

Quand l'incapacité de travail menace le maintien de l'emploi

Le nombre de personnes en incapacité longue durée est passé de 179.000 à 232.000 entre 1999 et 2008, faisant grimper les dépenses de l'assurance-maladie invalidité, pour leur indemnisation, de 1.600 à 2.600 millions d'euros. Dans l'Union, la Belgique se classe aussi parmi les pays avec le plus faible taux d'occupation des travailleurs de 55 à 64 ans. Un groupe de travail conjoint de la Société scientifique de santé au travail (SSST) et de l'Association scientifique de médecine d'assurance (ASMA)⁽¹⁾ a évalué la situation et recherché des pistes pour l'améliorer. Il a médiatisé ses propositions fin de semaine, en direction, e. a., des hautes sphères inamiennes et du SPF Emploi. | Dr Michel Muller

L'incapacité temporaire de travail (ITT) prolongée, l'invalidité, entraînent une série de conséquences délétères pour la personne qui en souffre. Plus l'ITT se prolonge, moins le travailleur a de chances de réintégrer un travail. Éviter la perte d'emploi permettrait de maintenir ou d'améliorer l'état de santé présent et futur de ces travailleurs (voir encadré).

Le médecin du travail, un acteur majeur

Par sa connaissance des postes de travail et des risques existant dans l'entreprise, le médecin du travail est à même d'évaluer leur adaptation à l'état de santé du travailleur. Conseiller de l'employeur et du travailleur, il participe d'abord à l'analyse des risques présents dans l'entreprise (prévention primaire). Ses consultations sont réalisées dans un but préventif.

Dans le cadre d'une ITT, il dispose de trois outils utilisables. La plus connue, la visite de reprise du travail, a lieu après une ITT d'au moins 28 jours et permet le médecin de s'assurer que le travailleur peut effectivement reprendre son travail habituel. Auparavant, une visite de pré-reprise peut être demandée par le travailleur pour analyser les conditions d'une future réintégration dans l'entreprise. Enfin, l'examen de réintégration sert à évaluer les possibilités de retour au travail lorsqu'une incapacité définitive a été prononcée par un autre médecin. Les deux derniers examens sont ouverts à tout salarié, soumis ou non à l'évaluation de santé périodique, mais sont trop peu connus par les intéressés, leurs médecins traitants et les entreprises.



▲ La « reprise autorisée dans les conditions du travail habituelles » se définit comme une période d'observation et de réadaptation au travail, sans exigences immédiates de productivité.

Évolution de la mission du médecin-conseil

Historiquement, l'évaluation de l'incapacité de travail par le médecin-conseil était orientée vers l'évaluation des incapacités. Un changement de législation lui enjoint désormais de veiller à la réinsertion socio-professionnelle de l'assuré. Nous avons donc affaire à une nouvelle conception dirigée vers l'évaluation des capacités restantes. Les médecins-conseils doivent, avec l'accord du patient, contacter toute personne susceptible de contribuer à sa réinsertion professionnelle.

Une action conjointe, graduée

Le groupe de travail SSST-ASMA a défini des actions à entreprendre aux différents stades de l'ITT. Au stade aigu (avant la 8^e semaine de l'arrêt de travail), il convient d'informer les médecins traitants et de soutenir des bonnes pratiques en matière de prescription d'ITT et de retour à l'activité, notamment par le recours à la visite de pré-reprise chez le médecin du travail. Au niveau des services de médecine du travail, il faut encourager le maintien d'un contact de l'entreprise avec le travailleur absent, pour éviter qu'il ne croie qu'on se désintéresse de lui, et lui rappeler l'existence de la visite de pré-reprise.

Au stade subaigu (entre 8 semaines et 5 mois d'incapacité), la première piste consiste en la prise de contact entre le médecin-conseil de l'OA et le médecin du travail ainsi qu'en la systématisation de la visite de pré-reprise du travail. Le groupe de travail suggère également une nouvelle modalité d'intervention dans la législation de l'assurance maladie : la « re-

prise autorisée dans les conditions du travail habituelles ». Elle se définit comme une période d'observation et de réadaptation au travail, sans exigences immédiates de productivité. Cette mesure devrait répondre à certains critères précis, n'entraînerait aucune charge financière pour l'employeur et comporterait une évaluation rapprochée par le médecin-conseil et le médecin du travail. La visite de pré-reprise serait l'occasion de stimuler cette « reprise autorisée » par le travailleur.

Un coordinateur de réintégration

Au stade de prévention de l'invalidité en fin, soit à partir du 6^e mois d'ITT et parfois avant, un modèle de type « case-management » est proposé. Ce modèle définit l'action d'un « disability case-manager (DCM) », externe à l'entreprise du travailleur concerné, qui serait le coordinateur du processus de réintégration, et d'un « disability manager (DM) », interne à l'entreprise, qui mettra en place une politique structurée de réintégration et proposera des solutions concrètes pour le retour au travail. Un mécanisme de ce genre est déjà d'application dans d'autres pays ou régions (Flandre, Pays-Bas, Canada...). Le DCM endossera un rôle de facilitateur et de médiateur, et devra avoir la confiance des travailleurs. Nommer de tels intervenants a un coût, certes, mais il serait largement compensé par les économies réalisées sur les années d'invalidité ou de chômage épargnées. La mise en place d'un système de ce type devrait aussi nécessiter des incitants pour les employeurs qui accepteraient d'y collaborer.

La réussite d'un tel projet nécessite donc le dialogue et la collaboration de tous les protagonistes (médecin traitant, personnel soignant, médecin-conseil, médecin du travail, DCM, employeur, ligne hiérarchique) tandis que sa mise en œuvre supposerait des adaptations législatives et réglementaires. Mais une telle démarche implique avant tout la collaboration active du travailleur, qui est le principal acteur de sa réintégration au travail. ♦

(1) La SSST regroupe les médecins du travail francophones, et l'ASMA les médecins-conseils des mutualités, les médecins inspecteurs de l'Inami et les médecins-conseils du SPF Santé publique.

La note de réflexion du groupe de travail SSST – ASMA peut être consultée sur le site <http://www.ssstr.be/>

Pourquoi maintenir au travail ?

Les études ont montré les effets néfastes d'une perte de l'emploi et de l'invalidité. On le sait, le travail est d'abord un facteur d'épanouissement personnel, d'identification et d'intégration sociale. Rester longtemps au travail favoriserait aussi une retraite en meilleure santé.

La perte prématurée de l'emploi avec la chute de revenus considérable qu'elle provoque, entraîne aussi un isolement social, une perte d'estime de soi, et d'autres conséquences psychologiques. Elle favoriserait ainsi un déclin plus rapide des performances cognitives.

SUITE DE LA PAGE 11

Fâchés avec la balance

Quelques statistiques frappent. 90 % des garçons et 80 % des filles se déclarent en bonne santé, mais 17 % se disent atteints d'une affection chronique. Les médicaments les plus consommés sont les antidouleurs (31 %), et, entre 1997 et 2004, l'usage de somnifères est passé de 3 à 5 %. L'insatisfaction de son corps, plus notable chez les filles, progresse de 29 % en 1997 à 35 % en 2004. Une insatisfaction fortement couplée à l'obésité, elle-même en lien avec la situation socio-économique. En 2009, 26 % de jeunes de la province sont en surcharge pondérale. L'obésité a progressé de 5 à 8 % entre 1997 et 2009, l'augmentation se marquant surtout chez les garçons. A 16 ans, un quart des jeunes présentent au moins deux facteurs de risque modifiables pour les maladies cardiovasculaires (tension élevée, LDL-cholestérol élevé...).

La proportion de fumeurs parmi les 13-16 ans a reculé sur la décennie, de 21 à 13 %. La première cigarette s'essaie vers 13 ans et, si les filles commencent plus tard, elles sont plus nombreuses à fumer à 16 ans que les garçons. Plus l'entourage fume, plus le jeune risque de s'y mettre aussi. Or, dans le Hainaut, 60 % d'entre eux sont exposés à la maison au tabagisme de tiers. Plus de la moitié (55 %) des enfants de 10 ans ont déjà bu un verre entier d'alcool, et chez les 13-16 ans, 38 % ont déjà été ivres. Les proportions de jeunes qui ont déjà été ivres sont stables depuis 2004, relève l'Observatoire, excepté pour les filles de 16 ans, dont 45 % déclarent avoir déjà été ivres, contre 35 % en 2004. Consommation d'alcool et ivresse sont plus fréquentes dans les familles à double revenu. ♦

Recours aux soins

10 % des jeunes avaient consulté au moins une fois un pédiatre au cours de l'année précédant l'enquête de l'Observatoire du Hainaut, et 70 % un généraliste. Le Carnet de bord note qu'entre 1997 et 2004, la proportion de jeunes à s'être adressés à un MG a augmenté de 65 à 71 %. Fréquenter le MG ou le pédiatre n'est pas lié à aux facteurs socio-économiques, mais la consultation du dentiste, si. Globalement, 40 % des jeunes Hainuyers n'ont pas « montré les dents » à un professionnel durant les 12 mois écoulés, et la consultation est moins fréquente chez les enfants et adolescents issus de famille sans revenus professionnels.

(1) Document complet disponible sur <http://observatoiresante.hainaut.be>



Retrouvez bientôt
nos fiches aide au diagnostic,
à collectionner*



*avec votre Généraliste à partir du mois de novembre 2010