

Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle

Verbetering van de samenwerking tussen de huisarts, de raadgevende artsen en de bedrijfsartsen voor een betere behandeling van de beroepsziekten

Résumé du rapport final



Santé au Travail et Education pour la Santé (STES)
Université de Liège
Prof. Ph. Mairiaux
N. Schippers



Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)
Université de Liège
Prof. M. Vanmeerbeek
Dr. Ph. Denoël



Afdeling Arbeids-, Milieu-, en Verzekeringsgeneeskunde
Katholieke Universiteit Leuven
Prof. P. Donceel
C. Tiedtke
Dr. K. Mortelmans (Idewe)



1 Introduction

Les médecins généralistes sont directement et régulièrement en contact avec des patients souffrant de maladies ou de problèmes médicaux d'origine professionnelle. Ils peuvent notamment dépister et identifier des symptômes bien avant que le travailleur ne signale ceux-ci à son médecin du travail. Beaucoup d'autres situations justifient une concertation et une collaboration entre ces deux professionnels dans l'intérêt du travailleur : interférence entre le travail et le traitement médical d'une affection chronique, découverte diagnostique fortuite par le médecin du travail (hypertension, protéinurie, goitre, ...), demande de poste allégé ou adapté par le médecin traitant, etc.

La collaboration entre le médecin traitant et le médecin du travail concerne cependant aussi l'impact d'un problème de santé sur l'activité de travail du patient. Tout travailleur présentant un état de santé altéré suite à la maladie, au vieillissement ou à un accident est en effet confronté avec les risques d'une désinsertion du milieu professionnel que cette altération entraîne. Dès que l'arrêt de travail dépasse le cadre du salaire garanti, intervient un 3^e médecin, le médecin-conseil. Ce dernier a non seulement une fonction de contrôle vis-à-vis de l'INAMI mais a reçu également une mission de réinsertion professionnelle depuis 2006.

Une politique plus active de maintien dans l'emploi et de réinsertion des travailleurs en arrêt de longue durée impliquera donc nécessairement une concertation, plus structurée qu'aujourd'hui, entre médecin traitant, médecin du travail et médecin-conseil.

Cependant une réinsertion réussie ne peut se concevoir sans l'adhésion et la participation du patient lui-même. Or, le point de vue du patient a encore été peu exploré dans le grand nombre d'études publiées concernant les facteurs liés à l'absentéisme de longue durée et à la reprise du travail.

Face à ces constats, le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale a déterminé pour l'étude un cahier des charges qui se décline en quatre objectifs :

1. Identifier les pathologies pour lesquelles la collaboration entre médecins du travail et médecins généralistes est la plus pertinente et la plus efficace en matière de dépistage précoce des maladies liées à l'activité professionnelle du patient, tant en ce qui concerne des pathologies physiques (TMS, produits dangereux...) que psychosociales (dépression, burn out...).
2. Identifier les maladies de longue durée (d'origine professionnelle ou non) pour lesquelles une collaboration entre médecins généralistes, médecins du travail et médecins-conseils peut être pertinente pour favoriser le retour au travail des patients.
3. Cerner les canaux d'information les plus pertinents pour qu'une communication efficace puisse s'établir entre ces différents spécialistes
4. Décrire des outils spécifiques et leurs caractéristiques (contenu, forme, support, moyens de diffusion...) pour soutenir une action d'information et/ou de formation susceptible de soutenir cette collaboration.

2 Méthodologie d'investigation

Les partenaires du réseau de recherche ont retenu les options suivantes:

- *Enquête auprès de patients en absence de longue durée.* Une enquête par téléphone auprès de 100 à 200 patients francophones en arrêt maladie de longue durée (3 mois minimum et 6 mois maximum).
- *Discussion des résultats d'une enquête auprès de patients néerlandophones.* Les données déjà recueillies dans le cadre d'une étude à grande échelle en Flandre sont utilisées en complément des résultats de l'enquête auprès des patients francophones.
- *Mise en place d'un groupe d'experts multidisciplinaire* (médecins généralistes, médecins du travail, médecins-conseils) pour la validation des instruments de recueil des données auprès des médecins (guides d'entretien), des rapports de synthèse, et des propositions découlant de l'étude.
- *Recueil de données qualitatives* via un ensemble d'entretiens de type « groupe nominal », regroupant de façon séparée, des praticiens des trois professions de santé concernées par cette étude : médecins généralistes (MG), médecins du travail (MT), médecins-conseils (MC).

3 Enquête auprès de patients francophones en absence de longue durée

L'étude a pour objectif d'explorer, chez des travailleurs en incapacité de travail de longue durée, les facteurs pouvant constituer un obstacle à la reprise du point de vue du travailleur malade, et d'identifier les attentes de celui-ci vis-à-vis des différents intervenants dans le parcours conduisant de la maladie au retour au travail : le médecin généraliste (MG)(et/ou le médecin spécialiste traitant), le médecin-conseil (MC) et le médecin du travail (MT).

L'étude, de type qualitatif, a été menée auprès d'un échantillon d'un peu plus de 100 travailleurs en incapacité de travail, recrutés en province de Liège par deux organismes assureurs (Solidaris-Liège et Mutualités chrétiennes – Fédération de Liège) et acceptant d'être interrogés par téléphone.

3.1 Résultats préliminaires

Ces résultats concernent les 71 interviews réalisées à la date du 31/01/2011.

Il apparaît des entretiens menés avec ces 71 patients que la plupart d'entre eux ne sont pas opposés à une collaboration plus étroite entre les médecins si elle permet de faire avancer leur dossier (et de faciliter leur retour au travail pour la plupart), si elle permet une uniformisation du discours que les médecins tiennent devant leur cas et si elle permet de prouver qu'ils sont réellement malades.

La plupart des personnes interrogées souhaitent un aménagement de leur poste de travail afin de leur permettre un retour plus rapide au travail ; il s'agit en particulier d'un allègement de la tâche, d'une diminution du temps de travail, et/ou d'une entre-aide entre collègues,...

Les freins à la reprise du travail les plus cités sont : le manque d'amélioration de l'état de santé, la fatigue, la douleur ressentie, le manque de compréhension des collègues et/ou du responsable, les attentes entre les examens/visites/traitements, la crainte de ne pas être à la hauteur lors du retour, l'impossibilité de tester ses capacités restantes avant de reprendre le travail, ...

La majorité des répondants pensent que leur problème de santé pourrait menacer leur emploi surtout si leur absence dure plus longtemps et s'ils ne sont plus capable de faire ce qu'ils faisaient avant.

La vision que les répondants ont du médecin du travail est interpellante : peu connaissent son rôle et la très grande majorité ignore le nom du médecin du travail de l'entreprise. La visite périodique est qualifiée de rituel, de passage obligé, est décrite comme très simple, très superficielle et très brève. Certains répondants évoquent toutefois divers rôles importants du médecin du travail comme les visites des lieux de travail, le contrôle des états vaccinaux, le rôle de conseiller, de confident,.... Peu (voir quasiment pas) de patients connaissent l'existence de la visite de pré-reprise. Les médecins qu'ils rencontrent lors de leur arrêt maladie - médecins généralistes, spécialistes et médecins-conseils - ne leur conseillent pas de prendre contact avec le médecin du travail.

En ce qui concerne la visite auprès du médecin-conseil, elle est décrite comme administrative. Beaucoup parlent d'un premier contact pour faire un dossier.

La majorité des répondants sont suivis par un médecin traitant en partenariat avec un médecin spécialiste. Et les répondants soulignent souvent l'importance de l'aide médicale qu'ils reçoivent sous forme de conseils et/ou de traitement.

4 De Nederlandstalige enquête als onderdeel van een grootschalige studie in Vlaanderen

In de periode 2001-2003 werden 1867 Nederlandstalige arbeidsongeschikte patiënten gecontacteerd voor deelname aan een grootschalige studie over artsensamenwerking en arbeidsongeschiktheid.

De grootschalige studie over artsensamenwerking en arbeidsongeschiktheid in Vlaanderen bestond uit 4 deelstudies: a) een artsenbevraging, b) een communicatiemodel, c) een interventiestudie en d) een patiëntenbevraging.

Aan patiënten die deelnamen aan de interventiestudie werd bij instap in de studie gevraagd een anonieme vragenlijst in te vullen. Het doel van de patiëntenvragenlijst was de vergelijkbaarheid van de patiënten in de interventiegroep met de patiënten in de controlegroep na te gaan. In de enquête werden parameters die een invloed kunnen hebben op de arbeidsongeschiktheidsduur, de re-integratiemogelijkheden en de instroom in de invaliditeit bevraagd.

4.1 Resultaten

De belangrijkste bevindingen en interpretaties van de Nederlandstalige patiëntenbevraging zijn:

- 1) Eén derde van de bevroegde steekproef meent dat zijn gezondheidsproblemen, leidende tot arbeidsongeschiktheid, volledig of grotendeels door de werkomstandigheden veroorzaakt

worden. Dit percentage is in lijn met internationale publicaties. Voor werkgebonden problemen, kan de arbeidsgeneesheer een sleutelrol hebben in de terugkeer naar het werk.

- 2) Eén derde van de bevraagde steekprof kent zijn arbeidsgeneesheer niet. Dit resultaat lag binnen de verwachtingen: in België wordt het aandeel van de 'onderworpenen' ten opzichte van de totale werknemerspopulatie op 56% geschat. Vlaamse cijfers zijn van dezelfde grootte-orde. De patiënten die de bedrijfsarts kennen staan positief ten opzichte van deze arts. Meer dan 8 op 10 van de arbeidsongeschikte patiënten – ongeacht of ze de arbeidsgeneesheer al dan niet kennen - steunen een samenwerking tussen adviserend geneesheer en arbeidsgeneesheer met als doel de werkhervattingsmogelijkheden te optimaliseren. Deze resultaten onderlijnen de wens naar een betere samenwerking tussen artsen betrokken bij arbeidsongeschiktheid en werkhervattingsstrategieën.
- 3) Negen op tien vindt het (heel) erg niet te kunnen werken, één op 8 had financiële problemen sinds de start van de arbeidsongeschiktheidsperiode en 8 op tien is bereid aangepaste of deeltijdse werkhervatting te overwegen in afwachting van herstel. Focus dient derhalve verlegt te worden van controle op afwezigheid naar re-integratiebegeleiding, inclusief de ruime toepassing van de reeds bestaande wettelijke mogelijkheden voor deeltijdse werkhervatting via de ziekte- en invaliditeitsverzekering.
- 4) Eén op vijf arbeidsongeschikte patiënten meent op het moment van studie-instap – waarop de meesten al 3 maanden arbeidsongeschikt waren – nog minstens 3 maanden langer arbeidsongeschikt te zullen blijven of zelfs nooit meer het werk te zullen hervatten. De inschatting van de werkhervattingsprognose is meer pessimistisch indien de patiënt zijn uitval aan werkgebonden factoren toeschreef. Re-integratiemaatregelen en artsensamenwerking kan in eerste instantie gericht worden op de patiënten met een slechte werkhervattingsprognose.

5 Groupe d'experts multidisciplinaire

Pour la validation des instruments de recueil des données, des rapports de synthèse, et des propositions découlant de l'étude, le groupe a eu recours à un groupe d'experts multidisciplinaire. Du côté francophone, le groupe a fait appel aux membres du groupe de travail existant entre la Société Scientifique de Santé au travail (SSST) et l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA), et a été complété par des experts désignés par les 3 Départements universitaires de médecine générale (ULg, UCL, ULB) ; du côté flamand, le groupe a associé des représentants de la Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Arbeidsgeneeskunde (VWVA), de la Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV), et 3 experts désignés par les départements universitaires de médecine générale (KUL, UG, UA, ou VUB).

6 Groupes nominaux

6.1 Méthodes

Huit rencontres mono-disciplinaires ont été tenues selon la technique du groupe nominal, regroupant dans chaque rôle linguistique des médecins-conseils, des médecins du travail et des médecins généralistes. Au total, 42 médecins généralistes (20 Fr, 22 NI), 16 médecins du travail (9 Fr, 7 NI) et 16 médecins-conseil (9 Fr, 7 NI) ont participé aux discussions.

Dans chaque groupe, l'animateur a lancé les débats au moyen de questions amorces prédéfinies. Trois questions ont été successivement soumises aux participants.

Question amorce n°1

Pouvez-vous vous rappeler quelques cas concrets où vous avez été amené à prendre contact avec, ou à collaborer avec un autre professionnel de santé, selon le cas, un médecin généraliste, un médecin du travail, un médecin-conseil. Avec ces quelques cas en tête, comment pensez-vous pouvoir améliorer la communication entre les MG/MT/MC ?

Question amorce n°2

Quels sont les cas concrets de maladies liées à l'activité professionnelle du patient que vous rencontrez dans votre pratique et pour lesquels la collaboration entre médecins du travail et médecins généralistes pourrait conduire à un dépistage précoce de la maladie ; les cas à évoquer peuvent concerner aussi bien des pathologies physiques (TMS, produits dangereux ...) que psychosociales (dépression, burnout ...) ?

Question amorce n°3

Quels sont les cas concrets de maladies de longue durée (pathologies susceptibles d'induire une absence de 3 à 6 mois) que vous rencontrez dans votre pratique et pour lesquels la collaboration entre médecins-conseil, médecins du travail et médecins généralistes pourrait améliorer la prise en charge et/ou le retour au travail des patients ?

Après un temps de réflexion individuel et un tour de table, intervient le classement par ordre d'importance des idées émises par les uns et les autres. Chaque participant sélectionne parmi les propositions écrites au tableau cinq d'entre elles auxquelles il attribue un score de 5 à 1 (du plus important au moins important). L'animateur reporte au tableau, en face de chaque proposition, les points attribués par chacun des participants et en dérive la somme obtenue. L'intérêt relatif de chaque proposition émise par le groupe peut s'évaluer de deux manières : la priorité est le total des points obtenus, tandis que la popularité est le nombre de votes recueillis par la proposition.

Dans tous les groupes, la plus grande partie de la durée de l'entretien a été consacrée à la question n°1. Les deux autres questions ont été traitées dans les minutes restantes (10 à 20 min), et du fait de ce temps réduit, les propositions émises par les participants n'ont pas toujours pu faire l'objet d'une cotation individuelle relative à l'importance de la maladie citée et reportée au tableau.

6.2 Résultats

6.2.1 Réponses à la question n°1 : Modalités de la collaboration interprofessionnelle

Les chercheurs ont procédé à un classement thématique des propositions des différents groupes. Ce classement a fait l'objet d'un consensus entre chercheurs (tableau 1).

Tableau 1 : Classement thématique des propositions des groupes nominaux

Opérationnaliser la transmission des informations	De gegevensuitwisseling operationaliseren
<ul style="list-style-type: none">• Rendre les informations cliniques disponibles par échange électronique• Communications classiques (poste, téléphone)• Le patient, vecteur de l'information• Bottin avec adresses de contact	<ul style="list-style-type: none">• De klinische gegevens beschikbaar maken via elektronische weg• Klassieke communicatiewegen (post, telefoon)• De patiënt als drager van informatie• Gids met contactinformatie opstellen
Collaboration interprofessionnelle	Inter-professionele samenwerking
<ul style="list-style-type: none">• Besoin de concertation, partage de la décision• Besoin d'échange d'informations• Responsabilisation, sensibilisation des médecins• Responsabilisation, sensibilisation des patients• A chacun son rôle, les contacts sont superflus• Mieux se connaître l'un l'autre• Connaissance• Mieux connaître les rôles, missions et limites de chacune des professions• Information sur le poste, le milieu et les conditions de travail• Information sur le cadre légal et réglementaire	<ul style="list-style-type: none">• Nood aan overleg, deelname aan de beslissing• Nood aan informatie-uitwisseling• Responsabiliseren, sensibiliseren van artsen• Responsabiliseren, sensibiliseren van patiënten• Elk blijft bij zijn rol, contacten zijn overbodig• Elkaar beter leren kennen• Kennis• De rol, missie en limieten van elk beroep beter leren kennen• Informatie over jobinhoud, arbeidsomgeving en –omstandigheden• Informatie over het wettelijk en reglementair kader

Opérationnaliser la transmission des informations

Dans leur majorité, les médecins souhaitent une transmission d'information rapide et efficace entre les différentes professions. Les vecteurs de l'information sont toutefois proposés avec des intensités notablement différentes.

Les moyens de communication classiques (poste, téléphone) ne rassemblent que très peu de suffrages, alors que les échanges électroniques sont attendus dans ce domaine par toutes les catégories, à l'exception notable des généralistes francophones.

L'idée intéressante que le patient soit porteur lui-même des informations pertinentes le concernant pour les problèmes de santé existants ou potentiels n'est portée que par les groupes de médecins du travail et médecins-conseils, principalement dans le groupe francophone.

L'idée de mise à disposition d'un bottin d'adresses semble recueillir un assez grand consensus parmi les différentes professions, mais avec une priorité faible, sauf chez les médecins-conseils néerlandophones. Une version électronique de ce genre de données semble avoir la préférence des néerlandophones, tandis que les francophones évoquent des moyens de communication plus classiques.

Collaboration interprofessionnelle

Dans cette catégorie de propositions, on voit apparaître une très forte demande des généralistes aux deux autres catégories professionnelles de partager avec eux la décision de mise en incapacité ou de remise au travail de leur patient (priorité et popularité). Le niveau de la demande est tel qu'on doit probablement y voir une frustration des généralistes d'être actuellement totalement absents du processus décisionnel, alors qu'ils pensent détenir des informations de première importance sur les pathologies et leur contexte, du point de vue du patient. Ils sont par ailleurs demandeurs d'entendre les arguments de leurs collègues sur les décisions qui concernent les patients (« argumenter dans les deux sens »).

Les médecins-conseils interrogés n'ont pratiquement pas formulé de proposition dans ce domaine, mais il faut reconnaître qu'ils partent de la position haute de celui qui décide, et communique ensuite sa décision.

Les médecins du travail sont demandeurs d'une communication avec le médecin généraliste, mais l'initiateur de cette communication est différent dans les deux rôles linguistiques : du MT vers le MG dans le groupe francophone, et avant une reprise du travail après incapacité ; du MG vers le MT dans le groupe néerlandophone, en cas de problèmes de santé (supposés) liés au travail.

Quel que soit le sens de communication, et indépendamment du partage éventuel de la décision concernant le patient, la quasi-totalité des groupes a émis un désir d'échange d'informations. Pour les médecins-conseils néerlandophones, cet aspect devrait faire l'objet d'une révision et d'une clarification du cadre réglementaire dans lequel ils exercent leur activité.

Les généralistes sont demandeurs d'informations aux médecins du travail quant aux conclusions de leurs examens (groupe néerlandophone), et souhaiteraient pouvoir leur communiquer des données de suivi des maladies chroniques (groupe francophone).

Les médecins du travail francophones souhaiteraient de meilleures informations en provenance des spécialistes, mais également entre collègues au sein des SEPPT. Les médecins du travail néerlandophones souhaitent recevoir les informations utiles des généralistes, des médecins-conseils, du Fonds des Maladies Professionnelles afin d'être avertis dès le début de l'incapacité de travail de sa liaison éventuelle au travail et afin de mieux gérer, avec ces partenaires, la réinsertion professionnelle avec travail éventuellement adapté.

La proposition de responsabilisation des médecins émane du seul groupe des médecins-conseils francophones et concerne principalement les prescripteurs d'incapacité de travail (= les généralistes).

Les propositions de responsabilisation du patient concernent l'information de ce dernier sur les divers prestataires qui s'occupent de lui, de façon à faciliter la gestion des problèmes éventuels de santé, et un souhait de responsabilisation face à sa propre santé. Ces propositions sont soutenues exclusivement par les groupes francophones, dans les trois professions interrogées.

Une meilleure connaissance réciproque entre les professionnels est souhaitée, surtout par les médecins du travail, un peu moins par les généralistes ; les médecins-conseils ne semblent pas avoir de souhait à cet égard, mais il est probable que bon nombre d'entre eux ont une expérience antérieure de médecin généraliste.

Connaissance

Il existe un besoin partagé de mieux connaître les rôles et missions de chaque groupe professionnel, mais ceci n'a été exprimé que dans les groupes francophones.

Les généralistes et les médecins-conseils sont en demande d'informations sur les conditions de travail des patients. La proposition d'échanger des informations dans ce domaine est également soutenue assez nettement par les médecins du travail. Les propositions qui recueillent les indices de priorité et de popularité les plus forts émanent des groupes francophones.

Quelques propositions visent à rendre disponible l'information sur le cadre légal et réglementaire. Elles émanent surtout des médecins-conseils.

Cadre légal, évolution politique

Une forte demande de réforme du cadre réglementaire et légal existe, surtout chez les médecins-conseils et, dans une moindre mesure, chez les généralistes. Les médecins-conseils souhaitent un cadre qui définisse clairement différentes composantes de leur travail : évaluation du risque, administration, organisation du flux de données médicales. Les généralistes souhaitent une simplification administrative et un cadrage éthique plus ferme pour préserver les droits du patient.

6.2.2 Réponses à la question n°2 : Maladies liées à l'activité professionnelle

Groupes néerlandophones

On constate que certaines thématiques n'ont été abordées que dans un seul groupe professionnel : l'abus d'alcool signalé par les médecins du travail, et les problèmes d'agression et de harcèlement au travail signalés exclusivement par les médecins conseils.

En ce qui concerne les autres affections, il y a dans l'ensemble une cohérence entre les groupes professionnels : les maux de dos sont cités en tête de liste par les médecins du travail et en 2^{ème} ou 3^{ème} position par les groupes de médecins généralistes. Les problèmes de santé mentale (burnout, stress, dépression) sont cités en première position ou en deuxième position par les médecins généralistes et en 3^{ème}, 4^{ème} ou 5^{ème} position par les médecins conseils.

La seule contradiction entre les groupes concerne les lésions répétitives (RSI) qui sont classées en 1^{ère} position par les médecins du travail et les médecins conseils mais seulement en 5^{ème} position par les médecins généralistes. Les allergies et les problèmes pulmonaires sont cités en 4^{ème} ou en 5^{ème} position tant par les médecins généralistes que les médecins du travail.

Groupes francophones

Certaines problématiques ne sont reprises que par un groupe professionnel particulier : les problèmes relationnels au travail cités par les médecins conseils, les allergies ou eczémas cités par les médecins du travail, ainsi que l'exposition à des toxiques citée exclusivement par les deux groupes de médecins généralistes.

Pour le reste, une hiérarchie claire se dégage, laissant la première place au burnout pour les médecins du travail et les médecins conseils, et la 2^{ème} place pour les médecins généralistes. Cette problématique est suivie de près par les lombalgies et de façon plus globale par les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les affections pulmonaires (asthme et BPCO) sont reprises dans le classement tant par les médecins du travail que par les médecins généralistes.

6.2.3 Réponses à la question n°3 : Maladies de longue durée

Groupes néerlandophones

Certaines problématiques de santé ne sont mentionnées que par un des groupes professionnels : les cancers et les conflits au travail par les médecins conseils, les maladies cardiovasculaires, les troubles cognitifs et les grosses opérations chirurgicales par les médecins du travail, la dépression, le syndrome de fatigue chronique et le burnout ainsi que les abus de substances par les médecins généralistes.

Les trois groupes convergent cependant dans leurs opinions pour mettre, selon les cas, en 1^{ère} ou 2^{ème} position la lombalgie d'une part, et les décompensations psychiques d'autre part.

Groupes francophones

Certaines thématiques n'ont été évoquées que par un groupe professionnel : le burnout, les problèmes relationnels au travail et le syndrome de fatigue chronique par les médecins conseils, la fibromyalgie, l'alcoolisme et les coronaropathies par un des deux groupes de médecins généralistes et les TMS par le groupe de médecins de travail.

En dépit de ces différences, les données indiquent clairement que les trois groupes professionnels placent en tête de liste les lombalgies (en 1^{ère} ou 2^{ème} position) et les dépressions, en 1^{ère} position pour les médecins conseils et les généralistes et en 5^{ème} position pour les médecins du travail. Ces derniers ont cependant placé les aspects psychosociaux et de burnout en 3^{ème} position.

On remarque également que les cancers sont repris dans les maladies les plus importantes tant par les médecins généralistes que par les médecins du travail mais pas par les médecins conseils ; ceci est peut-être à interpréter comme le signe que pour ces affections de gravité importante, l'acceptation de la longueur de l'incapacité va de soi pour le médecin conseil.

7 Propositions d'amélioration

7.1 Propositions de modifications réglementaires à court terme

Les quatre propositions suivantes sont relativement simples à mettre en œuvre, bien que demandant parfois des modifications législatives, et, par une meilleure circulation de l'information, elles devraient contribuer à améliorer la connaissance réciproque et jeter les bases d'une meilleure collaboration entre les trois professions médicales.

Avant toute mise en application, ces mesures devraient faire l'objet d'une concertation avec les représentants des milieux directement concernés (associations professionnelles, services de médecine du travail, fédérations mutualistes, Assuralia, administration), afin d'obtenir une légitimité auprès des praticiens de terrain et s'assurer d'une adhésion large des professionnels.

La communication du SPF Emploi vers les bénéficiaires finaux devra être soignée et insister sur la démarche de travail de type *bottom-up*, réalisée en collaboration avec les acteurs de terrain.

7.1.1 Mise en relation du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin conseil après une incapacité de travail de plus de trois mois

Actuellement, seul le patient/travailleur peut demander une visite de pré-reprise chez le médecin du travail, et cela dès que l'arrêt de travail dépasse 28 jours. Lorsque l'incapacité de travail se prolonge, il est important de permettre la mise en relation des trois spécialités médicales qui gèrent des aspects différents du dossier du patient, et en particulier de faciliter la prise en compte des conditions précises de travail. Le consortium de recherche propose que

le droit de provoquer l'examen de pré-reprise soit étendu au médecin conseil et au médecin généraliste pour toute absence-maladie dépassant 3 mois (ou 92 jours), selon les modalités précisées ci-dessous.

La mise en œuvre de cette proposition demandera une modification de la loi.

Demande du médecin conseil

Après sélection des cas qui le justifient, et avec l'accord du patient, le médecin conseil adresserait sa demande à l'employeur, qui la transmettrait au service de médecine du travail compétent. Une copie serait adressée obligatoirement au médecin généraliste, afin de lui permettre de communiquer, avec l'accord de son patient, des éléments du dossier médical qui seraient utiles à l'évaluation de la situation. Une fois averti de la demande, le médecin du travail recevrait le travailleur dans les 8 jours (délai en vigueur actuellement) et communiquerait ensuite au médecin conseil et au médecin généraliste les mesures et adaptations qu'il aurait convenues avec l'employeur pour faciliter le retour au travail du patient ou leur ferait part des difficultés et obstacles (dont un éventuel refus de l'employeur de faire quelque chose) que ce projet est susceptible de rencontrer.

Demande du médecin généraliste

Un modèle uniformisé de certificat de renvoi au médecin du travail à compléter par le médecin généraliste serait créé, et son usage recommandé en cas d'incapacité de travail supérieure à trois mois. Ce certificat serait remis à l'employeur, qui le transmettrait au service de médecine du travail compétent.

A partir de ce stade, la procédure serait identique à celle décrite ci-dessus en cas de demande du médecin-conseil. La procédure impliquerait donc que ce dernier reçoive aussi une copie du rapport du médecin du travail.

Dans ce contexte, le médecin généraliste remettrait à son patient un court rapport (modèle standardisé à proposer) destiné au médecin du travail, précisant ses questions et exposant les éléments du dossier qui devraient selon lui être pris en considération avant la reprise du travail.

7.1.2 Motivation des décisions des médecins conseils

Il faudrait prévoir que :

le patient soit systématiquement informé de la possibilité pour son médecin généraliste de demander copie du rapport sur lequel la décision du médecin-conseil se base. En outre le formulaire qui notifie cette décision au patient devrait mentionner cette possibilité et comporter les coordonnées d'une personne de contact auprès de laquelle le généraliste pourrait solliciter ce rapport.

Le médecin généraliste devrait recevoir la possibilité de faire savoir qu'il demande d'être tenu au courant de toutes les décisions que le médecin-conseil peut être amené à prendre dans le décours de l'incapacité de travail. Ceci favoriserait une meilleure collaboration et compréhension entre les deux groupes professionnels. Une procédure analogue devrait être mise en place dans le secteur des assurances privées.

7.1.3 Circulation des informations émanant du médecin du travail

Les deux premières des propositions suivantes nécessitent la modification de l'AR du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de santé. Dans un premier temps, la transmission des informations se ferait sur support papier, en remettant une fiche en mains propres au travailleur ou par envoi postal. Dans le futur, un document électronique pourrait transiter par la plateforme e-Health.

Circulation de la fiche d'évaluation de santé

La « fiche d'évaluation de santé » que doit remplir le médecin du travail à l'issue de chaque évaluation de santé, devrait être dorénavant complétée en quatre exemplaires, le 4^e étant destiné au médecin généraliste du travailleur, si ce dernier marque son accord.

Circulation de la liste des risques

Le médecin du travail devrait adresser au médecin généraliste un extrait de la « liste nominative des risques » décrivant les risques professionnels attribués au poste de travail ou à la fonction occupé par son patient. Ici aussi, l'accord du travailleur serait requis préalablement.

Bien que cette liste nominative est déjà une réalité légale, la transmission de cet extrait impliquera la mise au point d'une application informatique spécifique au niveau des services de prévention pour filtrer les informations relatives à une seule personne.

Création d'un résumé standardisé professionnel minimum

Il serait utile de ***disposer d'un résumé de l'histoire professionnelle d'un travailleur et des risques auxquels il a été exposé au cours de la carrière. Ce résumé remplirait au moins deux fonctions : d'une part, rassembler des informations collectées éventuellement en différents lieux et différents moments selon la carrière du travailleur et permettre ainsi une lecture longitudinale des risques professionnels auxquels il a été exposé ; d'autre part, de décrire à l'intention des tiers non familiers de la situation de travail les principales caractéristiques de la fonction ou du poste de travail.***

Pour mener à bien ce projet, la collaboration de plusieurs acteurs serait nécessaire : SPF Emploi, Conseil Supérieur Prévention et Protection du travail (CSPPT), et associations professionnelles des médecins du travail, ainsi que le Fonds des Maladies professionnelles.

Ce développement impliquerait :

- Une phase de recherche : recherche d'expériences similaires à l'étranger, au Bureau International du Travail, conception et validation d'une liste adaptée à la situation belge, développement d'une terminologie d'interface pour les utilisateurs, etc.
- Une phase de concertation avec tous les partenaires concernés ;
- Une modification législative qui inscrirait ce résumé dans le cadre des obligations incombant à l'employeur dans le cadre de la législation du Bien-être au travail.

Il serait utile que la conservation de ce résumé professionnel minimum soit assurée sur un registre centralisé, à l'exemple du registre de vaccination de la communauté flamande Vaccinnet¹.

7.1.4 Site web

Site destiné aux professionnels étrangers au champ de la santé au travail

Le site internet du SPF devrait comporter une rubrique spécifique, à créer, pour rassembler en un seul lieu des informations pratiques à destination des professionnels de santé non médecins du travail afin de les informer des missions du médecin du travail et de l'organisation de la prévention et la protection en milieu du travail.

On devrait y trouver dans un premier temps, par exemple :

- Les textes législatifs et réglementaires utiles à la pratique, dans une forme utilisable par les acteurs qui ne sont pas familiers avec ce secteur ;
- Des modèles de documents à télécharger ;

¹ <https://www.vaccinnet.be/>

- Un module d'e-learning (accrédité) portant sur les relations entre les trois professions (voir ci-dessous).

Bottin des adresses

Le site actuel du SPF devrait héberger dans le futur un bottin des coordonnées :

- Des services de médecine du travail, ainsi que les entreprises auxquelles ils fournissent des prestations ;
- Des services des médecins conseils dans les différentes fédérations mutualistes ;
- Des médecins généralistes, classés par lieu de travail et établi sur base du cadastre réalisé par le SPF santé publique.

7.2 Propositions impliquant une collaboration avec d'autres autorités ou institutions publiques

7.2.1 Formation professionnelle

Guidelines

Les entretiens menés avec les professionnels ont révélé une diversité de pratiques selon les témoignages recueillis. Un travail d'élaboration devrait se réaliser en interne au sein des associations de médecins du travail, de médecins d'assurance et de médecins conseils, afin d'élaborer des guidelines et recommandations de bonne pratique, notamment en matière de prise en charge des patients en absence de longue durée et de définition de trajets de réinsertion.

Formation initiale

La méconnaissance réciproque des trois professions amène à penser à une introduction dans le cursus de base de tous les médecins de notions qui concernent la collaboration interprofessionnelle. Un référentiel devrait être élaboré par des représentants des divers acteurs et aboutir à la création d'un module de formation.

Formation continuée

La collaboration interprofessionnelle serait utilement soutenue dans la formation continuée par des séances communes entre les médecins généralistes, médecins du travail et médecins conseils. Les administrations concernées (INAMI, SPF Santé publique, SPF Emploi) pourraient soutenir ***la conception et la validation d'une « malle à outils » pédagogique utilisable à géométrie variable dans les différentes formes de séances de formation continue (dodécagroupes, GLEMS, conférences d'une journée...).***

Cette malle à outils pourrait comporter :

- Des situations concrètes, des cas à résoudre (type apprentissage de la résolution de problèmes complexes)

- Des exemples de trajets de réinsertion pouvant servir de base aux discussions
- Des éléments de connaissance (législation, procédures,...).

Une partie de ce matériel pédagogique pourrait être mise en ligne sous la forme de modules d'e-learning.

7.2.2 Communication électronique

La transmission des informations sur support papier devra encore être utilisée pendant quelques temps. Mais il deviendra de plus en plus nécessaire dans le futur proche de passer à une forme de communication électronique dans le domaine qui nous occupe. Les médecins interrogés dans cette recherche nous ont donné à cet égard un signal assez clair.

Tenant compte notamment des exigences en matière de secret médical et respect de la vie privée, il semble incontournable de ***mettre sur pieds un groupe de travail mixte composé de représentants des SPF Emploi et Santé publique, de l'INAMI, de e-Health, des gestionnaires des hubs régionaux, de la Commission pour la Protection de la Vie privée, afin de lever les obstacles au développement de ces échanges électroniques dans le respect des diverses législations.***

Pour tout renseignement complémentaire sur l'étude, veuillez contacter une des personnes suivantes:

Prof Philippe Mairiaux (ph.mairiaux@ulg.ac.be, 04/366 25 03)

Prof. Marc Vanmeerbeek (marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be, 04/366 42 76)

Prof. Peter Donceel (peter.donceel@med.kuleuven.be, 016/33 70 89)