

# Health Forum



Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres  
trimestriel · septembre · n° 39



Ed.resp. : Xavier Brennez - Union nationale des Mutualités Libres - Route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht - Health Forum, trimestriel (septembre, octobre, novembre 2019) - Bureau de dépôt : Bruxelles X - P911186

DOSSIER

## Reprendre le travail : quels facteurs de succès ?

# Faites connaissance avec les Mutualités Libres !

Avec plus de 2.000.000 d'affiliés, les Mutualités Libres constituent le troisième organisme assureur du pays.

Les Mutualités Libres regroupent 5 mutualités :



## **OZ**

Boomsesteenweg 5  
2610 Antwerpen  
[www.oz.be](http://www.oz.be)



## **OMNIMUT MUTUALITÉ LIBRE DE WALLONIE**

Rue Natalis 47 B  
4020 Liège  
[www.omnimut.be](http://www.omnimut.be)



## **PARTENAMUT**

Boulevard Louis Mettwie 74/76  
1080 Bruxelles  
[www.partenamut.be](http://www.partenamut.be)



## **FREIE KRANKENKASSE**

Hauptstrasse 2  
4760 Büllingen  
[www.freie.be](http://www.freie.be)



## **PARTENA ZIEKENFONDS**

Sluisweg 2 bus 1  
9000 Gent  
[www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be)

## Colophon

### **COORDINATION**

Steven Vervaeet · [steven.vervaeet@mloz.be](mailto:steven.vervaeet@mloz.be)

### **COMITÉ DE RÉDACTION**

Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Aude Clève · Lies Dobbelaere · Christian Horemans  
Claire Huyghebaert · Wies Kestens · Güngör Karakaya · Murielle Lona · Evelyn Macken  
Maarten Peeters · Amandine Prade · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul  
Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Steven Vervaeet

### **LAY-OUT**

Leen Verstraete, Marinella Cecaloni · [layout@mloz.be](mailto:layout@mloz.be)

### **PHOTOS ET ILLUSTRATIONS**

Shutterstock et Steven Vervaeet

### **TRADUCTION**

Annemie Mathues · Gisèle Henrotte · Julie Van Nieuwenhove ·  
Geertje Vandecappelle · Angélique Vanderbracht · Barbara Van Ransbeeck

### **EDITEUR RESPONSABLE**

Xavier Brenez · [xavier.brenez@mloz.be](mailto:xavier.brenez@mloz.be)

## Health Forum

**Vous voulez recevoir le magazine  
régulièrement ou abonner vos collègues ?**

- [www.mloz.be](http://www.mloz.be)
- [health-forum@mloz.be](mailto:health-forum@mloz.be)
- Union nationale des Mutualités Libres,  
Health Forum, Route de Lennik 788A,  
1070 Anderlecht



Suivez-nous sur Twitter !  
[@MutLibres](https://twitter.com/MutLibres)

# Mieux collaborer pour réduire le taux d'invalidité



"Inverser le paradigme en focalisant toutes les actions, non plus sur le contrôle de l'incapacité de travail, mais bien sur l'évaluation des capacités restantes des assurés sociaux et sur leur accompagnement dans un trajet de réintégration."

Un tel objectif est ambitieux, mais parfaitement réalisable si tous les leviers sont actionnés pour prévenir l'incapacité de travail et favoriser la réintégration au travail. Les causes de l'invalidité étant multifactorielles, cela implique une collaboration entre tous les acteurs concernés, et la nécessité de définir leurs rôles et responsabilités respectifs dans le cadre d'une politique visionnaire, congruente et durable.

Tout d'abord, **cela doit passer par la responsabilisation des employeurs** en matière de prévention des maladies liées au poste de travail, de bien-être au travail, ainsi qu'en ce qui concerne les mesures favorisant la réintégration par l'adaptation de la charge, de l'horaire ou du poste de travail.

**Le dialogue et la collaboration entre les médecins traitants, médecins du travail et les médecins-conseils doit être facilité** en déployant un outil de communication sécurisé et structuré, pour diminuer la charge administrative pour l'échange de données. Cela permettra également un contact aisé et consenti par le patient pour discuter de l'opportunité et des modalités de la mise en route d'un trajet de réintégration, lequel peut être initié par le médecin traitant, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

**Une révision de certains aspects de la réglementation s'impose également.** Cela devrait permettre, par exemple, de valoriser la notion des capacités restantes des personnes en incapacité de travail, de revoir la notion d'incapacité primaire et d'invalidité et de permettre une période de salaire garanti pour les travailleurs souffrant d'une maladie fluctuante. Mettre en place une procédure d'appel plus

rapide au sein de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité permettra notamment d'éviter le recours abusif aux appels suspensifs via le Tribunal du Travail.

L'invalidité a en effet connu une **croissance moyenne annuelle de 7,8 % au cours des 5 dernières années**, ce qui impacte fortement **le budget de la sécurité sociale**. Il ne faut pas non plus perdre de vue que **les répercussions socio-économiques sont bien souvent dommageables pour les assurés sociaux** en incapacité de travail. C'est pourquoi **les Mutualités Libres ont la volonté de tout mettre en œuvre pour atteindre une réduction de 20 % du taux d'invalidité d'ici 2025**, en suscitant les bonnes mesures politiques et la collaboration entre les différents acteurs, et en accompagnant le mieux possible chaque assuré social durant son parcours d'incapacité, autant d'un point de vue administratif que médical. Le médecin-conseil est en effet avant tout un "conseiller" et il est le mieux placé pour **informer et accompagner l'assuré social et son médecin traitant** sur les droits et sur les possibilités de réintégration dans le respect de la réglementation en vigueur.

**XAVIER BRENEZ**  
Directeur général  
de l'Union Nationale des  
Mutualités Libres

# Sommaire

**3**  
**EDITO**

**5**  
**LE SAVIEZ-VOUS ?**

**6**  
**DOSSIER**

Reprendre le travail :  
quels facteurs de succès ?

**18**  
**ESPACE PRESTATAIRES**

Le Belge est-il en bonne santé ?

**20**  
**ETUDE**

Quelle est la fréquence de visite des  
personnes âgées chez le dentiste ?

**24**  
**PARTNERSHIP**

Quand les données mutualistes  
renforcent la recherche académique

Patient Expert Center : de patient à  
"patient expert"

**26**  
**KIOSQUE**



# 6

**DOSSIER**

Reprendre le  
travail : quels  
facteurs de  
succès ?

# 20

**ETUDE**

Quelle est la fréquence de  
visite des personnes âgées  
chez le dentiste ?



# 25

**PARTNERSHIP**

Patient Expert Center :  
de patient à "patient  
expert"

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)



# Le saviez-vous ?

## Itsme : plus d'un million d'utilisateurs

Tax-on-web, Mypension, de nombreuses applications bancaires... Plus d'un million de personnes utilisent déjà Itsme pour se connecter en toute sécurité à différents services. Et ce, de manière ultra simple : adieu mots de passe, lecteurs de cartes et logins. Les autorités utilisent cette appli pour plus de 800 applications et le nombre d'applis connectées à Itsme ne cesse d'augmenter. **Les Mutualités Libres aussi ont choisi d'utiliser Itsme pour faciliter la vie des affiliés.** Avec l'application, ceux-ci peuvent accéder rapidement et en toute sécurité à leur guichet en ligne pour consulter leurs remboursements et dossier mutualité, demander des avantages en ligne, commander des documents numériques...

[www.itsme.be](http://www.itsme.be)

## Où trouver quel type d'hôpital dans notre pays ?

Où se trouvent les hôpitaux généraux dans chaque région ? Et où se trouvent les hôpitaux aigus et psychiatriques en Belgique ? Il n'est pas simple de s'y retrouver. C'est pourquoi le **SPF Santé publique propose une carte détaillée et facile d'utilisation, sur laquelle chacun peut trouver les différents types d'hôpitaux du pays en un rien de temps.** A l'avenir, d'autres fonctionnalités sont prévues : une carte avec l'emplacement de tous les services d'urgence et un aperçu interactif de tous les programmes de soins et des fonctions hospitalières dans notre pays.

[www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)

## Attention aux opioïdes en cas de douleur chronique

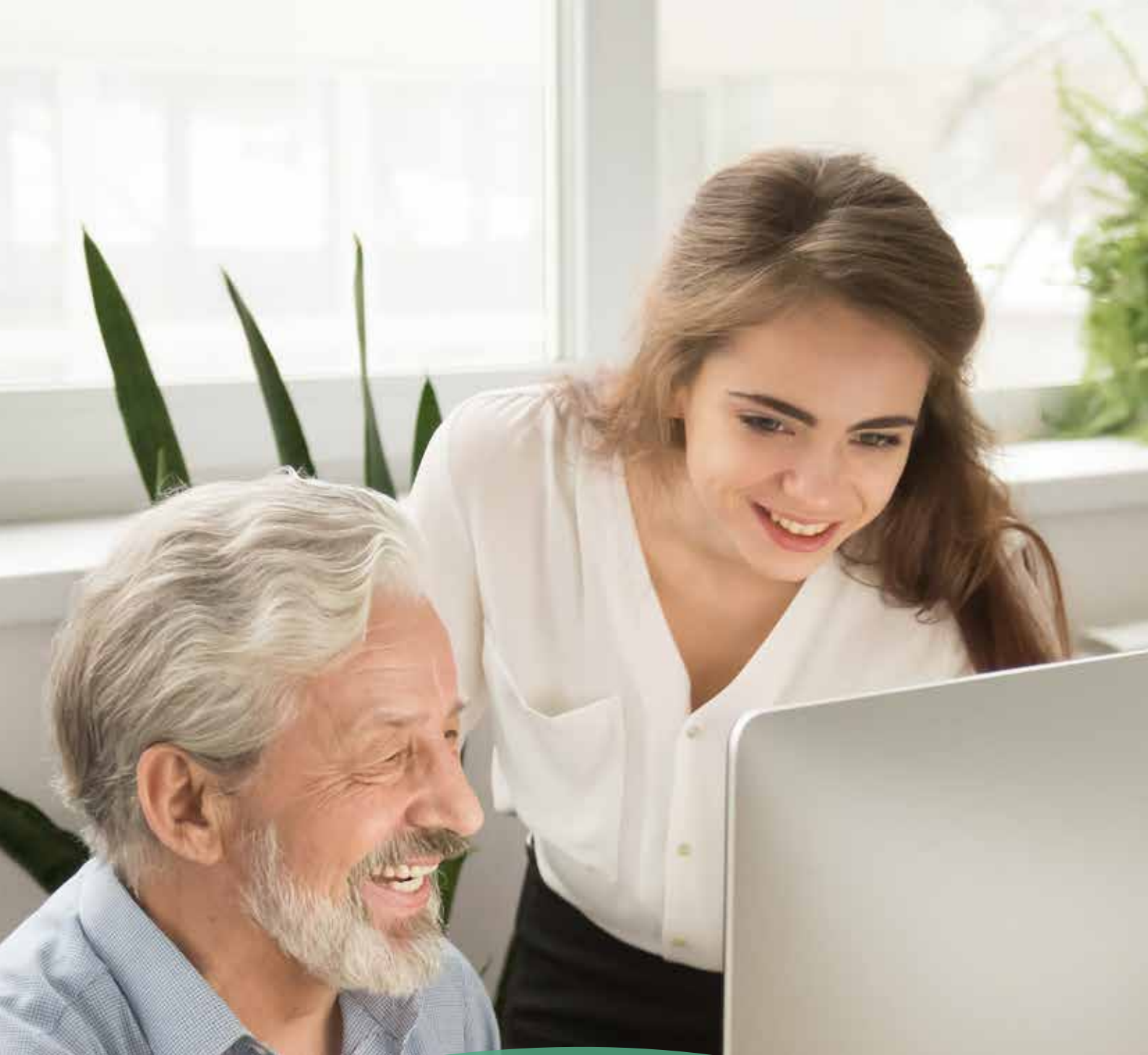
1 Belge sur 4 souffre de douleurs chroniques. Les opioïdes représentent l'un des traitements possibles. Cependant, dans une nouvelle étude, l'INAMI lance un avertissement et recommande d'utiliser très prudemment ces médicaments qui créent une dépendance. Les experts préconisent de toujours prescrire les opioïdes **aussi brièvement que possible et à la dose la plus faible possible.** De plus, il est important de toujours bien informer les patients des risques et des effets secondaires de ces médicaments. Les experts demandent également davantage de centres de traitement de la douleur dans notre pays. Chaque patient souffrant de douleur pourra alors obtenir un rendez-vous dans un court délai et commencer un traitement approprié. Chez les personnes qui prennent des opioïdes, il est important de dépister de manière systématique si leur consommation est bien justifiée et de les renvoyer chez un expert en addiction le cas échéant.

[www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be)

## La chirurgie de l'obésité, aussi pour les jeunes ?

Actuellement, seuls les adultes qui répondent à certaines conditions reçoivent un remboursement pour la chirurgie de l'obésité. Les jeunes devraient-ils également y avoir droit ? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) le recommande. Parce que **l'investissement de l'assurance maladie est relativement faible, comparé au gain de santé à long terme.** Cependant, pour le KCE, la chirurgie de l'obésité pour les jeunes doit rester une exception : uniquement en cas de grande nécessité médicale, et pratiquée par une équipe multidisciplinaire dans un centre spécialisé.

[www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)



## Reprendre le travail : quels facteurs de succès ?

Quel est le profil des personnes qui entrent en invalidité ?	p. 7
"Il est nécessaire de revoir les notions d'incapacité primaire et d'invalidité"	p. 10
"La meilleure prévention ? Laisser les gens être eux-mêmes !"	p. 12
Vous souffrez de douleurs chroniques : tout reste possible !	p. 14
Mieux se comprendre pour mieux accompagner les patients	p. 16

# Quel est le profil des personnes qui entrent en invalidité ?

**Entre 2007 et 2017, les dépenses en incapacité de travail et en invalidité ont fortement augmenté et le nombre de personnes concernées a quasi doublé. Cette nouvelle étude des Mutualités Libres se penche sur les personnes qui entrent en invalidité. Quelles sont leurs caractéristiques et leurs prestations de soins avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire ? Résultats ci-dessous.**

Les chiffres officiels de l'INAMI montrent une augmentation importante des dépenses en incapacité de travail et en invalidité aux cours des dernières années. Pour rappel, l'incapacité primaire désigne la première année d'incapacité de travail, après la période de salaire garanti. L'invalidité désigne la période de l'incapacité de travail qui débute après l'année d'incapacité primaire.

**Entre 2007 et 2017, les indemnités d'invalidité des salariés sont passées de 2,4 milliards euros à 5,4 milliards euros** et les indemnités d'incapacité de travail primaire (ITP) des salariés ont augmenté de 0,99 milliard euros à 1,7 milliard euros. Sur cette période, le taux d'invalidité est passé de 5,4%

(avec 242.086 personnes en invalidité) à 8,4% (avec 404.657 personnes en invalidité).

La présente étude décrit le profil des personnes qui, après une période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP), entrent en invalidité. L'étude porte sur leurs caractéristiques et leurs prestations de soins avant, pendant et après la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP).

## Méthodologie

Les "nouveaux" invalides désignent les affiliés des Mutualités Libres qui entrent en invalidité (reconnaissance officielle) pour la première fois au cours de l'année 2016, pendant la

période 2013-2016, en excluant les femmes avec des périodes de congé de maternité. La population de référence est l'ensemble des affiliés âgés de 20 à 64 ans en 2016.

Nous nous sommes concentrés sur trois périodes :

- la période de 12 mois avant l'entrée en incapacité de travail primaire (ITP),
- la période de 12 mois d'incapacité de travail primaire (ITP),
- la période d'invalidité débutant au cours de l'année 2016 qui peut être courte (moins de 6 mois), moyenne (de 6 à 12 mois) ou longue (plus de 12 mois).

Tableau 1 : Principales caractéristiques des personnes entrant en invalidité pour la première fois en 2016 et de la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans

		"Nouveaux" invalides	% parmi les "nouveaux" invalides	% parmi la population générale 20-64 ans
Sexe	Femme	5.729	56,7%	49,6%
	Homme	4.372	43,3%	50,4%
Statut BIM	Oui	2.582	25,6%	10,6%
	Non	7.519	74,4%	89,4%
Région de domicile	Bruxelles-Capitale	1.860	18,4%	20,2%
	Flandre	3.924	38,9%	41,0%
	Wallonie	4.236	41,9%	35,0%
	Etranger	81	0,8%	3,8%

Une population de 10.101 "nouveaux" invalides a été constitué et analysé entre le 1/1/2013 et le 31/12/2017. Comme nous ne disposons pas des diagnostics médicaux codifiés, nous avons utilisé des proxys pour approcher l'état de santé, ce qui limite la portée de certaines conclusions.

## Profil des "nouveaux" invalides

Le tableau 1 décrit les caractéristiques des "nouveaux" invalides.

Il ressort de ce tableau 1 que les femmes sont plus nombreuses (56,7%), une personne sur 4 bénéficie de l'intervention majorée (BIM) et près de 4 personnes sur 10 résident en Flandre, 4 personnes sur 10 en Wallonie et 2 personnes sur 10 à Bruxelles. **Parmi les "nouveaux" invalides, les femmes, les bénéficiaires du statut BIM et les habitants de la Région wallonne sont surreprésentés comparés à la population générale des Mutualités Libres âgée de 20 à 64 ans.** L'âge moyen des "nouveaux" invalides est de 46 ans et leur nombre augmente significativement avec l'âge jusqu'à 55 ans. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus dans d'autres études publiées par l'INAMI ou l'IMA.

## Durée de l'invalidité

La durée de l'invalidité est répartie en 3 groupes : moins de 6 mois, entre 6 et 12 mois, plus de 12 mois.

Le tableau 2 montre que **3 personnes sur 4 entrant en invalidité en 2016 restent en invalidité plus de 12 mois**, alors que 1 personne sur 6 entrant

en invalidité quitte ce statut dans les 6 mois et près de 1 personne sur 10 après 6 à 12 mois. Pour les personnes dont la durée de l'invalidité est supérieure à 12 mois, le nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'incapacité primaire de 12 mois (135 jours) est plus élevé que pour les personnes sortant plus vite de l'invalidité (119 jours).

## Problèmes de santé préexistants

Une partie significative des personnes entrant en invalidité avaient déjà des problèmes de santé avant même de tomber en incapacité de travail primaire (ITP) conduisant à l'invalidité.

- Près de 4 personnes sur 10 parmi les "nouveaux" invalides avaient au moins une période d'incapacité de travail rémunérée par l'assurance maladie avant l'ITP de 12 mois,
- Plus d'un tiers était déjà atteint d'au moins une des 22 pathologies chroniques étudiées alors que dans la population générale, il s'agit d'1 personne sur 5.
- 1 personne sur 10 fait face à des comorbidités - définies comme la présence de deux maladies chroniques ou plus - alors que dans la population générale, il s'agit d'1 personne sur 20.

## Présence de maladies chroniques

Au moment d'entrer en ITP et en invalidité, plus de la moitié des "nouveaux" invalides souffraient d'au moins une des 22 pathologies chroniques.

Les principales pathologies chroniques des "nouveaux" invalides sont : la dépression (1 personne sur 3), l'hypertension artérielle (1 personne sur 4), les maladies mentales sévères nécessitant une hospitalisation (5,8%), l'épilepsie (5,6%) et la psychose (5,6%). Il est aussi à noter que plus de la moitié des "nouveaux" invalides utilisent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Selon les statistiques de l'INAMI, les troubles psychiques et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif sont les deux principales causes de l'invalidité ; le burn out est également cité comme cause de l'entrée en invalidité. Ces deux groupes de maladie représentent environ les deux tiers du nombre total d'invalides. Comme nous ne disposons pas des diagnostics médicaux, nous n'avons pas pu faire le lien avec ceux-ci. La prise en considération des diagnostics de l'invalidité fera l'objet d'une étude future.

## Quelles sont les dépenses en soins de santé des "nouveaux" invalides ?

Les principaux postes de dépenses des "nouveaux" invalides sont les frais de séjour à l'hôpital et les médicaments délivrés par l'hôpital aux patients non hospitalisés.

Les dépenses annuelles moyennes de soins de santé des "nouveaux" invalides, constituées par les remboursements de l'assurance obligatoire et les montants pris en charge par l'assuré

Tableau 2: Incapacité de travail avant l'incapacité de travail primaire menant à l'invalidité (2013-2015), selon la durée de l'invalidité

Durée de l'invalidité	Nombre de personnes	Nombre moyen de jours d'incapacité de travail avant l'ITP de 12 mois
Invalidité de moins de 6 mois	1.581	119
Invalidité de 6 à 12 mois	957	120
Invalidité de plus de 12 mois	7.563	135





sont à leur maximum durant la période d'incapacité de travail primaire (ITP) de 12 mois (14.059 euros). Pendant la période précédant cet épisode, les dépenses moyennes sont de 4.184 euros et elles s'élèvent à 7.020 euros au cours de l'invalidité.

Le montant déboursé par le patient représente environ 10 à 15 % de ces dépenses annuelles moyennes de soins de santé. Ce qui est surprenant n'est pas le pourcentage, mais le montant absolu. Ainsi, pendant la période de l'ITP de 12 mois, le ticket modérateur et les suppléments, à charge du patient, atteignent en moyenne 1.454 euros.

A titre de comparaison, les dépenses annuelles moyennes en 2016 pour la population générale âgée de 20 à 64 ans sont de 1.642 euros pour l'assurance obligatoire et de 285 euros à charge du patient.

## Conclusions

Les principaux résultats de l'étude sont les suivants :

- Les "nouveaux" invalides sont des personnes dont l'état de santé avant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois était déjà dégradé par rapport à la population générale de 20 à 64 ans.

- Les dépenses en soins de santé, prises en charge par l'assurance maladie et par le patient, sont relativement élevées et elles atteignent un maximum pendant la période d'incapacité de travail primaire de 12 mois.
- Pour 25 % de ces "nouveaux" invalides, la durée maximale de la période d'invalidité est de 12 mois.

**GÜNGÖR KARAKAYA, WIES KESTENS  
ET MURIELLE LONA**

Service Représentation et Etudes  
des Mutualités Libres

## Recommandations des Mutualités Libres

- L'une des conclusions majeures de l'étude est la présence de problèmes de santé antérieurs à une incapacité primaire, qui se transforme en invalidité. Il serait opportun que **les médecins traitants/ les spécialistes, les médecins du travail et les médecins conseils élaborent un plan d'actions coordonné** à cet égard. Afin de promouvoir la coopération entre les différents prestataires de soins, il serait utile de trouver une solution pour l'échange (sécurisé) des données médicales des personnes en incapacité de travail entre ces acteurs. Une plateforme commune pourrait faciliter le partage d'information.
- En tant qu'organisme assureur, nous sommes surpris par le montant élevé déboursé par le patient pour ses soins de santé, surtout pendant la période d'incapacité de travail primaire, alors que ses revenus ont diminué. Il est important de sensibiliser l'ensemble des acteurs au **risque de fragilité économique**.
- Les Mutualités Libres recommandent de développer des politiques d'intégration dans l'emploi en mettant en place un ensemble de mesures destinées à aider les travailleurs et les employeurs, dans le cadre de la **prévention**. Mais aussi d'adopter des mesures de prévention sur le lieu de travail destinées aux travailleurs ayant des problèmes de santé pour qu'ils puissent conserver leur emploi (aménagement des conditions de travail, réduction du temps de travail ou formation...).
- **Les groupes à risques** nécessitent une attention et un accompagnement particuliers. Ceux-ci sont constitués par les femmes, les personnes dans la tranche 40-55 ans, les bénéficiaires d'une intervention majorée et les malades chroniques.

1 La méthodologie et les résultats complets sont disponibles sur le site web des Mutualités Libres : [www.mloz.be/publications](http://www.mloz.be/publications)

2 INAMI, note CI 2013/29, Analyse des dépenses relatives aux indemnités d'invalidité en Belgique dans une perspective géographique + étude IMA sur le profil socio-sanitaire et consommation de soins des personnes en incapacité de travail primaire

3 Ne disposant pas du diagnostic médical des affections dont souffrent nos affiliés, nous avons dû créer des proxys de diagnostic pour approcher l'état de santé (22 au total).

# "Il est nécessaire de revoir les notions d'incapacité primaire et d'invalidité"

Depuis plusieurs années, les chiffres de l'invalidité ne cessent de croître. Au point que différentes mesures gouvernementales ont été prises pour juguler cette tendance, avec des résultats parfois modestes. Les Mutualités Libres se sont, elles aussi, penchées sur la question et ont élaboré des actions et des objectifs qu'elles ont compilés dans leurs "10 priorités pour l'avenir des soins de santé". Le Dr Philippe Marneth, médecin-directeur aux Mutualités Libres en retrace les principales lignes.

## Quel est le contexte de l'incapacité de travail actuellement ?

Sur les 10 dernières années, le nombre de personnes ayant cessé de travailler pour cause d'incapacité n'a cessé d'augmenter. Sur la même période, le nombre d'invalides, c'est-à-dire les personnes qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an, a presque doublé. Actuellement, entre 400.000 et 500.000 Belges sont en invalidité. En conséquence, **les dépenses liées à l'invalidité ont également explosé et les organismes assureurs subissent désormais une pression très forte pour diminuer le taux d'incapacité de travail et inciter leurs affiliés à reprendre le travail au plus vite**, conformément à leur capacité restante, par exemple avec un poste de travail adapté ou en suivant des formations professionnelles.

## Comment peut-on expliquer cette augmentation phénoménale des invalidités ?

Il y a plusieurs facteurs. Tout d'abord l'augmentation du nombre de salariés. Les conditions d'accès à la prépension sont également devenues plus strictes. Le côté financier amène donc les salariés à travailler plus longtemps et pour certains, la seule porte de secours est l'incapacité de travail. C'est ce qu'on nomme le phénomène des vases communicants de la sécurité sociale. Même chose avec le chômage : la dégressivité des allocations de chômage a eu un impact sur l'incapacité de travail et l'invalidité.

## Quelles ont été les mesures prises ces dernières années pour infléchir la tendance ?

Il y a eu beaucoup... Par exemple : le **certificat mentionnant la date de début et de fin de l'incapacité qui portait l'espoir de responsabiliser le secteur thérapeutique**. Cette mesure a eu un effet favorable : une diminution de l'incapacité primaire de 8 %.

Ensuite est arrivée la réglementation qui vise la réintégration des travailleurs avec ou sans contrat de travail. Et en parallèle, l'arrêté royal du cabinet Peeters (emploi et travail) qui poursuit le même objectif, mais pour la médecine du travail.

## Quels sont les objectifs des Mutualités Libres en termes d'incapacité de travail ?

Favoriser la réintégration professionnelle des personnes en incapacité de travail est certainement l'objectif majeur des Mutualités Libres. Et pour y parvenir, nous aimerions que soit revue la notion d'incapacité primaire et d'invalidité. Nous estimons que le terme 'invalidé' revêt une notion de permanence et est connoté de manière trop péjorative. Bien souvent, on imagine à tort qu'une personne invalide, n'est plus capable de faire quoi que ce soit. Or, c'est faux ! C'est une idée reçue qu'il faut combattre. **Nous préconisons que l'incapacité primaire dure tant que subsiste un espoir de retrouver une capacité de gain, avec ou sans poste adapté**. Et que l'invalidité ne soit reconnue qu'après que toutes les



solutions aient été examinées et uniquement s'il n'y a plus aucun espoir de reprendre une activité professionnelle. Et cela doit également passer par une meilleure valorisation des capacités restantes des personnes en incapacité de travail.

### Actuellement, les capacités restantes des personnes en incapacité de travail ne sont pas assez valorisées ?

Non, toutes les personnes en incapacité de travail primaire ou en invalidité sont dans le même panier, qu'elles aient ou pas les capacités suffisantes pour reprendre une activité professionnelle avec un poste ou un horaire adapté. C'est pourquoi, nous pensons qu'il faudrait établir la distinction entre les personnes qui ont une incapacité à plus de 66 %, ce qui est le cas pour toutes les personnes reconnues actuellement, et celles qui ont une incapacité à plus de 33 % et qui sont capables de reprendre le travail, même de manière partielle, avec un certain accompagnement.

### Tout ceci doit également s'accompagner de la bonne volonté des entreprises...

Absolument. Les employeurs ont la responsabilité de développer une politique active en faveur du bien-être au travail et de la réintégration. Plusieurs actions pourraient être mises en place, comme par exemple, responsabiliser financièrement les employeurs si le taux d'incapacité de leur organisation est supérieur à celui du secteur ou les motiver à prendre des mesures qui facilitent la reprise du travail, avec des incitants financiers. Actuellement, la prévention dans les entreprises est clairement insuffisante bien que des initiatives voient le jour, comme à l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) où un programme de prévention des lombalgies et un projet pilote pour prévenir le burn-out ont récemment été lancés.

NATHALIE RENNA

nathalie.renna@mloz.be

"On imagine souvent qu'une personne invalide, n'est plus capable de faire quoi que ce soit.

Or, c'est faux !

C'est une idée reçue qu'il faut combattre."

Philippe Marneth



## Le trajet de réintégration professionnelle en bref

Cela concerne principalement les travailleurs qui disposent d'un contrat de travail et qui se trouvent dans une situation d'incapacité de travail. Après 2 à 3 mois, le médecin-conseil est tenu d'évaluer la situation du patient et, avec les éléments dont il dispose, de le placer dans une catégorie allant de 1 à 4 :

1. Le patient va probablement **reprendre le travail endéans les 6 mois**.
2. La pathologie est tellement sévère qu'il n'y a **aucun espoir de retour au travail**.
3. Le patient devra **être suivi tous les deux mois**, car il est trop tôt pour évaluer correctement ses capacités restantes.
4. Un **trajet de réintégration peut être envisagé**, car le patient ne pourra pas reprendre son emploi actuel. Il sera donc nécessaire soit d'adapter son poste de travail, soit de proposer une formation.

"Les candidats à la réintégration professionnelle sont alors référés au service de prévention de leur employeur", explique le Dr Philippe Marneth. "Les médecins du travail vont alors examiner si un poste adapté avec une éventuelle formation organisée par l'entreprise, est envisageable. Cela peut être **une adaptation au niveau de l'horaire, du volume horaire, de la charge de travail, du type de travail, du lieu de travail**, etc. Si un tel trajet n'est pas possible, alors le patient revient chez le médecin-conseil et celui-ci envisage avec le patient, l'opportunité de débiter une formation. Si la formation répond aux critères définis par l'INAMI, le patient reçoit, après accord de l'INAMI, différentes interventions financières. À la fin de la formation, le patient peut bénéficier encore de 6 mois d'indemnités jusqu'au moment où il reprend le travail à temps plein. Les gens pensent souvent qu'en reprenant le travail à temps partiel, ils ne recevront plus d'indemnités, mais ce n'est pas le cas."



# "La meilleure prévention ? Laisser les gens être eux-mêmes !"

**L'incapacité de travail de longue durée, due au stress et à d'autres plaintes, ne cesse d'augmenter. La sensibilisation au burn-out est également en hausse. Comment un dirigeant d'entreprise peut-il y faire face ? Et comment réduire le nombre de collaborateurs malades de longue durée ? Wouter Torfs des "Chaussures Torfs" est depuis plusieurs années le meilleur employeur de Belgique et, depuis peu, d'Europe. Il nous donne sa vision du bien-être des travailleurs : "Le bonheur des collaborateurs constitue une base durable pour une croissance économique à long terme."**

L'organisation Great Place To Work a récemment élu les Chaussures Torfs comme le meilleur lieu de travail en Europe dans la catégorie des grandes entreprises. Au cours des quatre dernières années, l'entreprise familiale était deuxième à chacune de ces élections. En Belgique, les Chaussures Torfs ont été élues meilleur employeur du pays pour la sixième fois d'affilée et au total, la chaîne a déjà remporté 10 fois ce titre. "C'est évidemment un signe que nous faisons du bon travail. Mais décrocher ces titres n'est pas notre objectif principal", déclare le **Wouter Torfs, CEO**. "Je vois plutôt ça comme une reconnaissance sociale de notre façon de travailler." Wouter Torfs est fier d'expliquer qu'il pratique l'entrepreneuriat social. "Notre façon

de travailler cadre dans une véritable vision. **Je crois que l'esprit d'entreprise a une fonction sociale, il ne faut pas uniquement tenir compte des chiffres et des actionnaires.**"

## Investir dans le bonheur des collaborateurs

Cette façon de travailler est ancrée dans l'ADN de l'entreprise familiale. "J'ai toujours appris qu'il faut investir dans le bien-être de ses collaborateurs", explique Wouter Torfs. "Mes grands-parents, qui ont fondé l'entreprise, se préoccupaient également des vendeuses en boutique. Tous les samedis après-midi, ils mangeaient ensembles des frites avec des carottes. Nous avons continué dans

le même esprit et professionnalisé ce principe." C'est Els Van Keymeulen, alors responsable des ressources humaines, qui a incité Wouter Torfs à investir encore davantage dans le bien-être de ses employés. "Elle m'a suggéré de m'inscrire au prix du meilleur employeur, parce qu'elle croyait que nous pourrions obtenir un bon score. Lors de notre première participation, nous avons immédiatement terminé à la deuxième place. Nos travailleurs en étaient très fiers et j'ai vu comment ce prix leur a donné des ailes. Le service à la clientèle s'en est trouvé encore amélioré. J'ai alors été convaincu qu'**investir dans le bonheur des collaborateurs est une base durable pour une croissance économique à long terme.** Je ne me

suis pas trompé, car de 2005 à 2015, notre chiffre d'affaires a quadruplé", poursuit Wouter Torfs.

## Ateliers et programmes de formation

Dans la vision de l'entreprise, il est littéralement écrit que des employés heureux font des clients heureux, et que cela se traduit dans les chiffres de vente. "Nous voulons être surprenants et positifs, et faire en sorte que tous, clients et employés, se sentent bien dans leurs baskets. Par conséquent, les gens sont aussi plus résilients au travail. Et c'est en soi le meilleur moyen de prévenir les incapacités de travail", déclare Wouter Torfs. Cette vision se traduit également par des actions concrètes. L'entreprise organise par exemple des **ateliers pour prévenir le stress et le burn-out**. "Les collaborateurs peuvent s'y inscrire librement. Au cours de ces sessions, les membres de notre personnel prennent conscience des charges qu'ils portent, tant au travail que dans leur vie privée. Ils vérifient si ces fardeaux ne sont pas trop lourds pour leurs épaules. Parce que c'est souvent le

**"Si les collaborateurs peuvent continuer à se développer et à apprendre, cela ne peut que profiter à l'atmosphère au travail."**

Wouter Torfs



déclencheur de l'incapacité de travail de longue durée."

Ensuite, **des programmes de formation ouverts sont également proposés, dans lesquels les employés peuvent développer un talent qui n'a rien à voir avec leur travail**. De l'apprentissage de la communication aux cours de méditation en pleine conscience ou de yoga. Tout est possible. "Si les gens peuvent continuer à se développer et à apprendre, cela ne peut que profiter à l'atmosphère au travail", précise Wouter Torfs.

## Etre soi-même, une valeur fondamentale

Etant donné que les succursales Torfs sont réparties dans toute la Flandre, chaque département dispose de son propre budget pour prendre ses propres initiatives. De cette façon, on promeut activement le sport au travail. "Lorsque l'équipe d'un magasin souhaite organiser des cours de kickboxing ou des sessions de Start to run, nous soutenons ces initiatives. Nous donnons également à nos propres collaborateurs la possibilité d'intervenir en tant que spécialistes. Par exemple, ma fille est coach de mindfulness et elle donne parfois des cours au sein de l'entreprise. Des ateliers de cuisine saine, de peinture, de photographie ou autres sont donnés par notre propre personnel. Les collaborateurs sont à leur tour heureux de pouvoir montrer leur talent et l'enseigner à leurs collègues. Pouvoir être soi-même est une valeur fondamentale pour nous. **Je suis absolument convaincu que quelqu'un qui a le droit d'être lui-même, avec ses forces et ses faiblesses, se sent bien dans sa peau. Et c'est la meilleure prévention, car les personnes qui doivent jouer un rôle et porter un masque ressentent une énorme pression au bout d'un certain temps**", souligne Wouter Torfs.

Evidemment, dans une organisation d'environ 700 travailleurs, les choses peuvent aussi mal tourner. "Je ne veux surtout pas prétendre que tout le monde chez Torfs se sent comme sur un petit nuage rose" dit le CEO "Il y a

aussi des gens en burn-out. Il s'agit souvent des personnes les plus passionnées, qui dépassent leurs limites parce qu'elles sont tellement dévouées au travail qu'elles ne peuvent pas lâcher prise. J'ai moi-même dû faire preuve de vigilance très souvent. Mais j'ai toujours pris soin de moi. D'ailleurs, je pratique la méditation depuis des années. Ça marche pour moi, mais chacun doit trouver ce qui lui plaît le plus."

## Un contact régulier avec les malades de longue durée

Wouter Torfs considère qu'il est extrêmement important que les malades de longue durée ne perdent pas le contact avec leur travail. Selon lui, l'implication de l'employeur assure une meilleure réintégration au travail par la suite. **"Je sais ce que c'est d'être malade longtemps. Et que c'est agréable d'entendre de temps un temps un collègue du boulot qui vous demande comment vous allez**. C'est pourquoi nous nous faisons un devoir d'appeler régulièrement les malades de longue durée. S'il s'agit de travailleurs que je connais, je les appelle toujours moi-même. Il est vraiment essentiel de rester en contact. Et lorsque ces personnes reviennent au travail, nous examinons quel processus réaliste et sur mesure leur convient le mieux afin de reprendre le travail dans les meilleures conditions possibles."

Wouter Torfs constate déjà une évolution positive chez ses collègues entrepreneurs. "On évoque de plus en plus le bien-être au travail. Mais dans la pratique, il reste encore beaucoup de pain sur la planche. Je reçois beaucoup de demandes pour des conférences et je vois beaucoup d'intérêt pour l'approche que nous avons adoptée au sein des Chaussures Torfs. Mais, selon moi, il faut aller plus loin et joindre les actes à la parole. Il faut se mettre au travail et transformer ces informations en actions concrètes. Parce que si vos employés se sentent mieux, votre entreprise aussi, elle fonctionnera mieux. Après toutes ces années, j'en suis intimement convaincu."

DIETER HAUTMAN

# Vous souffrez de douleurs chroniques : tout reste possible !

**Près d'un Belge sur 4 et un Européen sur 5 souffrent de douleurs chroniques. Ces affections impactent leur vie et leur entourage, mais ne doivent pas forcément les empêcher de conserver leur travail ou de bénéficier d'une réinsertion professionnelle. De plus, travailler permet aux patients souffrant de douleurs de faire face à la maladie. "Le retour au travail est l'une des formes les plus efficaces de soutien psychosocial", selon le professeur Bart Morlion, médecin de la douleur et coordinateur du Centre multidisciplinaire de la douleur de l'UZ Leuven.**

La douleur ordinaire est un mécanisme de protection naturel. Mais que faire lorsque vous ressentez une douleur qui n'a aucune raison d'être ? Le professeur Bart Morlion de l'UZ Leuven reçoit quotidiennement des patients souffrant de douleurs chroniques. "Il s'agit **avant tout de personnes ressentant des douleurs musculo-squelettiques : dans le bas du dos, le cou...** Je vois aussi des personnes atteintes de fibromyalgie et de douleurs nerveuses, des personnes qui continuent de souffrir après un traitement contre le cancer, etc. Ce n'est donc pas un groupe homogène, mais tous ont un point commun : ils souffrent depuis plus de 3 mois", explique Bart Morlion. "Après un certain temps, une telle douleur chronique commence à modifier les propriétés de votre système

nerveux. Contrairement à la douleur aiguë, il est difficile d'en déterminer la cause exacte. La douleur n'est plus la conséquence de dommages spécifiques subis par votre corps, mais d'un système nerveux modifié."

## **Le travail, partie intégrante du traitement**

Les recherches montrent que la qualité de vie des personnes souffrant de douleurs nerveuses chroniques est aussi mauvaise que celle des femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique. La douleur chronique n'est donc **pas seulement une donnée biomédicale, elle a aussi des conséquences psychologiques et sociales majeures**. C'est un aspect que le centre de la douleur de l'UZ Leuven prend en

compte pendant le traitement. "Notre stratégie repose sur trois piliers. Nous nous concentrons sur le traitement médico-technique et la kinésithérapie, mais aussi sur le soutien psychosocial", explique Bart Morlion. "Nous aidons les gens à reprendre leurs activités avec enthousiasme, de préférence dans un cadre économique et professionnel. Je considère le travail comme une partie intégrante du traitement. En effet, l'attention et la distraction sont des mécanismes puissants qui soulagent la douleur dans le cerveau. Si cela ne fonctionne pas vraiment, nous examinons les éventuelles possibilités de bénévolat ou de nouveaux hobbies."



## La douleur à l'ordre du jour politique

L'impact social de la douleur dans toute l'Europe est très élevé (voir encadré). Les États membres en prennent conscience et le sujet occupe une place de plus en plus importante dans l'agenda politique. Notamment grâce au lobbying de l'EFIC, l'association européenne de la douleur. "L'un des objectifs de l'UE est de maintenir les citoyens en bonne santé et actifs sur le marché de l'emploi le plus longtemps possible. Dans ce contexte, nous avons pu mener au sein de l'EFIC **des discussions efficaces, au plus haut niveau avec les institutions européennes**", déclare Bart Morlion. "Ce travail commence à porter ses fruits. De plus en plus d'eurodéputés s'intéressent au sujet, ce qui nous permet d'organiser des réflexions sur la douleur chronique au Parlement européen." Outre ses activités de lobbying, l'EFIC investit également dans la recherche scientifique sur la douleur chronique et dans la formation à travers toute l'UE. "Nous élaborons des programmes d'études pour les médecins, les kinésithérapeutes, les psychologues et les infirmières. Pour toutes ces professions, nous organisons aussi des cours avec examens."

## La réalité belge

Malgré ces efforts, en Belgique, il est très difficile pour les personnes souffrant de douleurs de conserver leur emploi ou de retourner au travail. Selon le professeur Morlion, les trajets de réinsertion professionnelle constituent un pas dans la bonne direction, mais ne sont actuellement pas assez efficaces pour les patients atteints de douleurs chroniques. "Je constate tous les jours que ce n'est pas évident. **Lorsque nous avons réussi à motiver les patients à y prendre part, ils sont souvent rappelés à l'ordre par leur syndicat, par exemple.** On leur fait croire qu'ils pourraient perdre leurs indemnités", poursuit Bart Morlion.

"Nous aidons les patients à reprendre leurs activités avec enthousiasme, de préférence dans un cadre économique et professionnel."

"Dans certains cas, il est aussi plus avantageux financièrement de rester à la maison que de retourner au travail. Quelque chose ne tourne pas rond dans ce système. Je pense que tout le monde peut apporter une contribution significative à la société, mais il faut encourager ces démarches. C'est une culture qui fait encore défaut dans notre pays."

## Le patient au centre des collaborations

Que recommande le professeur Morlion pour garder les patients souffrant de douleur au travail ou pour qu'ils y retournent ? "Les autorités devraient soutenir et promouvoir des conditions de travail plus flexibles. Je pense, entre autres, à la possibilité de travailler debout ou de pouvoir prendre une pause toutes les heures. Grâce à ces adaptations, la vie des patients serait beaucoup plus facile au travail", explique Bart Morlion. "Il est également **essentiel de cesser de travailler en silos**. Au Centre de la douleur de l'UZ Leuven, nous évitons cette fragmentation en **rassemblant tous les acteurs impliqués autour du patient** : les services qui le soutiennent dans sa recherche d'emploi, les travailleurs sociaux, les médecins chargés de la revalidation, les psychologues, etc." Dans ce contexte, le professeur Morlion plaide pour la mise en place d'une fonction de "case manager" qui organiserait l'approche multidisciplinaire du cas spécifique du patient. "Envoyer le patient dans cinq services différents est contre-productif. Si tous unissent leurs forces, les chances de réussite seront beaucoup plus grandes."

STEVEN VERVAET

steven.vervaet@mloz.be



Prof. Bart Morlion

## Quel est l'impact social de la douleur ?

Bart Morlion est également président de l'EFIC, l'association européenne de la douleur. Les recherches menées par cette organisation sur l'impact social de la douleur ont notamment montré que...

- la douleur entraîne un demi-milliard de journées de maladie par an dans l'Union européenne, soit un coût de 34 milliards d'euros ;
- 1 Européen sur deux souffrira un jour de maux de dos et au moins 15 % d'entre eux resteront à la maison pendant au moins un mois ;
- quelques 100 millions d'Européens souffrent de douleurs musculaires, osseuses, articulaires...
- l'impact de la douleur sur le produit national brut dans certains États membres représente 3 à 10 % (en raison de l'absentéisme et du présentéisme, c'est-à-dire, le fait d'être présent sur le lieu de travail, mais sans pouvoir fonctionner correctement).

# Mieux se comprendre pour mieux accompagner les patients

**Le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil forment un véritable trio, même s'ils ne s'en rendent pas toujours bien compte. Seule une bonne collaboration entre ces trois acteurs principaux permet le déroulement adéquat du trajet de réinsertion professionnelle. Comment procèdent-ils actuellement pour unir leurs forces ? Et surtout, comment faire mieux ?**

Permettre à une personne en incapacité de reprendre le travail après un certain laps de temps, tel est le but de la réinsertion professionnelle. Toutefois, il n'est pas toujours aisé de décider qui peut retourner au travail, quand et dans quelles conditions. Cette décision est souvent précédée d'un trajet qui réunit le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de la mutualité.

**Ces trois parties poursuivent le même objectif : trouver la meilleure solution pour leur patient. Dès lors, pourquoi en connaissent-elles parfois si peu sur le travail des autres ?**

## Mybox

Comment améliorer la communication entre ces trois acteurs ? "Le contact entre le médecin du travail et le médecin-conseil semble être un peu

plus facile", explique **Soetkin De Rouck, médecin-conseil auprès des Mutualités Libres** et, élément qui n'est pas sans importance, ancien médecin du travail. Le docteur De Rouck fait ici référence à l'outil de communication Mybox.

"En tant que médecin-conseil, vous pouvez lancer un trajet de réinsertion et, grâce à cet outil, le communiquer au médecin du travail. Nous signalons par ce biais qu'à notre avis, le travailleur est prêt à entamer un trajet de réinsertion professionnelle." Le médecin du travail peut à son tour répondre à l'aide d'un formulaire d'évaluation de la réintégration (FER), également sauvegardé dans l'outil pour informer le médecin-conseil.

## Formulaire d'évaluation de santé

On peut toutefois encore faire mieux. "Le médecin du travail et le

médecin-conseil ne se 'connaissent' pas", poursuit le Dr De Rouck. "**La communication via Mybox, c'est toujours mieux que rien, mais elle se déroule souvent par le biais d'intermédiaires et de phrases standard.** Une concertation plus approfondie est parfois nécessaire pour vérifier si nous sommes sur la même longueur d'onde." Selon le Dr De Rouck, la communication ne devrait pas se limiter à la nécessité d'un processus formel de réintégration. "Un médecin du travail voit les travailleurs dans le cadre d'un trajet de réintégration, mais aussi lors de consultations préalables à la reprise du travail. Les possibilités de reprise du travail y sont souvent déjà discutées. Le médecin du travail les note sur le formulaire d'évaluation de santé (FES). Il peut charger ce document dans Mybox, par exemple, ou le remettre au travailleur à l'attention du médecin-conseil. Ce dernier est ainsi informé de toutes les





démarches entreprises dans le cadre de la réintégration."

## Protéger le patient

Le médecin du travail et le médecin-conseil ne rejoignent souvent le trajet que plus tard. C'est le médecin traitant - souvent le médecin généraliste - qui est le premier à être confronté aux problèmes médicaux, et qui rédige également le certificat de maladie. "Nous sommes presque toujours les prescripteurs. Nous déterminons quand nos patients sont de nouveau aptes au travail et dans quelles conditions ils peuvent reprendre le travail", explique le Dr **Kristel Tassignon, médecin généraliste à Halle**. "Nous sommes un peu les protecteurs de notre patient. L'expérience m'a appris, par exemple, que le burn-out ne ressort pas toujours uniquement de la responsabilité d'un patient, mais qu'il est aussi souvent lié à la politique de l'entreprise. Un médecin du travail ne peut parfois rien y changer. Néanmoins, en cas de problèmes tels que des maux de dos, le médecin du travail peut prendre des initiatives. C'est pourquoi, selon la nature du problème, je conseille ou non à mon patient de contacter son médecin du travail." Le Dr De Rouck reconnaît également l'importance du médecin généraliste dans le trajet de réintégration. "Il appartient au médecin généraliste d'expliquer au patient pourquoi une visite chez le médecin du travail peut être utile et de l'orienter à temps. **Un médecin généraliste peut transmettre des informations importantes au médecin du travail au moyen d'une simple lettre de référence. Mais peu de généralistes le font.**"

## Lettres de référence

Il faut savoir que les médecins généralistes ont l'habitude de rédiger des lettres de référence pour des spécialistes tels que pneumologues ou cardiologues. "Un médecin du travail et un médecin-conseil sont aussi des spécialistes, mais dans le domaine du

travail", déclare le Dr De Rouck. Le Dr Tassignon pense aussi que cela peut être la clé d'une meilleure communication : **"Une lettre du médecin généraliste adressée au médecin du travail, définissant un cadre clair, peut faire avancer les choses. C'est une manière d'aborder plusieurs aspects du problème : non seulement la situation professionnelle, mais aussi le contexte familial.** Avec le temps, cela peut aussi aider à donner une image de l'évolution du patient." La communication entre le médecin du travail et le médecin traitant peut donc également être améliorée. "En tant que médecin d'entreprise, j'ai parfois donné au travailleur une lettre de référence à remettre à son médecin de famille", témoigne le Dr De Rouck. "Parfois pour des raisons purement médicales, comme les résultats d'une prise de sang qui n'étaient pas bons, ou en cas de début de burn-out, qu'on peut détecter en tant que médecin du travail." "Un rapport du médecin du travail au médecin généraliste peut en effet apporter de l'eau au moulin", ajoute le Dr Tassignon. "Par exemple, s'il contient des propositions de mesures à prendre."

## Passer un coup de fil

En tant que médecin-conseil, le Dr De Rouck décroche souvent son téléphone. "Lorsque je trouve qu'un dossier n'est pas clair ou si j'ai des doutes, j'appelle", explique-t-elle. **"Je trouve qu'il est important que nous comprenions les raisons qui nous poussent l'un et l'autre à prendre une décision. Parfois, un simple coup de fil peut me donner une image différente du problème. Une discussion au téléphone nous aide à concevoir un plan ensemble."** Le Dr Tassignon a une remarque à faire. "Sans l'accord du patient, nous ne sommes en principe pas autorisés à contacter le médecin du travail ou le médecin-conseil", précise-t-elle. "Il arrive que les patients eux-mêmes me demandent de les contacter, parce qu'ils pensent qu'un médecin du travail ou un médecin-conseil écoutera plus facilement

**"Comprendre le rôle de chacun, ainsi que ses possibilités et limites, serait bénéfique pour nos patients."**

Soetkin  
De Rouck



un confrère. Il arrive aussi que les patients ne savent pas comment expliquer leur situation eux-mêmes. Les conversations que j'ai eues au téléphone avec un médecin du travail ou un médecin-conseil étaient souvent positives."

## Apprendre à se connaître

La communication est la clé d'une bonne collaboration entre le médecin-conseil, le médecin du travail et le médecin traitant. Pas seulement pour certains cas particuliers, mais aussi en général. "Cela m'aiderait si je savais mieux ce qu'un médecin du travail ou un médecin-conseil peut faire pour mes patients", précise le Dr Tassignon. "Je pourrais aussi communiquer d'une manière plus ciblée." Le Dr De Rouck souhaite aussi mieux connaître les autres parties. "Comprendre le rôle de chacun, ainsi que ses possibilités et limites, serait bénéfique pour nos patients. Par exemple, par le biais de symposiums ou séminaires, où les différents acteurs sont présents."

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be

# Le Belge est-il en bonne santé ?

**Quel est l'état de santé de la population belge ? Il est tout simplement impossible d'apporter une réponse claire et univoque à cette question. Quelques éléments de réponse peuvent quand même être apportés à l'aide de plusieurs indicateurs. C'est ce qu'a fait l'Institut belge de santé Sciensano dans son Health Status Report, réalisé à la demande des autorités belges.**

"La santé est multidimensionnelle. Ce n'est pas pour rien que nous parlons du concept de 'santé dans toutes les politiques'." **Brecht Devleesschauer, Coordinator National Burden of Disease Studies chez Sciensano**, souligne la complexité du Health Status Report. "Il ne s'agit pas d'une cote globale sur la santé du Belge. Mais le Health Status Report nous permet de nous faire une idée de l'état de santé de la population." Pour dresser cet aperçu, Sciensano a défini un grand nombre d'indicateurs et les a regroupés selon différents thèmes : espérance et qualité de vie, mortalité et causes de décès, maladies non transmissibles, déterminants de la santé et inégalités de santé. La Belgique obtient de meilleurs résultats pour certains indicateurs que pour d'autres. "Une réponse sans équivoque n'est pas possible, mais nous regardons au-delà de tous ces indicateurs et essayons de donner notre propre interprétation à ces constats", explique Brecht Devleesschauer. "Et on voit tout de suite qu'il ne s'agit pas d'un journal de bonnes nouvelles."

## Mesure proactive d'une référence

Les résultats n'expliquent pas non plus pourquoi la Belgique obtient de bons ou de mauvais résultats pour les différents indicateurs. Le but de ce rapport n'est pas d'apporter des explications, mais de formuler des recommandations en temps utile sur les mesures que nous devrions prendre. "C'est un des objectifs de Sciensano à l'avenir : réaliser des études qui peuvent démontrer l'impact possible de certaines mesures", poursuit Brecht Devleesschauer. "L'étude a été réalisée à la demande expresse de la Ministre de la Santé publique. Cela montre que ce rapport n'est pas seulement utile en théorie, mais qu'il répond en pratique à une vraie demande. **C'est une base nécessaire pour la bonne gouvernance.** En fait, nous définissons de manière proactive une mesure de référence."

Cette mesure de référence devrait faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques, car la bonne

santé d'une population ne dépend jamais uniquement de la manière dont les "soins de santé" sont organisés. La situation socio-économique a également une influence majeure sur la situation sanitaire d'un pays. "Citons l'exemple de la Grèce, dont la situation sanitaire s'est fortement dégradée pendant la crise économique", déclare Brecht Devleesschauer. "Sans parler des facteurs environnementaux tels que la pollution de l'air."

## Comparaison européenne

Alors, comment se porte notre pays par rapport aux autres États membres européens ? "Avant de commencer cette comparaison, il est important de préciser que nous n'avons pris en compte que les pays d'Europe occidentale. C'est-à-dire les 15 premiers États membres de l'Union européenne", souligne Brecht Devleesschauer. "Ces pays sont comparables à la Belgique en termes d'économie et en théorie, ils pourraient présenter un état de santé similaire." Concrètement : la France



“Le but de ce rapport n'est pas d'apporter des explications, mais de formuler des recommandations en temps utile sur les mesures que nous devrions prendre. C'est une base nécessaire pour la bonne gouvernance.”

est donc un pays comparable, mais pas la Roumanie.

### Des Belges positifs

La Belgique n'est pas un excellent élève. Nous pouvons faire mieux dans tous les domaines, mais nous obtenons de meilleurs résultats pour certains indicateurs que pour d'autres. "Par exemple, nous obtenons un score supérieur à la moyenne pour la santé subjective. **En moyenne, l'opinion des Belges sur leur propre santé est plus positive que dans les autres pays d'Europe occidentale.** C'est une bonne nouvelle, car d'autres études montrent que notre perception de notre santé est liée à notre état de santé réel." Notre score moyen en matière d'obésité et de surpoids est également meilleur que celui des autres pays d'Europe occidentale.

### Décès prématurés

L'espérance de vie constitue un autre indicateur intéressant. Le score de la population belge n'est pas bon. "Nous avons une espérance de vie moyenne inférieure à celle d'autres pays de l'UE15", déclare Brecht Devleesschauwer. "Le taux de décès prématurés en Belgique est également supérieur à la moyenne. **Il s'agit**

**de personnes qui meurent avant l'âge de 75 ans.** Nous supposons que ces décès pourraient être évités en apportant des changements politiques. La Belgique a par exemple le score le plus élevé de suicides parmi les moins de 75 ans. Le Health Status Report ne nous permet pas d'en trouver la cause, mais bien de souligner le problème, ce qui peut ensuite mener à des études plus spécifiques."

### Disparités régionales

Le Health Status Report fait également apparaître des différences en matière de santé entre les différentes parties du pays. L'espérance de vie, par exemple, est supérieure de deux ans en Flandre par rapport à la Wallonie. **On constate également une différence d'espérance de vie de six ans entre les hommes ayant le plus haut niveau d'éducation et ceux dont le niveau d'éducation est le plus bas.** Pour les femmes, cette différence est de 4,5 ans. "Nous connaissons tous ces différences, mais le rapport nous montre qu'elles sont toujours là et qu'elles s'accroissent", explique Brecht Devleesschauwer. "Elles pourront faire l'objet de recherches sur la base des informations de notre rapport."

LIES DOBBELAERE

lies.dobbelaere@mloz.be

Brecht Devleesschauwer



## Healthybelgium.be

Healthybelgium.be compile trois rapports sur les soins de santé belges : un rapport de performance du KCE, un rapport sur les modèles de variation dans les pratiques médicales réalisé par l'INAMI et le Health Status Report de Sciensano. Le site web réunit donc sur une seule plateforme plusieurs rapports qui donnent un aperçu de nos soins de santé. **Le Health Status Report formait à l'origine un chapitre du Rapport de performance. Les décideurs politiques ont toutefois trouvé ce document si intéressant qu'ils ont demandé une étude distincte.** De plus, les soins de santé ne déterminent qu'une petite partie de l'état de santé de la population. Le Health Status Report va plus loin.

### Prochaines étapes

Dans un premier temps, Sciensano a développé le site web et le rapport de synthèse. Sciensano en est maintenant à la deuxième phase du rapport. "Cela signifie que nous allons mettre à jour les indicateurs", explique Brecht Devleesschauwer. "Ensuite, nous élargirons encore notre champ d'action. Nous voulons ajouter un chapitre sur les maladies infectieuses pour étudier des affections telles que la grippe, la tuberculose, le VIH...". Dans une phase ultérieure, Sciensano projette d'examiner la charge de la maladie. "Nous utilisons l'indicateur DALY (Disability-Adjusted Life Year) pour comptabiliser les années de vie en bonne santé perdues en raison de la maladie et la mort", précise Brecht Devleesschauwer. "Nous pourrions ensuite à long terme comparer aussi les différents risques et maladies."

# Quelle est la fréquence de visite des personnes âgées chez le dentiste ?

**Une visite annuelle chez le dentiste est l'un des facteurs clés d'une bonne santé bucco-dentaire. Mais à quelle fréquence les personnes âgées se rendent-elles encore chez le dentiste ? Existe-t-il une grande différence entre les personnes âgées vivant à domicile et celles séjournant dans un centre de soins résidentiels ? Les Mutualités Libres ont analysé les soins bucco-dentaires des plus de 70 ans dans une nouvelle étude.**

Les soins bucco-dentaires préventifs et conservateurs sont essentiels pour notre santé bucco-dentaire, notre santé en général et notre qualité de vie. Ceci s'applique évidemment aussi aux personnes âgées, qu'elles soient édentées ou qu'elles aient conservé des dents. Dans cette étude, les Mutualités Libres examinent donc les soins bucco-dentaires des plus de 70 ans, un thème de plus en plus important en raison du vieillissement de la population. Quelques caractéristiques de ce groupe cible :

- Près de 9 personnes de plus de 70 ans sur 10 vivent à domicile sans soins infirmiers.
- Parmi les personnes âgées dépendantes bénéficiant de soins, nous distinguons d'une part les résidents

des centres de soins résidentiels (2,8 % dans une maison de repos pour personnes âgées (MRPA) et 5,1 % dans une maison de repos et de soins (MRS)), et d'autre part les personnes âgées vivant à domicile et recevant des soins (5,5 %).

- Le nombre de personnes âgées vivant dans un centre de soins résidentiels ou recevant des soins à domicile augmente avec l'âge. Jusqu'à plus de 50 % chez les plus de 90 ans.

Il est très important d'accorder une attention particulière aux personnes âgées dépendantes. Elles dépendent en effet d'autres personnes (aidants proches, aides-soignants, prestataires de soins...) pour leurs soins bucco-dentaires quotidiens. De plus, la recherche a mis en évidence une mauvaise santé

bucco-dentaire et un besoin élevé de traitement chez les personnes âgées vulnérables dans notre pays<sup>1</sup>.

## Plus nous vieillissons, moins nous allons chez le dentiste

Mais à quelle fréquence les personnes âgées se rendent-elles chez le dentiste ? La figure 1 montre le nombre d'années avec au moins un contact avec le dentiste entre 2015 et 2017. Il en ressort que **près de la moitié des personnes âgées (47,9 %) sont allées régulièrement chez le dentiste, mais aussi qu'1 personne sur 3 (34,5 %) n'y est pas allée une seule fois**. A titre de comparaison : aux Pays-Bas, plus de la moitié des plus de 70 ans se sont rendus chez le dentiste en 2018<sup>2</sup>. Nos seniors obtiennent également un

Figure 1 : Nombre d'années avec au moins un contact avec le dentiste, selon le groupe d'âge et par type de logement, Mutualités Libres, 2015-2017

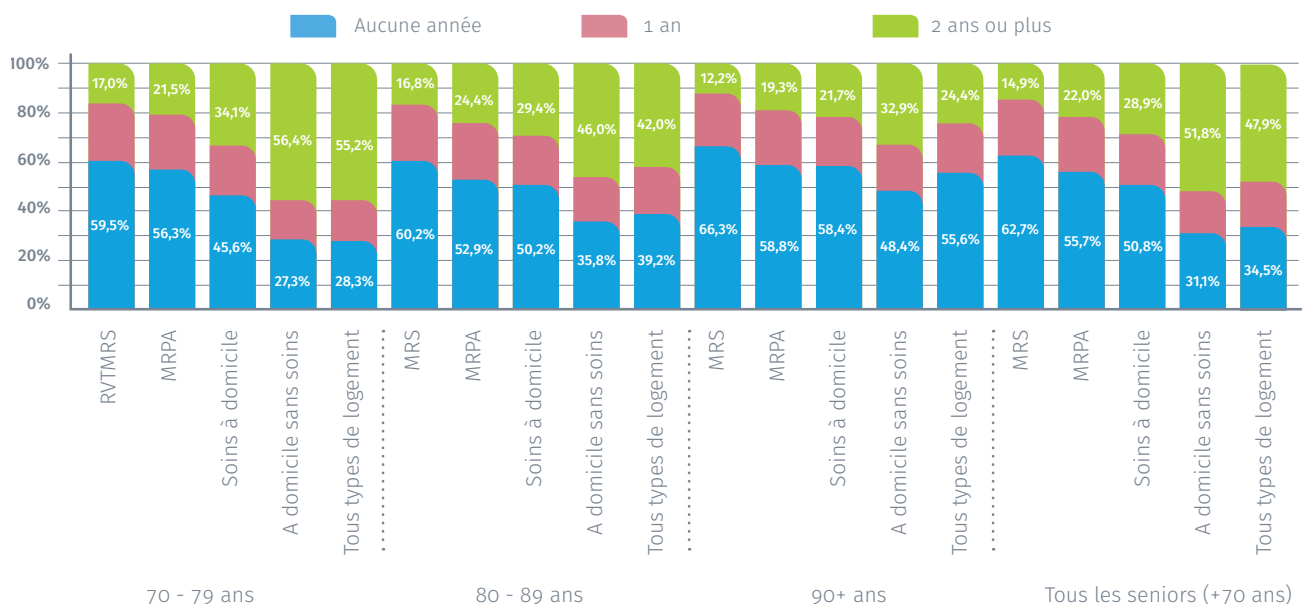
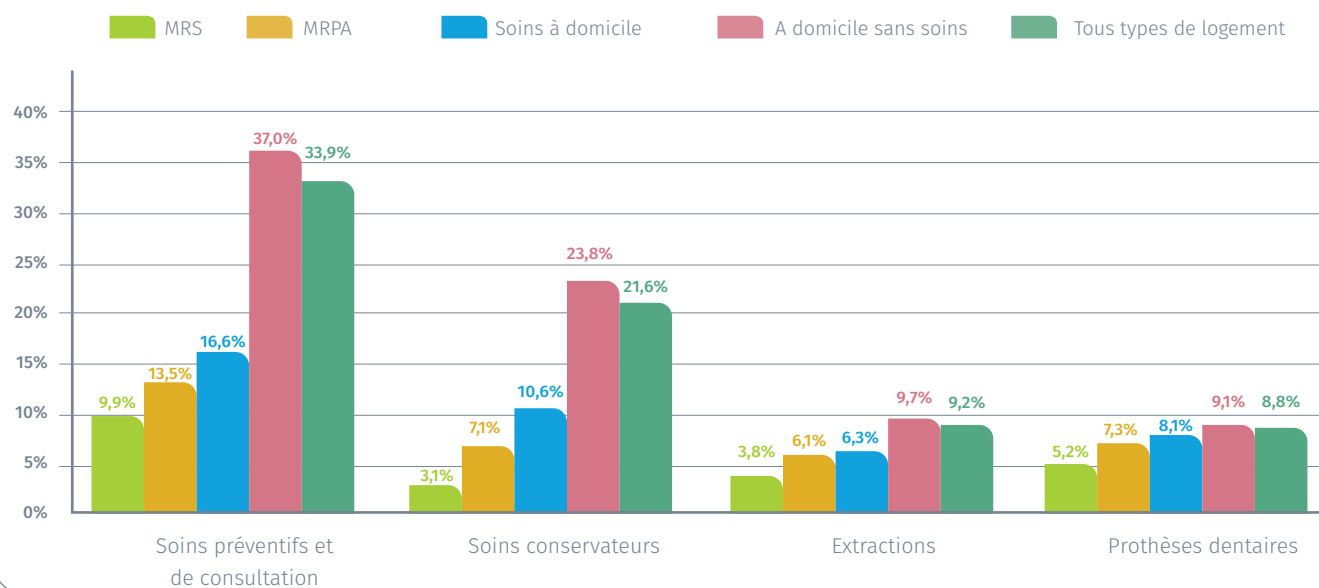


Figure 2 : Pourcentage de personnes âgées avec une prestation pour soins bucco-dentaires en 2017, en fonction de leur type de logement, Mutualités Libres, 2017.



score inférieur par rapport à d'autres catégories d'âge : plus de la moitié des Belges de 25 à 64 ans vont régulièrement chez le dentiste<sup>3</sup>.

Il n'est sans doute pas surprenant que la proportion de personnes âgées avec des soins bucco-dentaires réguliers diminue avec l'âge. De plus de la moitié des 70-79 ans (55,2 %) à seulement un quart des plus de 90 ans (24,4 %). **La proportion de personnes âgées qui ne consultent pas de dentiste augmente avec l'âge : d'un peu plus du quart des 70-79 ans (27,3 %) à plus de la moitié des plus de 90 ans (55,6 %).** Ces chiffres correspondent aux résultats de l'Agence Intermutualiste (AIM).

### Les personnes âgées dépendantes voient à peine le dentiste

Quelle est la différence de consommation de soins bucco-dentaires entre les personnes âgées de plus de 70 ans qui sont dépendantes et celles qui ne le sont pas ? Ces chiffres sont également

illustrés à la figure 1. **5 à 6 personnes âgées dépendantes sur 10 n'ont pas vu de dentiste entre 2015 et 2017, contre 3 personnes âgées sur 10 vivant à domicile sans soins.** Ces différences reviennent dans chaque groupe d'âge.

Parmi les personnes âgées dépendantes (moins de 90 ans), on constate également des **différences évidentes entre les personnes âgées vivant à domicile avec des soins à domicile et les personnes âgées dans un centre d'hébergement. Les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile voient le dentiste plus régulièrement et la proportion qui ne voit jamais le dentiste est plus faible.**

### Pourquoi ce manque de soins bucco-dentaires ?

Pourquoi si peu de personnes âgées (dépendantes) consultent-elle un dentiste ? En ce qui concerne les personnes âgées en elles-mêmes, le niveau de santé joue un rôle, tout comme des facteurs

sociodémographiques tels que le lieu de résidence, les revenus, le niveau d'éducation et l'âge. De plus, il y a aussi des éléments tels que l'accessibilité (financière) des soins bucco-dentaires, le transport (et son coût) jusqu'au cabinet dentaire, le manque de connaissances sur l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire ou encore la peur du dentiste. Pour les dentistes, il n'est pas non plus évident de traiter, par exemple, des personnes âgées dépendantes souffrant de certains problèmes mentaux ou physiques. Cela nécessite évidemment du matériel dentaire et souvent aussi de l'assistance.

Enfin, il existe également des facteurs structurels qui compliquent l'accès aux soins bucco-dentaires : manque d'infrastructures adéquates dans les centres de soins résidentiels, manque ou absence de coordination entre les acteurs, manque de personnel pour l'organisation des visites chez le dentiste, etc.



## Surtout des soins préventifs et conservateurs

La figure 2 montre le pourcentage de personnes âgées qui ont eu une prestation en 2017 pour les quatre types de soins bucco-dentaires les plus courants, et ce selon le type de logement. Résultat ? Si les personnes âgées consultaient un dentiste, elles recevaient surtout des soins préventifs et conservateurs. **Les soins préventifs et/ou consultatifs concernent 33,9 % des personnes âgées en 2017.** Nous devons toutefois nuancer ces chiffres, car les prestations préventives ne sont pas attestées si des prestations plus radicales sont prodiguées (soins curatifs, extractions, etc.) en même temps. Les soins préventifs comprennent principalement l'examen buccal et le nettoyage des dents (détartrage), dans le but de prévenir les soins conservateurs ou les extractions.

**1 personne âgée sur 5 (21,6 %) a reçu des soins conservateurs en 2017.** Il s'agit principalement de soins de carie. Dans les centres de soins résidentiels, ce pourcentage est cependant considérablement plus faible. Seul 1 résident sur 10 a reçu des soins conservateurs

en 2017, alors que les caries sont fréquentes chez les personnes âgées.

Et qu'en est-il des extractions et des prothèses ? Elles sont rares chez les personnes âgées. Moins d'1 personne de plus de 70 ans sur 10 s'est fait extraire une dent (racine) en 2017, et il en va de même pour la pose ou le traitement d'une prothèse dentaire.

## Peu de soins bucco-dentaires préventifs chez les personnes âgées dépendantes

Une visite préventive annuelle chez le dentiste est fondamentale, tant pour la santé bucco-dentaire que pour la santé globale. La figure 3 montre le nombre d'années avec au moins un contact avec le dentiste pour des soins préventifs et/ou de consultation entre 2015 et 2017. Cela montre toutefois qu'1 personne âgée sur 3 seulement (33,8 %) se rend régulièrement chez le dentiste pour ce type d'examen. Nous constatons également que **près de la moitié des personnes âgées (47,2 %) n'ont pas reçu de soins bucco-dentaires préventifs ou de consultation sur une période de 3 ans.**

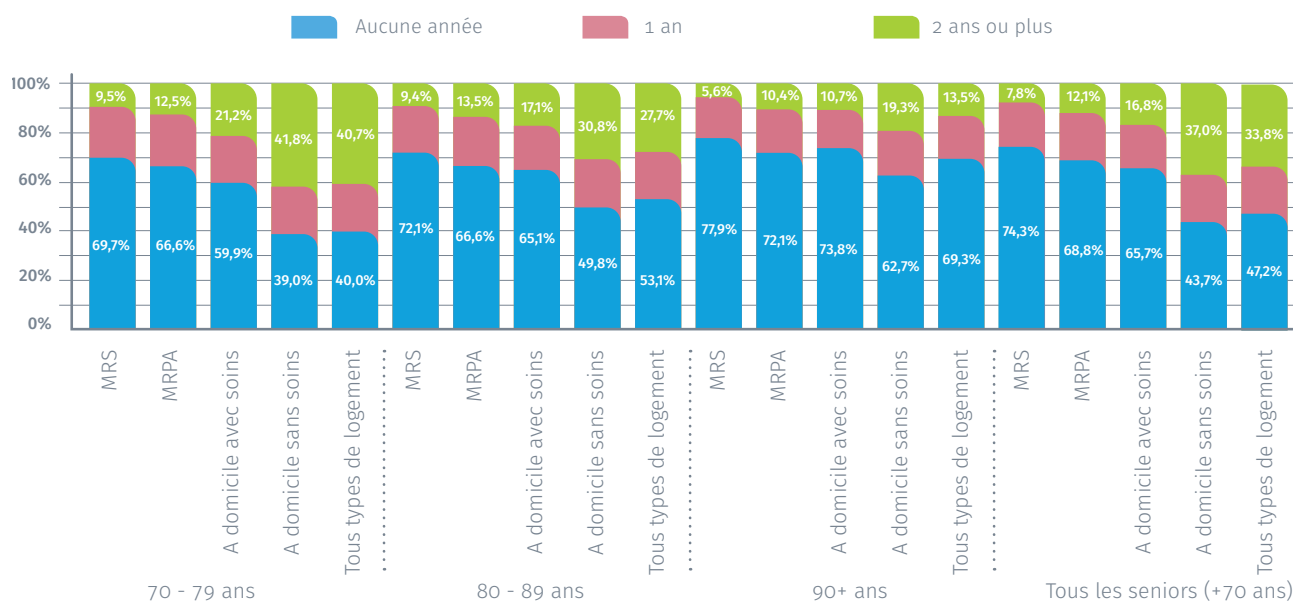
Le pourcentage de personnes âgées avec des soins bucco-dentaires préventifs réguliers diminue fortement avec l'âge : de 40,7 % chez les 70-79 ans à 13,5 % chez les plus de 90 ans. Près de 7 personnes de plus de 90 ans sur 10 (69,3 %) n'ont même reçu aucun soin bucco-dentaire préventif et de consultation entre 2015 et 2017.

Ce sont surtout les personnes âgées dépendantes, qui reçoivent très peu de soins bucco-dentaires préventifs : seulement 1 personne âgée sur 10 dans un centre de soins résidentiels et moins de 2 personnes âgées sur 10 vivant à domicile et recevant des soins.

## Conclusions

**Environ la moitié des personnes âgées ont consulté régulièrement un dentiste entre 2015 et 2017, mais pour les personnes âgées dépendantes, cette proportion est tombée en dessous des 30 %.** Parmi les personnes âgées dépendantes, il existe encore des différences évidentes. Les personnes âgées de moins de 90 ans qui vivent à domicile et bénéficient de soins reçoivent ainsi des soins bucco-dentaires (préventifs) plus régulièrement

Figure 3 : Nombre d'années avec au moins un contact avec le dentiste pour des soins bucco-dentaires préventifs, selon le groupe d'âge et le type de logement, Mutualités Libres, 2015-2017



que les personnes âgées vivant un centre de soins résidentiels.

**Dans le cas des personnes âgées vivant à domicile sans soins, les soins bucco-dentaires réguliers diminuent fortement avec l'âge :** de plus de la moitié des 70-79 ans à seulement 1 sur 3 chez les plus de 90 ans. Nous constatons également une forte diminution dans ce groupe pour les soins bucco-dentaires préventifs réguliers.

## Méthodologie

Cette étude est basée sur des données administratives anonymes de remboursement des soins médicaux de 213.677 personnes âgées affiliées aux Mutualités Libres entre 2015 et 2017. Nous avons également examiné le type de logement, et donc la dépendance en matière de soins, au cours de l'année 2017. Nous avons exclu les personnes âgées qui ont quitté leur propre domicile pour un centre de soins résidentiels au cours de cette année (environ 8.600 personnes âgées). Cette étude ne comprend pas les prestations d'orthodontie et de radiographie.

WIES KESTENS, STEVEN BRABANT ET MAARTEN PEETERS

Service Représentation & Etudes des Mutualités Libres

## Recommandations des Mutualités Libres

- **Amélioration de l'accessibilité au cabinet dentaire pour les résidents des centres de soins résidentiels :** les Mutualités Libres plaident pour un transport adapté et abordable jusqu'au cabinet dentaire ainsi que l'évaluation et l'expansion de projets pilotes tels que les cabinets dentaires mobiles. Il est également important d'identifier d'autres projets similaires et de développer une approche structurelle commune.
- **Amélioration de la littératie en santé des personnes âgées :** de nombreuses personnes âgées vivent encore de manière autonome à domicile. Il est important qu'elles prennent conscience de l'importance des soins bucco-dentaires préventifs. La famille, les amis et les aidants proches peuvent jouer un rôle actif dans le développement de cette littératie en santé, qui est également essentielle dans les centres de soins résidentiels et les soins à domicile. Cette prise de conscience de l'importance des soins bucco-dentaires peut être améliorée en sensibilisant d'avantage les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi le personnel soignant, les aidants proches ainsi que la famille et les amis en visite.
- **Un rôle concret pour l'hygiéniste bucco-dentaire :** les hygiénistes bucco-dentaires ont le profil idéal pour développer une politique de soins bucco-dentaires performante et préventive au sein des établissements et des organisations de santé. A l'avenir, ce rôle peut être lié au projet flamand relatif aux assistants en soins bucco-dentaires dans les centres de soins résidentiels, ou être repris au niveau régional dans le financement des centres de soins résidentiels ou des services à domicile. Le financement des prestations que l'hygiéniste bucco-dentaire est autorisé à exercer de manière autonome peut également être envisagé, à savoir des prestations principalement axées sur les soins bucco-dentaires préventifs.
- **Élargir l'examen buccal aux plus de 67 ans :** en étendant l'examen buccal aux plus de 67 ans, nous pouvons améliorer l'accessibilité financière des soins bucco-dentaires pour eux. Il est également conseillé d'étudier les possibilités de financement régionales dans les centres de soins résidentiels.
- **Un indicateur de qualité en matière de soins bucco-dentaires dans les centres de soins résidentiels :** un tel indicateur dans le cadre des projets existants sur les indicateurs de qualité dans les centres de soins résidentiels est important pour suivre les soins bucco-dentaires (préventifs). Il encourage également les centres de soins résidentiels à élaborer une politique structurée en la matière.

1 Luc De Visschere, Barbara Janssens, Griet De Reu, Joke Duyck, et Jacques Vanobbergen. "An Oral Health Survey of Vulnerable Older People in Belgium." *Clinical Oral Investigations* 20.8 (2015): 1903-912. Web.

2 Bureau central de la statistique – Soins bucco-dentaires

3 Atlas AIM – Visite chez le dentiste (2015-2017)

# Quand les données mutualistes renforcent la recherche académique

**Depuis quelques mois, le service Studies & Innovation des Mutualités Libres profite d'une collaboration avec le pôle santé de l'Université Libre de Bruxelles. Des chercheurs de l'université bruxelloise viennent utiliser les données disponibles pour leurs mémoires ou doctorats. Un partenariat enrichissant.**

"Dans le cadre de nos activités, nous avons des contacts réguliers avec le Pôle Santé de l'ULB", explique Murielle Lona. Le Pôle Santé réunit quatre facultés : médecine, bio-statistiques, pharmacie et sciences de la mobilité. "La collaboration qu'on a mis en place consiste à accueillir des doctorants qui viennent travailler chez nous pour exploiter nos données. C'est un véritable win-win parce qu'ils travaillent sur des sujets de recherche qui nous intéressent aussi".

Ces projets de recherche touchent des domaines de la santé très divers. Par exemple, une étudiante en bio-statistiques a fait une analyse des impacts de la mauvaise adhésion thérapeutique aux anticoagulants oraux. "L'idée était de mesurer l'impact économique et en santé publique afin de formuler des recommandations pour une meilleure prise en charge du patient qui ne prend pas ou arrête ses traitements", explique Murielle Lona. "Nous avons aussi prévu une collaboration avec un chercheur qui va travailler avec nous sur les données de l'Agence Intermutualiste", détaille Murielle Lona. "Une première partie de la recherche sera basée sur l'échantillon permanent de l'AIM (Agence Intermutualiste) pour

effectuer une analyse longitudinale de la consommation médicamenteuse des femmes enceintes. Dans un second temps, on va identifier l'effet de la prise de médicaments sur la santé du bébé". Une publication scientifique est d'ailleurs prévue en fin de recherche, en collaboration avec l'AIM.

## Un autre regard sur les données

Natacha Biset est doctorante et assistante à la Faculté de Pharmacie de l'ULB. "Mon doctorat porte sur l'adhésion thérapeutique. Pour réaliser une partie de mon analyse, j'ai travaillé sur une base de données de l'INAMI qui contient toutes les informations sur ce que les patients ont reçu comme médicaments", explique Natacha Biset. "Mais il me manquait des informations sur les patients, comme par exemple le statut, si le patient est BIM ou pas. Toutes ces informations peuvent être trouvées auprès des mutualités". La collaboration entre Natacha et le service Studies & Innovation va aussi déboucher sur la rédaction d'un article scientifique sur l'asthme chez les enfants. "L'idée est que je fasse des analyses plus poussées avec les données des mutualités pour répondre

à une série de questions : est-ce qu'il y a plus de consommation de médicaments chez les patients non adhérents, ont-ils plus souvent recours à des hospitalisations, etc.", explique la doctorante de l'ULB.

"C'est intéressant pour nous d'avoir des collaborations avec des académiques", explique Murielle Lona. "Ils arrivent avec des connaissances scientifiques qui complètent notre connaissance des données. Cela nous donne l'occasion de rédiger des articles ensemble". Pour le service Studies & Innovation des Mutualités Libres, ces collaborations permettent aussi d'offrir un autre regard sur des sujets de recherche, pour aller plus loin que la seule exploitation des données. Cette collaboration est donc un véritable win-win, comme le confirme Natacha Biset. **"C'est super intéressant de pouvoir avoir accès à ces données. Je vais pouvoir émettre des hypothèses plutôt que de simplement faire des constats. Je vais pouvoir faire des liens. C'est une bonne chose, ça va renforcer le travail que je suis en train de faire."**

**STEPHANIE BRISSON**

stephanie.brisson@mlz.be





# Patient Expert Center : de patient à "patient expert"

**Transformer les patients en "patients experts" grâce à un accompagnement professionnel, telle est la mission du nouveau Patient Expert Center (PEC). La voix du patient est en effet essentielle dans les discussions sur nos soins de santé. "C'est une excellente occasion de placer le patient au cœur de notre système de soins de santé", selon Maarten Peeters, expert Représentation aux Mutualités Libres.**

Les patients ont des tonnes d'expertise. Cependant, ils ont besoin d'un accompagnement professionnel afin de transmettre pleinement leurs expériences et de les traduire en idées politiques pour améliorer nos soins de santé. C'est justement là-dessus que le tout nouveau Patient Expert Center (PEC) souhaite travailler. "Les expériences qu'ils ont vécues face à leur maladie ont déjà beaucoup de valeur en soi, mais grâce à une formation supplémentaire, les patients pourront vraiment exploiter tout leur potentiel", explique **Maarten Peeters, expert Représentation aux Mutualités Libres**. "Concrètement, le PEC regroupera toutes les formations envisageables pour les patients. Il sera dès lors possible de constituer un trajet de formation flexible et sur mesure pour les patients qui souhaitent devenir patients experts. Un tel parcours prendrait environ trois mois. Le PEC ne dispense pas lui-même ces formations, mais coordonne cet accompagnement et suit de près les progrès du patient."

## Groupes de pairs, essais cliniques, etc.

Que se passe-t-il alors après trois mois, lorsqu'on devient patient

expert ? Qu'est-ce que cela implique concrètement ? "D'une part, les patients experts peuvent jouer un rôle important vis-à-vis des autres patients. Dans des groupes de soutien par exemple, ils peuvent informer et aider les personnes atteintes de la même maladie", poursuit Maarten Peeters. "D'autre part, ils peuvent également faire entendre **la voix des patients auprès des organisations et des entreprises du secteur des soins de santé**. Cela peut prendre la forme de conseils prodigués aux laboratoires pharmaceutiques dans le cadre d'essais cliniques ou de formations données aux organisations de soins en vue de développer un site web, des applications ou dépliants. Les patients experts peuvent aider à garantir l'adéquation de tous ces développements avec les besoins du patient."

## En complément des associations de patients

L'objectif ultime du PEC est **une meilleure participation des patients et une plus grande responsabilisation de ceux-ci**. Ne marche-t-il pas alors sur les plates-bandes des associations de patients ? "Absolument pas", insiste Maarten Peeters. "Et qui plus est, les associations de patients

constituent l'épine dorsale de ce projet. Ce sont elles qui ont demandé des formations professionnelles supplémentaires pour les patients. Le PEC ne représente pas non plus les patients, cette tâche revient toujours aux associations de patients."

## De la vision à la pratique

Les Mutualités Libres sont le seul organisme assureur à siéger au Conseil d'Administration du PEC. "Pour nous, **il est essentiel que le patient soit en mesure de prendre sa santé en main et de jouer un rôle consultatif dans la politique**", précise Maarten Peeters. "C'est un projet idéal pour mettre cette vision en pratique. Les Mutualités Libres veulent ainsi s'assurer que les patients occupent une place centrale au cœur de notre système de santé."

**STEVEN VERVAET**

steven.vervaet@mloz.be



**PLUS  
D'INFOS :**

[www.patientexpertcenter.be](http://www.patientexpertcenter.be)

# Kiosque

## Un site consacré à la prévention et destiné aux soignants

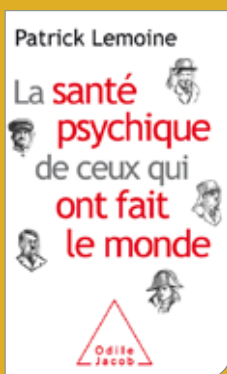


Des outils concrets et des références scientifiques sur de nombreuses thématiques médicales,

un catalogue de formations online, des conseils et des recommandations pratiques pour intégrer la promotion de la santé et la prévention dans toutes les étapes de la pratique quotidienne : avant, pendant et après la consultation. Voilà ce que vous trouverez sur le nouveau site web Promosanté.be. Réalisé par l'asbl Promo Santé & Médecine Générale, en collaboration avec Question Santé, le site web s'adresse à tout médecin généraliste, en solo ou en groupe, débutant(e) ou expérimenté(e), ou professionnel(le) de santé. L'objectif est de proposer des informations utiles et adaptées à l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans la pratique de soins.

Rendez-vous ici : [www.promosante.be](http://www.promosante.be)

## La Santé psychique de ceux qui ont fait le monde



Churchill était-il maniaco-dépressif ? Et le général de Gaulle ? Que penser de la Grande Catherine, d'Alexandre le Grand ou de Jeanne d'Arc ? Après avoir décortiqué les biographies, traqué les anecdotes, recherché les symptômes, établi des diagnostics, l'auteur, psychiatre et clinicien en est arrivé à un constat accablant : pourquoi des

personnalités déséquilibrées ou fragiles arrivent-elles au pouvoir ? Serait-ce parce que ces hommes et ces femmes ont été capables de maîtriser, d'utiliser, voire de surmonter leurs fragilités, qu'ils ont conquis le pouvoir ? Patrick Lemoine ausculte 19 personnalités contemporaines mais aussi issues de l'histoire plus ancienne. L'ouvrage se conclut de manière ludique par un petit quiz politique.

"La Santé psychique de ceux qui ont fait le monde"  
de Patrick Lemoine, Editions Odile Jacobs

## Mamas ! Petit précis de déconstruction de l'instinct maternel



"C'est quoi l'instinct maternel ? Et est-ce qu'il existe vraiment ? Une femme serait forcément une génitrice ? On serait toutes pareilles avec les mêmes aspirations ? On n'aurait donc pas le choix ? Est-ce que la maternité est antiféministe ?" Lili, 29 ans, plutôt féministe, a tout d'un

coup une envie viscérale d'avoir un enfant. Cette bédé retrace de manière ludique son questionnement sur l'existence ou non de l'instinct maternel. La dessinatrice y parle de sa propre expérience, de faits culturels et historiques liés à la maternité mais partage aussi des témoignages. En 300 pages de dessins joyeux et d'images anciennes détournées, Lili Sohn explore les diverses facettes de la maternité. Un bel album à découvrir !

### "Mamas ! Petit précis de déconstruction de l'instinct maternel"

de Lili Sohn, Editions Casterman

## La médecine du futur Ces technologies qui nous sauvent déjà



Le secteur des soins de santé peut-il rester inchangé à l'heure de l'évolution ultrarapide de la technologie avec de plus en plus de questions auxquelles il est compliqué de répondre ? Comment évolueront le métier de médecin et la relation au patient dans les années à venir ? Le médecin pourra-t-il

se concentrer sur ce qui constitue les bases de son métier ? Comment pourra-t-il encore exercer avec les valeurs de son métier, à savoir l'écoute, l'éducation et l'accompagnement du patient ? Et si l'avenir de la médecine se jouait là, maintenant ? L'auteur, chef du service de radiothérapie au CHU de Liège et professeur en radiothérapie à l'Université de Liège, fait régulièrement le bilan des changements technologiques et sociétaux qui touchent le monde de la santé.

### La médecine du futur

Ces technologies qui nous sauvent déjà,  
de Philippe Coucke, Mardaga

## L'Union Nationale des Mutualités Libres

regroupe 5 mutualités (OZ, Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse, Partena Ziekenfonds).  
Ce groupe pluraliste et indépendant assure actuellement plus de 2 millions d'affiliés.

Pour nos cabinets médicaux en Wallonie et à Bruxelles,  
nous sommes à la recherche de différents profils de

# médecin-conseil

### VOTRE FONCTION

Le contact avec les patients est essentiel en tant que médecin-conseil. Votre fonction impliquera principalement :

- l'évaluation de l'incapacité de travail : analyser les possibilités de réinsertion professionnelle, en concertation avec les partenaires concernés comme les médecins généralistes, les médecins du travail, ACTIRIS, le Forem, le VDAB, etc.
- l'information et le conseil aux patients par rapport à leurs droits dans le domaine de l'assurance obligatoire.

### VOTRE PROFIL

- Vous êtes médecin.
- Vous avez le contact facile et les problèmes médicaux et sociaux des patients vous intéressent.
- Vous possédez les compétences de management nécessaires pour pouvoir collaborer facilement avec les collègues administratifs et paramédicaux.
- Vous disposez d'une certaine expérience clinique.
- Une formation en médecine d'assurance ou une autre spécialisation complémentaire n'est pas requise, mais est considérée comme un atout (vous bénéficierez d'une formation spécifique et continue, ainsi que d'un accompagnement sur le terrain).
- Vous êtes flexible et vous aimez le travail en équipe.
- Vous avez une excellente connaissance du français (pour les cabinets en Wallonie) et de très bonnes connaissances du néerlandais (pour les cabinets de la région Bruxelloise).



Pour en savoir plus sur la fonction de médecin-conseil, regardez le témoignage de notre collègue : [www.mloz.be/fr/medecin-conseil](http://www.mloz.be/fr/medecin-conseil)  
**INTERESSÉ(E) ?**

Visitez notre site web ([www.mloz.be/jobs](http://www.mloz.be/jobs)), cliquez sur la fonction de médecin-conseil de votre choix et téléchargez vos CV et lettre de motivation.



Save the date



## SYMPOSIUM

17/10/2019

# Reprendre le travail : quels facteurs de succès ?

Lombalgie, cancer, rhumatismes, dépression, burn-out ... **Plus de 400.000** Belges sont en maladie depuis déjà plus d'un an. Il s'agit d'un problème majeur, tant pour les malades eux-mêmes que pour leur employeur et la société dans son ensemble.

Comment faire pour que les malades de longue durée **retournent au travail dans les meilleures conditions possibles** ? Quel **bilan** tirer **des trajets de réinsertion professionnelle et des autres mesures politiques récentes** ? Les acteurs impliqués travaillent-ils encore trop en silos et trop peu en collaboration avec le patient ? **Comment mieux prévenir l'incapacité de travail à l'avenir** ?

Les Mutualités Libres vous invitent à réfléchir ensemble aux réponses à ces questions cruciales lors de leur symposium du **17 octobre 2019**. Patients, autorités, employeurs, médecins du travail, médecins généralistes, médecins-conseils... : tous les acteurs concernés sont les bienvenus.

## Programme

13h	<b>Accueil</b>
13h30	<b>Introduction par Xavier Brenez</b> Directeur général des Mutualités Libres
13h45 - 14h45	<b>Présentations des professeurs :</b> <b>Lode Godderis</b> (KULeuven) et <b>Philippe Mairiaux</b> (Université de Liège)
15h - 15h15	<b>Témoignage d'un travailleur</b>
15h15 - 17h	<b>Débat</b>
17h - 17h15	<b>Conclusions</b>

Vous êtes médecin et ne pouvez pas vous libérer dans l'après-midi ?  
Rejoignez-nous pour notre **programme en soirée**.  
Plus d'infos suivront.

Débat bilingue avec traduction simultanée  
Accréditation Ethique et Economie demandée

L'inscription est gratuite mais obligatoire [via www.mloz.be](http://www.mloz.be)



[www.mloz.be](http://www.mloz.be) - [@MutLibres](https://twitter.com/MutLibres)  
#backtowork19

Quand ? Jeudi 17 octobre de 13h à 17h15

Où ? Union Nationale des Mutualités Libres  
Route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles

Info/contact: Piet Van Eenoooghe - 0478 474 373  
[piet.vaneenoooghe@mloz.be](mailto:piet.vaneenoooghe@mloz.be)