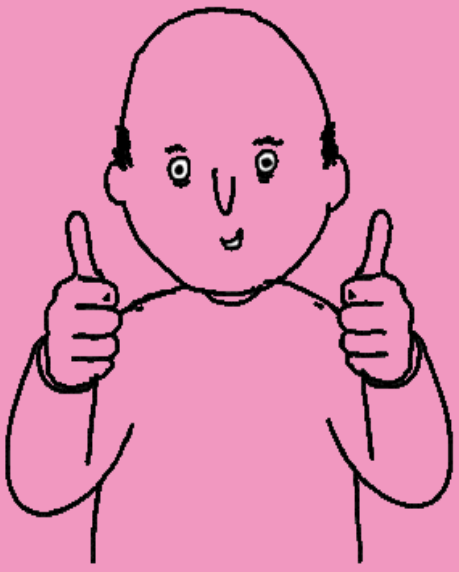
# DOCTEUR, PUIS-JE REPRENDRE LE TRAVAIL?

## Le travail, voie de guérison



**dr. Marie Van Remoortere,** centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA

# DOCTEUR, PUIS-JE REPRENDRE LE TRAVAIL ?

## Le travail, voie de guérison

Réinsertion du patient chronique dans le circuit du travail
Enseignements après 10 années d'expériences au centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA


Auteur dr. Marie Van Remoortere
Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA (Ziekenhuisnetwerk Antwerpen)
marie.vanremoortere@zna.be


Groupe cible collaborateurs des équipes multidisciplinaires et médecins des: cabinets de médecine générale, centres de la douleur et de rééducation fonctionnelle, mutualités, offices de l'emploi, services externes de prévention, décideurs politiques

# AVANT-PROPOS

Tout le monde, au cours de sa vie, se voit un jour confronté à la douleur. Heureusement, la plupart des personnes peuvent se voir soulagé après quelque temps car cette douleur finit généralement par disparaître. Mais chez certaines, ce n'est pas le cas. Ces personnes deviennent alors des « patients souffrant de douleurs chroniques ». Nous pouvons difficilement surestimer l'impact considérable de la douleur dans tous les aspects de la vie. Pour les patients atteints de douleurs chroniques, trouver sa place dans la société est un long chemin semé d'embûches, qui diffère d'un individu à l'autre.

Je suis donc particulièrement fière des réalisations de l'équipe du *ZNA* centre multidisciplinaire de la douleur. Au cours de ces dix dernières années, cette dernière  a vraiment fait la différence pour de nombreuses personnes. En effet, seule une approche holistique du trajet de soins du patient peut rompre le cercle vicieux de la douleur chronique. Ce qui rend ce projet unique, c'est que l'équipe adopte une approche structurée dont le patient est au coeur, avec la priorité qu'il puisse être acteur de sa situation et des décisions à prendre face aux solutions proposées.

Ce projet n'adopte pas une approche compartimentée mais il brise les structures classiques et les rapproche du patient, littéralement jusque dans l'enceinte de l'hôpital. En faisant preuve de créativité et d'une grande ouverture d'esprit, l'équipe exploite, en collaboration avec tous les acteurs concernés, les possibilités de créer un nouveau rôle tant professionnel que privé en fonction du contexte médical. Ce rôle remet le patient au premier plan et veille à établir le lien avec la famille et la société. C'est précisément cette connexion, essentielle à chaque individu, qui constitue la véritable valeur ajoutée de cette approche.

dr. Katrien Bervoets, directrice générale médicale du ZNA

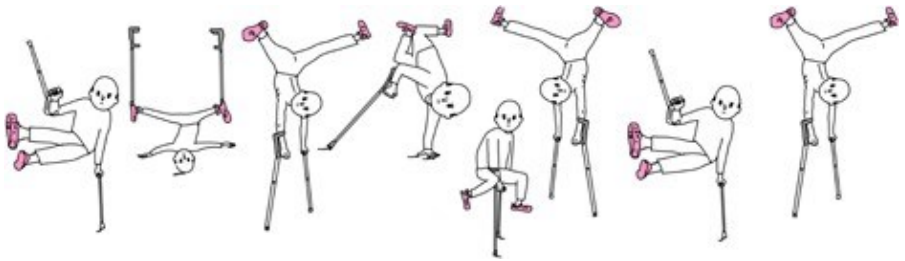
# ZNA CLINIQUES DE LA DOULEUR

**Multidisciplinair Pijncentrum - Pijnkliniek ZNA Hoge Beuken**
multidisciplinair-pijncentrum@zna.be
Commandant Weynsstraat 165, 2660 Hoboken
03 830 95 55

**Pijnkliniek ZNA Jan Palfijn**
Lange Bremstraat 70, 2170 Merksem
03 640 28 20

**Pijnkliniek ZNA Cadix**
Kempenstraat 100, 2030 Antwerpen
03 640 28 20

www.zna.be/pijncentrum



# TABLES DES MATIERES


1 INTRODUCTION: THERAPIE DE LA DOULEUR AU ZNA 14
1.1 Consultation chez un algologue 15
1.2 Entretiens d'admission 17
1.3 Trajet multidisciplinaire 17
2 OBSERVATION 18
3 CONCLUSIONS DE LA LITTERATURE 22
3.1 Impact de l'incapacité de travail de longue durée 23
3.1.1 Impact mental et physique 23
3.1.2 Impact économique 27
3.2 Apparition d'un comportement douloureux chronique 29
3.3 Identification et traitement précoces 29
3.4 Facteurs de risque d'incapacité de travail de longue durée 31
4 EXPERTISE EN MATIERE DE REINSERTION PROFESSIONELLE 34
4.1 Aperçu des différents acteurs 35
4.2 Inventaire et proposition de modèle 35
4.3 Mise en oeuvre d'une approche systématique 35
4.4 Déploiement dans le cadre d'une concertation régionale 36
4.5 Echange de connaissances de compétence 37
4.6 Projet We Go To Work 39
5 DIX ANNEES D'EXPERIENCE: NOTRE VISION ET NOS AMBITIONS 42
5.1 Points clés 43
5.2 Identification des différentes catégories de patients 44
5.3 Recommandations 45
5.3.1 Centralisation auprès d'un seul médecin 45
5.3.2 Un suivi de près 45
5.3.3 Des explications suffisantes 46
5.3.4 Une détection précoce 46
5.3.5 Le démarrage rapide de l'accompagnement des patients souffrant de douleurs 49
5.3.6 La réinsertion dans la société 49
5.3.7 Qui est qui? 51
5.3.8 Rencontre des acteurs locaux 51
5.3.9 Lien entre les soins et l'emploi 53
5.3.10 Concertation mensuelle 54
5.3.11 Communication avec la mutualité 54
5.3.12 Politique de réinsertion au sein de sa propre organisation 55
5.4 Autres besoins et réflexions 55
5.4.1 Une campagne de sensibilisation 55
5.4.2 Evaluation de l'incapacité 57
5.4.3 Evaluation de la capacité de travailler 58
5.4.4 Une meilleure visibilité des médecins du travail et des médecins-conseils des mutualités 58
5.4.5 La responsabilisation des employeurs 59
6 CONCLUSION 60
6.1 Que savait-on déjà? 61
6.2 Qu'est-ce que ce texte apporte de plus? 63
7 L'EQUIPE DE DOULEUR DU ZNA 65
8 REMERCIEMENTS 66
9 BIBLIOGRAPHIE 70

# ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

**Soutien actif**
Financement public en lien avec les formations proposées dans le cadre de la réorientation professionnelle.

**Douleur aiguë**
Douleur présente depuis moins de trois mois.

**Comportement anxieux ou d'évitement**
Crainte d'un individu de ressentir une douleur (plus intense) en cas de mouvement, ce qui peut entraîner un comportement d'évitement dysfonctionnel et davantage de limitations. Le questionnaire TAMPA permet de mesurer le degré de gravité du comportement anxieux ou d'évitement.

**Douleur chronique**
Douleur présente depuis plus de six mois

**DCM**
*Disability Case Management*

**DGS**
*Dienst Gespecialiseerde Screening* du VDAB. Ce service se charge notamment du screening et de l'évaluation de santé des demandeurs d'emploi et des travailleurs dans le cadre des mesures de soutien à l'emploi proposées dans le circuit économique classique/dans l'économie sociale, et fournit des conseils d'orientation aux demandeurs d'emploi et aux conseillers référents (trajet « Retour au travail » le mieux adapté, soutien à l'activation, mise au travail non rémunéré, assistance par le travail, personne considérée comme n'étant pas en mesure de reprendre le travail pour l'instant, conseil bien-être).

**FSE**
Fonds social européen. Ce fonds investit dans des projets innovants visant à relever les défis sociétaux sur le marché du travail.

**Test à l'effort sur vélo**
Test à l'effort qui renseigne sur le fonctionnement du coeur au moment de l'effort.

**SPF Santé publique**
Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

**GOB**
Centre spécialisé pour la formation, l'accompagnement et l'aide à la recherche d'emploi), partenaire du VDAB.

**GTB**
Equipe spécialisée d'accompagnement professionnel. Elle aide les personnes souffrant d'une limitation d'un problème de santé à trouver et à conserver un emploi adapté. Elle apporte également son soutien aux entrepreneurs dans le cadre du recrutement et de l'insertion (ou de la réinsertion) de collaborateurs aptes au travail.

**IASP**
*International Association for the Study of Pain*. L'IASP définit la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

**CIF**

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Il s'agit d'un système permettant de décrire le fonctionnement humain.

**Thérapie interventionnelle de la douleur**

Thérapie consistant à introduire une aiguille à travers la peau dans le but d'atteindre la structure anatomique considérée comme responsable de la douleur. Cette aiguille permet d'injecter un médicament (de la cortisone en infiltration épidurale par exemple) ou d'administrer un traitement par courant électrique (p. ex. une dénervation facettaire par radiofréquence).

**Thérapie médicamenteuse de la douleur**

Thérapie consistant à prendre un médicament (ou une combinaison de médicaments) dans le but de diminuer la douleur.

**MET**

*L'*équipe médicale spécialisée dans l'ergonomie du GTB. Cette équipe multidisciplinaire se compose de médecins, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et de spécialistes du mouvement. La MET évalue le fonctionnement physique et médical du patient tout en établissant le lien avec le fonctionnement professionnel. Cette méthode lui permet de mettre en lumière les opportunités et les obstacles à l'emploi.

**CMD**

Centre multidisciplinaire de la douleur

**Troubles musculosquelettiques**

Troubles touchant les muscles et les articulations.

**Soutien passif**

Financement public au moyen d'indemnités d'incapacité de travail ou de pension anticipée.

**Douleur**

Expérience sensorielle et/ou émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes.

**INAMI**

Institut national d'assurance maladie-invalidité.

**ONEM**

Office national de l'emploi.

**SaRA**

Le réseau SaRA met l'accent sur la collaboration et l'engagement de tous les partenaires afin de répondre de manière adaptée aux besoins complexes des (jeunes) adultes présentant une vulnérabilité psychique. Ces prises en charge sont adaptés au mieux au milieu de vie de la personne et s'appuient sur les forces du client et son contexte.



**Secteur de l'emploi**

Par « secteur de l'emploi », nous entendons les services de l'emploi : le VDAB, le GTB et le GOB qui accompagnent le patient dans sa recherche d'emploi.

**Secteur des soins**

Par « secteur des soins », nous entendons tous les intervenants qui accompagnent le patient sur le plan physique et mental : médecin généraliste, spécialiste, kinésithérapeute, psychologue, travailleur social...

**Sensibilité**

Pourcentage de résultats positifs pertinents parmi les personnes malades. La sensibilité correspond au rapport entre « le nombre de personnes souffrant de la maladie en question dont le résultat au test s'est révélé positif » et « le total de toutes les personnes souffrant de la maladie en question » (y compris le nombre de personnes souffrant de la maladie en question dont le résultat au test s'est révélé négatif alors qu'elles sont porteuses de la maladie). Il s'agit donc d'une mesure de la sensibilité du test pour la maladie en question. Plus la sensibilité d'un test est élevée, plus il est probable qu'une personne souffrant effectivement de la maladie obtienne un résultat positif au test (peu de faux négatifs).

**Spécificité**

Pourcentage de résultats négatifs pertinents parmi les personnes non malades. La spécificité correspond au rapport entre « le nombre de résultats négatifs pertinents » (absence de maladie, résultat négatif) et « le total de toutes les personnes non malades ». Plus la spécificité d'un test est élevée, plus il est probable qu'une personne ne souffrant pas de la maladie obtienne un résultat négatif au test (peu de faux positifs).

**Douleur subaiguë**

Douleur présente depuis 3 à 6 mois.

**VDAB**

*Vlaamse dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding*

**WGTW**

Le projet « We Go To Work » est financé par le FSE. En collaboration avec de nombreux partenaires des différentes provinces flamandes - dont le ZNA - le GTB essaie d'atteindre le groupe cible en misant sur un travail de proximité, au sein de l'organisation partenaire. Il s'agit d'un trajet préliminaire vers l'emploi au sein de l'hôpital. Le groupe cible comprend les personnes inactives ayant le désir ou l'occasion de travailler, qui n'y arrivent pas à cause d'un handicap ou de problèmes de santé, personnes pour lesquelles l'offre classique du GTB et du VDAB est insuffisante.

# INTRODUCTION: THERAPIE DE LA DOULEUR AU ZNA

*« Je vois régulièrement des patients qui ne peuvent plus travailler à cause de leurs douleurs, mais qui meurent d'envie de s'y remettre. En tant que centre de la douleur, nous souhaitons naturellement encourager cette reprise du travail, mais dans les limites des capacités du patient. Il importe également de prendre en compte dès le début du trajet l'aspect « travail » et la (ré)insertion sociale au sens large. Le centre multidisciplinaire du ZNA a maintenant acquis une grande expérience et s'est créé un large réseau en matière de réinsertion professionnelle. Nous restons fermement engagés dans cette voie. Nous sommes heureux de partager notre expérience et nos connaissances avec d'autres centres et autorités, afin qu'à l'avenir, ce thème revête une importance toujours plus grande »*

***Filip Cassimon***
***Coordinateur infirmier***
***Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA***



L'équipe de la douleur du ZNA (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen) est présente dans les hôpitaux ZNA Hoge Beuken, ZNA Jan Palfijn et ZNA Cadix ), où il est possible de **consulter** et de suivre une **thérapie de la douleur**. Vous y trouverez toute la gamme de thérapies interventionnelles et médicamenteuses de la douleur (infiltrations, traitements par radiofréquence...,) pour le traitement des douleurs aussi bien aiguës que chroniques.

Le ZNA Hoge Beuken abrite également **l'équipe multidisciplinaire** de la douleur. Il est l'un des 35 centres agréés en Belgique pour le traitement ambulatoire et multidisciplinaire de la douleur. L'équipe se compose d'un psychologue, d'un kinésithérapeute, d'un travailleur social, d'un ergothérapeute et d'un infirmier. Nous travaillons également en étroite collaboration avec des psychiatres, des neurochirurgiens, des oncologues et des spécialistes en médecine physique.

Il existe en outre une **équipe algologique multidisciplinaire** qui prend en charge les douleurs complexes dont souffres les patients hospitalisés dans les hôpitaux du ZNA, ainsi qu'une **équipe de prise en charge de la douleur chez les enfants**. Le patient ambulatoire qui s'adresse à l'équipe de la douleur doit suivre un trajet donné.

## 1 CONSULTATION CHEZ UN ALGOLOGUE

Lors d'une première consultation, l'algologue peut proposer **trois formes de thérapie** en fonction de la plainte du patient et des résultats des examens techniques:

- une thérapie médicamenteuse
- et/ou une thérapie interventionnelle de la douleur
- et/ou un soutien multidisciplinaire

Au sein du ZNA Hoge Beuken, nous effectuons près de 8500 traitements interventionnels de la douleur par an. Nous considérons la thérapie interventionnelle comme un levier permettant de réduire durablement la douleur, d'améliorer la qualité de vie en réduisant les effets secondaires des médicaments, de diminuer les risques de dépendance aux antidouleurs et d'augmenter les chances de réinsertion sociale.

*« Lorsque j'explique aux patients que l'accompagnement multidisciplinaire est gratuit, je sens bien souvent que cela les motive encore plus. Parfois, ils ont déjà assez de problèmes financiers. »*

***Ann Eyckens,***
***Secrétaire***
***Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA***



## 2 ENTRETIENS D'ADMISSION

Le soutien multidisciplinaire commence par un entretien d'admission chez le psychologue, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute. Le degré d'intégration est également évalué à ce moment-là.

## 3 TRAJET MULTIDISCIPLINAIRE

Après ces entretiens d'admission, l'équipe proposera un trajet sur mesure, basé sur des preuves scientifiques et adapté aux besoins, au rythme et aux capacités du patient, en vue d'augmenter son degré de bien-être.

Ce trajet peut consister en un accompagnement individuel par le psychologue, l'ergothérapeute, le travailleur social et le kinésithérapeute, ou prendre la forme d'un programme de groupe étalé sur plusieurs semaines et axé sur la psychoéducation, la remise en forme et la réinsertion sociale. Ce type de trajet est ambulatoire et peut durer de 3 à 6 mois. Une thérapie médicamenteuse et/ou interventionnelle de la douleur peut être suivie en parallèle. Cet accompagnement multidisciplinaire est gratuit pour le patient. Le financement est assuré par le SPF Santé publique.

## EN CHIFFRES

Le centre de la douleur du ZNA Hoge Beuken comptabilise en 2021 :

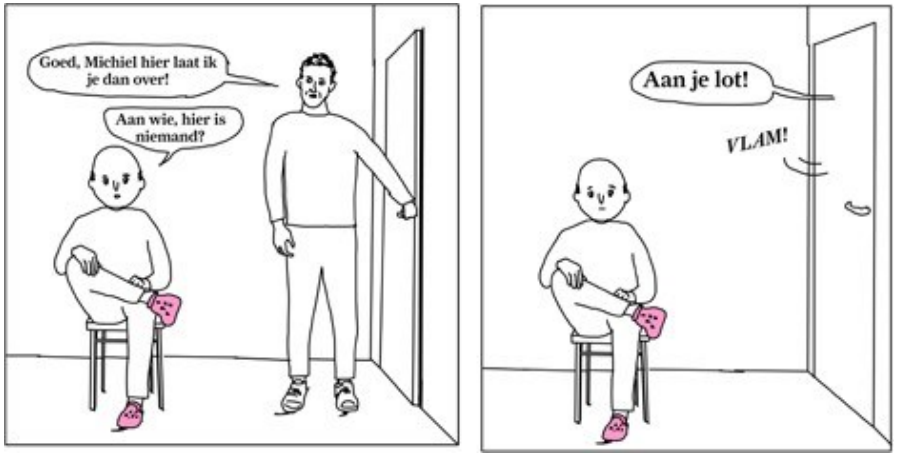
| | |
|---|---|
| **518** | Premières consultations chez l'algologue |
| **126** | Renvois vers le trajet multidisciplinaire (= 25% des nouveaux patients) |
| **78** | Accompagnements dans le cadre de la reprise du travail (= 60% des trajets multidisciplinaires) |
| **16** | Reprises directs du travail |
| **8** | renvois vers le GTB/VDAB dans le cadre du « passage de relais » |
| **30** | Trajets préliminaires dans le cadre du projet WGTW |

# OBSERVATION

*"L'expérience nous montre que les patients dont la douleur a nettement diminué après une thérapie médicamenteuse ou interventionnelle, mais qui ne sont pas encore réinsérés socialement, ne rapportent qu'une amélioration minime de leur qualité de vie."*

***Dr Marie Van Remoortere,***
***Anesthésiste - spécialiste de la douleur***
***Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA***






En tant qu'algologues, nous rencontrons souvent de jeunes adultes qui sont en incapacité de travail depuis des années car ils souffrent de douleurs chroniques. Outre le fait que l'incapacité de travail de longue durée entraîne une diminution des revenus de nos patients, nous constatons souvent un isolement social et une baisse de l'estime de soi. Ils se retrouvent dans une spirale négative dont ils ont du mal à sortir tout seuls. Leur incapacité de travail ressemble à une mosaïque, prescrite par différents médecins pour différentes périodes. Cet important « effet secondaire » de la maladie n'est pas suffisamment coordonné.

Nous remarquons aussi régulièrement que l'on met l'accent, d'un point de vue médical et social, sur ce qu'une personne ne peut plus faire, et que l'on ne tient pas suffisamment compte de ce dont elle est toujours capable de faire. Les patients intériorisent les propos des médecins, comme « avec un dos dans cet état, vous ne pourrez plus jamais travailler », ce qui a une influence sur leur vie quotidienne. Certains patients sont encore liés à leur dernier employeur par un contrat de travail, d'autres pas. Souvent, les employeurs ne laissent pas leurs employés reprendre le travail avant qu'ils ne soient complètement « guéris ». Souvent, une reprise progressive du travail ou un travail adapté ne sont pas envisageables.

Les patients se retrouvent généralement piégés dans une « fausse cage dorée » par une indemnité qui les conforte dans leur situation. Leur vie se déroule ainsi depuis des années et le travail n'a plus sa place dans leur organisation. Ils sont frappés par un sentiment d'impuissance à sortir de cette situation. Il règne en outre une certaine ambiguïté quant aux indemnités et à ce qui se passe en cas de rechute après une reprise du travail. Médecins du travail, médecins-conseils des mutualités et autres spécialistes se contredisent tous. Ajoutons à cela que pour nous, les médecins traitants, le médecin du travail et le médecin-conseil ne sont pas suffisamment visibles et qu'il nous est dès lors difficile d'interagir avec eux. Il n'existe pratiquement aucune culture de la concertation entre les intervenants, et encore moins entre le « secteur des soins » et le « secteur de l'emploi ».

Au CMD, nous sommes scandalisés par le manque d'accompagnement de la part des pouvoirs publics pour les personnes en incapacité de travail de longue durée, par les termes tels que « invalidité » et « pension de maladie ». Le fait que les pouvoirs publics se limitent à octroyer des indemnités et ne mettent pas suffisamment l'accent sur les compétences résiduelles et le soutien à la réinsertion professionnelle est ressenti comme une négligence. Il nous semble évident qu'il existe un droit au travail, y compris pour les personnes souffrant d'une limitation.

L'expérience nous montre que les patients dont la douleur a nettement diminué après une thérapie (médicamenteuse ou interventionnelle), mais qui ne sont pas encore réinsérés socialement ne rapportent qu'une amélioration minime de leur qualité de vie. Notre objectif est de considérer la réinsertion socioprofessionnelle (lire : reprise du travail) comme étant le point crucial du traitement. En tant que médecins, nous nous efforçons en effet de maximiser le bien-être de nos patients.

Les centres multidisciplinaires de la douleur sont agréés et subventionnés depuis 2013 dans notre pays, ce qui a permis une prise en charge globale et intégrée d'un plus grand nombre de patients souffrant de douleurs. Grâce à cette collaboration interdisciplinaire, une attention particulière est accordée non seulement au traitement de la douleur, mais aussi à la thérapie comportementale et aux aspects psychosociaux.

Au sein du centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA, nous avons acquis, au cours de ces dix dernières années, une expertise en matière de réinsertion professionnelle des patients souffrant de douleurs. Dans ce document, nous souhaitons allier les enseignements tirés de la littérature avec notre expérience pratique afin de démontrer l'importance de la réinsertion sociale pour le bien-être des patients.

Nous formulons en outre un certain nombre de recommandations visant à faciliter cette réinsertion sociale de manière précoce, coordonnée et multidisciplinaire. Pour les spécialistes de la douleur, il est primordial de traiter le patient afin que l'intensité de sa douleur devienne acceptable, tout en gardant la réinsertion sociale à l'esprit.

# CONCLUSIONS DE LA LITTÉRATURE

*"Après avoir subi une blessure, certains patients développent une certaine kinésiophobie. Ils vont éviter certains mouvements car ils n'ont plus confiance en leur corps ou ont peur d'avoir mal. Ils deviennent dès lors moins actifs. L'idée même de retourner au travail peut alors leur sembler terrifiante. Au travers de l'éducation à la douleur et grâce à une thérapie adaptée pour traiter leur kinésiophobie, nous essayons de leur redonner confiance en leur corps. La reprise de leurs activités se fera plus rapidement, ce qui aura un effet potentiellement bénéfique sur l'idée de reprendre le travail.."*

***Veerle Van Hoestenberghe,***
***Kinésithérapeute***
***Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA***



## 1 IMPACT DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE

### 1.1 Impact mental et physique

*"Avoir un emploi permet des contacts sociaux, stimule le cerveau, donne une raison de se lever le matin, et permet de demeurer en lien avec la société et de conserver son indépendance financière."*

***Gordon Waddell et Kim Burton (2006)***

L'incapacité de travail de longue durée a un impact considérable sur le bien-être d'un individu. Il existe un lien avec la mort prématurée, un plus grand taux de suicide et un risque accru de développer des problèmes de santé mentale et générale (OMS, 2000)[1]. D'après Sheperd (Sheperd et al, 1989)[2], le travail est la voie royale vers la réinsertion et la réhabilitation sociales, et représente l'un des aspects les plus importants de la construction de l'identité (De Botton, 2008)[3]

Avoir un emploi est thérapeutique, cela favorise le rétablissement, améliore la qualité de vie et augmente le sentiment de bien-être. Le travail favorise les contacts sociaux, stimule le cerveau, donne une raison de se lever le matin, et permet de demeurer en lien avec la société et de conserver son indépendance financière *(Waddell & Burton, 2006)*[4].

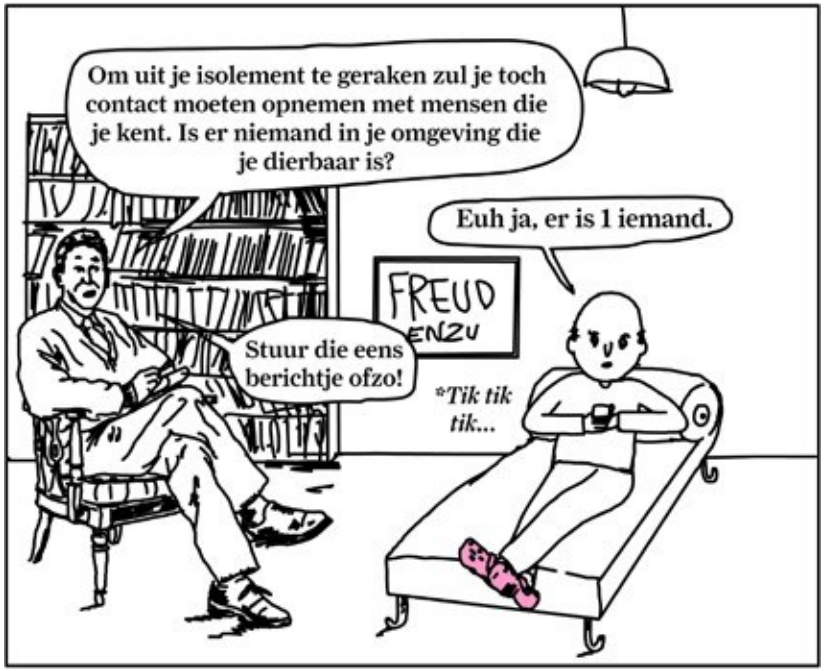
L'incapacité de travail de longue durée entraîne un déclin de la santé physique objective et perçue *(McKee-Ryan et al. 2005)*[5].

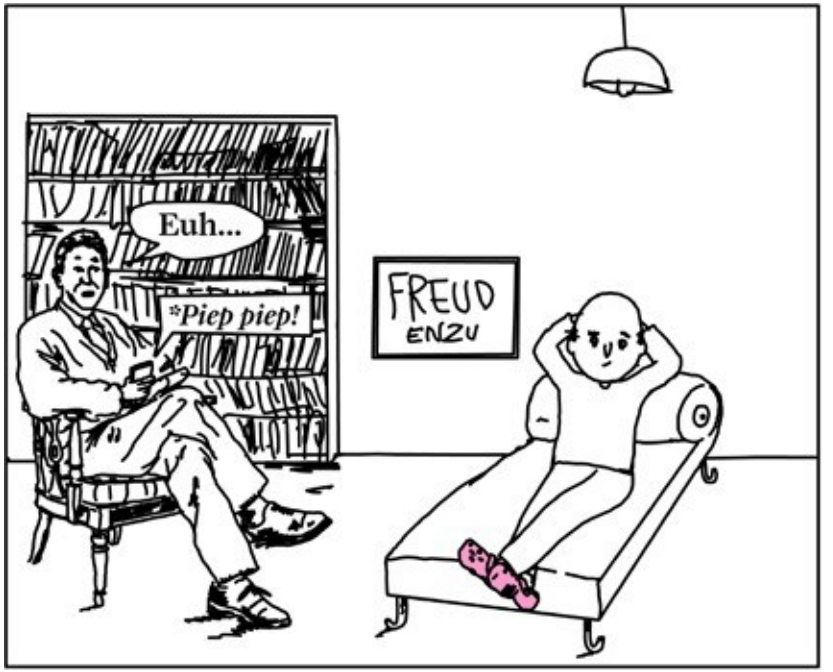
Ainsi, dans le cadre du traitement du patient souffrant de douleurs chroniques, il convient de mettre particulièrement l'accent sur l'exploration des possibilités et la reprise des activités visant à faciliter le retour au travail.

*“Après un trajet au sein du centre de la douleur, où j'ai été accompagné par différents intervenants, j'ai été inscrit au projet « We Go To Work ». J'étais isolé  et en incapacité de travail depuis 7 ans. Je voulais retourner travailler. Mais ce n’était pas évident pour moi de tout recommencer. Je ne sais pas bien lire ni écrire. Avec l'équipe, nous avons d'abord regardé quel était mon statut. Il est ainsi apparu que j'étais devenu chômeur indemnisé après qu'un conseiller du VDAB a estimé qu’à ce moment-là, j’étais incapable de travailler.”*

*“Mais après toutes ces années, je voulais avancer. Nous avons donc repris contact avec le conseiller référent du VDAB en vue d’un réexamen de mon dossier. C’est ainsi que j’ai pu commencer à travailler comme stagiaire dans une entreprise de travail adapté, un emploi que j'apprécie toujours autant après un an. Je suis donc reconnaissant envers le centre de la douleur. Grâce à l'équipe, j'ai pu reprendre le travail beaucoup plus rapidement que prévu.”*

***Joeri (51)***



*"Lorsque j'ai commencé ma formation d'infirmière, j'ai souffert de douleurs à l'épaule et au bras. Une déchirure du tendon semblait en être à l'origine. Après un traitement, mes douleurs à l'épaule avaient disparu, mais la douleur irradiait dans mon bras et je souffrais de douleurs d'origine neurologique. J'ai suivi plusieurs traitements sans solution et je suis finalement arrivée au centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA."*

*"Là-bas, plusieurs objectifs ont été fixés : réduire mes douleurs, mais aussi me sortir de mon isolement et voir comment je pourrais reprendre le travail. J'ai commencé à suivre des séances de kinésithérapie pour bouger et reprendre confiance en mon corps. Un ergothérapeute et un travailleur social ont établi mon profil de compétences et pris contact avec le GTB. Et une psychologue m'a également fait découvrir la pleine conscience."*

*"Dans l'intervalle, mon trajet est terminé. Je bénéficie d'un accompagnement au sein du GTB. Le conseiller référent m'a recommandé de suivre une formation d'assistante dentaire ou d'assistante en pharmacie. Le trajet est en cours. Malgré les doutes que je peux parfois avoir, je crois que l'avenir est plein d'espoir."*

***Sonia (33)***



## 1.2 Impact économique

D'après la littérature, l'impact économique de l'incapacité de travail de longue durée est également considérable.

En Europe, environ 20 % des adultes souffrent de douleurs chroniques qu'ils décrivent comme modérées à sévères (Breivik et al, 2006)[6]. Parmi eux, 20 % sont en incapacité de travail de longue durée (Langley et al. 2011, Reid et al. 2011)[7-8].

*"D'après des études, chaque euro investi dans des mesures actives de soutien rapporterait de 5 à 12 euros."*

***J. Breuer (2008), Waddel et al. (2008)***

26

Le taux de chômage en Belgique s'élève à environ 6 %. Une personne au chômage reçoit des indemnités de l'ONEM. Notre pays compte en outre quelques 460 000 malades de longue durée qui perçoivent des indemnités de l'INAMI. Le nombre de malades de longue durée en Belgique augmente chaque année d'environ 5 %. En 2013 et 2015, ils étaient respectivement 299 408 et 370 408. Environ 30 % d'entre eux sont des malades de longue durée souffrant de troubles musculosquelettiques, soit approximativement 140 000 personnes en incapacité de travail de longue durée qui souffrent de douleurs.

### En chiffres

**20%** des adultes européens souffrent de douleurs chroniques qu'ils décrivent comme modérées à sévères. 20 % d'entre eux sont en incapacité de travail.

En 2020, en Belgique **460 000** personnes étaient en incapacité de travail de longue durée pour cause de maladie, ce qui représente 10 % des 5 millions de Belges qui pourraient travailler.

Quelque 30 %, soit approximativement **140 000** personnes, souffrent de troubles musculosquelettiques.

En 2019, la Belgique leur a versé des indemnités pour un montant de **9,3 milliards** d'euros

Par rapport aux autres pays européens, la Belgique a un taux d'activité plus faible et des taux de maladie et d'invalidité plus élevés.

Gustavsson et al. ont conclu qu'en Suède, les coûts inhérents à l'absentéisme et à la pension anticipée (coûts indirects) représentent 60 % de ce que coûtent au total les personnes chez qui on a diagnostiqué des douleurs chroniques *(Gustavsson et al. 2012)*[6].

Pour chaque euro dépensé en allocations passives en Belgique, 17 centimes sont consacrés à des mesures actives de soutien à la réinsertion professionnelle des patients souffrant de douleurs. En Suède, ce rapport est de 1/1. Ceci a des répercussions sur le taux d'emploi des malades chroniques : il est de 47 % en Belgique, contre 70 % en Suède. D'après des études, chaque euro investi dans des mesures actives de soutien rapporterait de 5 à 12 euros
*(Dr. J. Breuer, German social accident insurance, Waddel et al. 2008)*[4].

Il apparaît donc que non seulement la maximisation de la participation sociale en tant que paramètre de résultat de la thérapie améliore le bien-être de nos patients, mais qu'elle a également un impact social.

## 2 APPARITION D'UN COMPORTEMENT DOULOUREUX CHRONIQUE

L'apparition de douleurs chroniques et la survenue de l'invalidité dépendent davantage de facteurs phychosociaux individuels et liés au travail que des symptômes physiques ou cliniques que présente le patient. *(Boersma et al, 2005, Linton et al, 2003, Linton et al. 2002, Melloh et al. 2009, Pincus et al. 2002)*[10-14].

Un comportement douloureux persistant, qui s'accompagne souvent d'une incapacité de travail, n'est pas déterminé par la blessure physique ou la lésion tissulaire objectivable, mais plutôt par le profil psychosocial de l'individu. La douleur peut être source d'anxiété et de catastrophisme pour certains, alors que d'autres éviteront le passage à la chronicité de la douleur en adoptant une autre approche, plus constructive.

## 3 IDENTIFICATION ET TRAITEMENT PRECOCES

Les symptômes chroniques et invalidants peuvent être évités par l'identification et le traitement précoces de ces facteurs psychosociaux, et les « programmes multidisciplinaires de réhabilitation en cas de douleur » permettent de réduire considérablement les coûts indirects *(Nicholas et al. 2011, Stapelfeld et al. 2011, Eriksen et al. 2004, Steenstra et al. 2009, Heitz et al. 2009, Jellema et al, 2005, Rogerson et al. 2009, Kant et al. 2008)*[15-22].

Un patient qui reprend précocement le travail alors qu'il présente encore des symptômes ne court pas un risque accru de rechuter. Bien au contraire, cette reprise diminue le risque de rechute et d'absentéisme dans les années qui suivent la reprise du travail *(Du Bois et al, 2008, Bigos et al, 1991)*[23-24] Le fait de rassurer le patient et de lui donner des explications sur sa maladie une intervention simple et peu coûteuse aura un impact considérable sur son processus de guérison. *(Du Bois et al, 2012)*[25].

Une réduction de la douleur par la thérapie (médicamenteuse ou interventionnelle) ne débouchant pas sur une reprise du travail coûte cher à la société et porte atteinte à l'autonomie de l'individu *(Sullivan et al. 2014)*[26]. Le fait de ne pas reprendre le travail est souvent lié à une idée fausse de la reprise du travail. Par conséquent, la thérapie ne doit pas se concentrer uniquement sur la réhabilitation fonctionnelle : elle doit dans un premier temps rétablir la vérité sur le travail et la douleur chronique.

Le fait de ne pas reprendre le travail est souvent lié à une idée fausse de la reprise du travail. Par conséquent, la thérapie ne doit pas se concentrer uniquement sur la réhabilitation fonctionnelle : elle doit dans un premier temps rétablir la vérité sur le travail et la douleur chronique. *(Nicholas et al. 2011)*[15].

*"Je souffre de maux de dos chroniques depuis des années. Ma prise de poids et mon manque de sommeil n'ont fait qu'aggraver la situation. J'ai bénéficié d'un soutien médical qui a donné des résultats positifs. Pourtant, j'ai eu du mal à trouver ma place dans la société. Je suis originaire d'Azerbaïdjan et parlais à peine le néerlandais.*

*Au sein du centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA, j'ai entamé un trajet de six mois qui m'a permis de renforcer à la fois mon corps et mon mental. Un kinésithérapeute a élaboré pour moi un programme d'exercices intensif que je pouvais continuer à faire à la maison. Un travailleur social m'a inscrite à des cours de néerlandais. Ainsi j'ai mis petit à petit toutes les chances de mon côté. Le bénévolat m'a permis d'améliorer grandement mes connaissances du néerlandais, et je n'ai plus eu besoin d'un interprète. J'avais le vent en poupe et j'ai été mise en contact avec un accompagnateur du GTB. Nous avons cherché ensemble un travail de quartier qui tiendrait compte de mes problèmes de dos."*

***Myriam (48)***



## 4 FACTEURS DE RISQUE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE

Pour les patients souffrant de lombalgie chronique (la cause la plus fréquente de douleur chronique), les facteurs de risque de développer une incapacité de travail de longue durée mentionnés dans la littérature (Du Bois et al. 2008, 2009)[23,25] sont les suivants:

- le patient ne s'attend pas vraiment à pouvoir reprendre le travail
- le patient est convaincu que sa douleur est causée par sa situation professionnelle
- il présente un comportement anxieux ou d'évitement prononcé
- ses douleurs chroniques datent déjà d'avant la période d'incapacité de travail
- il souffre d'une douleur irradiant jusqu'en dessous du genou
- ses douleurs ont des conséquences néfastes considérables sur son fonctionnement quotidien
- il exerce le métier d'ouvrier
- il s'agit d'un patient de sexe féminin
- il a un âge avancé.

*"J'ai 26 années d'expérience dans le secteur social, j'ai travaillé avec des adultes souffrant de limitations multiples. J'aimais mon travail, même si je devais souvent faire des efforts physiques importants. Je suis en incapacité de travail depuis 2019 à cause de douleurs chroniques au dos et aux genoux. J'ai d'abord fait des efforts pour perdre du poids. Cette perte de poids n'ayant eu que peu d'impact sur mes douleurs, j'ai été orientée vers le centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA en septembre 2020. J'ai alors pris conscience de ma volonté de guérir, mais j'avais perdu confiance en mon corps et en moi-même. À cause de mes nombreuses douleurs, je vivais dans l'isolement, je dormais mal et j'avais perdu mon rythme quotidien."*

*"Au sein du CMD, j'ai participé au projet « We Go To Work ». J'avais des entretiens avec le coach du projet « We Go To Work » tandis que l'équipe investissait dans la création d'une relation de confiance et écoutait mon histoire. En me confiant de petites missions, l'équipe a examiné ce que je pouvais encore faire et comment je pouvais sortir de mon isolement. Ma demande et ma motivation à reprendre le travail ont été prises en compte. C'est ce qu'on appelle « l'empowerment du patient ». Je sentais depuis des années déjà que je rencontrais des problèmes au travail, mais je n'arrivais pas à en identifier la cause. J'ai expliqué qu'il m'était difficile de planifier ma journée, que je souffrais de procrastination et que j'avais du mal à rester concentrée et à garder les idées claires. L'équipe a essayé de trouver des astuces et une « app » pour m'aider. La vraie raison m'est apparue en cours de trajet : on m'a diagnostiqué un ADHD. J'ai enfin compris ce qui m'arrivait."*

*"Après une collaboration intensive d'un an, je me suis sentie prête à entamer les démarches pour retourner sur le marché du travail. Quel défi ! J'ai introduit une demande auprès de ma mutualité pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement par le GTB. Je voudrais remercier de tout coeur les équipes du CMD et du GTB. Alors que je n'en pouvais plus, ils m'ont aidée à me relever et ensemble, nous nous sommes mis en chemin. Grâce à ce sentiment d'être soutenue, j'ai repris confiance en moi. À tel point qu'en m'appuyant sur mon expérience, je soutiens aujourd'hui d'autres patients souffrant de douleurs qui suivent un trajet « We Go To Work"*

***Veerle (51)***

# EXPERTISE EN MATIÈRE DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

*"Le projet « We Go To Work » fait le lien entre les soins et le travail. En unissant nos forces et en étant à l'écoute des besoins du patient, chacun sur la base de sa propre expertise, nous sommes à même de fournir une approche ciblée et personnelle. Cette énergie est source de progrès à la fois pour le patient et pour nous en tant que dispensateur de soins/prestataire de services."*

***Ingvild De Bruyn,***
***Accompagnatrice au GTB***



Au cours de ces dix dernières années, le centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA a acquis une grande expertise en matière de réinsertion professionnelle des patients souffrant de douleurs.

## 1 APERCU DES DIFFERENTS ACTEURS

Nous avons identifié **les différents acteurs** impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle : patient, médecin généraliste, spécialiste, personnel paramédical tel que le kinésithérapeute ou le psychologue de la famille, médecin du travail, médecin-conseil de la mutualité, offices de l'emploi (VDAB, GTB, GOB), entreprises de travail adapté, décideurs politiques (SPF Santé publique et Affaires sociales, Cabinet flamand de l'Emploi), INAMI, etc. Nous avons ensuite entamé un dialogue avec eux.

## 2 INVENTAIRE ET PROPOSITION DE MODELE

Au cours de réunions formelles et informelles, de congrès et de symposium, nous avons dressé un **inventaire** de la problématique sous toutes ses facettes et établi la liste de ce qui motive le patient à reprendre le travail ou le freine, cela en collaboration avec différents acteurs.

Il s'en est suivi la publication d'une proposition de modèle pour la réinsertion professionnelle des patients souffrant de douleurs pris en charge dans un centre multidisciplinaire de la douleur *(Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding, 35 (65), 2016 Van Remoortere)*.

## 3 MISE EN OEUVRE D'UNE APPROCHE SYSTEMATIQUE

Depuis 2010, notre centre de la douleur organise régulièrement **des moments de concertation avec les offices de l'emploi** de la région (VDAB, GTB et GOB), qui représentent le « secteur de l'emploi ». Une collaboration durable prévoyant des points de contact fixes, et basée sur le modèle de collaboration SaRA, a ainsi vu le jour pour les personnes psychiquement vulnérables. Cette collaboration facilite le renvoi direct de nos patients vers le « secteur de l'emploi », pendant ou peu après le trajet multidisciplinaire, une fois qu'ils sont prêts à le faire.

L'établissement d'un **profil de capacités** qui décrit les aptitudes et les centres d'intérêt du patient et le **"passage de relais"**qui requiert la présence de l'ergothérapeute/du kinésithérapeute ou du travailleur social du centre de la

douleur lors du premier entretien du patient avec le « secteur de l'emploi » en sont des éléments fondamentaux. De cette manière, le patient peut être soutenu par du personnel paramédical qu'il connaît déjà et qui peut l'aider à évaluer ses capacités résiduelles. Le patient est renvoyé vers le secteur de l'emploi alors qu'il est encore en traitement mais il bénéficie d'un accompagnement. Le « secteur des soins » fixe le premier rendez-vous. L'autorisation du médecin-conseil de la mutualité est demandée au préalable.

Ceci nous a permis de poursuivre la mise en œuvre de **l'approche systématique** au sein de notre trajet multidisciplinaire et de l'affiner afin que la réinsertion sociale soit considérée comme un paramètre de résultat de notre thérapie.

Une **concertation de réinsertion professionnelle** est organisée tous les mois avec notre équipe. Au cours de celle-ci, nous discutons de l'éventuelle reprise du travail de nos patients.

## 4 DEPLOIEMENT DANS LE CADRE D'UNE CONCERTATION REGIONALE

Depuis 2017, cette collaboration a été étendue à d'autres centres multidisciplinaires de la douleur et à d'autres centres de rééducation fonctionnelle de la région d'Anvers. Elle porte le nom de « **Re-integratie Overleg voor Pijn- en Revalidatiepatiënten van Antwerpen** » (ROPRA). Tous les six mois, ROPRA organise une concertation politique entre les centres de la douleur et de rééducation fonctionnelle de la région d'Anvers d'une part, et le « secteur de l'emploi » d'autre part. La nécessité de se concerter au sujet de cas est aussi clairement apparue. Depuis l'automne 2018, la fréquence de ces moments de concertation, auxquels participent des représentants de différentes institutions, est passée de 2 à 4 fois par an. Avec la participation de coordinateurs « Retour au travail » des mutualités, de médecins du travail ou encore de collaborateurs du département « Emploi et Économie » de la ville d'Anvers, le nombre de participants à cette concertation ROPRA ne cesse d'augmenter d'année en année.

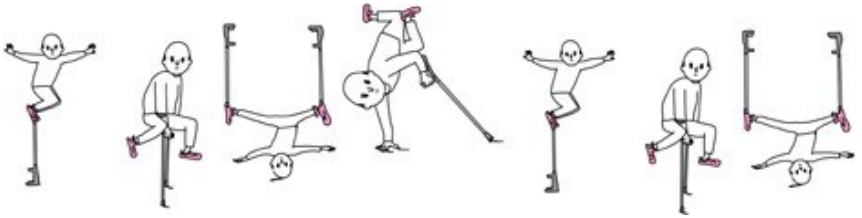
## 5 ECHANGE DE CONNAISSANCE ET DE COMPETENCES

Divers **projets et études** ont également été réalisés (2017-2019) en collaboration avec le Centre de connaissances de l'incapacité de travail de l'INAMI, le VDAB et le GTB, ce qui a considérablement augmenté l'échange de connaissances et de compétences entre les deux secteurs. Pour le VDAB, nous avons participé à l'élaboration de formations pour les « jobcoachs » qui accompagnent des personnes souffrant de douleurs chroniques, mais aussi à l'élaboration de méthodologies visant à améliorer la collaboration entre le VDAB et les intervenants professionnels qui accompagnent le demandeur d'emploi.

L'un des collaborateurs du centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA a suivi la formation « Disability Management » organisée par l'INAMI. Ceci nous a permis d'accroître nos connaissances théoriques sur cette matière complexe et de fournir le meilleur accompagnement possible à nos patients..

**48**

La première année, le projet « We Go To Work » du centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA a accompagné 48 personnes. Un peu plus d'un quart d'entre elles (27 %) ont poursuivi avec un trajet de suivi au sein du GTB ou du VDAB. Parmi elles, 77 % ont entamé un trajet d'insertion professionnelle, 8 % suivent une formation et 15 % ont un emploi.



*« En raison de douleurs chroniques au cou et au dos et d'autres problèmes médicaux, j'ai développé des sentiments dépressifs et des symptômes très similaires à ceux du burn-out. Lorsque j'ai entamé le projet « We Go To Work », j'étais sceptique. Il m'a donc fallu un certain temps pour avoir confiance en l'approche de l'équipe ».*

*« Ensuite, l'équipe a commencé à travailler avec différents intervenants de divers domaines. Ils m'ont posé des questions sur ce que signifiait le stress pour moi, et mes réponses leur ont permis d'élaborer un « plan de balisage ». Le trajet était intensif. Il m'arrivait de paniquer dès que l'on me parlait de travail. Heureusement, la possibilité m'a été donnée de me concentrer dans un premier temps sur les petites choses qui n'allaient pas dans ma vie, comme avoir une bonne structure et une bonne organisation quotidiennes.*
*C'est ainsi que, petit à petit, j'ai pu me concentrer sur d'autres choses ».*
*« L'équipe a pris contact avec ma mutualité pour que je puisse entamer un trajet au sein du GTB, car je ne souhaitais pas reprendre mon ancien travail qui était physiquement trop lourd pour moi. Dans l'attente d'une décision, le CMD est resté en contact avec moi. Nous avons ainsi pu poursuivre mon trajet de retour au travail. Et avec succès ! Quatorze mois plus tard, je vais commencer à travailler comme experte du vécu au GTB. En collaboration avec les accompagnateurs du GTB, en tant qu'ancienne patiente j'encouragerai d'autres personnes à suivre ce trajet. Je pourrai ainsi faire le lien entre les soins et le travail ».*

***Mireille (49)***



## 6 PROJET "WE GO TO WORK"

En 2020, le centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA Hoge Breuken a adhéré au projet « We Go To Work (en abrégé WGTW). Ce projet, subventionné par le Fonds social européen (FSE), a été lancé par le GTB en collaboration avec des partenaires du secteur des soins de toute la Flandre, dont le ZNA. Le groupe cible est constitué de **personnes inactives** qui, en raison de leur **état de santé** ou **d'une limitation à l'emploi** rencontrent des obstacles lorsqu'elles veulent recommencer à travailler alors que pour elles, l'offre classique du GTB et du VDAB ne suffit pas. Dans le cadre de ce projet, on atteint ce groupe cible par un travail de proximité dans l'organisation partenaire.

Ainsi le collaborateur du GTB se rend au centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA un à deux jours par semaine afin d'amener les personnes à entreprendre, pendant la période de rétablissement déjà, des démarches sous forme de « trajet préliminaire en vue de leur réinsertion ou de leur activation. Pour ce faire, il/elle offre un accompagnement le plus intensif possible, accessible et destiné à renforcer la personne. Il/elle forme un duo avec un collaborateur du centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA.

L'accompagnement en duo consiste en des entretiens et un accompagnement individuels, des modules de groupe, la rédaction d'un plan d'action et des étapes intermédiaires qui peuvent déboucher sur un trajet d'accompagnement classique. L'accompagnateur du GTB incite les personnes inactives à réfléchir à « faire quelque chose » et à explorer « une activité » pour se diriger vers un trajet professionnel, une formation, un emploi ou la reprise du travail. L'expertise conjointe des professionnels de la santé du ZNA et d'un accompagnateur GTB permet d'offrir **un accompagnement qui est intégré, axé sur l'activation et qui autonomise le patient**.

Cette collaboration est très prometteuse. Nous constatons qu'offrir ce processus dans l'environnement thérapeutique familier du patient est efficace. Ainsi les informations transmises par l'équipe paramédicale qui suit médicalement le patient peuvent être immédiatement mises en lien avec les conseils du coach.

Ce type d'accompagnement vers l'emploi peut permettre de lever les obstacles que pourrait rencontrer ce groupe cible et l'aider à retourner sur le marché de l'emploi. Il permet de sortir d'une situation qui, pendant longtemps, a été sans issue. Le FSE et le GTB espèrent que grâce à ce projet, 15 % des participants pourront être dirigés vers un trajet de recherche d'emploi classique auprès du GTB/VDAB. (La première année, nous avons atteint un taux de 27 %.)

*"« Après un accident de travail en 2016, j'ai eu des douleurs chroniques. Je suis en incapacité de travail depuis 5 ans maintenant. Je suis père célibataire, j'ai 3 fils. Tout ceci occasionne du stress qui s'ajoute aux soins que nécessitent mes parents qui habitent avec nous. Lorsque j'ai rejoint le projet ' We Go To Work', il y avait encore une affaire en cours au tribunal pour décider si l'accident de travail avait entraîné des dommages permanents. Beaucoup de choses sont apparues pendant le trajet : je rencontrais des difficultés financières à cause de mon revenu modeste, je pouvais difficilement donner à mes fils la structure dont ils avaient besoin, les dettes s'accumulaient... »*

*« À la mutualité, une concertation au sujet des soins a réuni mon médecin généraliste, le service social de la mutualité, une psychologue et un travailleur social du centre de la douleur, un travailleur social du CPAS, un accompagnateur du CAW et un accompagnateur du GTB. Ensemble nous avons rédigé un plan d'action pour rendre ma vie plus paisible. Maintenant un collaborateur du projet 'We Go To Work' me téléphone tous les 3 mois pour savoir comment ça va et demander si je serais en mesure de reprendre le travail. Ils me laissent la possibilité de tout mettre en ordre mais en même temps, ils sont présents pour quand même m'aider à retrouver du travail, une fois que ce sera possible pour moi. »*

***Youssef (52)***

# DIX ANS DE L'EXPERIENCE : VISION ET AMBITIONS

*«Au service social, nous mettons l'accent sur les capacités des patients, pas sur ses limitations. En procédant ainsi, nous voulons leur offrir des perspectives. Nous les aidons par exemple à trouver un travail bénévole pour qu'ils aient à nouveau des contacts avec d'autres personnes et que de nouvelles occasions se présentent. »*

***Hendrik Devriendt,***
***Assistant social***
***Centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA***

Notre objectif est en premier lieu d'éviter l'incapacité de travail de longue durée vu son incidence considérable sur le bien-être du patient et la charge qu'elle représente pour la société. Nous en portons tous la responsabilité. Nous rêvons :

- Que le **médecin** rédige un certificat d'incapacité de travail seulement après avoir mûrement réfléchi aux facteurs de risques psychosociaux de l'individu et sur les conséquences désastreuses à long terme de l'incapacité de travail pour le patient.
- Que désormais le **gouvernement** autorisent plus tous les médecins à rédiger un certificat d'incapacité de travail, qu'ils veillent à l'élaboration d'un plan par étapes clair assorti d'une obligation de coordination. Que les pouvoirs publics investissent davantage dans des mesures actives destinées à aider les citoyens à se réinsérer plutôt que dans les indemnités qui constituent une solution passive.
- Que le **médecin du travail** et le **médecin-conseil de la mutualité** soient proactifs et apportent un soutien au lancement d'un trajet de réinsertion et qu'ils soient suffisamment visibles pour une concertation avec les médecins généralistes et spécialistes.
- Que le **patient** prenne ses responsabilités pour aider à sa guérison et reprendre sa place dans la société..

## 1 POINTS CLES

- L'incapacité de travail est un effet secondaire important de la maladie, qui tire souvent le patient encore plus vers le bas, le rend anxieux et l'insécurise.
- Il est donc primordial d'éviter l'incapacité de travail de longue durée.
- Offrir à nouveau des perspectives d'avenir favorise la guérison.
- La réinsertion sociale doit être envisagée comme un élément important du processus de guérison.
- Le droit au travail existe aussi pour les personnes souffrant de limitations. Il est fondamental pour le bien-être des individus.
- La collaboration fonctionne.
- Il est souvent nécessaire de promouvoir la reprise du travail, assurément auprès des personnes qui sont en incapacité de travail depuis longtemps. En effet, cela demande souvent un temps de maturation, le patient se rendant progressivement compte que reprendre sa place dans la société améliorera son sentiment de bien-être.
- Les mutualités et les médecins du travail doivent vraiment être plus visibles.
- Les termes comme « invalidité » et « pension de maladie » doivent disparaître.
- Le processus de réinsertion professionnelle est du travail sur mesure.

## 2 IDENTIFICATION DES DIFFERENTES CATEGORIES DE PATIENTS

Au cours de ces dernières années, nous avons aussi identifié les différentes « catégories » de patients ainsi que leurs besoins respectifs en matière de réinsertion sociale. Des trajets thérapeutiques ont été conçus pour les différentes catégories à partir de ces informations :

- Les patients qui reprennent le travail rapidement et en toute autonomie dès que c'est possible, n'ont **pas besoin d'accompagnement supplémentaire**.
- Les patients pour qui un **accompagnement de courte durée par notre équipe multidisciplinaire** suffit, à savoir quelques entretiens pour expliquer le concept de reprise progressive du travail par exemple, la façon de prendre contact avec le médecin du travail, d'entreprendre eux-mêmes les démarches nécessaires etc. Souvent, cela suffit pour les aider à se réinsérer dans la société
- Les personnes pour qui un **trajet multidisciplinaire** serait bénéfique et qui, après cet accompagnement, peuvent être orientées par notre centre vers le « secteur de l'emploi » selon le modèle de l'élaboration du profil des capacités restantes et du « passage de relais »'.
- Les personnes qui ont besoin d'un **trajet préliminaire**, qui doivent surmonter beaucoup d'obstacles avant qu'on puisse parler de travail. Souvent elles sont confrontées à une série de problèmes comme un logement de mauvaise qualité, la barrière de la langue, des procédures juridiques... Pour ces patients, le projet « We Go To Work » est une bénédiction..



## 3 RECOMMANDATIONS

### 3.1 Centralisation auprès d'un seul médecin

L'incapacité de travail est toujours prescrite par le même médecin (généraliste)..

L'incapacité de longue durée est souvent une mosaïque prescrite par différents médecins pour des périodes différentes. C'est pourquoi il nous semble opportun que ce soit toujours le même médecin qui prescrive l'incapacité de travail, il aurait la charge de la centralisation. Le médecin généraliste nous semble être le mieux placé pour ce le faire.

### 3.2 Un suivi de près

Dès le début, le médecin généraliste suit de près le patient en incapacité de travail

Un suivi minutieux par le médecin généraliste, certainement au cours des premiers mois de maladie, diminue le risque d'incapacité de travail de longue durée (N. Makay, React Project, 2011)[33]. Il faut détecter précocement les facteurs de risque d'incapacité de travail de longue durée. Pour les patients qui présentent un risque élevé d'absentéisme de longue durée, ces consultations chez le médecin généraliste devraient avoir lieu à intervalles réguliers, fixés d'avance, par exemple toutes les deux semaines pendant les six premiers mois d'incapacité de travail. Il serait préférable que les pouvoirs publics imposent ce schéma de suivi. Ainsi le suivi de près des patients devient une évidence, cela ne dépend pas de la relation entre le patient et le médecin. Beaucoup de médecins trouvent en effet difficile de suivre une politique stricte en la matière.

## 3.3 Des explications suffisantes

Le médecin rassure le patient.

Rassurer le patient après avoir exclu les « drapeaux rouges » (= les affections qui requièrent un traitement urgent) est un moyen bon marché et efficace d'éviter l'incapacité de travail de longue durée. Chaque médecin qui voit un patient se plaignant de douleurs doit lui donner des explications et le rassurer. La consultation doit partir du fait que la reprise du travail va de soi. Hors de question dès lors de tenir des propos tels que : « Avec un dos dans cet état, vous ne travaillerez plus jamais.

## 3.4 Une détection précoce

On s'efforce d'identifier tôt les facteurs de risque de douleurs chroniques.

L'apparition de douleurs chroniques et la survenue de l'invalidité dépendent davantage de facteurs psychosociaux individuels et liés au travail que des symptômes physiques ou cliniques que présente le patient. Il est possible de prévenir des symptômes permanents et invalidants en identifiant, et ce, précocement, les facteurs psychosociaux et en remédiant à ces problèmes. Des programmes de rééducation multidisciplinaires en cas de douleurs peuvent faire diminuer significativement les coûts indirects.

Les facteurs de risque d'apparition d'un comportement douloureux persistant (les drapeaux jaunes) peuvent être détectés précocement à l'aide de questionnaires:

- Étant donné que le catastrophisme est considéré comme un important facteur de risque d'apparition de douleurs chroniques et d'un comportement douloureux persistant, l'échelle **Pain Catastrophizing Scale** (PCS) peut être utilisée. Des questions sont posées sur 13 items évalués sur une échelle allant de 0 à 4. (Le score maximal est donc 52.) Dans notre centre, nous considérons qu'un score supérieur à 35 est élevé. Ce questionnaire peut être utilisé pour différents types de douleurs, qu'elles soient aiguës ou chroniques.
- Le questionnaire pour le dépistage des douleurs aiguës au niveau du dos, de la nuque ou des épaules (**SARNS**) est la version néerlandophone du Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (questionnaire de dépistage des lombalgies aiguës). Ce questionnaire porte sur 24 items à évaluer sur une échelle de 0 à 10. Si le score est supérieur à 105, on considère que le risque est accru. Ce questionnaire peut être utilisé pour les patients ayant des douleurs aiguës (depuis moins de 12 semaines), il permet d'avoir une idée des patients qui présentent un risque accru d'éprouver des douleurs pendant une longue durée.

Le patient peut répondre à ces questionnaires seul, sans l'aide de quiconque. Les remplir prend respectivement 5 minutes et 15 minutes. Ces questionnaires sont disponibles sur le site www.meetinstrumentenzorg.nl.

Il est judicieux d'identifier précocement les drapeaux jaunes et d'offrir un accompagnement multidisciplinaire aux patients présentant un risque élevé ; cela s'est révélé efficace tant pour les patients que pour la société.

Toutefois selon une **étude propre** menée en 2018 (voir p. 48), il est préférable que ce soit le médecin généraliste ou le médecin traitant qui cherche à identifier les drapeaux jaunes. En effet, le **lien de confiance** entre le patient et le dispensateur de soins est important pour l'utilisation judicieuse de tels questionnaires..

## Projet pilote au sein du ZNA (2018)

Au sein du ZNA, nous avons mené un projet pilote sur le dépistage de drapeaux jaunes auprès de deux catégories de patients : (1) les patients ayant subi une chirurgie de la colonne vertébrale au ZNA Middelheim (phase périopératoire) et (2) les patients ayant été référés au centre de la douleur du ZNA pour être soignés à l'aide d'une technique interventionnelle. Dans les deux cas, il s'agissait de patients de moins de 65 ans, souffrant de douleurs aiguës ou chroniques.

Le questionnaire que nous avons utilisé est le Pain Catastrophising Scale (PCS). Un de nos collaborateurs (qui n'avait pas de relation thérapeutique avec le patient) a appelé les patients ayant obtenu un score élevé (>35) ou très élevé (>40) un mois après la procédure/l'intervention. Si à ce moment-là, il apparaissait qu'ils souffraient de douleurs anormalement fortes ou présentaient un comportement douloureux prononcé, un soutien multidisciplinaire pouvait être proposé.

L'objectif était d'offrir ce soutien assez tôt dans l'évolution de la maladie afin de réduire le risque d'apparition de douleurs chroniques et d'un comportement douloureux persistant et d'améliorer à nouveau le plus vite possible le bien-être des patients.

Au bout d'un an, ceci a débouché sur le démarrage d'un trajet multidisciplinaire pour seulement 2 des 260 patients qui avaient rempli correctement le questionnaire, 45 d'entre eux ayant obtenu un score élevé ou très élevé

Ces éléments sont ressortis lors du suivi :

- Souvent lors de l'entretien de suivi par téléphone, le patient ne se rappelait plus de ce dont il s'agissait.
- Si l'intervention (chirurgicale ou non) avait eu un résultat positif, le patient était moins enclin à opter pour une approche multidisciplinaire en vue de gérer un éventuel problème (résiduel).
- Les patients ont dit préférer une consultation chez le médecin à un entretien téléphonique avec du personnel paramédical avec qui ils n'avaient pas noué de relation de confiance.

On a constaté que parler à des patients du résultat élevé obtenu à un questionnaire qui évalue les facteurs de risque psychosociaux est difficile si c'est un intervenant social avec qui ils n'ont pas de relation de confiance qui s'en charge.



## 3.5 Le démarrage rapide de l'accompagnement des patients souffrant de douleurs

Les centres multidisciplinaires de la douleur prévoient une voie rapide pour les patients atteints de douleurs (sub)aiguës (depuis moins de 6 mois) qui risquent de s'absenter du travail ou sont déjà absents.

Le médecin généraliste oriente le patient vers le centre pour qu'il puisse en bénéficier. Il est clairement précisé qu'il s'agit d'une douleur (sub)aiguë et que la personne est en incapacité de travail (ou risque de l'être).

Outre des techniques interventionnelles ou un traitement médicamenteux, le patient peut bénéficier précocement d'un soutien multidisciplinaire pour qu'il puisse participer au maximun à la vie en société.

## 3.6 La réinsertion dans la société

La participation à la vie sociale, objectif du soutien multidisciplinaire.

Quand un patient est admis dans un circuit multidisciplinaire, un soutien peut lui être offert dans plusieurs domaines. L'engagement du patient et sa bonne volonté sont essentiels. Ceci est expliqué clairement lors du premier entretien. On considère que le but (= paramètre de résultat) de ce soutien multidisciplinaire est la réinsertion sociale et la réinsertion professionnelle quand c'est possible.

Le fait que les dispensateurs de soins continuent à proposer des trajets de réinsertion professionnelle ou évoquent à maintes reprises les capacités restantes du patient porte ses fruits. Lors du suivi pendant un projet pilote de deux ans mené à la demande du centre de connaissance de l'incapacité de travail de l'INAMI (2017-2020), nous avons remarqué que les patients qui déclaraient initialement ne plus vouloir ou ne plus pouvoir travailler changeaient d'avis par la suite et étaient quand même prêts à essayer de suivre un trajet de réinsertion. Il nous semble primordial de promouvoir la réinsertion professionnel

*"Lorsque je suis arrivée au centre multidisciplinaire de la douleur (CMD), je venais d'avoir un grave burn-out. J'avais systématiquement dépassé mes limites à cause de l'absence d'un collègue de travail. Cela s'est traduit par des troubles psychiques mais mon corps a aussi commencé à se rebiffer sur le plan physique. Au CMD, j'ai bénéficié d'un accompagnement sur mesure par un ergothérapeute, un kinésithérapeute et un psychologue. Les quatre premiers mois, on s'est concentré sur mon niveau d'énergie et ma façon de gérer ma vie quotidienne : comment prévoir des pauses structurées dans la journée pour me reposer, comment apprendre à mettre mes limites, qu'est-ce qui me donne de l'énergie et qu'est-ce qui me coûte de l'énergie ? Grâce à cette approche, j'ai pu appliquer tous ces principes dans ma vie quotidienne et un an après le premier entretien, j'ai recommencé à travailler à 80 %. Grâce à l'équipe et au trajet intensif, je me rends compte plus qu'avant que notre esprit ne peut pas être envisagé séparément de notre corps.."*

***Sofie (34)***



## 3.7 Qui est qui?

Qui est associé à ce processus thérapeutique ?

Pour chaque patient souffrant de douleurs qui est admis dans un circuit multidisciplinaire, on identifie les acteurs : le médecin généraliste, le médecin-conseil de la mutualité et le médecin du travail.

La transparence en la matière est bénéfique à la communication entre toutes les parties intéressées. Il est possible d'effectuer une recherche sur le site web www.masante.be pour savoir qui est le médecin du travail du patient.

Nous plaidons en faveur de la création d'une plateforme électronique pour que les personnes concernées puissent se concerter au sujet de la réinsertion professionnelle.

## 3.8 Rencontre des acteurs locaux

Organisez des rencontres entre les acteurs du 'secteur de l'emploi' et ceux du 'secteur des soins' de votre région

De cette manière, il existera des référents fixes pour les contacts entre l'établissement de soins (centre multidisciplinaire de la douleur, centre de rééducation fonctionnelle) et les collaborateurs du VDAB, du GTB, du GOB etc. du quartier. Le renvoi des patients du «secteur des soins» vers le «secteur de l'emploi» se fera dès lors de manière plus efficace.

- Depuis quelques années, le centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA et le « secteur de l'emploi » de la région d'Anvers collaborent. Les pierres angulaires sont la rédaction d'un profil de capacités et le « passage de relais ».
- En 2017, cette collaboration a été élargie à d'autres centres multidisciplinaires de la douleur et à d'autres centres de rééducation de la région d'Anvers intéressés. Elle a été baptisée ROPRA (concertation au sujet de la réinsertion de patients anversois souffrant de douleurs et suivant une rééducation).
- Pour les patients en inactivité qui souhaitent reprendre le travail mais éprouvent encore beaucoup de difficultés à le faire et pour qui l'accompagnement classique du VDAB/GTB n'est pas suffisant, on a lancé le projet We Go To Work. Le collaborateur du GTB se rend au centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA un à deux jours par semaine afin d'aider les personnes à entreprendre, pendant leur période de rétablissement déjà, des démarches sous forme de « trajet préliminaire » en vue de leur réinsertion ou de leur activation.

*"« De cette façon, l'activation fait partie du processus de guérison, on peut faire assez de liens avec les possibilités et les besoins, nous choisissons d'être présents pour les patients, nous bâtissons la confiance entre les dispensateurs de soins, le trajet thérapeutique et le patient, nous facilitons l'accès à l'activation [...] »*

***Lynn Fransen,***
***Bruggen Bouwer GTB Antwerpen***



## 3.9 Lien entre les soins et l'emploi

L'ergothérapeute, le kinésithérapeute ou le travailleur social du centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) font le lien entre les soins et l'emploi.

Ces membres du personnel paramédical sont les personnes de contact pour le « secteur de l'emploi » au sein du CMD. L'ergothérapeute peut par exemple accompagner le patient pour une visite du lieu de travail après un contact avec le médecin du travail ou avec le service prévention de l'entreprise. Il est aussi préférable que l'ergothérapeute/le kinésithérapeute ou un travailleur social du centre multidisciplinaire de la douleur soit présent lors l'entretien d'admission au VDAB/GTB. Nous qualifions cet accompagnement de « passage de relais ».

Il est conseillé de demander à un de ces collaborateurs de suivre la formation de *Disability Management* organisée par l'INAMI. Ainsi dans notre centre, nous avons pu nous faire une meilleure idée de la législation (complexe) et des possibilités de réinsertion et nous pouvons ainsi informer nos patients le mieux possible.

La présence d'un collaborateur du GTB dans l'enceinte de l'hôpital (cf. supra, projet « We Go to Work ») nous a aussi permis d'augmenter considérablement notre expertise en la matière.

## 3.10 Concertation mensuelle

Concertation mensuelle sur la réinsertion professionnelle au sein du CMD.

Pendant cette concertation, on discute des différents patients qui bénéficient d'un accompagnement par le CMD dans le cadre de la réinsertion professionnelle. Ils font ainsi l'objet d'un suivi régulier. Un algologue, l'ergothérapeute du CMD et le collaborateur du projet WGTW participent à cette concertation

## 3.11 Communication avec la mutualité

Communication avec le médecin-conseil de la mutualité ou avec le médecin du travail.

Il est difficile d'évaluer a priori si la réorientation professionnelle débouchera sur la réinsertion professionnelle. Nous estimons qu'il est préférable d'inclure trop de patients et de leur donner une chance, sachant que le retour sur investissement sera grand, en premier lieu pour le patient lui-même (cf. littérature). Il n'est pas toujours facile non plus de bien évaluer la réussite d'une reprise du travail. À cet égard aussi, nous estimons qu'il vaut mieux essayer plutôt que d'attendre que les douleurs aient « complètement disparu » (cf. littérature).

À partir du moment où le patient affirme être prêt à commencer le parcours de réinsertion professionnelle, l'algologue l'oriente vers le médecin-conseil de la mutualité ou vers le médecin du travail. On peut opter pour une reprise de travail progressive ou choisir d'inclure le patient dans la convention, l'INAMI mettant un budget à disposition pour la réadaptation ou la réorientation professionnelle. Mieux vaut demander l'autorisation du médecin-conseil de la mutualité avant que l'entretien d'admission auprès du VDAB/GTB ait lieu.



## 3.12 Politique de réinsertion au sein de sa propre organisation

En tant qu'établissement de soins, veillez à concevoir une politique de réinsertion pour vos travailleurs.

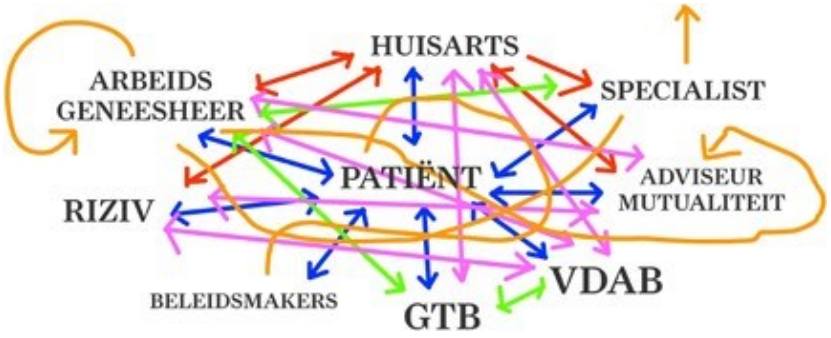
Vous pouvez bien entendu aussi appliquer à votre propre organisation le savoir-faire acquis au sein de votre centre multidisciplinaire. Ainsi une nouvelle fonction de coordinateur de la réinsertion professionnelle a été créée au sein du service RH du ZNA afin d'optimiser le processus de réinsertion professionnelle des travailleurs du ZNA.

# 4 AUTRES BESOINS ET REFLEXIONS

## 4.1 Une campagne de sensibilisation

Il serait assurément judicieux de mener une campagne de sensibilisation destinée aux médecins généralistes et spécialistes pour souligner les conséquences de l'incapacité de travail de longue durée sur le bien-être et la santé du patient (à l'instar des campagnes sur l'utilisation des antibiotiques et des rayons x).

Nous sommes convaincus que ceci doit devenir un module plus important dans la formation des médecins. Nous nous réjouissons que ce thème soit un des points élaborés dans le plan flamand de réinsertion des personnes malades de longue durée. En ce moment, les médecins ont souvent l'impression que s'ils n'accèdent pas à la demande de mise en incapacité de travail de leur patient, la relation de confiance avec celui-ci sera rompue. Or si nous, les médecins, avons une connaissance suffisante des conséquences de l'incapacité de travail de longue durée et que notre refus d'accéder à la demande du patient est motivé par la recherche de bien-être pour ce dernier, cela sera justement bénéfique à la relation médecin-patient.




## 4.2 Evaluation de l'incapacité

Décider si une personne est en état de travailler peut sembler simple mais dans les faits, il n'en n'est rien. Qui prend cette décision ? Le patient ou le médecin ? Et quel médecin : le médecin généraliste, le médecin du travail, le spécialiste ou le médecin-conseil de la mutualité ? Et sur quoi est basée cette déclaration d'(in)aptitude au travail ? Est-ce une question de bon sens, le médecin acquiesce-t-il à la demande du patient, se laisse-t-il guider par sa propre conception du travail ou se base-t-il sur des faits ? Souvent tous ces facteurs se combinent.

C'est pourquoi il nous semble indiqué que la prescription de l'incapacité de travail soit confiée à un groupe limité de médecins et que cette décision soit étayée par les étapes suivantes d'évaluation du risque, de la motivation et de l'incapacité.

- **Risque:** si le patient est au travail, quel est le risque tant pour lui-même que pour son entourage ? La réponse est souvent plus évidente pour un monteur d'échafaudages souffrant d'épilepsie que pour un patient souffrant du dos et travaillant dans le secteur du bâtiment. La littérature nous apprend qu'en tant que médecins, nous nous laissons souvent influencer par notre propre conception du travail (ou nos propres peurs)*(Darlow et al., 2022 ; Nijs J. Et al., 2013)* [34-35]. Les dispensateurs de soins devraient donc aussi réfléchir eux-mêmes à leur propre conduite d'évitement et à leur anxiété.
- **Motivation:** dans quelle mesure le patient est-il motivé à reprendre le travail/continuer à travailler ? Et comment augmenter la motivation du patient en lui offrant un accompagnement multidisciplinaire par exemple ?
- **Incapacité:** l'incapacité est évaluée à partir de faits mesurables. En faisant passer à une personne un test à l'effort sur vélo, nous avons une idée de sa condition physique et, indirectement, de ce qu'elle est physiquement capable de faire. Cela devient plus difficile pour les personnes souffrant de lombalgie sans cause identifiable.

» Il est pertinent que ce soit le SPF Santé publique qui détermine **la durée prévue de l'incapacité de travail** pour certaines affections. Elle peut être « prolongée » à cause d'autres affections dont souffre le patient ou de la situation professionnelle spécifique. (Le rétablissement après une opération en cas de rupture d'un tendon ne sera pas le même pour un docker que pour un employé.)

## 4.3 Evaluation de la capacité de travailler

Depuis les deux modifications législatives de fin 2016, un accompagnement plus intensif par le médecin-conseil de la mutualité et le médecin du travail, où l'accent est mis sur les capacités résiduelles et le démarrage d'un trajet de réinsertion, est prévu pour les personnes en incapacité de travail.

Il faudrait évaluer de manière standardisée, à l'aide de la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) ce que les personnes souffrant d'un handicap ou ayant été malades sont à nouveau en mesure de faire sur le plan mental, physique et professionnel (= leur capacité à travailler).

Pour les personnes ayant un contrat avec un employeur, le médecin du travail est peut-être le mieux placé pour faire correspondre capacité de travail et exigences du poste de travail. Dans ce cadre, c'est intéressant de savoir qu'aux Pays-Bas, c'est en premier lieu le médecin du travail qui détermine si une personne est apte à travailler ou non.

Pour les personnes n'ayant pas de contrat de travail, différentes instances s'en chargent. On pourrait centraliser cette évaluation dans les centres qui ont déjà l'habitude d'en faire, comme le service Gespecialiseerde Screening (DGS) du VDAB et la Medisch Ergonomisch Team (MET) du GTB. Les mutualités et l'INAMI s'organisent aussi de plus en plus de manière multidisciplinaire pour pouvoir se charger de cette évaluation.

À cet égard, on peut mener une réflexion sur la possibilité d'envisager les médecins-conseils séparément de leur mutualité et d'en faire un groupe indépendant de médecins.

## 4.4 Une meilleure visibilité des médecins du travail et des médecins-conseils des mutualités

On a besoin d'urgence d'une plateforme permettant au « secteur des soins » traitant, au « secteur de l'emploi » et au médecin du travail/médecin-conseil de la mutualité de communiquer. Ceci constitue un des objectifs à poursuivre pendant la durée du projet WGTW, tout en mettant le respect de la vie privée du patient à l'avant-plan.  Nous croyons que la présence de coordinateurs Retour au Travail au sein des mutualités améliorera grandement la collaboration entre « le secteur des soins » et la mutualité.



## 4.5 Responsabilisation des employeurs

Il nous semble aussi nécessaire de responsabiliser les employeurs cependant un accompagnement doit être prévu. En effet, souvent les employeurs ne sont pas assez au courant des possibilités existant en matière de réinsertion professionnelle ou bien ils estiment que réintégrer un travailleur qui a été malade entraîne une surcharge administrative. Le fait qu'un employeur ne sache qu'à la dernière minute si son travailleur va revenir ou pas et qu'il ignore quelles compétences ce dernier a encore rend la situation très complexe.

Mener une politique proactive en la matière au sein de l'entreprise donnera des résultats. Il nous semble que le fait que des collaborateurs RH suivent une formation de Disability Management organisée par l'INAMI (cf. supra) constitue une plus-value. Dans ce cadre, nous renvoyons aussi au  « Talentoscoop ». Ce projet des associations GTB, Verso et Sterpunt Inclusief Ondernemen, mené à l'aide de moyens du Fonds social européen, décharge les employeurs des soucis en matière de politique RH et leur apporte un soutien, tout cela en attachant une attention particulière à la diversité et à l'aspect « entreprise inclusive ».

Faisons en sorte que la pénurie de main d'oeuvre sur le marché du travail et la recherche de personnel adéquat incitent à permettre aux personnes en état de travailler de le faire, éventuellement en adaptant l'horaire, la charge physique etc. C'est surtout pour le secteur des soins, l'enseignement et les professions techniques que ce choix semble évident.

Ainsi nous constatons parfois que le centre d'expertise médicale, un service public compétent pour l'incapacité de travail, évalue de manière rigide les capacités restantes du personnel enseignant mis à la « pension de maladie » pour raison médicale par exemple. Espérons qu'à terme, on mettra davantage l'accent sur ce qu'un individu est encore en mesure de faire, qu'on respectera davantage ses capacités et qu'on fera preuve de plus de flexibilité pour trouver des solutions créatives qui conviennent tant au travailleur qu'aux gouvernements  De cette manière, les gouvernements
peuvent servir d'exemple.

Un employeur peut demander l'aide d'un service externe qui

- lui expliquera quelles sont les possibilités et les obligations (par exemple la reprise de travail progressive, les exigences administratives, l'intervention du service de médecine du travail).
- l'aidera à susciter une discussion entre le chef direct (pour évaluer le contenu des tâches, connaître la culture d'entreprise, les alternatives possibles) et le travailleur absent pour maladie (afin de se faire une idée de la problématique ou des limitations).  Si nécessaire, ce service peut en plus prendre contact avec les acteurs concernés tels le médecin traitant, le centre de rééducation fonctionnelle et le psychologue.
- offrira un coaching pendant le processus de reprise du travail.

# CONCLUSION

## 1 QUE SAVAIT-ON DEJA?

- **Un problème pertinent** L'incapacité de travail de longue durée des patients atteints de douleurs chroniques constitue un vrai problème social et sociétal.
- **Facteurs de risques psychosociaux** L'incapacité de travail de longue durée est plutôt provoquée par des facteurs de risques psychosociaux que par les troubles physiques.
- **Il existe des questionnaires** pour détecter ces facteurs de risques psychosociaux.
- **Détection précoce**
  En identifiant précocement les patients à haut risque et en leur offrant un soutien multidisciplinaire, on peut éviter l'apparition de symptômes invalidants permanents.
- **L'agrément de centres multidisciplinaires de la douleur** en Belgique a permis d'offrir un accompagnement multidisciplinaire aux patients souffrant de douleurs chroniques.

Notre objectif premier doit être de prévenir l'incapacité de travail de longue durée, tout d'abord pour le bien-être du patient. C'est pourquoi nous tous, pouvoir public, patient, employeur, médecin et « secteur de l'insertion professionnelle », nous partageons une responsabilité.

## 2 QU'EST-CE-QUE CE TEXTE APPORTE DE PLUS?

- Sensibilisation Nous voulons en premier lieu attirer l'attention sur cette problématique.
- Organisation des médecins et du personnel paramédical Nous décrivons comment nous, en tant que médecins et personnel paramédical, pouvons nous investir et nous engager pour accompagner les patients de manière systématique et en toute transparence, le paramètre de résultat étant une (ré)insertion maximale dans la société.
- Problèmes et pièges Nous indiquons quels sont les problèmes et les pièges et formulons des suggestions pour y remédier.
- Construire des ponts Cette proposition démontre comment construire un pont entre le « secteur de l'emploi » et le « secteur des soins ». Ainsi les différents maillons concernés par le processus de la réinsertion sociale des patients forment une chaîne.
- Un encadrement strict Le secteur des soins demande aux pouvoirs publics un encadrement plus strict et mieux organisé en matière d'incapacité de travail.
- Le travail, voie de guérison Ce texte aide à comprendre comment le fait d'offrir des perspectives d'avenir et de reprise de travail constitue une part importante du processus de guérison.
- Il est souvent nécessaire de faire la promotion de la reprise du travail, surtout auprès des personnes en incapacité de travail depuis longtemps. La réinsertion professionnelle est souvent du travail sur mesure, adapté aux besoins du patient.

Un **changement de paradigme** de la part de toutes les parties concernées est nécessaire afin que le **droit au travail** pour les personnes souffrant de limitations compliquant l'accès à l'emploi devienne une **évidence**. Il faut mettre l'accent sur ce que la personne est encore capable de faire. Le travail fait partie du processus de guérison. Il est fondamental pour notre bien-être à tous. Puisse la brochure « Docteur, puis-je reprendre le travail ? » refléter l'espoir et la volonté que ce changement ait lieu.

# L'EQUIPE SPECIALISE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR DU ZNA

Seuls l'engagement des membres de l'équipe concernés et la dynamique collective permettent d'offrir des soins individualisés et de qualité, de concrétiser la vision et de réaliser les ambitions.

L'équipe de la douleur du ZNA se compose de 27 médecins, d'infirmiers spécialistes de la douleur, de personnel paramédical et de préposés au secrétariat qui s'investissent jour après jour pour le traitement des douleurs aiguës et chroniques, de la douleur chez les enfants, des douleurs postopératoires, des douleurs en cas de cancer etc. dans les différents hôpitaux du réseau des hôpitaux d'Anvers (ZNA).

En scannant ce QR code, vous en saurez plus sur la composition de cette équipe enthousiaste.

# REMERCIEMENTS


- Je tiens en premier lieu à remercier nos patients pour leur confiance en notre équipe et leur volonté d'emprunter le chemin de la réinsertion sociale.
- Merci aux collaborateurs de notre centre multidisciplinaire de la douleur qui, jour après jour, accompagnent nos patients avec énergie et enthousiasme. Je pense ici à Elona Van Dooren, Hendrik Devriendt, Filip Cassimon, Veerle Van Hoestenberghe, Ann Eyckens, Iris Goossenaerts, Saartje Peeters, Elien Van Looveren et Anne-Marie Schaltin.
- Merci aux partenaires des services de l'emploi de notre région, en particulier Lies Janssens, Lynn Fransen et Ingvild De Bruyn du GTB, Nikolaj Basselé et Liesbet Van den Wijngaert du VDAB et Annick Mortelmans d'Emino. Que de chemin parcouru ces dix dernières années ! Nous sommes passés d'une simple lettre de renvoi pour la maison de l'emploi dans laquelle il était indiqué « merci de vous charger de la réinsertion professionnelle de ce patient atteint de douleurs chroniques » à une collaboration claire et centrée sur les besoins du patient. Continuons à promouvoir le concept de « travail comme composante de la guérison ».
- Merci aux collègues du service anesthésie du ZNA Middelheim qui se sont montrés ouverts pour faire évoluer cette thématique.
- Merci au service Communication, au service RH et à la direction du ZNA pour leur soutien, la collaboration agréable et leur contribution à la diffusion de cette expertise. Merci en particulier à Tom Van de Vreken, Lutgart Vandergheynst et le Dr Katrien Bervoets.
- Merci aux personnes participant à notre concertation au sujet de la réinsertion de patients anversois souffrant de douleurs et suivant une rééducation (ROPRA). Grâce à cet organe de concertation, les maillons du processus de réinsertion professionnelle constituent de plus en plus une chaîne et nous pouvons accompagner nos patients/clients de la manière la plus efficace possible tout au long de leur trajet de réinsertion professionnelle.
- Merci à Luc Henau du GTB. Pouvoir faire un exposé avec toi, c'est à chaque fois un moment magique.
- Merci à Nico Krols (Weliswaar), Stéphanie De Smet (Cera), Karien Maes (Karma) et Guy Tegenbos (De Standaard) pour leur soutien pendant le deuxième symposium du ZNA sur la douleur intitulé « Docteur, puis-je reprendre le travail ? ». Grâce à votre attitude professionnelle, cette journée d'étude (2014) fut mémorable.
- Merci au Professeur Marc Du Bois pour les discussions passionnantes sur ce sujet.
- Merci à Fons Leroy et Wendy Ransschaert (VDAB) et aux autres co-auteurs d'avoir participé à la rédaction du livre intitulé « Ik wil gewoon werken »(2017) traitant de l'importance sociétale de la réinsertion après une maladie.

Merci au Professeur Lode Godderis (KUL/IDEWE), à Nicole Willems (VDAB) et aux collègues de la KUL, de l'UZ Gent et d'IDEWE pour l'agréable collaboration pendant le projet Ergo@work mené à la demande du VDAB (2017-2018).

- Merci à Saskia Decuman et François Perl (INAMI) et aux collègues des centres de la douleur de l'UZA, de la KUL et du Virga Jesse ziekenhuis pour leur collaboration aux projets menés à la demande de l'INAMI (2017-2020).
- Merci à Pieter Vaes, Ingvild De Bruyn et Berdien Geys (GTB) pour leur collaboration exceptionnelle pendant le projet « We Go To Work ». Nous rêvons d'une articulation durable entre les soins et le travail. La présence hebdomadaire de collaborateurs du GTB au sein de notre centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA est particulièrement précieuse (2020-2024).
- Merci au ministre Frank Vandenbroucke et à ses collaborateurs de cabinet de s'être intéressés au travail en matière de réinsertion professionnelle de notre centre multidisciplinaire de la douleur du ZNA Hoge Beuken et d'être venus nous rendre visite en septembre 2021. Ce fut fantastique de pouvoir partager notre expertise et échanger des idées à cette occasion.
- Merci aux collègues de la Vlaams Anesthesiologische Vereniging voor pijnbestrijders (VAVP) de m'avoir encouragée dès le début à continuer à approfondir ce sujet.
- Merci à Sandra Gasten pour le travail de rédaction, à Jan Vanstaen et Diane Otten pour la mise en page et à Tom Borremans pour les dessins humoristiques de Michiel. Pouvoir collaborer avec ces professionnels fut une expérience enrichissante.
- Merci à toutes les personnes qui ont contribué à ce livre en le relisant d'un oeil critique, en rédigeant une citation ou un témoignage ou encore en apportant des idées. Tout ceci a permis d'enrichir et d'améliorer ce livre.
- Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis, en particulier Axel, Gustaaf, Maurice et mes merveilleux parents pour leur soutien, leur humour et leur présence chaleureuse.

# BIBLIOGRAPHIE


1 ORGANIZATION WH. *Mental Health and Work: impact , issues and good practices.* 2000.

2 Shepherd G., *The value of work in the 1980s. Psychiatric Bulletin* 1989;13:231-133.

3 Botton D. *Ode aan de arbeid.* Amsterdam2008.

4 Waddel G, Burton, Kim, Kendall & Nicholas. *Vocational Rehabilitation - what works, for whom and when?.* London2008.

5 McKee-Ryan S, Wanberg & Kinicki. *Psychological and physical well-being during unemployment. A meta-analytic study.* Journal of Applied Psychology 2005;90.

6 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D.: *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.* Eur J Pain 2006; 10(4):287-333,

7 Langley PC.: *The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union.* Curr Med Res Opin. 2011; 27(2):463-80.

8 Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, Kleijnen J.: *Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact.* Curr Med Res Opin. 2011;27(2):449-62.

9 Gustavsson A, Bjorkman J, Ljungcrantz C, et al. *Socio-economic burden of patients with a diagnosis related to chronic pain--register data of 840,000 Swedish patients.* European journal of pain 2012;16:289-99.

10 Boersma K, Linton SJ. *How does persistent pain develop? An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity.* Behaviour research and therapy 2005;43:1495-507.

11 Linton SJ, Boersma K. *Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire.* The Clinical journal of pain 2003;19:80-6.

12 Linton SJ. *Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain.* American journal of industrial medicine 2002;41:433-42.

13 Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, et al. *Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments.* International orthopaedics 2009;33:301-13.

14 Pincus T1 BA, Vogel S, Field AP. *A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain.* Spine 2002;27:E109-20.

15 Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, *Decade of the Flags" Working G. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal.* Physical therapy 2011;91:737-53.

16 Stapelfeldt CM CD, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. *Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention.* BMC musculoskeletal disorders 2011;12:122.

17 Eriksen J, Ekholm O, Sjogren P, Rasmussen NK. *Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population.* Pain 2004;108:154-62.

18 Steenstra IA KD, Bongers PM, Anema JR, Mechelen W van, Vet HCW de. *What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work.* Spine 2009;34:1243-9.

19 Heitz CAM HR, Bachmann LM, Joronen H, Lorenz T, Uebelhart D, Klipstein A, Brunner F. *Comparison of risk factors predicting return to work between patients with subacute and chronic non-specific low back pain: systematic review.* European Spine Journal 2009:1829-35.

20 Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Blankenstein AH, Bouter LM, Stalman WA. *Why is a treatment aimed at psychosocial factors not effective in patients with (sub)acute low back pain?* Pain 2005;118:350-9.

21 Rogerson MD, Gatchel RJ, Bierner SM. *A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients.* Pain practice : the official journal of World Institute of Pain 2010;10:382-95.

22 Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R, Berkouwer A. *Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among ofice workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial.* Journal of occupational rehabilitation 2008;18:79-86.

23 Du Bois M, Donceel P. *A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants.* European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 2008;17:380-5.

24 Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, et al. *A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury.* Spine 1991;16:1-6.

25 Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. *A decade's experience in lumbar spine surgery in Belgium: sickness fund beneficiaries, 2000-2009*. European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 2012;21:2693-703.

26 Sullivan MJL, Hyman MH. Return to Work as a Treatment *Objective for Patients with Chronic Pain?* J Pain Relief 2014; 3:130.

27 Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. *Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain.* The spine journal : official journal of the North American Spine Society 2009;9:350-9.

28 Grotle M, Vollestad NK, Brox JI. *Screening for yellow flags in first-time acute low back pain: reliability and validity of a Norwegian version of the Acute Low Back Pain Screening Questionnaire.* The Clinical journal of pain 2006;22:458-67.

29 Linton SJ, Hallden K. *Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain.* The Clinical journal of pain 1998;14:209-15.

30 Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Stalman WA, Bouter LM. *Prediction of an unfavourable course of low back pain in general practice: comparison of four instruments.* The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2007;57:15-22.

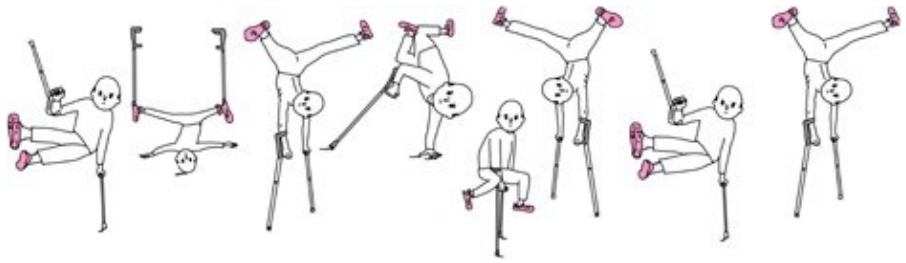
31 Grevitt M, Pande K, O'Dowd J, Webb J. *Do first impressions count? A comparison of subjective and psychologic assessment of spinal patients.* European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society 1998;7:218-23.

32 M. Van Remoortere. *Modelvoorstel voor de re-integratie van de pijnpatiënt in het arbeidscircuit.* Nederlandstalig Tijdschrift Pijnbestrijding, 35 (65), 2016.

33 N. Makay DA, J. Bernagie. *React-Project: Reactivatie van patiënten met risico op langdurige arbeidsongeschiktheid.* Antwerp: University of Antwerp; 2011.

34 Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. *The association between health care professional attitudes and beliefs and the attidtudes, beliefs, clinical management and outcomes of patients with low back pain: a systematic review.* European Journal of Pain. 2012; 16 (1): 3-17.

35 Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Koke A, Smeets R. *Thinking beyond muscles and joints: therapists' and patient's attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment.* Manual Therapy, 2013; 18(2):96-102.

Les textes et les images de ce livre sont protégés par les droits d'auteur. Si vous voulez reproduire un passage, vous devez d'abord demander l'autorisation à l'éditeur responsable, c'est-à-dire le docteur Marie Van Remoortere, Commandant Weynsstraat 165, 2660 Hoboken, multidisciplinair-pijncentrum@zna.be


| | |
|---|---|
| Auteur | dr. Marie Van Remoortere |
| Avec la participation du: | dr. Katrien Bervoets ZNA<br>Filip Cassimon ZNA<br>Veerle Van Hoestenberghe<br>ZNA Ann Eyckens ZNA<br>Ingvild De Bruyn<br>GTB Hendrik<br>Devriendt ZNA<br>Elona Van Dooren<br>ZNA Lynn Fransen<br>GTB<br>Lutgart Vandergheynst ZNA |
| Rédaction finale | Sandra Gasten |
| Mise en page | Jan Vanstaen<br>Diane Otten |
| Illustrations | Tom Borremans |
| Impression | Baskerville |
| Papier | couverture: maco silk 300 g wit pages intérieures: maco silk 135 g wit |

| | |
|---|---|
| 1ère impression | avril 2022 |
| 2ème impression | mai 2022 |

ISBN 978-94-645-9709

Editeur responsable dr. Marie Van Remoortere, ZNA Hoge Beuken, Commandant Weynsstraat 165 - 2660 Hoboken