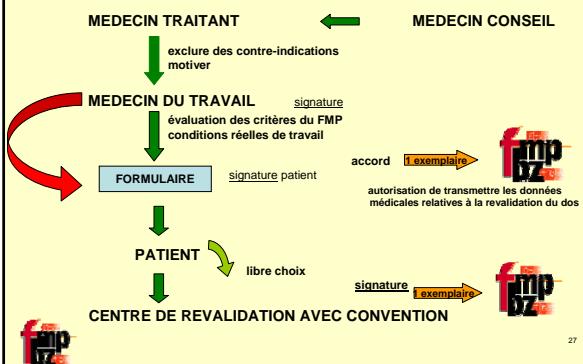
Stimuler la participation des travailleurs - Comment ?

- 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)

- Informier 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 travailleurs inclus dans le programme (n=238)

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



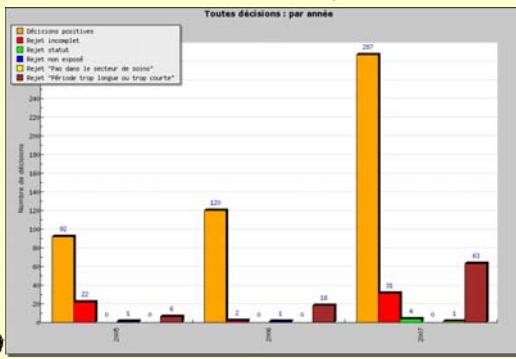
Statut clinique inclusion (n=76)

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

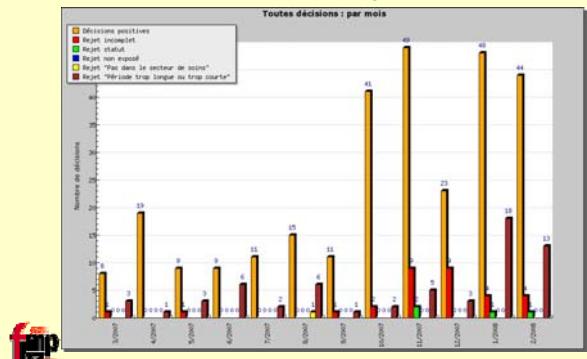


34

Programme de prévention Evolution des décisions par an



Programme de prévention Evolution des décisions par mois



6

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 réadaptation...
- 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 18^e 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 !



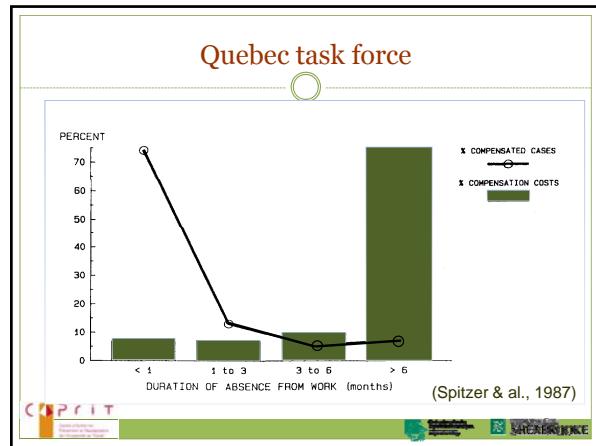
40

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

CAPRIT Institut de recherche en prévention et réadaptation au travail et à l'environnement de l'Université de Sherbrooke

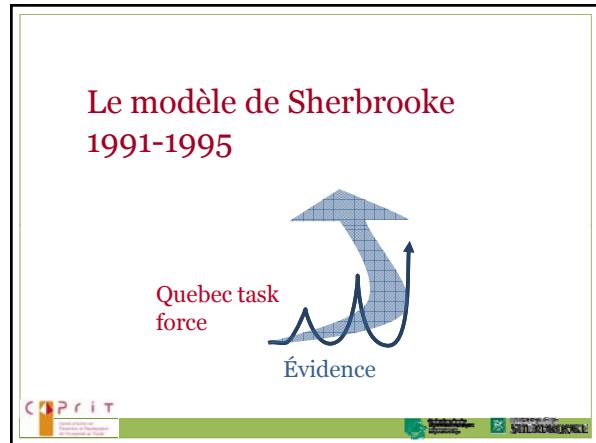


Développer un programme de prévention de l'incapacité

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

CAPRIT Évidence

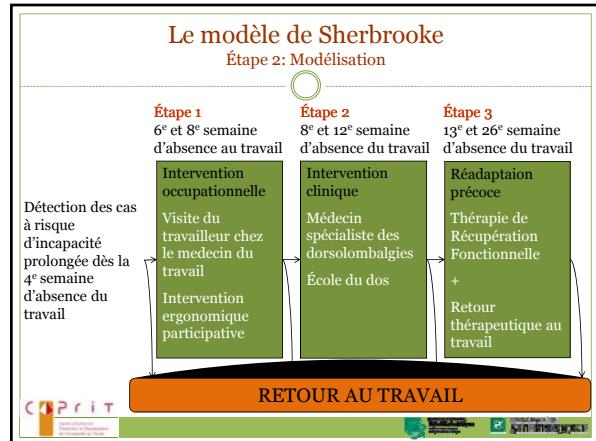


Le modèle de Sherbrooke

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 dorsolombalgie et peuvent être associés aux incapacités (Spitzer, 1987).

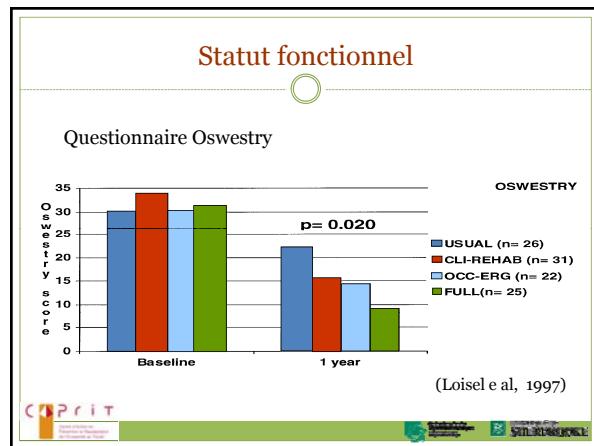
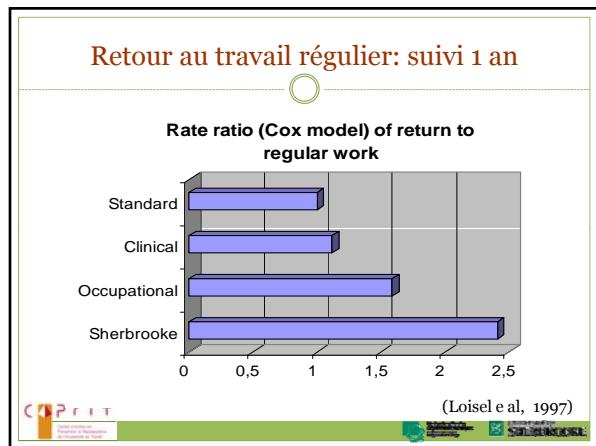
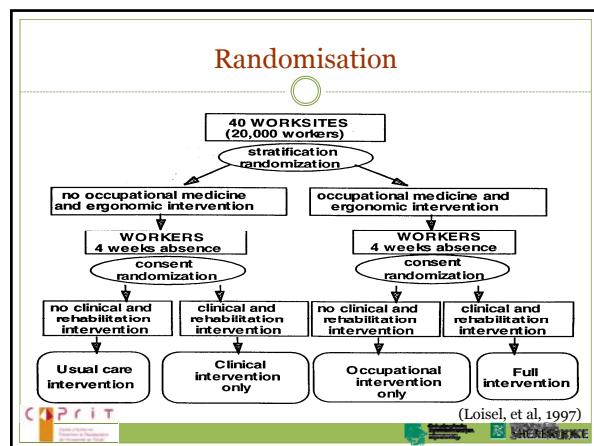
CAPRIT Institut de recherche en prévention et réadaptation au travail et à l'environnement de l'Université de Sherbrooke



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

CAPRIT

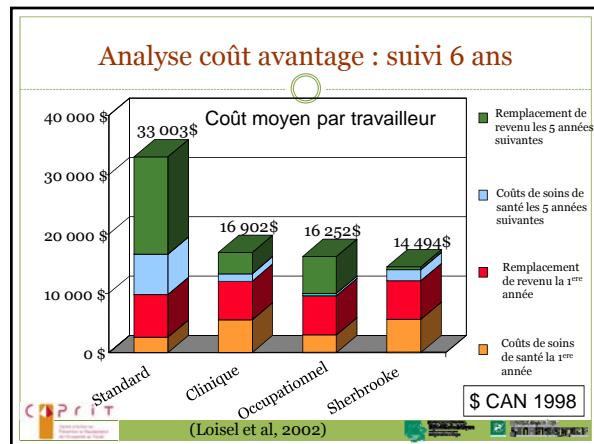


Retour thérapeutique au travail

- 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)

CAPRIT



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

CAPRIT Institut National de la Santé et de la Sécurité du Travail

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

The diagram illustrates the progression of evidence over time. It features two bell-shaped curves: a smaller one labeled "Quebec task force" and a larger, more prominent one labeled "Modèle de Sherbrooke". Below the curves is a horizontal bar divided into three segments: "Evidence", "Quebec task force", and "Modèle de Sherbrooke".

CAPRIT Institut National de la Santé et de la Sécurité du Travail

Le programme PRÉVICAP 1995-

The diagram shows a transition from the "Modèle de Sherbrooke" and "Quebec task force" to a single, broad curve labeled "Évidence".

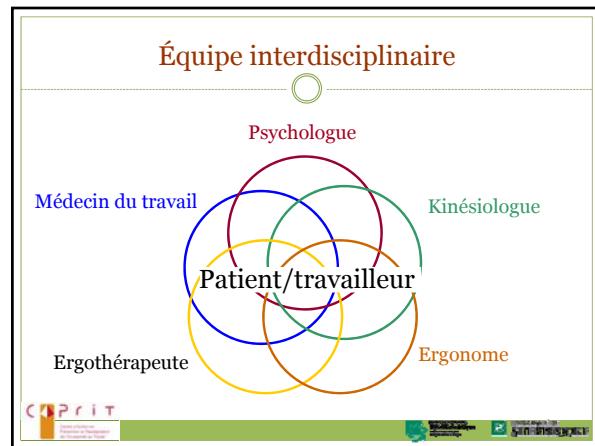
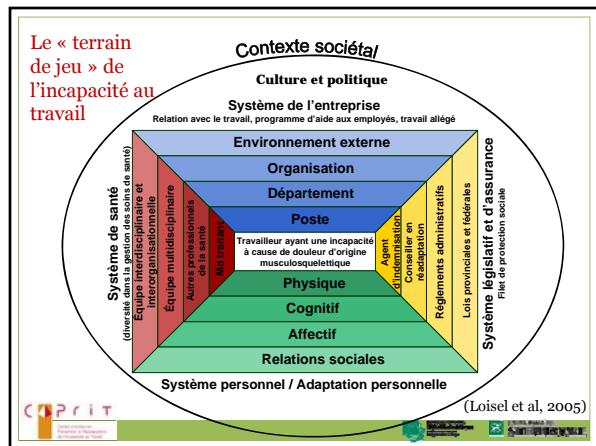
CAPRIT Institut National de la Santé et de la Sécurité du Travail

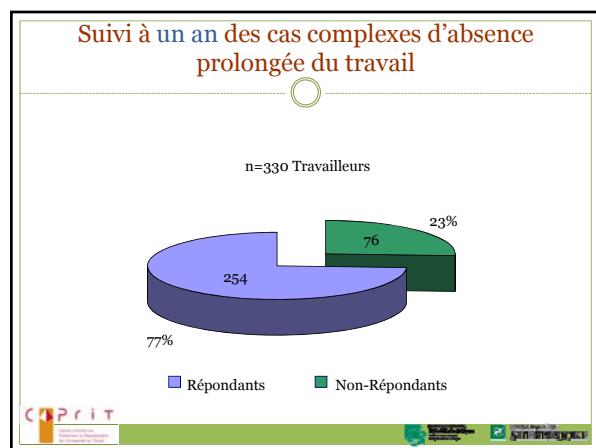
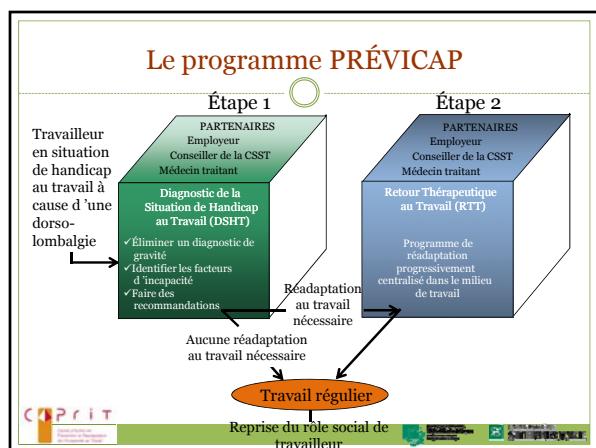
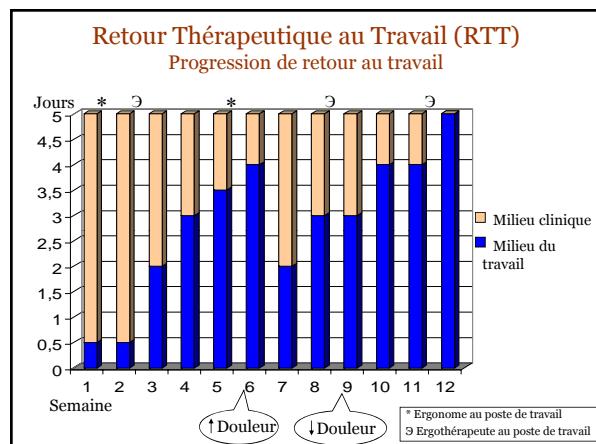
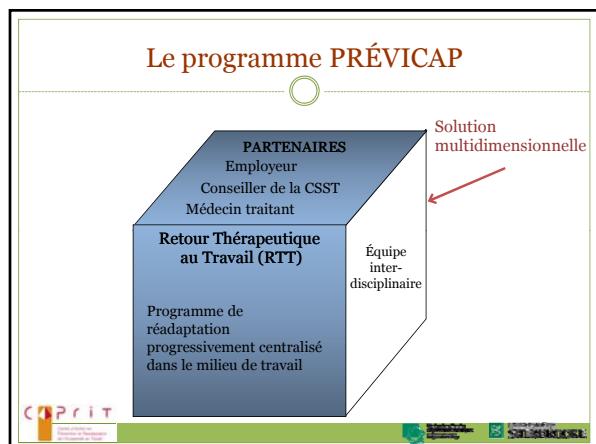
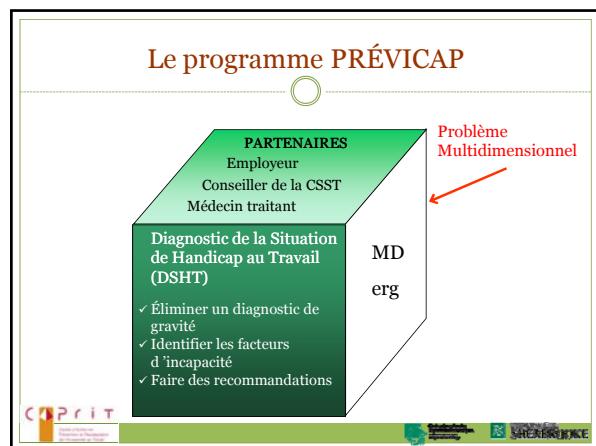
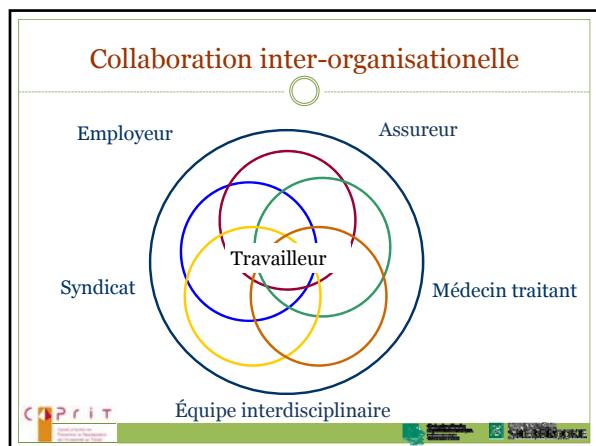
Le programme PRÉVICAP
Étape 1: Développement

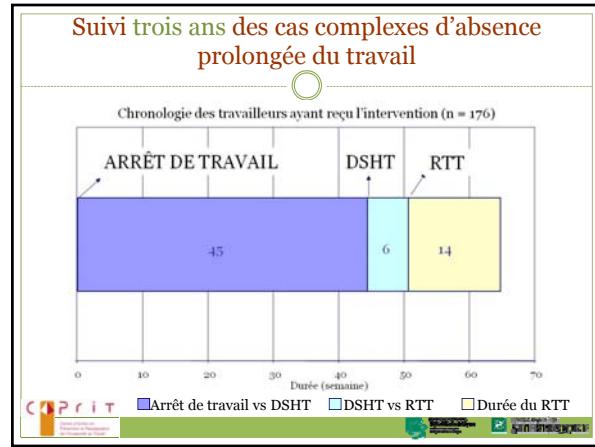
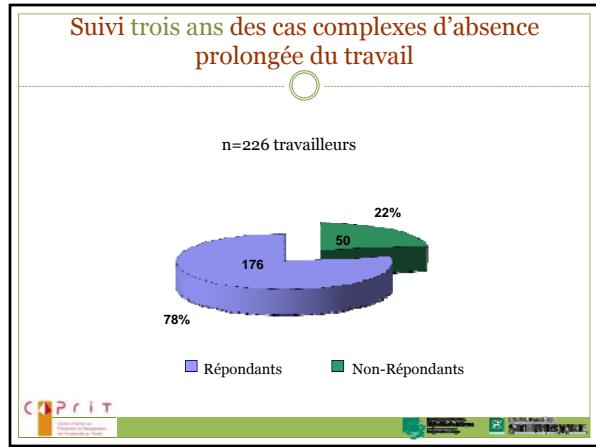
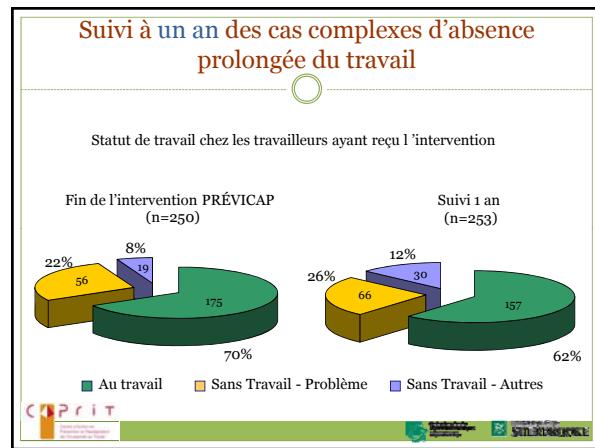
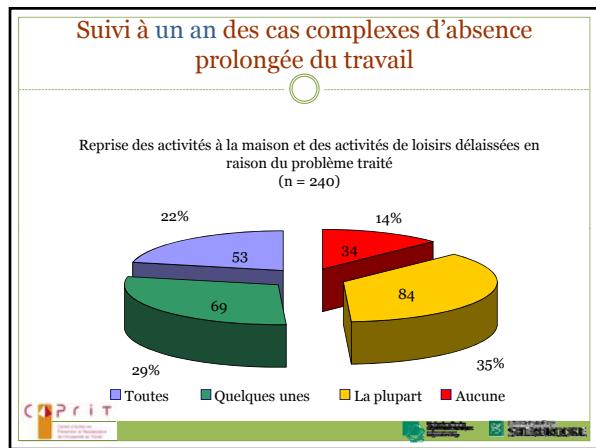
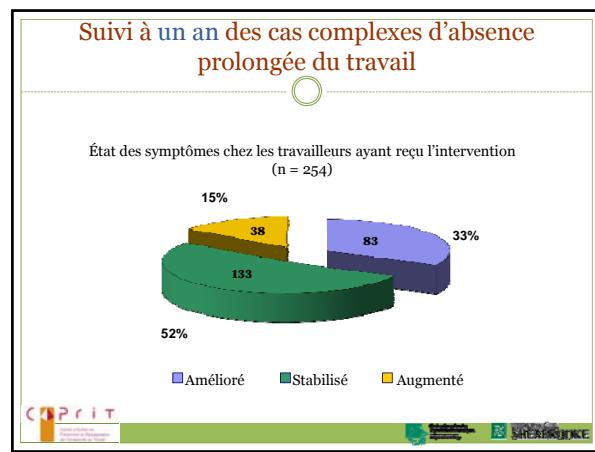
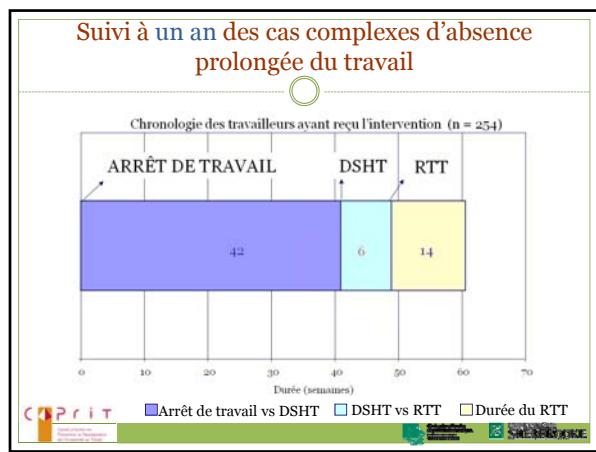
• Évidences

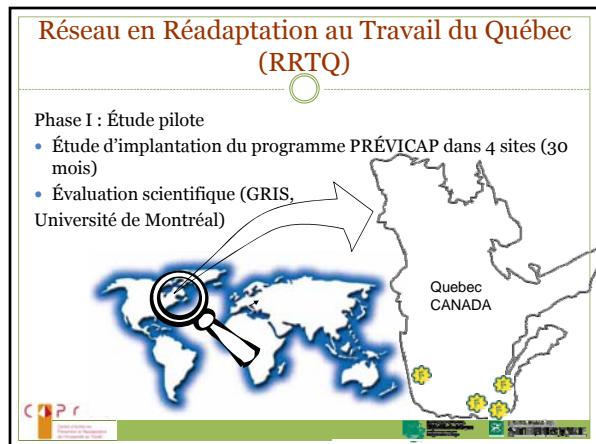
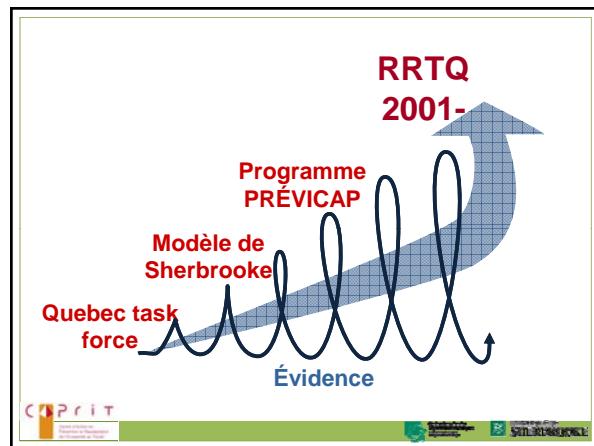
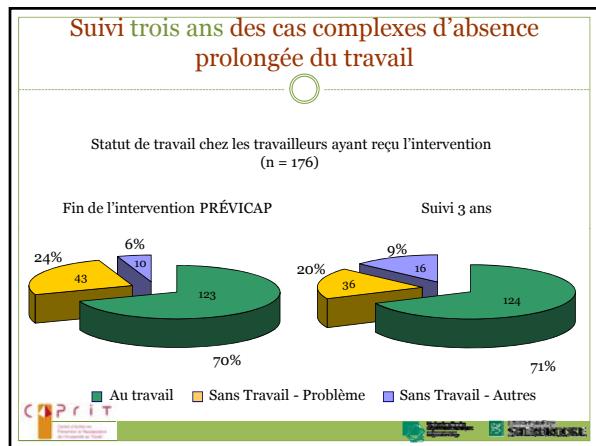
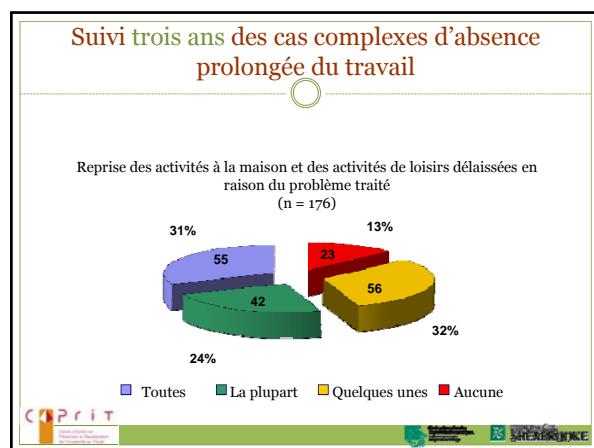
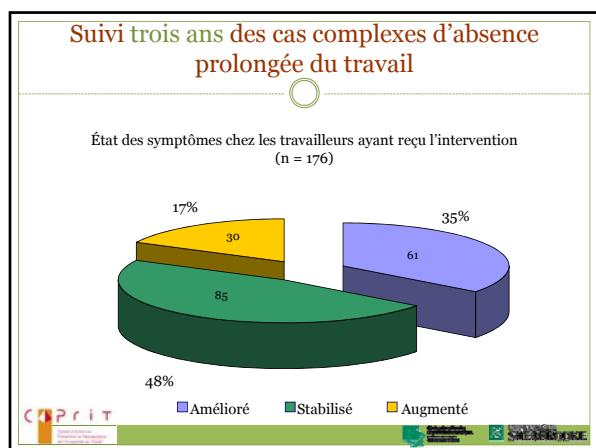
- Développé à partir du modèle de Sherbrooke et d'un groupe d'experts
- But: prévention d'incapacité au travail
- Caractéristiques:
 - intervention dirigée par une équipe interdisciplinaire
 - réadaptation centrée dans le milieu de travail
 - collaboration de tous les partenaires dans le problème d'incapacité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

CAPRIT Institut National de la Santé et de la Sécurité du Travail









- 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** Centre d'application et de recherche en prévention et réadaptation du travail

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

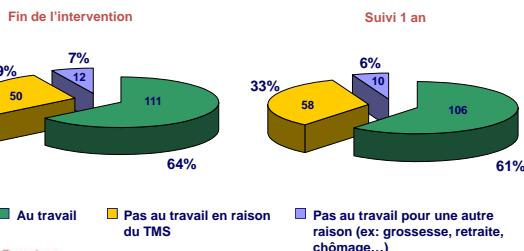


Caprit
Centre d'adaptation et de prévention
à l'incapacité et au travail

SHERBROOKE

Suivi 1 an

Statut de travail des travailleurs ayant participé au programme (n = 174)



Après 2 ans, la CSST interrompt le programme

- Résistance de la base
 - Références insuffisantes
 - Difficulté de travailler ensemble
 - Perte perçue d'autonomie
 - Crainches 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

Caprit
Centre d'adaptation et de prévention
à l'incapacité et au travail

SHERBROOKE

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

Caprit
Centre d'adaptation et de prévention
à l'incapacité et au travail

SHERBROOKE

IRSC CIHR
Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail
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
Centre d'adaptation et de prévention
à l'incapacité et au travail

SHERBROOKE

Reïntegratie bij rugklachten anno 2008: de werknehmer 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

BODY@WORK e-MEDGO TNO

Inhoud

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

BODY@WORK



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)

Bron: CBS

9 april 2008 3

BODY@WORK

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,-

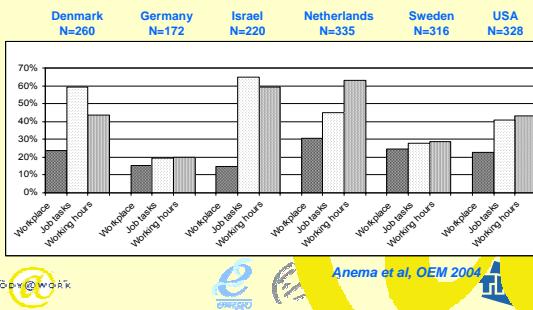
BODY@WORK



Medische interventies (n=2825)

	Denmark	Germany	Israel	Netherlands	Sweden	USA
Surgery	10%	10%	10%	10%	10%	10%
active treatment	5%	5%	5%	5%	5%	5%
passive treatment	55%	45%	45%	60%	35%	35%

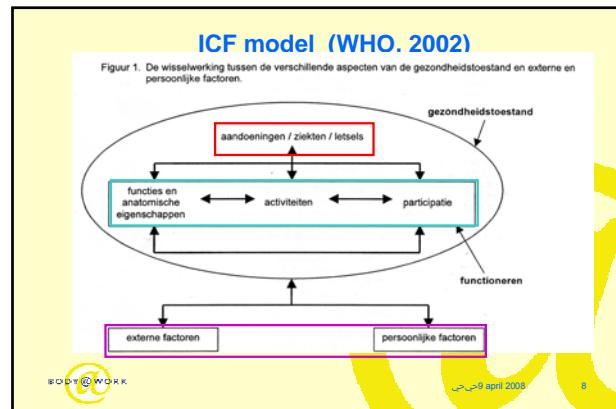
BODY@WORK e-MEDGO TNO

Werkplek en werkorganisatie interventies

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



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

Probability of not returning to work (RTW)

Number of days since first day of sick leave

Survival Function

Censored

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

Clinical red flags: Organic pathology, Concurrent medical problems, Iatrogenic factors

Clinical yellow flags: Beliefs, Coping strategies, Distress, Illness behaviour, Willingness to change, Family reinforcement

Occupational blue flags: Work status, Health benefits and insurance, Litigation

Socio-occupational black flags: Work satisfaction, Working conditions, Work characteristics, Social policy

Biomedical factors

Psychological or behavioral factors (predictors)

Social and economic factors

Occupational factors

NVAB-Wijzigingen tov vorige richtlijn (1)

Diagnostiek:

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

Verbeek, Anema et al., 2006

Percentage of Claimants Still Off Work

Time (Weeks) Since Pain Onset

Acute

Subacute

Chronic

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

BODY@WORK
© 9 april 2008 13

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

BODY@WORK
© 9 april 2008 14

Casus RIA:

Uw risico score = 21.42
U heeft daarmee een ernstig verhoogd risico op langdurig ziekteverzuim door lage rugklachten.

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

BODY@WORK

2 Opties voor management van verzuim bij aspecifieke rugpijn

BODY@WORK e-sport TNO

Fit the worker to the job

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

BODY@WORK
© 9 april 2008 17

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 e-sport TNO

Fit the job to the worker

BODY@WORK

© 9 april 2008 19

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

BODY@WORK

e-HEALTH

© 9 april 2008 20

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

BODY@WORK

© 9 april 2008 21

Uitkomstmaten

- Verzuim (werkhervatting)
- Pijn
- Functioneren
- Kosten-effectiviteit

BODY@WORK

© 9 april 2008 22

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)

BODY@WORK

© 9 april 2008 23

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)

werkhervatting

Stapsgewijze opbouw oefen quota

BODY@WORK

© 9 april 2008 24

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!

BODY @ WORK

9 april 2008 25

Laag- of Hoogintensieve Rugschool vs UC

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

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

BODY @ WORK

9 april 2008 26

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

BODY @ WORK

9 april 2008 27

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

BODY @ WORK

9 april 2008 28

Werkplekinterventie (>2 weken verzuim) vs UC

Verzuim (n=196):

- Werkplek interventie 77 dagen (mediaan) 91% werkhervervating
- Gebruikelijke Zorg: 104 dagen (mediaan) 83% werkhervervating
- Verschil: 27 dagen
- WI effectiever HR 1.7 (95% BI 1.2-2.3)
- Geen effect pijn/ functioneren

Anema et al 2007, Spine

BODY @ WORK

Graded activity (>8 weken verzuim) vs. UC

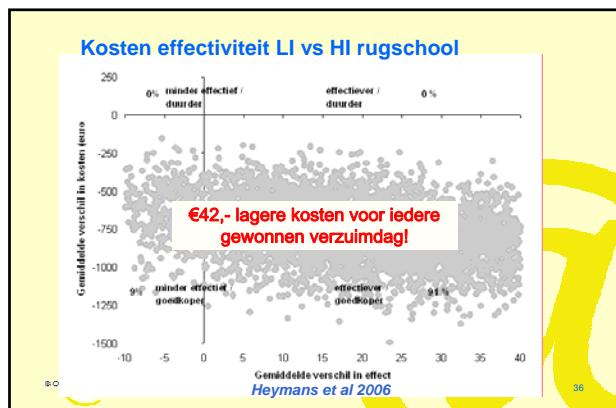
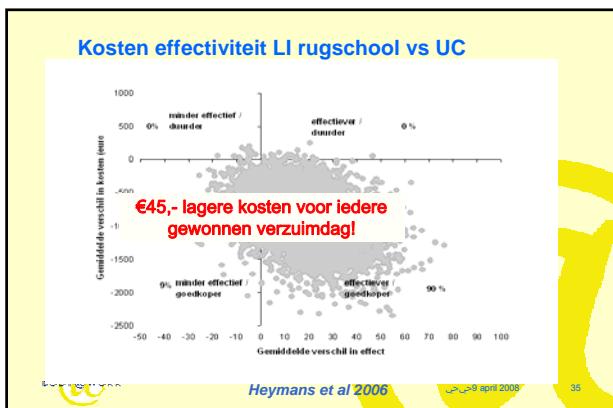
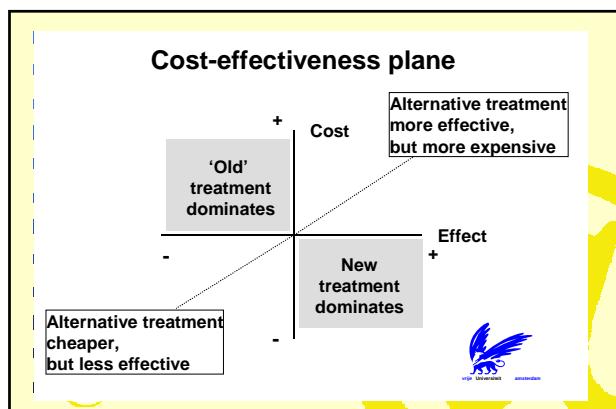
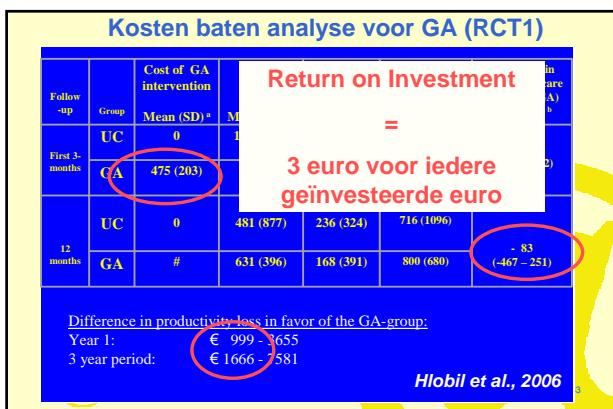
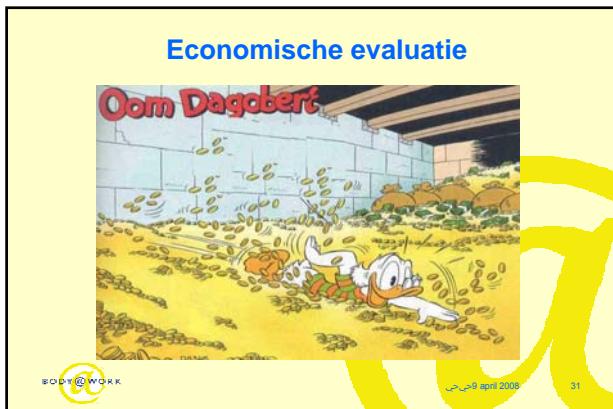
Verzuim (n=196):

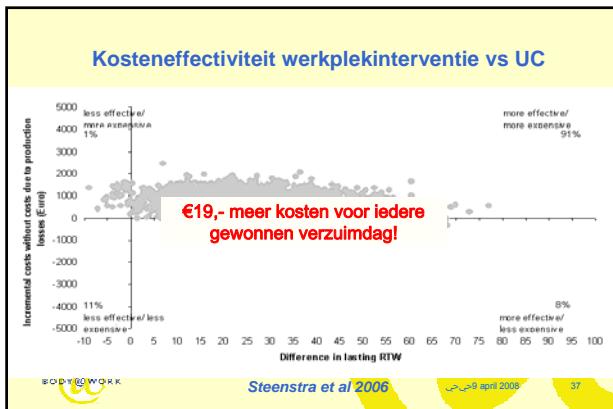
- Graded Activity 144 dagen (mediaan)
- Usual Care: 111 dagen (mediaan)
- Late start GA contraproductief HR 0.4 (95% BI 0.3-0.6)

Steenstra et al, 2006, OEM

BODY @ WORK

9 april 2008 29

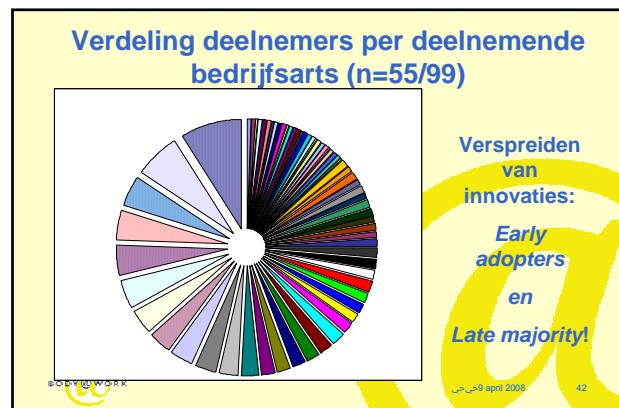
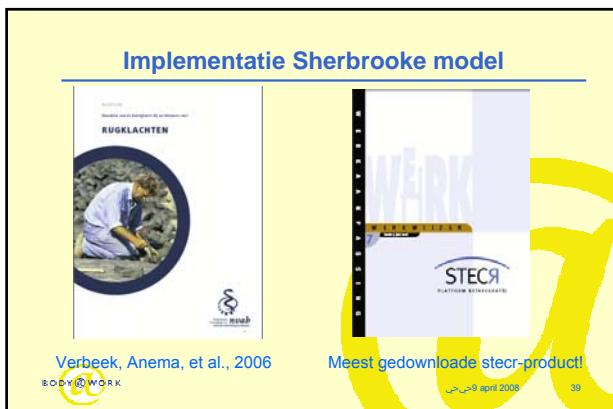


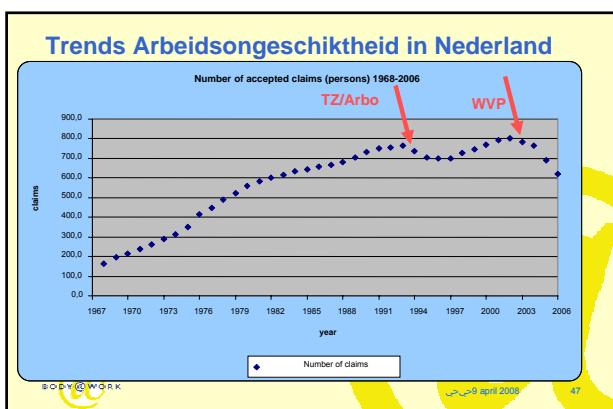
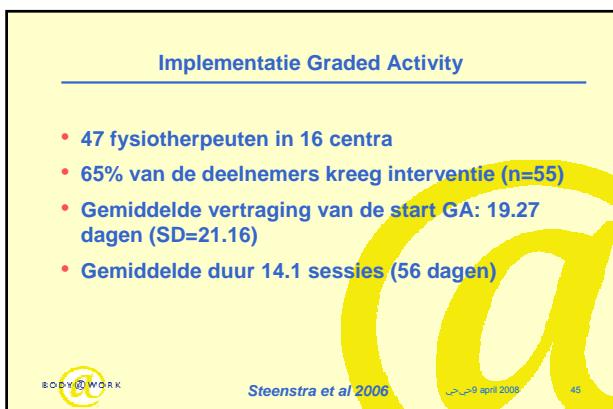
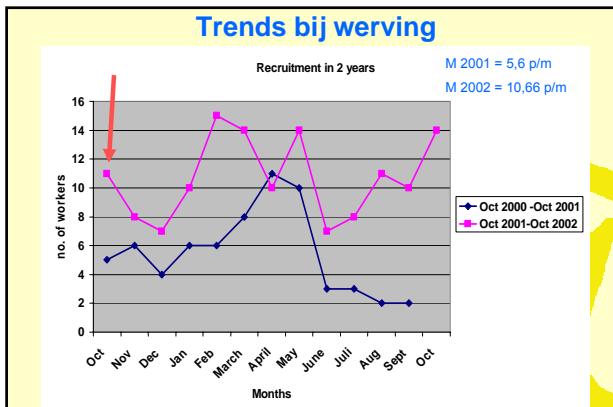


Conclusies

- Werkplek interventie (WI) versnelde duurzame werkhervering 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

© BODY@WORK 38





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!

BODY@WORK e-PROOF TIA

Dank voor uw aandacht!



www.bodyatwork.nl

BODY@WORK

e-PROOF

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 lombalgie 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



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

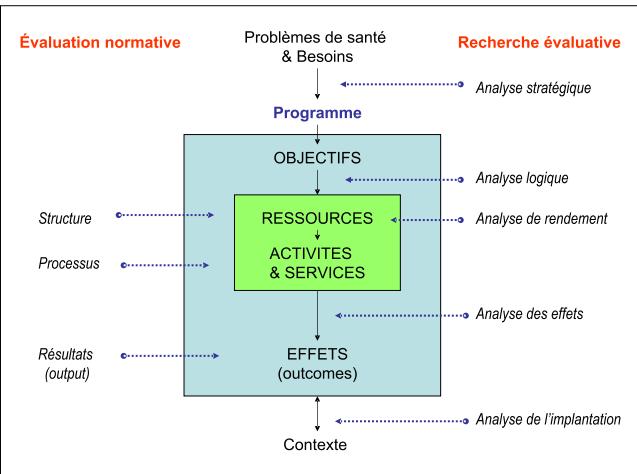
• L'évaluation

- 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

Des évidences scientifiques...

2. d'utilisation



3. de population

... 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/I/II ; 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 (Σ 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



?

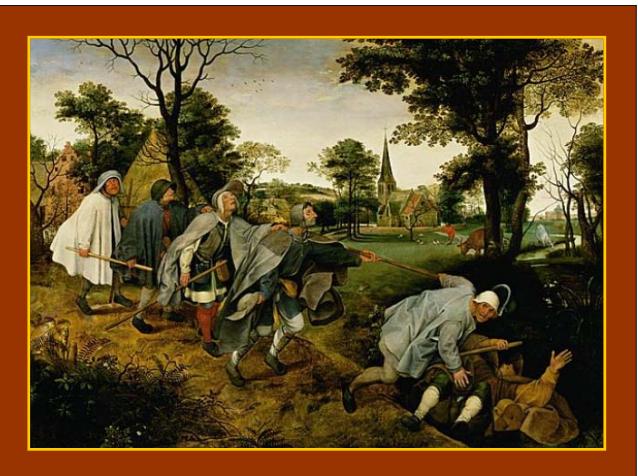
L'évaluation est un processus neutre et transparent qui conduit vers des résultats objectifs indiscutables lorsqu'il est confié à de véritables experts.

- 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



?

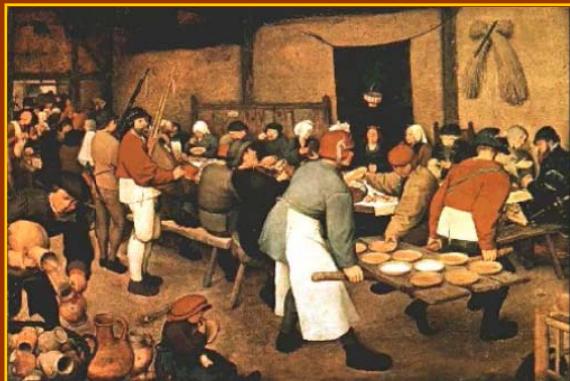
Les résultats de l'évaluation ont plus de chances d'être compris, acceptés et utilisés par les différents acteurs lorsque ces derniers ont été associés en amont au processus de l'évaluation.

- 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

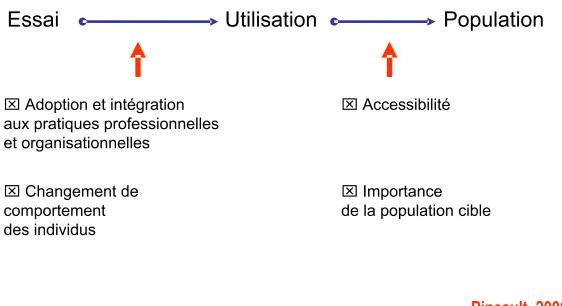
1. Discuter
2. Décider
3. Financer
4. Piloter
5. Analyser
6. Restituer
7. Recommencer

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 à 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

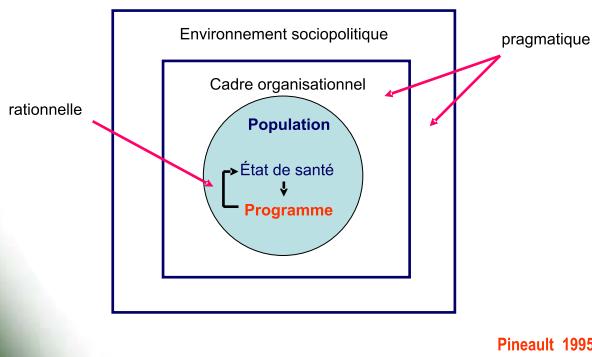


Deux approches à la planification

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, étape par étape, 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

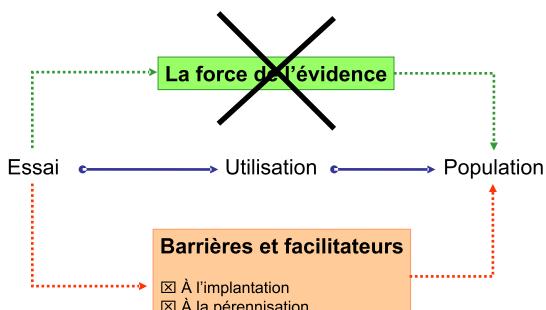
Approches pragmatiques et rationnelles du planning



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

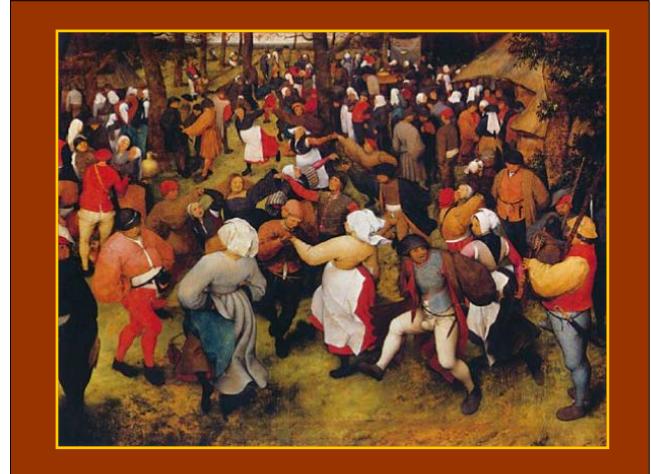
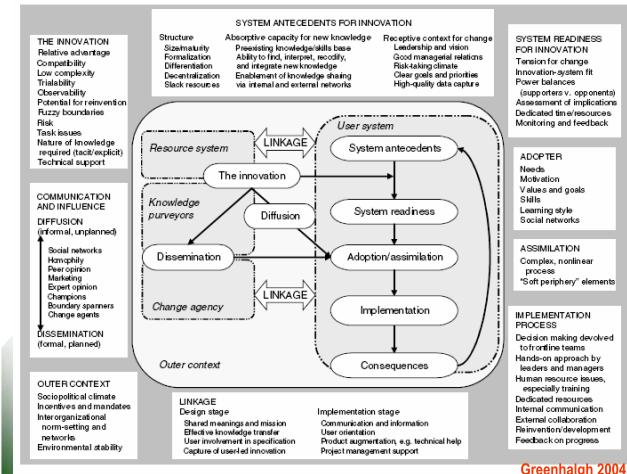
Les modèles

- 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



Étude de faisabilité

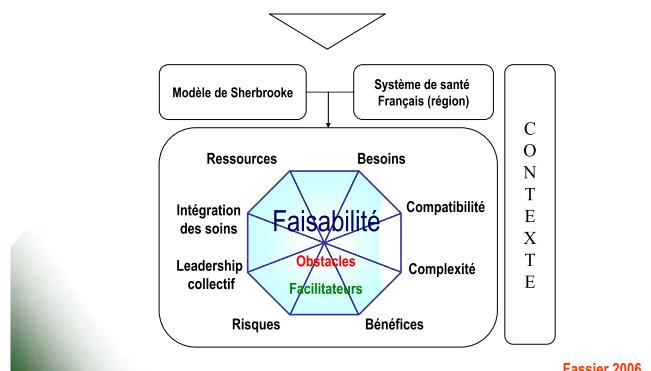
- Quelle faisabilité du modèle de Sherbrooke en France ?

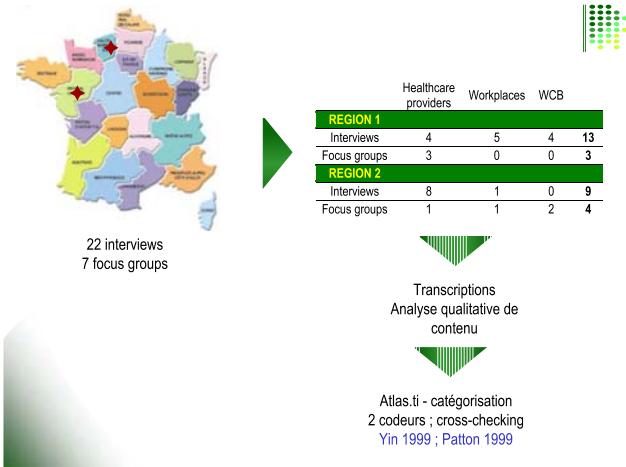
- Obstacles et facilitateurs
 - Professionnels de santé
 - Assurance maladie
 - Milieu de travail



Fassier 2006

Modèle théorique





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>.

Presentatie van het Fonds voor de beroepsziekten

Inhoudstafel

1. Inleiding

- 1.1. Wie zijn we en wat doen we?
- 1.2. Missie
- 1.3. Vergoeding en preventie
- 1.4. Prive-sector, publieke sector en de werknemers in het buitenland

2. Geschiedenis

- 2.1. Voorafgaand aan 24/07/27
- 2.2. De wet van 24/07/27
- 2.3. De wet van 24/12/63

3. Om welke ziekten gaat het?

- 3.1. Lijst van de beroepsziekten
- 3.2. Open systeem

4. Schadeloosstellingen

- 4.1. Overlijden van het slachtoffer
- 4.2. Tijdelijke arbeidsongeschiktheid, die volledig of gedeeltelijk van aard is
- 4.3. Permanente arbeidsongeschiktheid, die volledig of gedeeltelijk van aard is
- 4.4. Verwijdering uit de schadelijke arbeidsomgeving
- 4.5. Gezondheidszorgen

5. Evolutie van de beroepsziekten

- 5.1. Minder 'typische' beroepsziekten
- 5.2. De arbeidsgereerde ziekten en de preventie

6. Preventie

- 6.1. Het belang van preventie stijgt
- 6.2. De verwijdering van zwangere vrouwen uit hun schadelijke arbeidsomgeving
- 6.3. De vaccinatie tegen hepatitis
- 6.4. Het secundaire preventieprogramma i.v.m. lage rugpijnen

7. Procedure

- 7.1. De aangifte
- 7.2. De aanvraag voor een vergoeding wegens een beroepsziekte
- 7.3. De formulieren
- 7.4. Het onderzoek van de aanvraag
- 7.5. De beslissing
- 7.6. De vergoeding
- 7.7. De betwisting van de beslissing

8. Administratieve structuur van het Fonds

- 8.1. Raad van Beheer
- 8.2. Wetenschappelijke Raad
- 8.3. Administrateur-generaal

9. Meer informatie

1. Onze instelling

1.1. Wie zijn we en wat doen we?

Het Fonds voor de beroepsziekten is een openbare instelling van sociale zekerheid die als voornaamste doelstellingen heeft: het voorkomen van beroepsziekten en het vergoeden van de schade veroorzaakt door deze ziekten.

In tegenstelling tot veel andere Europese landen wordt de materie van de beroepsziekten en deze van de arbeidsongevallen door twee verschillende instellingen beheerd. Wat de arbeidsongevallen betreft, moet elke werkgever een privéverzekering afsluiten op het vlak van arbeidsongevallen. Het Fonds voor arbeidsongevallen (FAO) houdt de supervisie over deze verzekeringsinstellingen. Het Fonds voor de beroepsziekten (FBZ) daarentegen treedt op als een 'directe verzekeraar'. Beide instellingen zijn federale openbare instellingen die onder toezicht staan van de Minister van Werk. Het Fonds voor de beroepsziekten staat eveneens onder het toezicht van de Minister van Sociale Zaken.

Over het algemeen heeft het Fonds vier belangrijke opdrachten in het kader van beroepsziekten:

- a) preventie (bijvoorbeeld: verwijderen van werknemers uit de schadelijke arbeidsomgeving)
- b) vergoeden van zij die daar recht op hebben
- c) onderzoek voeren naar nieuwe beroepsziekten
- d) adviseren (naar de regering toe)

De verzekering voor beroepsziekten is verplicht is van toepassing op iedereen die werkt in de privésector (voor de publieke sector, zie 1.4.). Het is de werkgever die een financiële bijdrage betaalt aan de sociale zekerheid om zijn werknemers te verzekeren tegen het beroepsrisico.

1.2. Missie

"Het Fonds voor de beroepsziekten wil - als openbare instelling van sociale zekerheid - bijdragen tot het vrijwaren en bevorderen van de gezondheid in het arbeidsmilieu en de schade door beroepsziekten voorkomen, herstellen of vergoeden."

We willen deze missie bereiken door:

- a) beroepsziekten en arbeidsgerelateerde ziekten te bestuderen;
- b) preventieve acties voor te stellen;
- c) onze kennis en expertise ter beschikking te stellen;
- d) correct en tijdig uitspraak te doen over de rechten van de aanvrager;
- e) correct en tijdig de vergoedingen te betalen;
- f) een goede communicatie na te streven;
- g) de beleidsverantwoordelijken te adviseren m.b.t. de doeltreffendheid van het gevoerde en het geplande beleid.

1.3. Vergoeding en preventie

Zoals we hierboven reeds hebben vermeld, behoren zowel het vergoeden als het preventief optreden tot de kerntaken van het Fonds.

Op het vlak van preventie onderneemt het Fonds verschillende acties:

- a) Primaire preventie (bv: terugbetaling van vaccinatie tegen hepatitis)
- b) Secundaire preventie (bv: terugbetaling van latexvrije handschoenen)
- c) Verwijdering uit de schadelijke arbeidsomgeving
- d) Secundaire preventie binnen het kader van arbeidsgerelateerde ziekten (bv: secundaire preventie van rugpijn)
- e) Bepalen van het risico gebonden aan een arbeidsplaats met indien nodig het uitvoeren van metingen om de blootstelling aan fysische of chemische agentia vast te stellen.

Op het vlak van vergoedingen legt het Fonds het accent op:

- a) Terugbetaling van medische kosten
- b) Terugbetaling van de begrafenis Kosten en een rentevergoeding voor rechthebbenden
- c) Vergoedingen bij volledige of gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- d) Vergoedingen bij volledige of gedeeltelijke permanente arbeidsongeschiktheid
- e) Vergoedingen bij nood aan hulp van een derde persoon

1.4. Prive-sector, publieke sector en de werknemers in het buitenland

Het Fonds voor de beroepziekten is een openbare instelling van sociale zekerheid die alle werknemers uit privésector verzekert tegen beroepziekten. Hetzelfde systeem kan evenwel toegepast worden binnen de publieke sector, maar toch wordt de verzekering op een andere wijze georganiseerd.

Voor de provinciale en plaatselijke administraties (steden en gemeenten) treedt het Fonds op als herverzekeraar voor de vergoedingen en de preventieve maatregelen. Het geeft de bevoegde overheden adviezen en het zal de door hen uitbetaalde vergoedingen terugbetalen.

Wat de andere administratieve overheden betreft, zal het Fonds enkel de rol vervullen van expert, en dit enkel op aanvraag van deze instellingen.

Ten slotte voert het Fonds ook medische onderzoeken uit indien een buitenlandse organisatie hierom vraagt (het gaat hier om aanvragen voor schadeloosstelling die ingediend worden bij een buitenlandse instelling voor beroepsziekten, maar waar de aanvrager actueel in België woont)

2. Geschiedenis

2.1. Voorafgaand aan 24 juli 1927

Vóór 1927 bestond er geen wetgeving op het vlak van beroepsziekten in België. In 1903 was er wel al een wet die het had over schadeongevallen op het werk. Het slachtoffer moest zelf voldoende bewijsmateriaal leveren om aan te tonen dat er een oorzakelijk verband was tussen een fout van de werkgever en zijn opgelopen schade. Dit bleek een uitermate moeilijke zaak te zijn. Er werden dan ook geen echte vergoedingen voor beroepsziekten uitgekeerd op basis van deze wetgeving.

2.2. De wet van 24 juli 1927

De wet van 1927 maakte het mogelijk om een instelling op te richten die ze zich specifiek zou bezig houden met het domein van de beroepsziekten. Voor de allereerste keer waren werknemers niet langer meer verplicht om zelf het oorzakelijk bewijs te leveren tussen de blootstelling en hun ziekte. Indien de werknemer een beroep uitoefende waarvan men erkende dat dit beroep een bepaald risico met zich meebracht om een ziekte op te lopen, en indien hij ook werkelijk het slachtoffer was geworden van deze ziekte, dan beschouwde men hem als een beroepszieke.

Een – op dat moment zeer kleine – lijst van beroepziekten werd opgemaakt. De overheid had op dat moment vooral aandacht voor drie ziekten, met name anthrax, lood en kwik.

De wet bepaalde ook dat de Koning kon afbakenen bij welke bedrijven of beroepen men een mogelijk verband kon leggen met een systeem om beroepsziekten te vergoeden. Elk jaar moesten de werkgevers een bepaalde som betalen, waarvan de grootte afhankelijk werd gesteld met de hoogte van het risico in hun ondernemingen. Een aantal mogelijke vergoedingen die werden uitgekeerd, kwamen voorbij: (a) het overlijden van het slachtoffer, (b) de volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid voor minstens 15 dagen, (c) de volledige of gedeeltelijke blijvende arbeidsongeschiktheid en (d) de nood aan hulp van een derde persoon.

2.3. De wet van 24 december 1963

Deze nieuwe wet zou de basis worden van onze huidige wetgeving. De wet zorgde ervoor dat de regelgeving betreffende het vergoeden van beroepsziekten en deze betreffende arbeidsongevallen

werd geharmoniseerd. Bovendien werd ook een belangrijk nieuw principe ingevoerd: het solidariteitsprincipe (verzekering voor alle werknemers). Ten slotte was deze wet ook de aanleiding om de lijst van de beroepsziekten gevoelig uitbreiden. De belangrijkste toevoeging was ongetwijfeld deze van stoflong, een ziekte die in het milieu van de mijnwerkers zeer gekend was.

Het gevolg van deze wetgeving was dat het "Voorzorgfonds ten behoeve van door beroepsziekten getroffenen" (opgericht in 1927) werd vervangen door het "Fonds voor de beroepsziekten".

Vandaag bestaat dit Fonds nog steeds onder dezelfde naam en de belangrijkste wetten zijn nog steeds de wet van 1963 en haar gecoördineerde wetten van 1970, die in 2006 herzien werden.

3. Om welke ziekten gaat het?

3.1. Lijst van de beroepsziekten

In het begin was er enkel een lijst die alle erkende beroepsziekten bevatte. Als een ziekte zich niet op deze lijst bevond, dan was het onmogelijk om het slachtoffer te vergoeden.

Binnen dit systeem was het op individueel niveau niet nodig om het oorzakelijk verband te bewijzen tussen enerzijds de blootstelling en anderzijds de ziekte. Als een werknemer het slachtoffer werd van een ziekte op deze lijst en op zijn werkplek er inderdaad een risico op blootstelling aanwezig was, dan werd een 'positieve beslissing' genomen.

3.2. "Open systeem"

In 1990 werd een "open systeem" aan het bestaande "lijstsysteem" toegevoegd. Dit systeem trachtte een aantal beperkingen van het lijstsysteem op te vangen. Zo constateerde men soms dat een werknemer in feite alle kenmerken van een beroepsziekte vertoonde, maar dat men hem eenvoudigweg niet kon vergoeden omdat zijn ziekte niet op de lijst van beroepsziekten voorkwam.

Het open systeem laat dit wel toe, maar verplicht het slachtoffer om zelf aan te tonen dat de rechtstreekse en determinerende oorzaak van zijn arbeidsongeschiktheid bij zijn professionele activiteiten ligt. Uiteraard is het veel moeilijker om dit zelf te bewijzen, waardoor in de praktijk slechts 15% van alle aanvragen binnen dit systeem uiteindelijk ook leiden naar een goedkeuring.

4. Schadeloosstellingen

Zodra er een positieve beslissing is genomen, is er geen verschil meer waarneembaar tussen een vergoeding binnen het lijstsysteem of het open systeem. Het is zelfs mogelijk dat een slachtoffer van verschillende beroepsziekten erkend kan worden via beide systemen.

In de volgende gevallen kan er een vergoeding worden uitgekeerd:

- a) Bij het overlijden van het slachtoffer
- b) In geval van een tijdelijke arbeidsongeschiktheid
- c) In geval van een blijvende arbeidsongeschiktheid
- d) Bij een verwijdering uit de schadelijke arbeidsomgeving
- e) In het geval van een terugbetaling van gezondheidszorgen

4.1. Overlijden van het slachtoffer

Indien een beroepsziekte de directe of indirecte oorzaak is van het overlijden van het slachtoffer, dan zijn er 3 mogelijke vergoedingen die toegekend kunnen worden:

- Vergoedingen voor de rechthebbenden (de weduwe(naar), eventueel kinderen, ouders,...)
- Terugbetaling van begrafenis Kosten (30x gemiddeld dagsalaris)
- Terugbetaling van verplaatsingsonkosten

4.2. Tijdelijke arbeidsongeschiktheid (die volledig of gedeeltelijk van aard is)

Het bedrag van de schadeloosstelling is gebaseerd op het salarisverlies van het slachtoffer. Het kan gaan om een volledig (in dit geval krijgt het slachtoffer 90% van zijn basisloon dat evenwel een bepaald maximumbedrag niet kan overschrijden) of een gedeeltelijk loon (in dit geval krijgt het slachtoffer een compensatie voor zijn salarisverlies). De ongeschiktheid moet minstens 15 dagen duren. De aanvraag moet ingediend worden tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid of tijdens de periode waarin de symptomen van de ziekte zichtbaar zijn.

4.3. Permanente arbeidsongeschiktheid (die volledig of gedeeltelijk van aard is)

Bij deze arbeidsongeschiktheid gaat men ervan uit dat ze voor altijd aanwezig zal blijven. Bij het bepalen van de graad van ongeschiktheid wordt er in theorie ook rekening gehouden met het concurrentieel verlies van het slachtoffer op de arbeidsmarkt. De vergoeding kan hier ook een volledig of een gedeeltelijk karakter hebben. De schadeloosstelling kan uitbetaald worden met een terugwerkende kracht die tot maximaal 120 dagen voor de dag van de aanvraag teruggaat.

4.4. Verwijdering uit de schadelijke arbeidsomgeving

De verwijdering zou het volgende kunnen betreffen:

- Tijdelijke verwijdering
- Blijvende verwijdering
- Heroriëntatie op de arbeidsmarkt

4.5. De gezondheidszorgen

Het slachtoffer van een beroepsziekte kan zijn aandeel in de kosten van de gezondheidszorgen afwenden op het Fonds voor de beroepsziekten. De terugbetalingen vinden ten vroegste plaats vanaf 120 dagen vóór de datum van aanvraag tot schadeloosstelling.

5. De evolutie van de beroepsziekten

5.1. Minder ‘typische’ beroepsziekten

Enkele tientallen jaren geleden leek de definitie van een beroepsziekte nog relatief eenvoudig. De relatie tussen een ziekte en zijn blootstelling werd als unicausal beschouwd. Stoflong is een zeer goed voorbeeld van een ‘typische’ beroepsziekte. Wie nooit blootgesteld werd aan het gevaar, kreeg deze ziekte ook niet. De relatie tussen ziekte en blootstelling was hier dus zeer sterk.

5.2. De arbeidsgerelateerde ziekten en de preventie

De evolutie op het vlak onze kennis van ziektes heeft onze blik op het domein van de beroepsziekten ondertussen zwaar veranderd. We aanvaarden veel sneller dat een ziekte veroorzaakt kan worden door verschillende elementen. Er is eveneens veel meer aandacht voor preventie, zowel bij brede bevolking als bij de overheid.

Sinds de eerste september van 2006 is er een nieuwe wet die onze basiswetgeving (de gecoördineerde wetten van 1970) in een nieuw kleedje heeft gestoken. Een van de belangrijkste wijzigingen is dat er voor het eerste keer in de Belgische geschiedenis sprake is van de term ‘arbeidsgerelateerde ziekten’ in onze wetgeving. Een arbeidsgerelateerde ziekte is geen beroepsziekte in de strikte zin van het woord, maar het gaat wel om een ziekte die vaker voorkomt binnen bepaalde beroepen. Dankzij deze nieuwe wet heeft het Fonds voor de beroepsziekten de mogelijkheid om in de nabije toekomst een aantal maatregelen te nemen zodat deze ziekten zich niet ontwikkelen tot beroepsziekten. In dit kader heeft het Fonds in 2006 een preventieprogramma gelanceerd voor mensen met lage rugpijn die een baan hebben die belastend is voor de rug en hierdoor tijdelijk arbeidsongeschikt zijn geworden.

6. Preventie

6.1. Het belang van preventie stijgt

Zoals we reeds eerder hebben beschreven zijn de activiteiten van het Fonds voor de beroepsziekten over de jaren heen sterk veranderd. Bij de opstart van onze instelling lag de nadruk vooral op het vergoeden van de schade opgelopen door een beroepsziekte. Tegenwoordig ligt de nadruk meer en meer op het preventieve luik.

6.2. De verwijdering van zwangere vrouwen uit hun schadelijke arbeidsomgeving

In 2007 werden meer dan 6000 zwangere vrouwen tijdelijk verwijderd uit hun schadelijke arbeidsomgeving. Dit aantal neemt nog elk jaar stelselmatig toe.

6.3. De vaccinatie tegen hepatitis

In 2007 nam het Fonds voor de beroepsziekten de kosten op zich voor ruim 27000 vaccinaties tegen hepatitis.

6.4. Het secundaire preventieprogramma i.v.m. lage rugpijnen

Het gaat om de allereerste actie van het Fonds in het kader van de eerder genoemde arbeidsgerelateerde ziekten. Dit programma werd in maart 2006 gelanceerd en ondertussen werden meer dan 600 aanvragen ingediend bij het Fonds voor de beroepsziekten (cijfers tot maart 2008).

7. Procedure

7.1 De aangifte

De wet verplicht de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer om aan het Fonds voor beroepsziekten en aan de Federale Overheidsdienst voor Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO) een aangifte te doen telkens als hij vermoedt te maken te hebben met een ziekte die veroorzaakt zou kunnen zijn door het beroep. Het Fonds stuurt in dat geval systematisch een formulier naar de betrokken werknemer zodat deze een aanvraag kan indienen om eventueel een schadeloosstelling omwille van een beroepsziekte te verkrijgen.

7.2 De aanvraag voor een vergoeding wegens een beroepsziekte

Om een aanvraag in te dienen, moet men twee documenten invullen. Het eerste formulier moet ingevuld worden door een arts (dit mag zowel de huisarts zijn als de arbeidsgeneesheer). Het slachtoffer moet zelf het administratieve formulier invullen waar men ondermeer informatie over zijn beroepsloopbaan opvraagt.

7.3 De formulieren

Alle formulieren van het Fonds bevinden zich op onze website: <http://www.fbz.fgov.be>

7.4 Het onderzoek van de aanvraag

Alle aanvragen om een schadeloosstelling te verkrijgen omwille van een beroepsziekte worden bij het Fonds voor de beroepsziekten verwerkt. Allereerst worden enkele administratieve zaken gecontroleerd. Vervolgens zal een arts de formulieren, bepaalde medische stukken en rapporten bekijken en eventueel zelfs bijkomende stukken opvragen. In heel wat gevallen zal ten slotte het slachtoffer zelf een oproep ontvangen om een medisch onderzoek te ondergaan op het Fonds. Eventueel is het ook mogelijk dat het laboratorium van het Fonds ingeschakeld wordt om bepaalde biomedische testen uit te voeren. Het onderzoek naar de blootsstelling wordt uitgevoerd door de

industrieel ingenieurs van het Fonds die zich gespecialiseerd hebben in deze materie. Deze ingenieurs kunnen de werkplaats bezoeken. Indien het wenselijk zou zijn, kan ons laboratorium nog bijkomende proeven doen op de werkplaats.

Het is op basis van alle informatie die tijdens het onderzoek werd verzameld dat uiteindelijk het Fonds een gemotiveerde beslissing zal nemen.

7.5 De beslissing

Op het einde van het onderzoek wordt dus een beslissing genomen. Deze wordt naar het slachtoffer gestuurd per aangetekende brief. Deze beslissing zal uiteraard positief of negatief zijn. Deze beslissing zal alle elementen bevatten waarop ze is gebaseerd.

7.6 De vergoeding

In de meerderheid van de gevallen zal de betaling van de vergoeding (buiten de achterstallen) maandelijks plaats vinden. Dit bedrag komt tot stand op basis van een berekening die rekening houdt met het vastgestelde percentage arbeidsongeschiktheid en het basisloon van de betrokkenen. Het bedrag wordt eveneens geïndexeerd.

Het basisloon is het werkelijke loon dat het slachtoffer heeft ontvangen gedurende het jaar dat voorafging aan de datum van de aanvraag. Het basisloon is begrensd.

7.7 De betwisting van de beslissing

Indien men niet akkoord gaat met de beslissing van het Fonds heeft het slachtoffer altijd de mogelijkheid om deze beslissing aan te vechten voor de arbeidsrechtsbank.

8 De administratieve structuur van het Fonds

8.1 Het Beheerscomité

Het Fonds voor de beroepsziekten wordt geleid door een Beheerscomité die bestaat uit:

- 1 voorzitter
- 7 leden die de werkgevers vertegenwoordigen
- 7 leden die de werknemers vertegenwoordigen
- 2 regeringscommissarissen

De bevoegdheden van dit Beheerscomité zijn de volgende:

- a) Het lanceren van voorstellen aan de bevoegde ministers om noodzakelijke wijzigingen aan te brengen aan de wetgeving op het vlak van beroepsziekten.
- b) Het aanstellen en benoemen van de personeelsleden van het Fonds met uitzondering van de administrateur-generaal en zijn adjunct die door de Koning, op voordacht van de ministers, worden benoemd.
- c) Het delegeren van bevoegdheden aan de administrateur-generaal die hem moeten toelaten om de dagelijkse werking van de instelling te verzekeren.

8.2 De Wetenschappelijke raad

De Wetenschappelijke raad bestaat uit

- a) een arts en zijn vervanger voor elke Belgische universiteit die een specialisatie in arbeidsgeneeskunde aanbiedt, meer bepaald een bijzondere specialisatie op het vlak van arbeidsgeneeskunde en/of beroepsziekten
- b) experts op het vlak van beroepsziekten, toxicologie en arbeidsbescherming
- c) twee artsen en twee vervangers van het Fonds voor de beroepsziekten

- d) twee experts en twee vervangers die aangeduid werden door de representatieve organisaties die in het Beheerscomité van het Fonds zetelen

We kunnen de taken van de Wetenschappelijke Raad als volgt omschrijven:

- a) het bestuderen van ziekten en nagaan welke van deze ziekten aanleiding kunnen geven tot schadeloosstelling en de inschrijving ervan op de Belgische lijst van de beroepsziekten voor te stellen.
- b) het zoeken van de meest geschikte middelen die noodzakelijk zijn om een rationele behandeling en de voorkoming van beroepsziekten te verzekeren.
- c) het voorstellen doen of advies verlenen met betrekking tot ieder probleem hetzij op eigen initiatief, hetzij op aanvraag van de Minister onder wie de instelling ressorteert of van het Beheerscomité

8.3 De administrateur-generaal

De bevoegdheden van de administrateur-generaal zijn:

- a) het uitvoeren van de beslissingen van het Beheerscomité;
- b) informeren van het Beheerscomité en nuttige voorstellen doen die betrekking hebben op de activiteiten van de instelling;
- c) deelnemen aan de vergaderingen van het Beheerscomité en van de Wetenschappelijke Raad
- d) zorg dragen voor de dagelijkse werking van de instelling;
- e) het Fonds vertegenwoordigen in al haar wettelijke bevoegdheden.

9 Meer informatie

<http://www.fmp-fbz.fgov.be> : website van het Fonds voor de beroepsziekten

<http://www.juridat.be> : website waar men de hele Belgische wetgeving kan vinden

<http://www.socialsecurity.be> : website van de sociale zekerheid in België

<http://www.socialsecurity.fgov.be> : website van de FOD Sociale Zekerheid