

Réinsertion/réintégration professionnelle: vue et points de vue d'un médecin du travail

*10 ans de Programme Dos: bilan et perspective
Symposium Fedris 9.11.2017*

Docteur Valérie Libotte
SSSTr, AGC Glass Europe
valerie.libotte@eu.agc.com



La Libre Belgique, 8-9 octobre 2017
'Charles Michel a déjà gagné son pari'

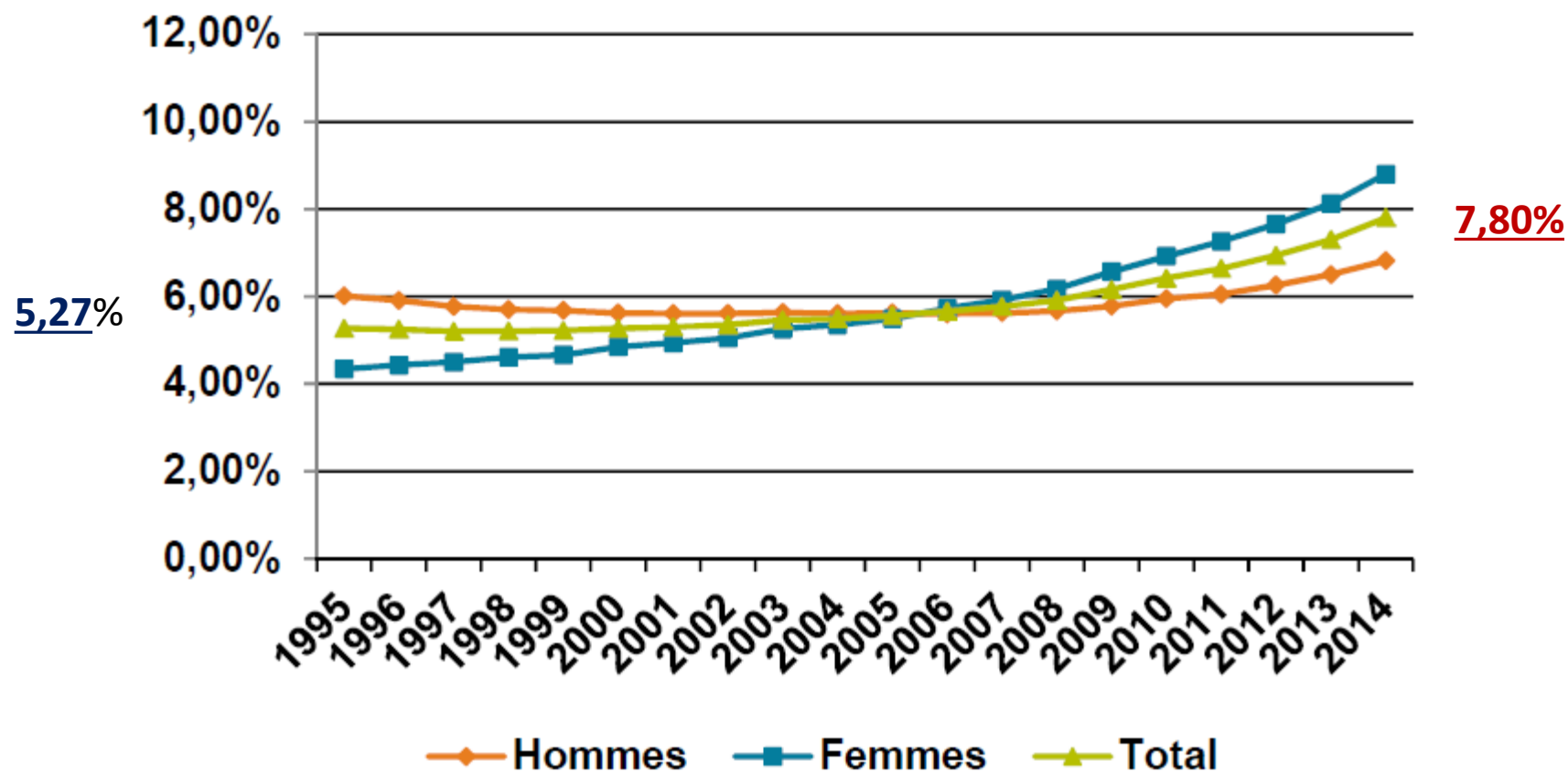
'Les réalisations

...

**Trajet de réintégration
pour les personnes en incapacité de travail**

... '

Taux d'invalides



Source: Inami, facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides 2005-2014

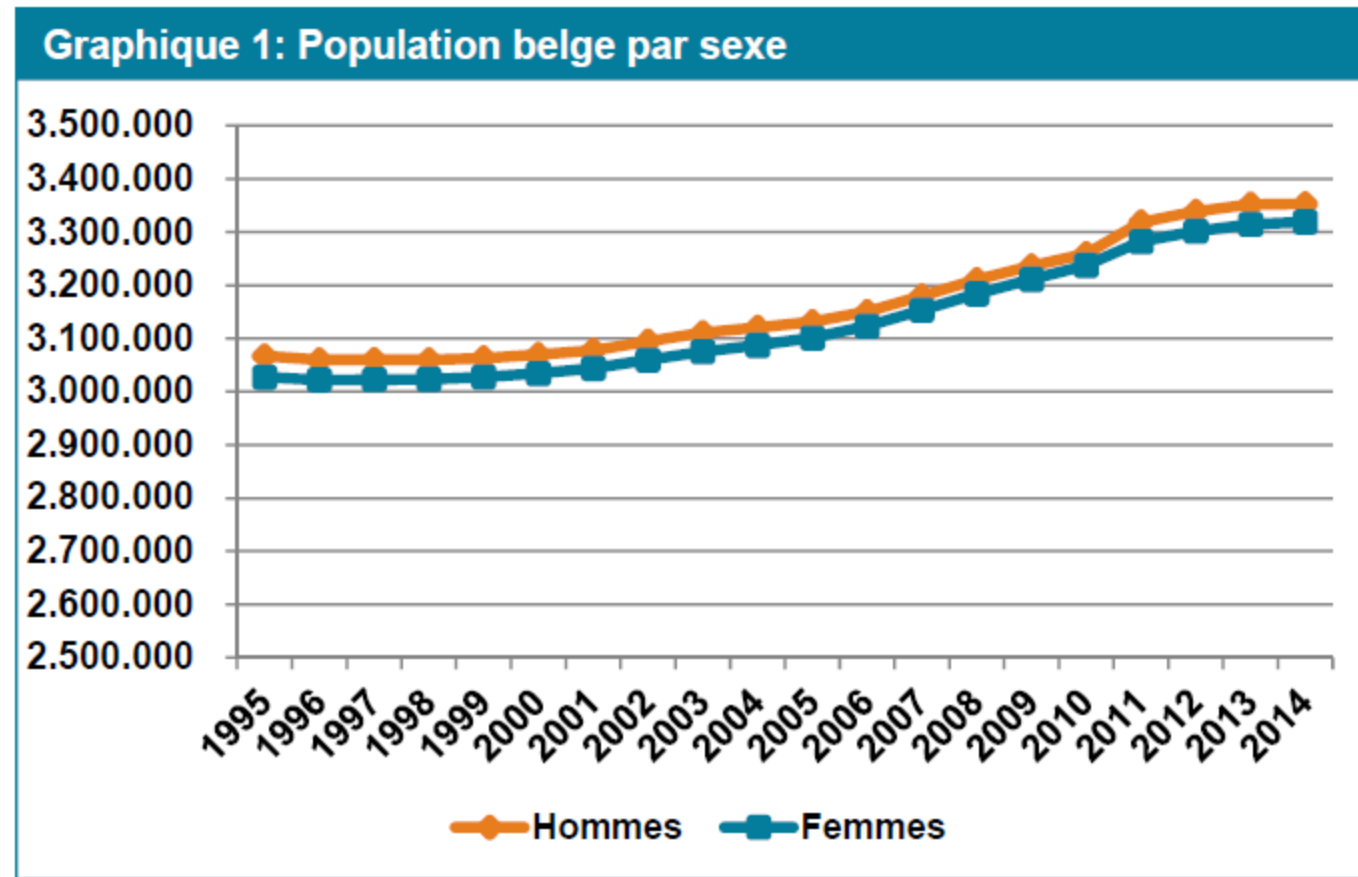
Explications

1. Vieillissement de la population et évolution du marché du travail
2. Poursuite de la croissance des nouvelles pathologies
3. Mesure prise dans d'autres secteurs (chômage)

Explications

1. Vieillissement de la population et évolution du marché du travail
2. Poursuite de la croissance des nouvelles pathologies
3. Mesure prise dans d'autres secteurs (chômage)

Evolution de la population belge de 20 à 64 ans entre 1995-2014



La population dans les catégories d'âge 20-64 est passée de 6.094.302 à 6.672.341 entre 1995 et 2014.

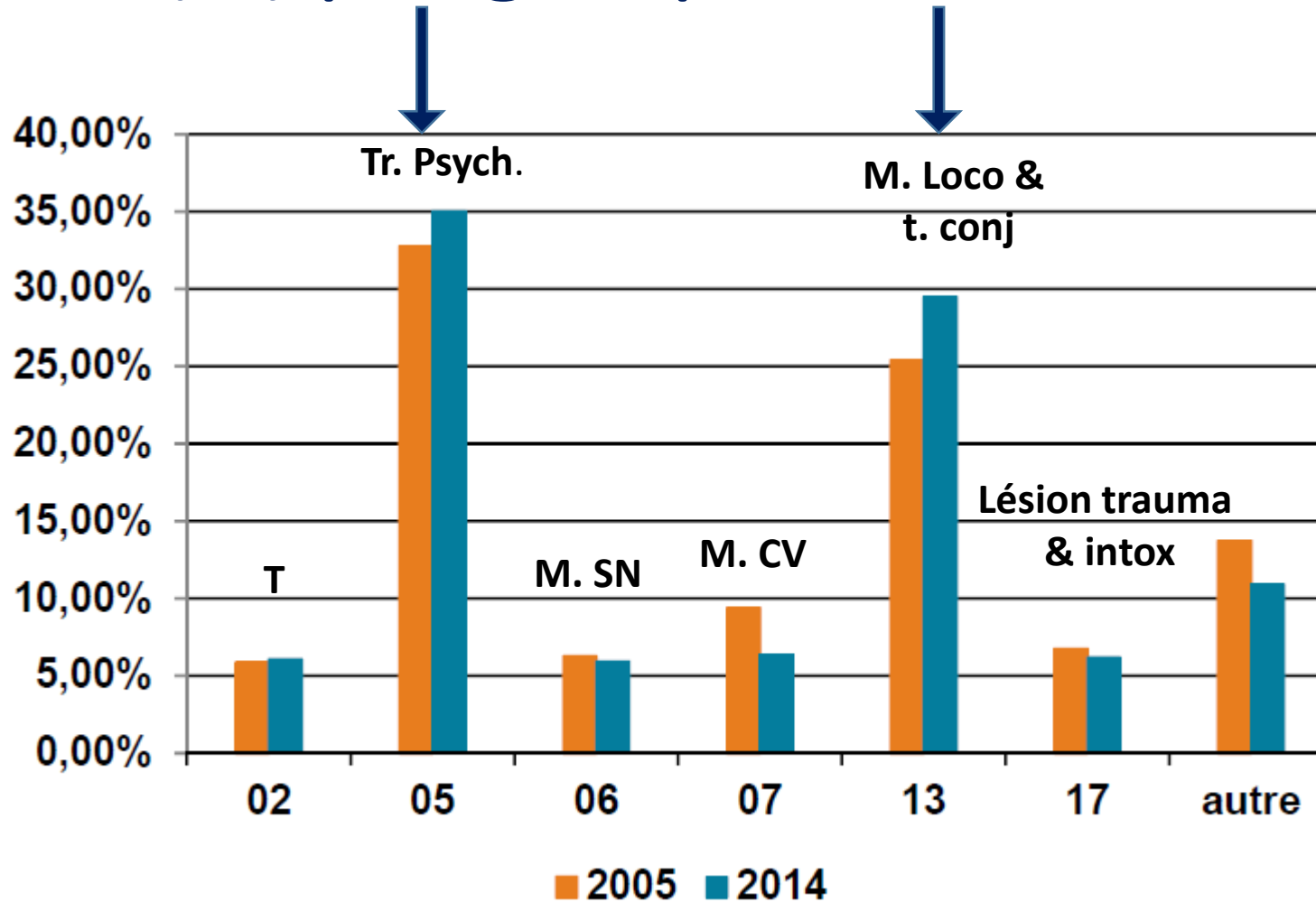
Evolution de la population par catégorie d'âge

Tableau 1: Evolution population belge par groupe d'âge			
1995-2014	Hommes	Femmes	Total
20-24	1,86%	3,30%	2,57%
25-29	-7,73%	-4,00%	-5,90%
30-34	-10,17%	-8,20%	-9,20%
35-39	-7,85%	-7,17%	-7,52%
40-44	7,31%	7,66%	7,48%
45-49	18,18%	17,83%	18,01%
50-54	52,96%	51,90%	52,43%
55-59	36,19%	32,66%	34,39%
60-64	20,08%	13,52%	16,66%

Explications

1. Vieillissement de la population et évolution du marché du travail
2. **Poursuite de la croissance des nouvelles pathologies**
3. Mesure prise dans d'autres secteurs (chômage)

Invalides (%) par groupes de maladies



Source: Inami, facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides 2005-2014

Poursuite de l'augmentation des nouvelles pathologies

- *Enquête de santé par interview en Belgique (ISP, 2013)*
 - Aggravation de la situation psycho-émotionnelle des 15+ depuis 5 ans
 - 1pers/3 : bien-être psychique pas optimal
- *SD Works, Out of office, Ziekteverzuim in België 2012, Securex whitepaper, Absenteïsme in 2012*
 - Lien entre stress, conditions de travail, manque d'intérêt pour le T, carrière citron et IT LD
- *Sociaal Economische Raad voor Vlaanderen (SERV)*
 - la moitié seulement des travailleurs flamands estiment travailler dans de bonnes conditions de travail
 - le stress, problématique liée au travail qui apparaîtrait chez 30% des travailleurs

Explications

1. Vieillissement de la population et évolution du marché du travail
2. Poursuite de la croissance des nouvelles pathologies
3. **Mesure prise dans d'autres secteurs (chômage)**

Timing de la reprise de travail

- Reprise du travail chez le même employeur en fonction de la durée d'absence maladie (*enquête EWCS –EuroFound 2005*):
 - Arrêt 3 à 6 mois : moins 50% des cas au retour au travail
 - Arrêt > 12 mois : moins de 20%
 - Arrêt > 24 mois : moins de 10% des cas

→ Agir de façon 'précoce' est indispensable face à une absence qui se prolonge !
- Agir entre la 4^e et la 12^e semaine est efficace pour la lombalgie (*KCE 2006*)

Vue

Réinsertion-Réintégration
professionnelle:
Le tour en 15 minutes !

2 Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA **REINSERTION SOCIO- PROFESSIONNELLE**

Modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant
exécution de la loi relative à **l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités**
(MB 24.11.2016)

SPF Santé Publique, Sécurité Sociale
Médecin-conseil (MC)

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL**

Modifiant l'A.R. du 28.05.2003 relatif à
la **surveillance de la santé des
travailleurs** (MB 24.11.16)

SPF Emploi
Médecin du Travail (CP-MT)



2 Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA **REINSERTION SOCIO- PROFESSIONNELLE**

Modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution
de la loi relative à **l'assurance obligatoire soins
de santé et indemnités** (MB 24.11.2016)

SPF Santé Publique, Sécurité Sociale

Médecin-conseil (MC)

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL**

Modifiant l'A.R. du 28.05.2003 relatif à
la **surveillance de la santé des
travailleurs** (MB 24.11.16)

SPF Emploi

Médecin du Travail (CP-MT)

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Objectif

*‘favoriser la réintégration
socioprofessionnelle du titulaire
qui n’est plus ou ne peut plus être
employé par son employeur en
l’accompagnant vers une fonction
auprès d’un autre employeur ou
dans une autre branche d’activité.’*

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Au plus tard, 2 mois après la
déclaration de l'IT, le MC effectuée,
sur base du dossier médical du
titulaire, une première analyse
des capacités restantes

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA **REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE**

Au plus tard, 2 mois après la déclaration de l'IT, le MC effectue, sur base du dossier médical du titulaire, une première analyse des capacités restantes

CONTRAT DE TRAVAIL ?

Non

Oui

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL

AR TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA REINSERTION SOCIO PROFESSIONNELLE

Au plus tard, 2 mois après début de l'IT, le MC évalue les capacités restantes sur base du dossier médical du titulaire

Sauf si le titulaire a demandé au MT de commencer un trajet de réintégration.

Si le titulaire est sous contrat de travail au moment de l'évaluation,
classement en 4 catégories telles que:

Catégorie 1
il peut-être présumé
raisonnablement que le
titulaire reprendra le
travail spontanément
convenu au plus tard à la
fin du 6^{ème} mois d'IT.



Catégorie 2
RT ne semble pas
possible pour
raisons médicales.

Catégorie 3
RT n'est
momentanément pas
d'actualité car
priorité donnée au
diagnostic ou au
traitement médical



Catégorie 4
RT possible par
proposition de travail
adapté (temporaire ou
définitif) ou un autre
travail.



Le MC renvoie le titulaire vers le CP-MT *
en vue du démarrage **d'un trajet de réintégration** (section 6/1 AR 28.05.2003)

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Au plus tard, **2 mois après la déclaration de l'IT**, le MC effectue, sur base du **dossier médical du titulaire**, une première analyse des **capacités restantes**

CONTRAT DE TRAVAIL ?

Non

Oui

Cat 1 *: RT à 6 mois
Cat 2: No RT r. med
Cat 3 *: No RT map med
Cat 4 *: RT si T adapté

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL

LE TRAVAILLEUR Ou son MG (si le travailleur y consent)	Pendant la période de l'incapacité de travail
LE MC * s'il est d'avis que le travailleur entre en compte pour la réintégration	Pendant la période de l'incapacité de travail
L'EMPLOYEUR	Au plus tôt à partir de 4 mois après le début de l'ITT. OU à partir du moment où le travailleur lui remet une attestation d'incapacité définitive, établie par le MG.

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA **REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE**

Au plus tard, 2 mois après la déclaration de l'IT, le MC effectue, sur base du dossier médical du titulaire, une première analyse des capacités restantes

CONTRAT DE TRAVAIL ?

Non

Oui

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL

AR TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA REINSERTION SOCIO PROFESSIONNELLE

Au plus tard, 2 mois après début de l'IT, le MC évalue les capacités restantes sur base du dossier médical du titulaire

Sauf si le titulaire a demandé au MT de commencer un trajet de réintégration.

Si le titulaire n'est pas sous contrat de travail au moment de l'évaluation,
classement en 4 catégories telles que:

Catégorie 1
il peut-être présumé
raisonnablement
qu'au plus tard à la fin
du 6^{ème} mois d'IT, le
titulaire peut
reprendre un métier
sur le marché du
travail



Catégorie 2
La reprise d'un
métier ne semble
pas possible pour
raisons médicales

Catégorie 3
La reprise d'un
métier sur le
marché du travail
n'est
momentanément
pas d'actualités,
priorité donnée au
diagnostic ou au
traitement médical



Catégorie 4
reprise d'un métier
sur le marché du
travail semble
possible après
réadaptation ou
formation
professionnelle



Le MC démarre un projet de réintégration visant la réinsertion professionnelle



Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Au plus tard, 2 mois après la déclaration de l'ITT, le
MC effectuée, sur base du dossier médical du titulaire,
une première analyse des capacités restantes

CONTRAT DE TRAVAIL ?

Non

Oui

4 catégories ./.
Marché du travail

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL

Le MC démarre un projet de réintégration visant la réinsertion prof.

Examen **médico-social**, endéans le mois.

Objectifs: préciser

- les **capacités restantes**
- les **possibilités de remise au travail**

Et s'informe de **l'opinion du titulaire** quant au plan de réintégration (réinsertion prof proposé)

Les conclusions sont transmises au **M Traitant en vue concertation**

Organismes participant à la réinsertion prof consultés

Le MC démarre un projet de réintégration visant la réinsertion prof. (suite)

Le MC établit une **offre de plan de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle**

Le MC informe lors d'un **entretien** (endéans les 2 sem)
le titulaire de l'offre: contenu, portée, conséquences

Si approbation par le titulaire: **convention** signée entre parties
MC assure le **suivi du plan** / 3 mois

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Entrée en vigueur

1 décembre 2016

*IT à partir du 1er janvier 2016: le 1er
janvier 2017*

*IT avant le 1er janvier 2016: le 1er
janvier 2018*

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

2 Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA **REINSERTION SOCIO- PROFESSIONNELLE**

Modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution
de la loi relative à **l'assurance obligatoire soins
de santé et indemnités** (MB 24.11.2016)

SPF Santé Publique, Sécurité Sociale

Médecins-Conseil

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL**

Modifiant l'A.R. du 28.05.2003 relatif à
la **surveillance de la santé des
travailleurs** (MB 24.11.16)

SPF Emploi

Médecin du Travail

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN IT**

Objectif

*promouvoir la réintégration du
travailleur (T) qui ne peut plus exercer le
travail convenu en donnant au T :
Soit, **temporairement**, un **travail adapté
(TA)** ou un autre travail en attendant
d'exercer à nouveau son travail convenu.
Soit, **définitivement**, un travail adapté ou
un autre travail **s'il est définitivement
inapte à exercer son travail convenu.***

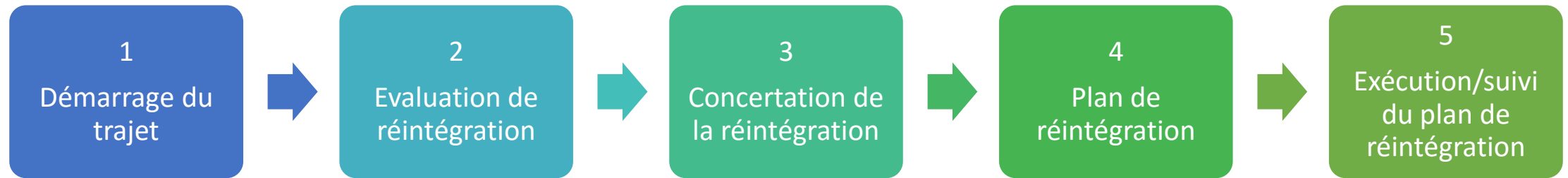
Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

*Le trajet de réintégration
n'est pas applicable à la
remise au travail en cas
d'accident au travail ou de
maladie professionnelle!*

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE REINTEGRATION VISANT LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Au plus tard, **2 mois après la déclaration de l'ITT**, le MC effectue, sur base du **dossier médical du titulaire**, une première analyse des **capacités restantes**

CONTRAT DE TRAVAIL ?

Non

Oui

Cat 1* : RT à 6 mois
Cat 2 : No RT r. med
Cat 3* : No RT map med
Cat 4* : RT si T adapté

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL

LE TRAVAILLEUR Ou son MG (si le travailleur y consent)	Pendant la période de l'incapacité de travail
LE MC* s'il est d'avis que le travailleur entre en compte pour la réintégration	Pendant la période de l'incapacité de travail
L'EMPLOYEUR	Au plus tôt à partir de 4 mois après le début de l'ITT. OU à partir du moment où le travailleur lui remet une attestation d'incapacité définitive établie par le MG.

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Qui le demande ?

LE TRAVAILLEUR
Ou son **M Traitant** (si le travailleur y consent)

LE MC *
s'il est d'avis que le travailleur entre en compte pour la réintégration

L'EMPLOYEUR

Quand ?

Pendant la période de l'incapacité de travail

Pendant la période de l'incapacité de travail

Au plus tôt à partir de 4 mois après le début de l'IT
OU à partir du moment où le travailleur lui remet une attestation d'incapacité définitive établie par le **MG**.

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Le CP-MT informe:

- E si demande provient du T ou du MC
- MC si demande provient du T ou de E

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



LE CP-MT effectue l'évaluation de la réintégration du travail dans le but :

- d'examiner si T pourra reprendre le travail convenu à terme, avec ou sans adaptation du poste
- d'examiner les possibilités de réintégration sur base des capacités restantes du T

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Le CP-MT réalise la concertation

- si T est d'accord
- avec le **M Traitant** : pour échange de données
- avec le MC : pour examen des possibilités de travail
- avec autres conseillers en prévention et/ou personnes concernées

Le CP-MT examine le poste ou l'environnement de travail:

Le CP-MT rédige un **rapport**

Le CP-MT veille à la **progressivité des mesures** proposées

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Suite à la concertation et à l'évaluation de santé, CPMT prend une des 5 décisions suivantes,
qu'il indique sur le formulaire d'évaluation de réintégration:

Décisions du CP-MT



Formulaire d'Évaluation de Réintégration (FER)

- | | | |
|----|---|--|
| a. | T pourra reprendre le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| b. | T pourra reprendre le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| c. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail |
| d. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail |
| e. | Pas de trajet possible temporairement | A revoir |

Décisions du CP-MT



Formulaire d'Évaluation de Réintégration (FER)

Au plus tard 40 jours ouvrables après réception de la demande de réintégration, le CP-MT veille à ce que:

- le **F.E.R** soit transmis à l'employeur et au travailleur,
- le **MC** soit tenu au courant (si aucune proposition d'adaptation du poste ou autre travail),
- le F.E.R. soit joint au dossier de santé du travailleur.

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Recours possible pour le travailleur s'il n'est pas d'accord avec l'évaluation de réintégration

Décision du CPMT d'inaptitude définitive du T
au travail convenu

Décisions du CP-MT



Formulaire d'Évaluation de Réintégration

- | | | |
|----|---|--|
| a. | T pourra reprendre le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| b. | T pourra reprendre le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| c. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail |
| d. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail |
| e. | Pas de trajet possible temporairement | A revoir |

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Recours

7 jours après réception formulaire évaluation de réintégration du CPMT

Lettre recommandée au médecin-inspecteur social (MI) de la DG CBE (SPF Emploi)

Concertation MI-**M Traitant**-CP-MT, décision à la majorité des voix

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Recours

- **Accepté** : *pas d'inaptitude définitive au travail convenu*
- **Refusé** : *inaptitude définitive au travail convenu*

! Si pas de travail adapté ni d'autre travail possible entretemps

Le trajet de reintegration est définitivement terminé

Et l' E peut mettre fin au contrat pour force majeure médicale

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Phase de *concrétisation* par l'employeur de l'évaluation de réintégration
par le CPMT

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



L'employeur établit un **plan de réintégration**:

En concertation avec:

- le travailleur,
- le CP-MT
- et, le cas échéant, d'autres personnes qui peuvent contribuer à la réussite de la réintégration.

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



–*inaptitude temporaire avec possibilité de réintégration à un travail adapté / autre*

à la réception évaluation réintégration

–*inaptitude définitive avec possibilité de réintégration à un travail adapté / autre*

à l'expiration délai recours/réception décision recours

Décisions du CP-MT



Formulaire d'Évaluation de Réintégration

- | | | |
|----|---|--|
| a. | T pourra reprendre le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| b. | T pourra reprendre le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail entretemps |
| c. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T peut faire travail adapté ou autre travail |
| d. | T définitivement inapte pour le travail convenu | T ne peut pas faire travail adapté ou autre travail |
| e. | Pas de trajet possible temporairement | A revoir |

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Mesures concrètes & détaillées :

- Adaptations raisonnables du poste de travail
- Description travail adapté (volume de t, horaire, progressivité des mesures)
- Description autre travail (idem)
- Nature formation en vue de pouvoir effectuer le travail adapté
- Durée validité du plan

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Pas de plan possible?

Techniquement ou objectivement impossible
OU

Ne peut être exigé pour des motifs dûment
justifiés

L'E rédige un rapport vers le C-MT et à disposition
des fonctionnaires chargés de la surveillance

Conséquences :

Soit T reste temporairement inapte au travail
convenu jusqu'à :

- Possibilité reprise travail convenu
- Réévaluation par CPMT et démarrage d'un nouveau trajet

Soit inaptitude définitive au travail convenu:
trajet fini définitivement

→ E peut mettre fin au contrat pour force
majeure médicale

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Le CP-MT remet le plan de réintégration au MC

Le MC décide de la RT de travail progressive et l'IT (art. 100)

Le plan de réintégration mentionne cette décision.

L'employeur adapte le plan.

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Après réception de l'évaluation de réintégration, E a ...

55 jours si inaptitude temporaire avec possibilité de réintégration à un travail adapté / autre

12 mois si inaptitude définitive avec possibilité de réintégration à un travail adapté / autre
Peut être plus rapide !

.... pour remettre Plan / Rapport au T + au CPMT

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Avis du travailleur

- Accord du T : signature Plan
- Refus du T : préciser les motifs

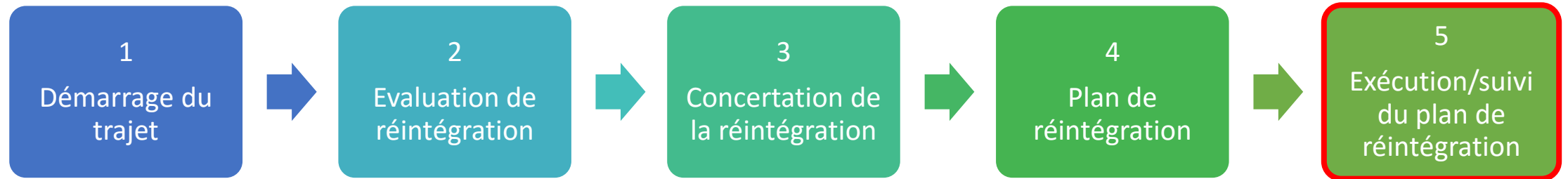
Le trajet de reintegration est définitivement terminé

Et l' E peut mettre fin au contrat pour force majeure médicale

T a **5 jours** à dater de la réception du plan de réintégration

T peut se faire assister par un rep des T

AR 28.10.16 - REINTEGRATION DES TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE TRAVAIL



Le CP-MT suit, en concertation avec l'E et le T, de manière régulière l'exécution du plan

Le T peut demander une consultation spontanée au CP-MT pour réexaminer le trajet de réintégration, s'il estime que les mesures prises en tout ou en partie, ne sont plus adaptées à sa situation de santé.

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

Entrée en vigueur

*Les travailleurs ont la possibilité de
démarrer un trajet de réintégration à
partir du 1er janvier 2017, quelque soit
le début de l'ITT*

*ITT à **partir** du 1er janvier 2016: le 1er
janvier 2017*

*ITT **avant** le 1er janvier 2016: le 1er
janvier 2018*

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 – TRAJET DE
REINTEGRATION VISANT LA
REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE

AR 28.10.16 - **REINTEGRATION DES
TRAVAILLEURS EN INCAPACITE DE
TRAVAIL**

Arrêtés Royaux Réintégration

AR 08.11.16 –
TRAJET DE
REINTEGRATION
VISANT LA
REINSERTION
SOCIO-
PROFESSIONNELLE

AR 28.10.16 -
**REINTEGRATIO
N DES
TRAVAILLEURS
EN INCAPACITE
DE TRAVAIL**

AR 30.01.17

Modifications loi du 03-07-78 sur les contrats de travail (art. 34: règle la fin du contrat pour force majeure) : le recours à la force majeure mettant fin au contrat n'est possible qu'après avoir terminé le trajet de réintégration prévu dans l'AR du 28-05-03 (surveillance de santé)

Points de Vue

Du nouveau ?

Non,

Visite de pré-reprise du travail

A.R. 28.05.2003, art.1 à 3, Mod. A.R. 04.07.2004 (M.B. 03.08.2004), Mod. A.R. 27.01.2008 (M.B. 03.03.2008) Mod. A.R. 24.04.2014 (M.B. 23.05.2014)

Pour les T soumis ou non à la surveillance de santé

Durant l'incapacité de travail, pour envisager la reprise de travail

En vue d'un aménagement éventuel du poste de travail

A l'initiative du travailleur

Si le travailleur est d'accord, le CP-MT prévient l'employeur et peut se concerter avec le médecin traitant et/ou le médecin conseil.

Du nouveau ?

Non,

Examen médical de reprise de travail

A.R. 28.05.2003, art.35-36 (M.B. 16.06.2003), **A.R. 24.04.2014** (M.B. 23.05.2014)

Obligatoire après toute absence d'au moins 4 semaines consécutives.

Possible après une absence de plus courte durée à la demande du travailleur ou si le CP-MT le juge nécessaire.

Au plus tôt le jour de la reprise et au plus tard dans les 10 jours ouvrables

Si le travailleur y consent, le CP-MT peut se concerter avec le médecin traitant et/ou le médecin-conseil

Du nouveau ?

Non,

Evaluation dans le cadre d'une procédure de reclassement

A.R. 28.05.2003, art.39 et 41 (M.B. 16.06.2003)

A l'initiative du travailleur

Sur base d'un certificat du médecin traitant qui déclare le travailleur en incapacité



Textes législatifs existants Efficacité, évaluation ?

- En Belgique
- De la LOI

Du nouveau ?

Oui,

LE TRAVAILLEUR Ou son M Traitant (si le travailleur y consent)	Pendant la période de l'incapacité de travail
LE MC s'il est d'avis que le travailleur entre en compte pour la réintégration	Pendant la période de l'incapacité de travail
L'EMPLOYEUR	Au plus tôt à partir de 4 mois après le début de l'IT OU à partir du moment où le travailleur lui remet une attestation d'incapacité définitive établie par le MG .

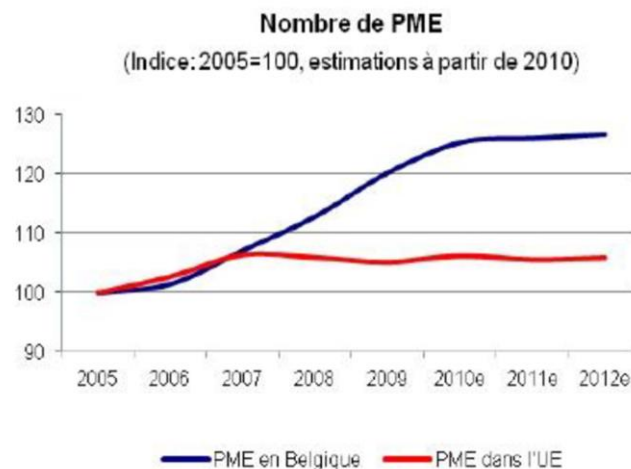
Compétitivité des entreprises

- L'employeur favorise les RT à 100% des capacités !
- >< Retour progressif au travail
- Belgique : absence d'incitant financier
 - Employeur : un mois de salaire garanti
 - Travailleur: piège à l'emploi (reprise à temps partiel)

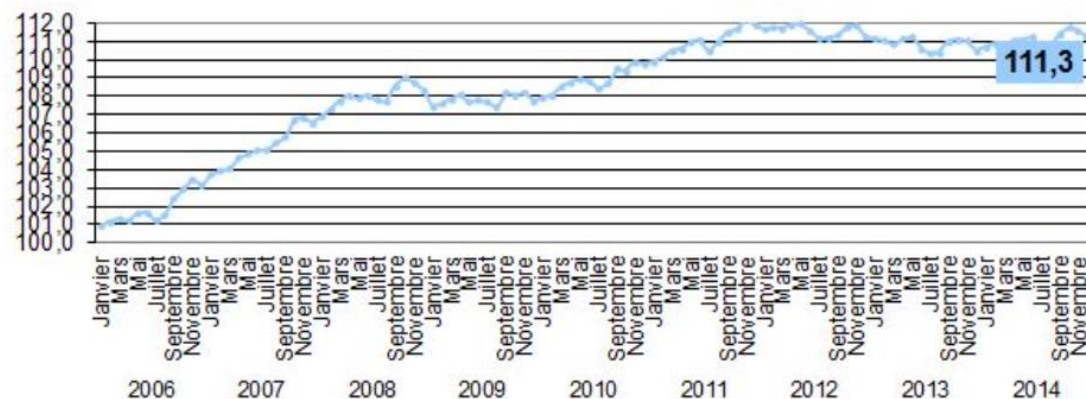
→ Programme de retour au travail si présent généralement dans les entreprises de plus de 1000 travailleurs, bonne volonté chez les autres ...

Retour au travail après une absence de longue durée, résumé du rapport de recherche – 25 mai 2012, Université de Liège, STES, Prof. Philippe Mairiaux, Nathalie Schippers, Unité de droit social, Prof. Fabienne Kéfer, Sabine Cornelis, Katholieke Universiteit Leuven, Département Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde¹, Prof. Peter Donceel, Pierre-René Somville).

Les PME : incontestablement les plus grands employeurs



- L'emploi dans les PME reste très important en Belgique: 4 Belges actifs sur 10 travaillent dans une PME
- L'indice Emploi PME en Belgique diminue légèrement durant le quatrième trimestre de 2014 (-0,1%)
- La Flandre termine l'année en positif pour le quatrième trimestre consécutif
- L'année 2014 est bien plus positive que les deux années précédentes



L'Indice Emploi PME a atteint 111,3 points en décembre 2014, alors qu'il n'était que de 110,5 l'an dernier pour la même période. Cet indice donne le nombre de travailleurs occupés en plus (sur cent) par rapport au nombre de travailleurs occupés en janvier 2005 (=point de référence; index=100).

Secteur industriel-GE



Convaincre l'employeur ?

Socio éco

- Adaptations moins coûteuses
- Cout direct et indirect
- Gestion des compétences et des expertises
- Implication, valorisation, motivation
- Qualité de vie du T
- Bien-être global au travail: attention à la bonne personne au bon endroit, travail adapté aux capacité de chacun
- Image positive de l'entreprise

Juridique

- Loi du 4 août 1996 BE des travailleurs lors de l'exécution de lors travail
- Législation relative à la lutte contre les discriminations (adaptation raisonnable)

Cadre légal

1. Loi coordonnée du 3 juin 1970 relative à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci
2. Loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail
3. Loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail
4. Arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage
5. Arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 26 avril 1994 promouvant l'occupation de personnes handicapées sur le marché libre du travail
6. Loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
7. Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail
8. Décret de la Commission Communautaire française du 4 mars 1999 relatif à l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées
9. Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail
10. Arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs
11. Loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle.
12. Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination
13. Arrêté du Gouvernement wallon du 29 novembre 2007 visant à promouvoir l'égalité des chances des personnes handicapées sur le marché de l'emploi
14. Arrêté du Gouvernement flamand du 18 juillet 2008 relatif à l'intégration professionnelle des personnes atteintes d'un handicap à l'emploi

Pr. F. Kéfer, Mme S. Cornelis, Unité de droit social, ULg

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique souhaite faire contribuer les entreprises au paiement des indemnités de maladie. Pour l'instant, l'employeur ne paie aux employés malades que le premier mois de salaire. En cas de congé de maladie de plus longue durée, le travailleur perçoit une allocation.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé Maggie De Block (Open Vld) veut faire participer les entreprises au paiement de l'allocation de leurs malades longue durée, ressort-il de **la proposition** que la libérale a remise aux vice-Premiers ministres du gouvernement Michel.

→ **Les règles actuelles.** Lorsqu'un employé est malade, l'entreprise est tenue de payer son salaire garanti durant un mois. Ensuite, le malade est pris en charge par la mutuelle.

→ **Ce que veut Maggie De Block.** Pour inciter les entreprises à redoubler d'efforts pour que leurs travailleurs tombent moins malades, Maggie De Block entend leur faire payer 10% de l'allocation sociale pendant 6 mois, entre le 2e et le 7e mois de maladie.

Indemnités maladie: les employeurs rejettent la proposition de De Block



Le cabinet De Block a promis une concertation avec les partenaires sociaux si la proposition recevait l'aval du gouvernement. - © NICOLAS MAERTENS/INCH - RFI.GA

Belga

Publié le vendredi 28 octobre 2016 à 12h51

Les organisations d'employeurs s'opposent à la "nouvelle hausse de taxe unilatérale" que contient la proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block. La ministre souhaite faire contribuer les entreprises au paiement des indemnités de maladie. Pour l'instant, l'employeur ne paie aux employés malades que le premier mois de salaire.

La FEB s'oppose à cette "hausse de taxe unilatérale". "L'employeur ne peut pas être tenu responsable pour quelque chose qu'il ne peut pas changer. Nous voulons d'abord savoir précisément comment chaque partie - travailleurs, employeurs et médecins- sera responsabilisée dans les propositions mises sur la table. Il ne peut être ni question de mesures unilatérales pour les employeurs, ni de hausses de coûts déguisés", explique Bart Buysse, directeur général de la FEB.

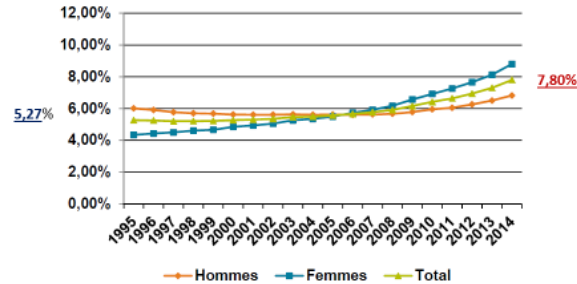
"Nous constatons que cette proposition est une lourde charge d'impôts de nouveau pour nos entreprises. C'est un fardeau qui sera uniquement porté par les employeurs", estime Hans Maertens, administrateur délégué du Voka, l'organisation patronale flamande. "Des gens ne seront pas guéris avec cette mesure". Hans Maertens réclame une première concertation sur le fond avec les partenaires sociaux.

L'organisation des indépendants SNI ne veut "absolument pas entendre parler d'un élargissement des indemnités de maladie d'un travailleur aux frais de l'employeur". "Si la ministre De Block impose son souhait et fait payer les indemnités d'incapacité de travail entre le deuxième et le septième mois d'incapacité par les entreprises, cela aura un effet négatif sur l'emploi dans notre pays. Les entreprises y réfléchiront à deux fois avant d'engager et licencieront plus vite les travailleurs qui sont fréquemment malades", ajoute le SNI.

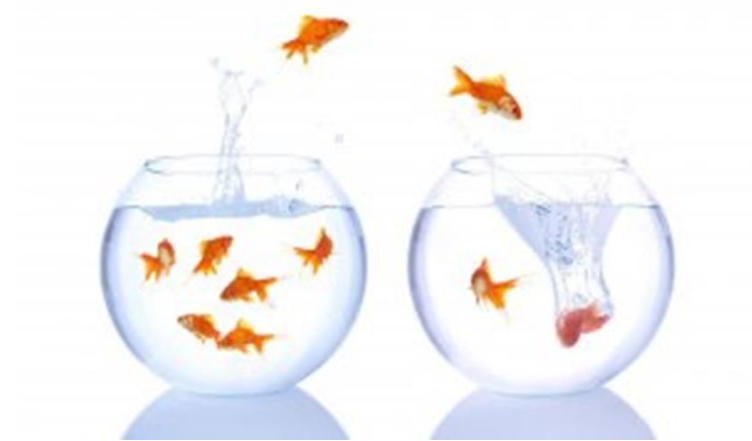
"A côté de la plaque" selon le CDH

La proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Maggie De Block, de faire contribuer certaines entreprises au paiement des indemnités de maladie est "à côté de la plaque", selon le cdH, qui évoque "une solution bête et méchante, court-termiste et purement budgétaire". Pour le parti humaniste, l'augmentation du nombre de travailleurs en maladie/invalidité - 346.971 personnes au 31 décembre 2015, soit +7,9% en un an- est "un fait" et "des solutions doivent être trouvées afin de freiner cette progression" mais, estime la cheffe de groupe cdH à la Chambre, Catherine Fonck, "ces chiffres ne sont pas étonnants et ne feront qu'augmenter, compte tenu des décisions du gouvernement fédéral notamment pour ce qui concerne le relèvement de l'âge de départ à la pension et le durcissement des conditions de départ à la pension".

Taux d'invalides

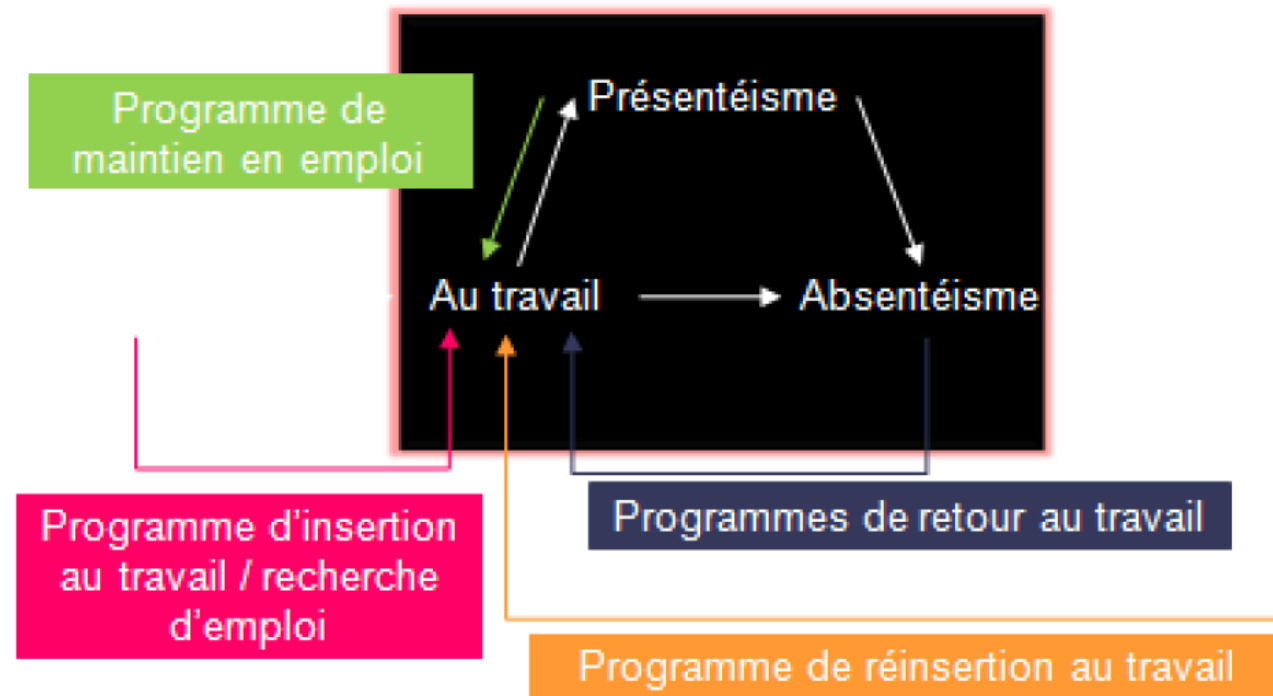


Source: Inami, facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides 2005-2014



1. Vieillesse de la population et évolution du marché du travail
2. Poursuite de la croissance des nouvelles pathologies
3. Mesure prise dans d'autres secteurs (chômage)

Marges de manoeuvre



D'après, Durand MJ, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S. [Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study](#). Disabil Rehabil. 2011;33(13-14):1245-52

Prise en charge optimale en médecine du travail : rôle du médecin du travail et du médecin conseil

Ce projet met en évidence le rôle crucial du médecin du travail et celui du médecin conseil afin de minimiser les conséquences du mal de dos tant pour le patient que du point de vue sociétal.

Le premier rôle de ces médecins doit être un rôle d'information des travailleurs : le mal de dos est une affection fréquente, certaines fonctions et positions présentent plus de risques, le mal de dos aigu se résout fréquemment de manière spontanée (90% dans les six semaines), il est important rester actif malgré la douleur. Si les contraintes physiques liées au travail jouent un rôle sur le plan étiologique, des facteurs psychosociaux (tels que le stress, l'anxiété ou le manque de satisfaction au travail) influencent la gravité de l'évolution et la probabilité d'un passage à la chronicité. Dans ce domaine, les données scientifiques restent moins tranchées.

Un second rôle de ces médecins est la promotion de stratégies de prévention pour éviter le passage à la chronicité. La littérature offre des données probantes pour les écoles du dos (sur le lieu du travail et incluant une composante d'exercices) et pour les interventions multidimensionnelles ou multidisciplinaires (voir supra).

La revue critique de la littérature met en évidence le rôle de l'exercice comme facteur-clé pour la guérison. Une approche multidisciplinaire combinant un programme d'exercices et une prise en charge psychologique et/ou sociale est particulièrement bénéfique. Les médecins du travail et des assurances ont dès lors une responsabilité dans la prise en charge des travailleurs en incapacité pour lombalgie, en collaboration

avec le ou les médecin(s) traitant(s). Le médecin veillera idéalement à minimiser la période d'incapacité en recommandant la poursuite des activités habituelles. Une reprise du travail peut aussi être accélérée par une adaptation temporaire des tâches (durée, charges).

En cas de douleur lombaire récurrente ou constante, l'analyse des "yellow flags" permettrait d'identifier les travailleurs qui risquent un passage à la chronicité (problèmes psychologiques ou dépression). Le médecin du travail analysera également les attentes du travailleur lorsqu'un retour au travail est planifié. L'organisation d'un programme de retour au travail qui s'appuie sur une collaboration entre le secteur curatif et la médecine du travail est à ce titre bénéfique pour favoriser la reprise du travail et diminuer le nombre de jours perdus.

Recommandations

L'analyse scientifique de la prise en charge et des conséquences de la lombalgie conduit à la formulation des recommandations suivantes:

- Tous les prestataires de soins doivent être plus sensibilisés aux dangers de l'inactivité chez les patients souffrant de lombalgie chronique, à l'inutilité de multiplier des procédures diagnostiques, aux données probantes qui existent pour certains traitements conservateurs (basés sur une réactivation physique et une approche biopsychosociale), à l'absence de telles données pour de nombreuses autres interventions actuellement utilisées. Lors de lombalgie chronique, il est crucial que le patient soit réinséré le plus rapidement possible dans le circuit du travail. La prescription de tests inutiles et le recours à des traitements non indiqués peuvent entretenir le caractère chronique du mal de dos et faire plus de tort que de bien au patient.
- L'ensemble de ces pratiques nécessite une collaboration étroite entre médecins du travail et médecins du secteur curatif, du médecin généraliste aux médecins de diverses spécialités. Les tâches et responsabilités respectives du médecin du travail et du médecin conseil sont à redéfinir : leur rôle dans la prévention du passage à la chronicité doit être renforcé, dans la mesure où la réinsertion rapide des travailleurs souffrant de lombalgie chronique est une priorité des autorités.
- Les sources de données actuelles sont trop fragmentaires : elles ne suffisent pas, d'un point de vue politique, pour suivre de manière optimale les conséquences d'un problème sociétal tel que la lombalgie.

- Les données relatives aux affections chroniques manquent en

Retour au travail après une absence de longue durée, résumé du rapport de recherche – 25 mai 2012, Université de Liège, STES, Prof. Philippe Mairiaux, Nathalie Schippers, Unité de droit social, Prof. Fabienne Kéfer, Sabine Cornelis, Katholieke Universiteit Leuven, Département Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde1, Prof. Peter Donceel, Pierre-René Somville).

- En médecine du travail, les bases de données devraient rapidement évoluer vers un encodage standardisé d'affections spécifiques qui entraînent des incapacités de longue durée afin de permettre des analyses et des comparaisons.



Fiche mémo

Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout*

Mars 2017

Trio



<http://www.ssmg.be/cellules-specifiques/sante-et-bien-etre-au-travail>

Santé et bien-être au travail



Responsable : Dr Evelyne Lenoir

Bienvenue sur les pages de la cellule santé et bien-être au travail de la SSMG !

La cellule travaille à la sensibilisation des médecins généralistes à la santé et au bien-être au travail.

Cliquez dans les différentes cases pour trouver ...

UNE « MALLETTE À OUTILS »

Avec notamment des **fiches thématiques** qui vous informent et vous guident pour réagir adéquatement à certaines situations.

DES APPORTS THÉORIQUES

La cellule a rassemblé de la **documentation utile**

- ☐ pour vous en tant que MG
- ☐ pour vos patients

DU SOUTIEN ET DES CONSEILS

Le **médecin référent** de la cellule met son **expertise à votre service**.

Vous pouvez aussi **partager des cas**, des situations rencontrées dans votre patientèle.

UNE PRÉSENTATION DE LA CELLULE

Quelle est sa philosophie ? Quelles sont ses actions ? En quoi peut-elle vous aider dans votre pratique ?

UN AGENDA SECTORIEL

Colloques, séminaires... autour de l'incapacité de travail, l'invalidité, la prévention, etc.

UN GLOSSAIRE

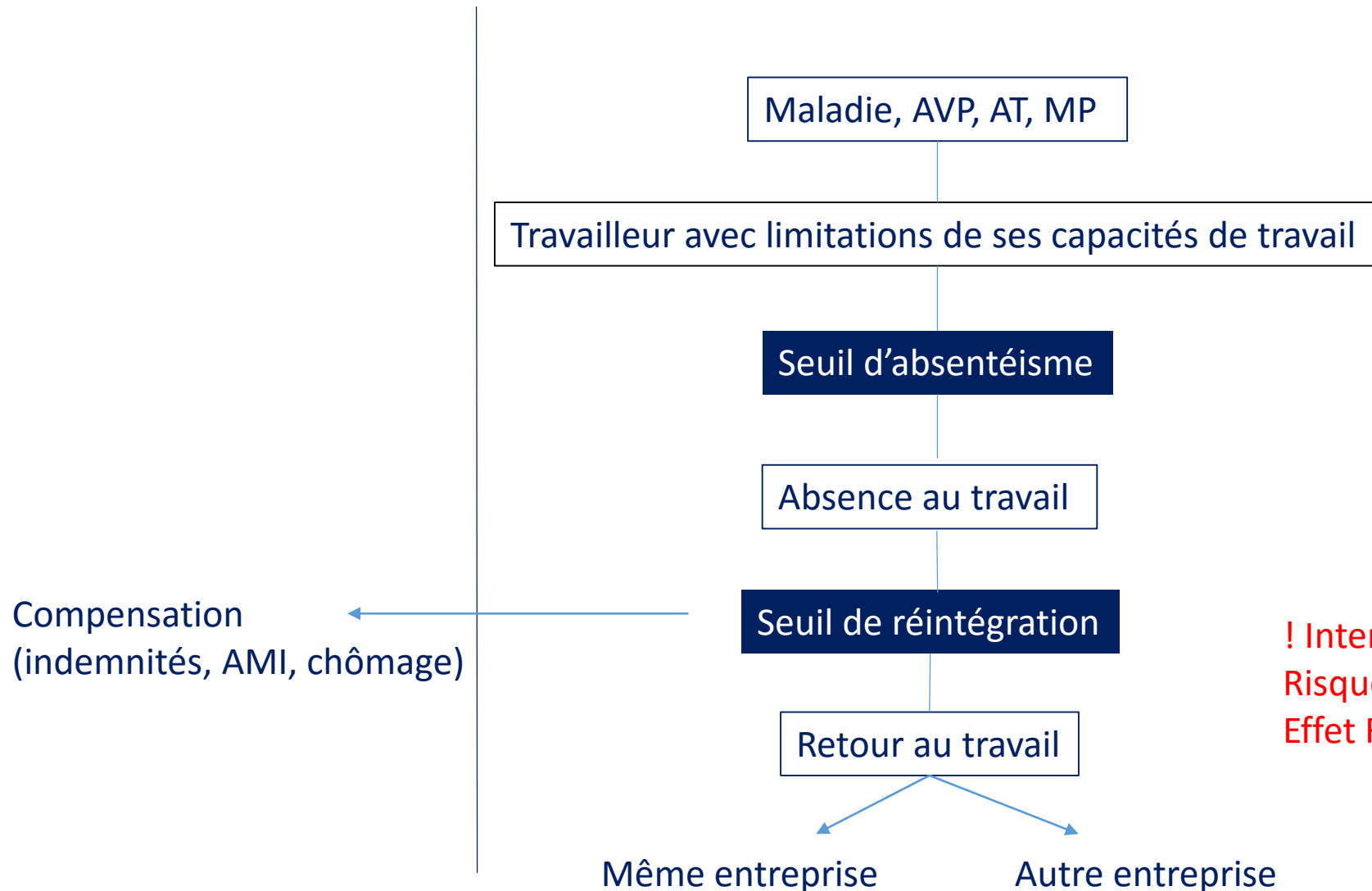
Médecin conseil, contrôle, du travail... Qui est qui ? Qui fait quoi ?

DES SITES CONSEILLÉS

Une compilation d'URL utiles (sites officiels, organisations spécialisées...)

Formation ?

DM Principes



DM

1. Approche systématique
2. Efforts coordonnés
3. Considération de :
 1. Besoins individuels
 2. Conditions de travail
 3. Cadre légal

! Intensité des politiques de retour au travail,
Risque de présentéisme
Effet Ford

Modèle bio-psycho-social

De la CIDHI à la CIF, une évolution culturelle, communautaire et politique

La Classification Internationale des Déficiences (impairments), Incapacités (Handicap)) et Handicaps (Disabilities), publiée en 1980 était un outil de rangement statique et descriptif de la réalité rencontrée par les soignants^{1,2}

Reflétant le modèle médical dominant elle liait l'étiologie, la pathologie et ses manifestations de façon linéaire et statique. Cette façon de voir est illustrée dans la figure suivante :

Modèle de la CIDHI

Maladie ou trouble → déficience → incapacité → handicap

Tableau 1 Modèle de la CIDHI 1980

Curing the disease will avoid disability



La maladie est la seule et unique cause de l'arrêt de travail.
C'est rarement vrai et d'autant moins que l'arrêt se prolonge !
Prise en charge médicale inappropriée.



Incapacité résultant de l'interaction entre la personne, avec son état de santé Et son environnement au travail

✓ CIF

✓ Modèle de Sherbrook de Loisel

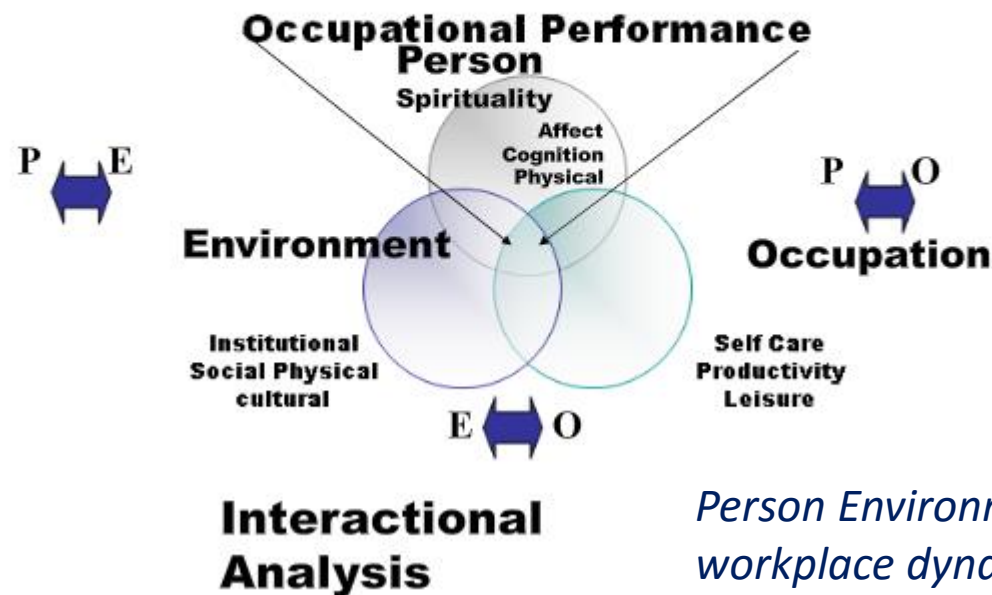
✓ White Hall Study

✓ Etude Gazel

DM : case management, caractéristiques

- Cibles: travailleur et lieu de travail

Person Environment Occupation Model - PEO



Person Environment Occupation model an analysis tool for workplace dynamics Sharon Brintoll, University of Alberta, IFDM 2006

DM: facteurs entravant ou retardant le RT (1)

Facteurs identifiés	Problématique de santé	Auteurs
Individuels démographiques		
Age élevé	toutes sauf les problèmes de santé mentale	[Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004].
Genre féminin	toutes	[Beemsterboer et al., 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004]
Genre féminin	TMS	Heymans et al. 2009 ; Steenstra et al., 2005]
Genre féminin	Stress	[Blank et al. 2008]
Genre masculin	dépression	[Blank et al. 2008]
Liés à l'état de santé général		
Douleur et importance de l'atteinte fonctionnelle	Essentiellement TMS	[Dekkers et al. 2009 ; Detaille et al., 2009 ; Heymans et al. 2009 ; Melloh et al. 2009 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al. 2005]
Sévérité du problème	santé mentale, cancers, maladies chroniques	[Detaille et al., 2009 ; Peters et al. 2007 ; Spelten et al. 2002]
Association d'une mauvaise santé mentale à des troubles musculo-squelettiques		[Dekkers et al., 2009 ; Melloh et al., 2009 ; Werner et Côté, 2009 ; Lloyd et al., 2008]
Antécédents d'incapacité	TMS	[Borg et al., 2004]

DM: facteurs entravant ou retardant le RT (2)

Psychosociaux		
Attentes négatives quant au processus de guérison	toutes	[Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006]
Fausse croyance, peur-évitement par rapport à la douleur	lombalgies	[Heymans et al., 2009 ; Melloh et al., 2009; Werner et Côté, 2009 ; Iles et al., 2008 ; Kapoor et al., 2006 ; Pincus et al., 2002]
Anxiété et somatisation	santé mentale	[Brouwers et al., 2009]
Stress et tendances à la somatisation	TMS	[Pincus et al., 2002]
Manque de soutien social	toutes	[Melloh et al., 2009; Steenstra et al., 2005]
Contexte professionnel		
Fonction physiquement lourde	toutes	[Detaillé et al., 2009 ; Peters et al., 2007 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al., 2002]
Insatisfaction au travail, manque de contrôle, de soutien, mauvaises relations avec les collègues	toutes	Beemsterboer et al., 2009 ; Dekkers et al., 2009 ; Heymans et al., 2009 ; Duijts et al., 2007 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004 ; Spelten et al. 2002]
Réactions de peur-évitement liées aux situations de travail	lombalgies	[Melloh et al. 2009]
Croyances en la capacité de reprise/ ne pas se sentir bienvenu en cas de retour au travail	toutes	[Ekbaladh et al., 2010 ; Dekkers et al., 2009 ; Melloh et al., 2009]

DM: facteurs **entravant** ou retardant le RT (3)

Contexte économique		
Système de compensation ou d'assurance "trop" favorable	toutes	[Blank et al., 2008 ; Hansson et al., 2006 ; Steenstra et al., 2005 ; Allebeck et Mastekaasa, 2004 ; Werner et côté, 2004]
Sécurité d'emploi	toutes	[Hansson et al., 2006]

DM: facteurs facilitant le RT en relation avec les stratégies d'intervention(*)

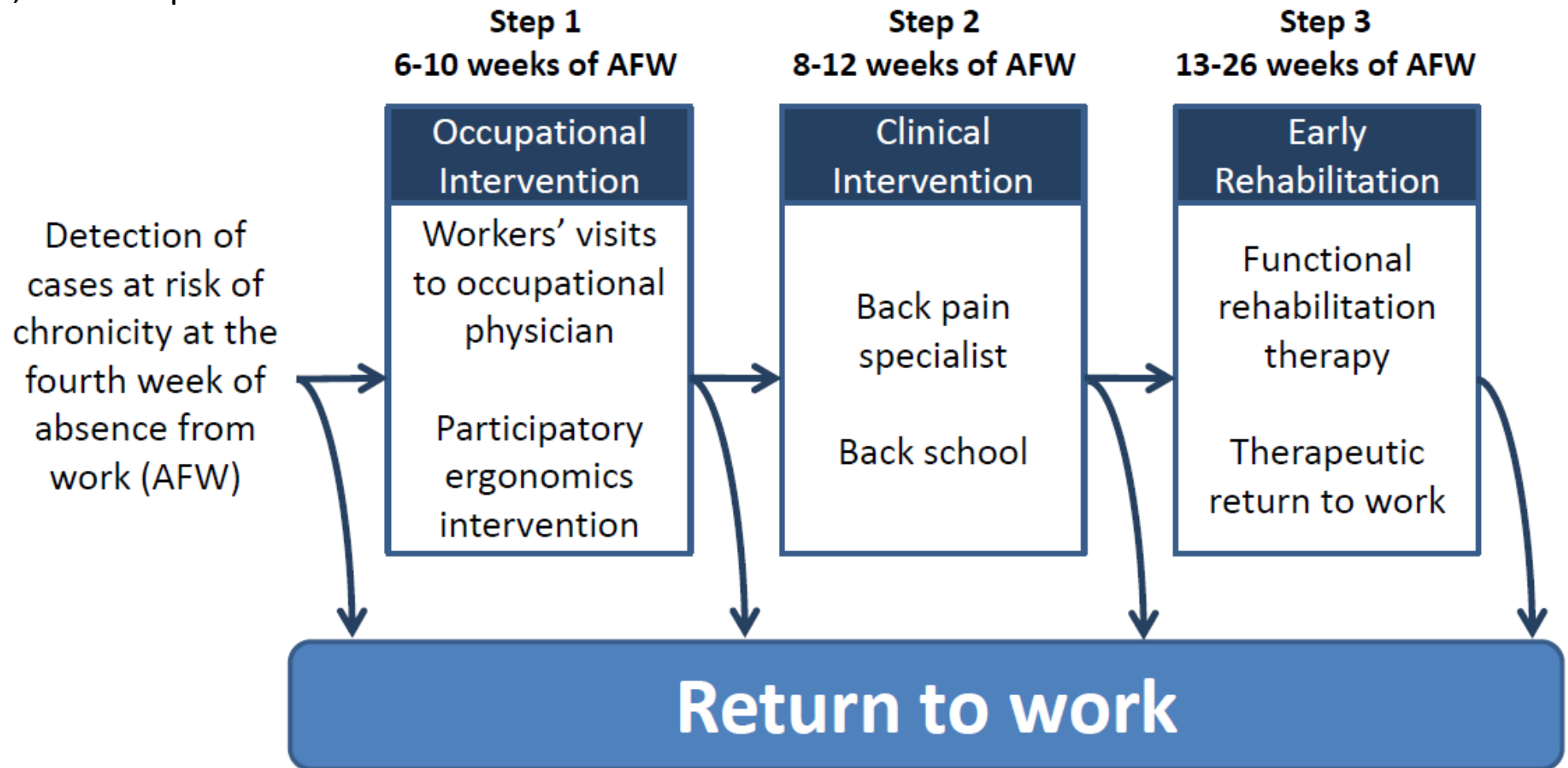
Facteur identifié	Auteurs
Consultation précoce, au début de l'incapacité de travail, par le médecin du travail sur base de critères de sélection établis par questionnaire	Kant et al. [2008]
Association au dépistage clinique de chronicité ; des critères professionnels identifiés sous forme de "drapeaux bleus"	Shaw et al. [2009]
Interventions comportant des modifications ergonomiques de l'environnement de travail	[Caroll et al. 2010 ; Anema et al., 2004]
Intervention à caractère participatif, faisant intervenir des personnes de référence	[Shaw et al., 2008 ; Werner et al., 2007]
Bonne communication entre médecins du travail, l'employeur, le système d'assurance et le travailleur lui-même	[Briant et al., 2008 ; Loisel et al., 2005 ; Mortelmans et al., 2006 ; Pransky et al., 2004 ; Anema et al. 2002]
Reconnaissance du cas par l'entreprise et le système d'assurance	[Mairiaux 2011]
Intervention ciblée sur travailleurs âgés de plus de 44 ans, présentant des antécédents d'incapacité dans l'année écoulée et des facteurs psychosociaux défavorables (insatisfaction, exclusion, faible autonomie, contexte socio-économique défavorable)	[Stapelfeldt et al., 2011 ; Heitz et al., 2009 ; Steenstra et al., 2009]

(*)(les interventions décrites concernent essentiellement la lombalgie)

Sherbrooke model

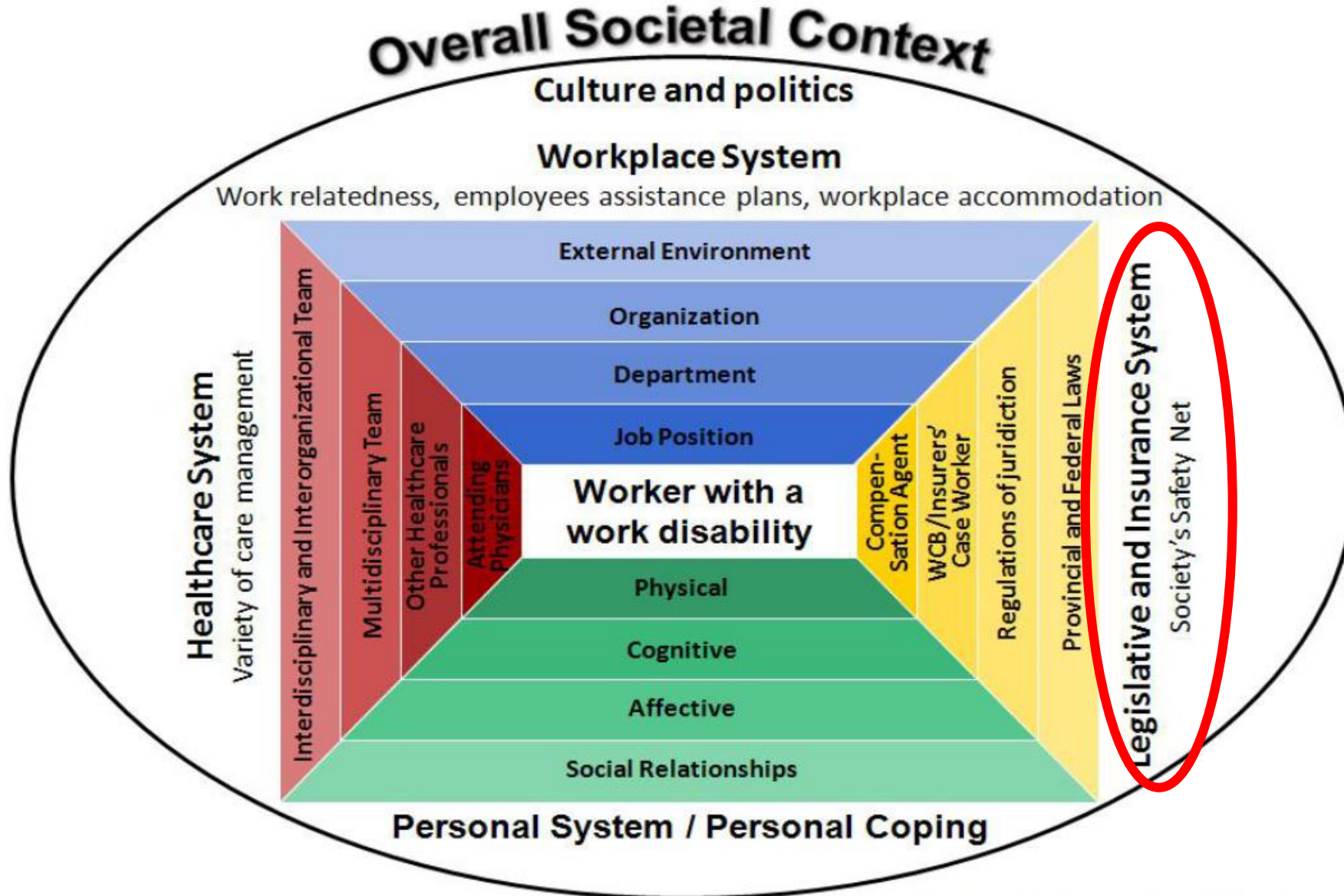
Loisel & al., Spine 1997; Anema & al., Spine 2007; Lambeek & al., BMJ 2010

Multidisciplinarité, secteurs préventifs et curatifs



The Arena of Work Disability

Enjeu de société



Et encore...

- *Retour au travail après une absence de longue durée, résumé du rapport de recherche – 25 mai 2012, Université de Liège, STES, Prof. Philippe Mairiaux, Nathalie Schippers, Unité de droit social, Prof. Fabienne Kéfer, Sabine Cornelis, Katholieke Universiteit Leuven, Département Arbeids-, Milieu- en Verzekeringsgeneeskunde¹, Prof. Peter Donceel, Pierre-René Somville).*
- Les relations avec les collègues, la LH, la culture générale d'entreprise déterminent dans une large mesure la motivation de l'assuré social, en incapacité de travail, à reprendre ou non le travail



ORIGINAL ARTICLE

What positive encounters with healthcare and social insurance staff promotes ability to return to work of long-term sickness absentees?

DANIEL OLSSON¹, KRISTINA ALEXANDERSON² & MATTEO BOTTAI¹

¹Department of Environmental Medicine (IMM), Unit of Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, and

²Department of Clinical Neuroscience (CNS), Division of Insurance Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Abstract

Aims: Previous studies suggest that positive encounters with healthcare and social insurance staff may be important in promoting return to work among long-term sickness absentees. This study aimed to identify more specifically what positive encounters are important for promoting ability to return to work. **Methods:** A questionnaire about different types of encounters was sent to 10,042 people in Sweden on sick leave for 6–8 months (58% responded). For each positive encounter, we estimated the marginal probability difference (PD) of return to work, adjusting for age, sex, education, sick-leave diagnosis, and the sum score of all other encounters. Adjusting for the other encounters is important since of the observed variables these were the strongest confounders. **Results:** The positive encounters with both healthcare and social insurance staff significantly associated with promoting ability to return to work after adjusting for the other positive encounters were “Believed in my work capacity” PD=16.9 (95% CI: 12.0, 21.9) and 12.0 (6.3, 17.7), respectively; “Supported my suggestions for solutions”: 9.5 (3.1, 15.9) and 11.6 (5.7, 17.4); “Was supportive and encouraging”: 10.1 (3.6, 16.7) and 7.3 (1.7, 12.8). Additionally, the encounter with healthcare staff most strongly associated with promoting return to work was “Let me take responsibility” 14.8 (7.2, 22.3); and with social security staff: “Showed that she/he liked me” 10.4 (5.4, 15.4). **Conclusions:** Healthcare and social security staff being supportive, encouraging, and believing in the sickness absentee’s work capacity may be very important for increasing the probability for long-term sickness absentees’ ability to return to work.

DISABILITY MANAGEMENT

‘Le Disability Management est une approche **systematique** et adéquate sur le lieu de travail, ayant pour but de faciliter la réintégration de personnes présentant des limitations de leur capacité de travail, à travers un **effort coordonné** qui tient compte des **besoins individuels**, des **conditions de travail** et du **cadre légal**’.

Approche à 3 niveaux



Employeur



Travailleur



Politique

DM : case management, caractéristiques

- Prise de contact précoce = ‘occupational bounding’
 - A partir de 6 sem, l’intérêt pour le travail décroît!
 - Maintien du lien professionnel-implication
 - Informer quant aux procédures
 - Information sur les possibilités de soutien dans l’entreprise (politique DM), social, Fonds social
 - Inefficacité: mise en doute de l’ITT, aborder d’emblée la question du RT

Case management, caractéristiques

- Intervention précoce
 - Individuel et sur mesure
 - Du maintien du lien à l'élaboration d'un plan de retour au travail
 - Selon l'état de santé, envisager le RT avec travail adapté et prise en charge thérapeutique

Retour au travail, les avantages pour le travailleur

- Restaurer les revenus
- Confiance en soi
- Structuration de la vie quotidienne
- Contact social au lieu de travail

Équité

Le travailleur âgé

- **le vieillissement de la population**

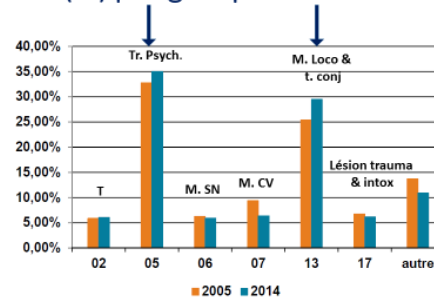
Le vieillissement de la population belge est un fait. En analysant l'évolution de cette population par tranche d'âges, on constate que le nombre de personnes reprises dans la tranche 50-59 ans augmente, tandis qu'il tend à diminuer dans les tranches d'âges plus jeunes. Comme l'incapacité de travail est un phénomène qui croît avec l'âge, l'augmentation du nombre de personnes âgées engendre une augmentation des cas d'incapacité primaire et d'invalidité. Inami, 2014

Dispositions de fin de carrière réduites (crédit-temps, pension anticipée), Fonds de l'expérience professionnelle Ex Göteborg ?

Contrat CDD, intérimaires

Pathologies

Invalides (%) par groupes de maladies



Source: Inami, facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides 2005-2014

Enjeu de société



Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions.

Carroll C¹, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J.

Author information

Abstract

PURPOSE: Long-term sickness absence among workers is a major problem in industrialised countries. The aim of the review is to determine whether interventions involving the workplace are more effective and cost-effective at helping employees on sick leave return to work than those that do not involve the workplace at all.

METHODS: A systematic review of controlled intervention studies and economic evaluations. Sixteen electronic databases and grey literature sources were searched, and reference and citation tracking was performed on included publications. A narrative synthesis was performed.

RESULTS: Ten articles were found reporting nine trials from Europe and Canada, and four articles were found evaluating the cost-effectiveness of interventions. The population in eight trials suffered from back pain and related musculoskeletal conditions. Interventions involving employees, health practitioners and employers working together, to implement work modifications for the absentee, were more consistently effective than other interventions. Early intervention was also found to be effective. The majority of trials were of good or moderate quality. Economic evaluations indicated that interventions with a workplace component are likely to be more cost effective than those without.

CONCLUSION: Stakeholder participation and work modification are more effective and cost effective at returning to work adults with musculoskeletal conditions than other workplace-linked interventions, including exercise.

Mot de 'fin'



La Libre Belgique, 8-9 octobre 2017
'Charles Michel a déjà gagné son pari'

'Les réalisations

...

**Trajet de réintégration
pour les personnes en incapacité de travail**

... '