



Réintégration

Expériences des médecins généralistes

Peter Hoffman

Bruxelles, le 14 novembre 2019

Une longue ébauche qui débouche sur une brève conclusion...

(du moins en ce qui concerne les médecins
généralistes)

Précédemment...

Accord national médico-mutualiste 2016-2017 (22/11/2015)

Importance de développer une vision à long terme...

- Rôle central du médecin généraliste
(DMG de qualité – développement des possibilités en matière d'e-Santé)
- Besoin d'une approche des soins davantage intégrée
(interdisciplinarité et multidisciplinarité)
- Continuité des soins
- Soins efficaces
- Accessibilité des soins et transparence financière

Accord national médico-mutualiste 2016-2017 (22/11/2015)

Incapacité de travail (point 5)

Il est indispensable que le secteur traitant soit plus étroitement associé à la problématique de l'incapacité de travail...

- Instaurer un nouveau certificat d'incapacité de travail
- Optimiser la communication en vue d'une réintégration rapide
- Étudier comment valoriser davantage les efforts consentis par le secteur traitant...
- Développer un trajet multidisciplinaire en matière de burn-out chez les travailleurs...

Précédemment...

Projet-pilote Concertation Trio (mars 2016 – Domus Medica)

Objectif : concertation commune entre médecins généralistes, médecins du travail et médecins-conseils. Jeter les bases d'un réseau plus étendu pour favoriser la communication entre les trois groupes professionnels et organiser plus efficacement la réintégration.

Contexte : accord médico-mutualiste avec une attention particulière pour l'incapacité de travail – forte augmentation du nombre de malades de longue durée avec un impact budgétaire important.

Bénéficiaires invalidité : 257.935 (31/12/2010) => 321.573 (31/12/2014)

Indemnités invalidité : 3,1 milliards d'euros en 2010 => 4,1 milliards d'euros en 2014

Principalement des troubles psychiques (burn-out) et des maladies du système moteur (dos)

Projet-pilote Concertation Trio (mars 2016 – Domus Medica)

Concrètement : la mise sur pied d'un réseau entre les groupes concernés...

- Faciliter la concertation, échanger des informations, initier un dialogue, améliorer l'accessibilité
- Organiser des moments de formation (via les cercles de médecins généralistes et via les GLEM)
- Collaborer au développement d'une plateforme internet (FAQ – données de contact).

En fonction des besoins au sein du réseau élargi.

Séminaire de clôture fin 2016 => amorce d'une concertation TRIO bien développée.

Nous ne savons toujours pas (octobre 2016) ce que contiendra la nouvelle législation...

Des **hypothèses** tout de même :

- Le médecin du travail et, dans une moindre mesure, le médecin-conseil auront un rôle plus important à jouer...
- Le travailleur serait sanctionné s'il ne coopère pas...
- L'employeur devrait également être stimulé...

Entre-temps sur le site internet de l'INAMI...

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/folder_information_reinsertion_socio_professionnelle.pdf

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/default.aspx>



Hebt u uw professionele werkzaamheden moeten beëindigen door uw gezondheidstoestand?

Arbidsongeschikt zijn als zelfstandige of werknemer en zich heroriënteren, KAN DAT?



Hebt u uw professionele werkzaamheden moeten beëindigen door uw gezondheidstoestand?

Wat is het RIZIV uw aanvraag goedkeurt?

- U bent arbeidsongeschikt erkend tijdens uw opleiding; u blijft uw uitkering dus ontvangen gedurende uw opleidingstraject.
- Tijdens uw opleiding kunt u verschillende financiële tussenkomst en premies krijgen.

Financiële tussenkomst voor:

- reachtvoorzieningen
- reiskosten
- basiskosten
- professioneel materiaal
- enz.

Premies

- € 600 per geweldig opleidingsjaar
- aanmelding 500 EUR na succesvol beëindigen van uw opleiding.

Belangrijke aandachtspunten

- Bring uw adviserend arts steeds op de hoogte als uw situatie wijzigt, als u uw opleiding onderbreekt, als de data van de lessen wijzigen, enz.
- 6 maanden na afloop van uw opleidingsplan evalueert de adviserend arts opnieuw uw arbeidsongeschiktheid. Hij houdt rekening met de nieuwe verworven beroepscompetenties. Hij kan een einde stellen aan uw arbeidsongeschiktheid.

Wilt u meer info?

RIZIV
Afdeling socioprofessionele re-integratie
Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Tel: 02729.77.12
E-mail: reinsertion@riziv.fgov.be

Vraag uw adviserend arts of uw arbeidsarts naar andere mogelijkheden naar werk.

- Duidelijke werkovername
- Aangepast werk
- Flexibele aanpassing van de werkplaats

Hebt u nog een arbeidscontract hebt, richt u dan eerst tot uw preventieadviseur-arbeidsarts om ook andere opties te bespreken.

Socioprofessionele re-integratie helpt u bij uw terugkeer naar de arbeidsmarkt

Wat is socioprofessionele re-integratie?

Kunt u uw beroep om gezondheidsredenen niet meer uitoefenen én wilt u opnieuw stappen zetten naar werk dat aangepast is aan uw gezondheidstoestand? Dat kan!

Doel: daarvoor een beroep op socioprofessionele re-integratie dat is een traject om u te begeleiden naar een opleiding om:

- uw huidige competenties te actualiseren of
- nieuwe competenties te ontwikkelen

Wie komt in aanmerking voor een traject?

U komt in aanmerking voor socioprofessionele re-integratie als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

- U bent arbeidsongeschikt erkend.
- Uw gezondheidstoestand is verenigbaar met het gekozen opleidingstraject en het jobdoelwit. Het advies van de adviserend arts is hierbij noodzakelijk.
- U bent gemotiveerd om weer actie te ondernemen.
- Er is geen sprake van een beroepsziekte of arbeidsongeval.

Als u nog een arbeidscontract hebt, richt u dan eerst tot uw preventieadviseur-arbeidsarts om ook andere opties te bespreken.

Voorbeelden: hoe paktten Rachida, Pierre, Melissa en John het aan?

Rachida is zorgkundige op de dienst geriatie van een groot ziekenhuis. Rachida heeft reeds 2 ingrepen ondergaan wegens een hernia en moet haar professionele activiteiten stopzetten. Rachida volgt een traject socioprofessionele re-integratie en ... werkt nu als medisch secretarisse.

Pierre is commercieel verantwoordelijke en moet heel wat doelstellingen behalen. Pierre krijgt een burn-out en kan zijn stressvolle functie niet langer uitoefenen. Hij volgt een traject socioprofessionele re-integratie en ... start een nieuwe loopbaan als leerkracht op een lagere school.

Melissa moet als ze 33 jaar is haar beroep als bloemiste opgeven ten gevolge van een breuk welke haar heeft getraumatiseerd. Melissa volgt een traject socioprofessionele re-integratie en ... start met een nieuwe carrière als bedienende.

John is bouwvakker. Door een verkeersongeval is John genooddaakt om zijn functie als bouwvakker stop te zetten. John start een traject socioprofessionele re-integratie en ... start als informaticus in een groot bedrijf.

Uit welke stappen bestaat een traject?

STAP 1
Neem contact op met uw adviserend arts van uw ziekenfonds.

STAP 2

- Hebt u zelf al een concreet opleidingsplan? Uw adviserend arts zal u de informatie bezorgen en de nodige documenten invullen en indienen.
- Hebt u nog geen concreet opleidingsplan? Uw adviserend arts zal u doorverwijzen naar één van de partners voor een oriënterend onderzoek om zo uw opleidingsplan verder uit te stippen.

STAP 3
Uw adviserend arts evalueert of uw opleidingsplan en het generatie beroep verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.

STAP 4
De adviserend arts dient de aanvraag in bij de Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV. Indien de beslissing van het RIZIV positief is, worden de kosten verbonden aan uw opleiding terug betaald door uw mutualiteit.

Pour les autorités, la réinsertion est apparemment (???) le début d'un autre job plutôt que la poursuite du travail chez le même employeur moyennant des adaptations (et une intervention des autorités)...

Précédemment...

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

Contribution du médecin généraliste, du médecin du travail et du médecin-conseil.

- Tout a l'air en ordre...

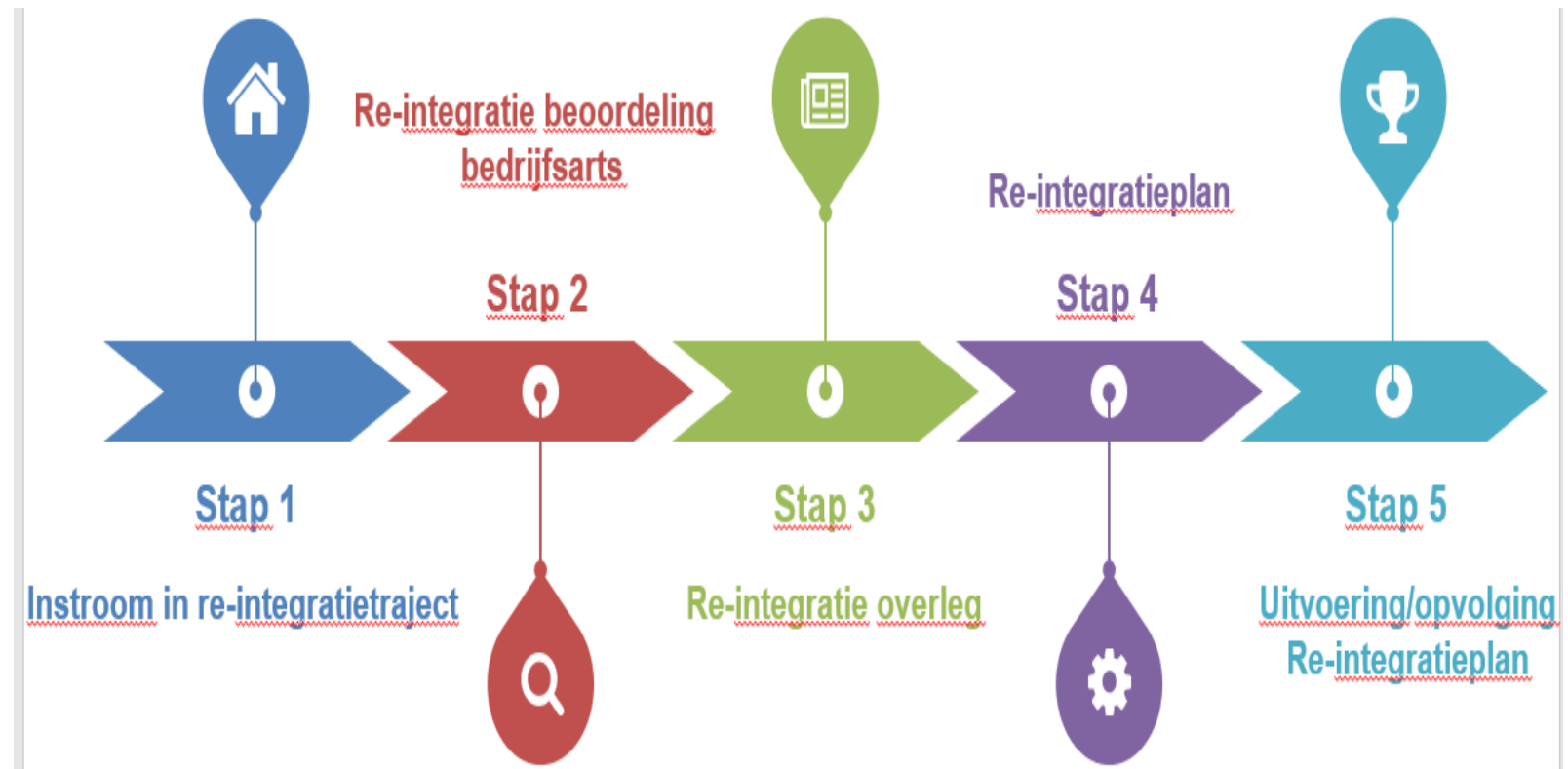
Mais

Une série de questions...

Surtout dans le chef des médecins généralistes !

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

1) Le médecin du travail : trajet de réintégration... (avec concertation de réintégration)



Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

1) Le médecin du travail : évaluation et concertation...



- Kan werknemer werk opnieuw uitvoeren?
 - Tijdelijk aangepast/ander werk
 - Definitief aangepast/ander werk
 - Progressieve werkhervatting
 - Aanpassing werkpost
 - Opstart traject niet opportuun → herbekijken

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

2) Le médecin-conseil :

- Contrôle l'incapacité de travail des assurés
- Veille à leur réintégration socio-professionnelle
- Informe les prestataires de soins
- Agit en concertation avec le patient et **en concertation** avec toutes les parties concernées (médecin généraliste, médecin du travail, employeur) – approche multidisciplinaire (en chantier)
- ...

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

3) Le médecin généraliste :

Nous ne connaissons pas suffisamment les matières/le rôle confié(es) au médecin du travail et au médecin-conseil et nous sommes donc trop peu sensibilisés... La collaboration peut être améliorée !

- Waarom kennen/contacteren we elkaar niet?
- - Een wirwar aan diensten
- - Geen duidelijke coördinaten
- - Nooit aan elkaar voorgesteld
- + ook geen overlegplatform
- - Weinig incentives voor overleg
- - En de patiënt, die weet het vaak ook niet...
- + welk belang heeft hij erbij??

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

3) Le médecin généraliste :

Nécessité de plus de contacts et de meilleurs contacts (cf. complexité des soins de santé). La collaboration paie, mais ne va pas de soi...

• Randvoorwaarden voor goede resultaten op AO

- (1) Tijd!!
 - - Om elkaar beter te leren kennen
 - - Om een aantal nodige tools/handvaten uit te werken
 - + er mee te leren werken
- (2) Duidelijke visie
 - - Wat is het doel? Wat wil men (= Overheid) precies bereiken?
 - Op welke manier? Wie moet er beter van worden? ...
 - (gaat het puur om de cijfers of ook om de personen?)

• Randvoorwaarden voor goede resultaten op AO

- (3) Werkkader
 - - individueel overleg rond en met de patiënt zal ook tijd vergen, nu nog onduidelijk hoeveel tijd
 - - Wie coördineert? (huisarts? bedrijfsarts? adviserende arts?...)
 - - Time is money (huisarts = zelfstandige)
- (4) Realisme/regelmatige evaluatie
- (5) Mogelijkheden tot feedback en bijsturing
- (6) Er is ook de werkgever...

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

3) Le médecin généraliste :

Fin 2016, au moment du séminaire, encore beaucoup d'imprécision, beaucoup de questions en suspens et de points à travailler...

- Statut AR ? (le 1er janvier 2017 approche à grands pas)
- Appui IT
- Des moyens financiers seront-ils réaffectés?
- Un rôle également pour les cercles de médecins généralistes ?
- Etc..

Séminaire de clôture projet Trio (26/11/2016 – Réunion du cercle Domus Medica)

4) Les autorités :

- constatent qu'en 2016 : budget indemnités d'incapacité de travail > budget chômage
- (5 milliards d'euros pour l'invalidité (385.000 invalides) (cf. en 1995 : 120.000))
- L'incapacité de travail multifactorielle => approche multidisciplinaire
- (en confiant également un rôle au médecin traitant)
- Exigence d'une plateforme de **concertation** (Trio) : en création (2017)
- Responsabilisation employeur et travailleur
- ...

Précédemment...

Les AR réintégration (en vigueur à partir du 1er janvier 2017) (AR Peeters et De Block)

einde

eerste woord

laatste woord

Publicatie : 2016-11-24
Numac : 2016205640

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID, ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

28 OKTOBER 2016. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de <re>-<integratie> van arbeidsongeschikte werknemers betreft (1)

einde

Publicatie : 2016-11-24
Numac : 2016205594

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

8 NOVEMBER 2016. - Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft

Les AR réintégration (en vigueur à partir du 1er janvier 2017)

Ce qui frappe...

- Si le travailleur n'a pas envie d'une réintégration, l'histoire s'arrête là (le moyen de pression financier initialement prévu pour les allocataires récalcitrants a une nouvelle fois disparu)
- Motivation pour l'employeur ? (la prolongation du salaire garanti d'un à deux mois est mise au placard)
- Flou quant au financement de l'exécution de l'AR.

Précédemment...

Document de travail de la Fondation Roi Baudouin : (2016-2017)

(facteurs qui empêchent ou au contraire favorisent la réinsertion professionnelle des travailleurs en arrêt maladie de longue durée – une concertation entre médecins et patrons)

- Presque rien n'est prévu dans la formation concernant la problématique de l'incapacité de travail
- Plaidoyer pour une **intensification du dialogue** (par vidéoconférence, p. ex.) avec le médecin du travail. Ces moments de concertation seraient rétribués. **Une concertation rétribuée est synonyme d'économies de coûts.**
- Manque de collaboration efficace entre la première et la deuxième ligne (souvent, en cas de renvoi chez un spécialiste, le médecin généraliste n'est plus nécessaire + le partage d'informations se fait mal, ce qui entraîne des retards).

Précédemment...

Möbius (à la demande du SPF Sécurité sociale - fin 2018)

Réfléchir à une durée standardisée de l'incapacité de travail pour une série d'affections courantes...

Il serait positif que les médecins généralistes soient interrogés !

Établir des directives pour les affections entraînant une incapacité de travail de longue durée :

- Douleur dans le bas du dos
- Syndrome du canal carpien
- Prothèse du genou
- Déchirure de la coiffe des rotateurs
- Cancer du sein
- Infarctus du myocarde aigu
- Burn-out
- Forme légère d'angoisse et de dépression
- ...

Précédemment...

Projet Trio 2018 (suite du projet 2016-2017) (Domus Medica)

Première proposition introduite en novembre 2017...

Objectif 1 : plus grande implication des trois groupes professionnels dans la concertation (développement de points de contact, recyclages, plus d'informations et plus de feed-back à destination du terrain)

Objectif 2 : programme de recyclages (évaluation et ajustement en permanence)

Objectif 3 : implémentation dans la pratique journalière (communication électronique (projet RIDO), projet-pilote rétribution Trio)

Proposition acceptée fin 2019 (??). Les autorités veulent impliquer « d'autres » disciplines...

Remise en question du rôle central du médecin généraliste en matière d'incapacité de travail ???

J'ai failli oublier...

Un site internet commence à voir le jour, mais... malheureusement, il est encore méconnu et très difficile à trouver.

<https://domusmedica.be/actueel/website-over-samenwerking-huisartsen-en-arbeidsgeneesheren>

Cas ?

Je pourrais vous parler de :

- 1) **Marleen**, aide-soignante. Elle a commencé à travailler à 60% après sa chimiothérapie pour un cancer du sein...
- 2) **Sandra**, vendeuse. Elle s'est fait une fracture ouverte du poignet, avec complications, en tombant d'une échelle. Elle a ensuite développé une PSH. Elle souhaite travailler, mais le VDAB ne trouve rien qui lui convienne, et là voilà ballottée à droite et à gauche...
- 3) **Johan**, chef de rayon dans un magasin de bricolage. Après une chimiothérapie pour un lymphome, son employeur le fait lanterner...
- 4) Et d'**autres** qui, à la suite d'une maladie (souvent involontaire), sont également mis à l'écart et pour lesquels notre système ne veut pas faire l'expérience de la réintégration, car le cadre ne peut pas ou ne veut pas s'adapter à eux.

Cas ?

En tant que médecin traitant, j'ai peut-être aussi une donnée intéressante à communiquer lors d'un moment de **concertation** :

concernant des patients qui, selon moi, abusent habilement du système (tirent profit de leur maladie ??) et pour lesquels je ne mettrais PAS ma main à couper...

Certaines personnes donnent l'impression de ne pas « vouloir » - plutôt que de ne pas pouvoir - saisir les opportunités qui leur sont offertes.

Il serait peut-être judicieux d'y réfléchir, car quel système/quelle approche convient alors le mieux à ces personnes ? Pas une approche « one-size-fits-all ».

Les questions que je me pose en tant que médecin généraliste...

- Pourquoi, en tant que médecin traitant, puis-je uniquement apprendre via des canaux internes ce qui se trouve exactement dans les AR réintégration ?
- Pourquoi est-il si difficile de trouver toutes sortes d'informations en matière de réintégration ? Résultats des projets en cours (?) depuis 2016, comme l'outil de communication électronique, le site internet avec des infos pratiques, l'outil d'assistance... ??
- Pourquoi cette volonté d'aussi peu impliquer les médecins traitants ?
Y a-t-il une réelle volonté de réintégrer des gens ?
Pourquoi veut-on également impliquer d'autres disciplines ?

Conclusion :

En tant que médecins généralistes/médecins traitants, nous nous sentons largement sous-utilisés. Ce qui explique aussi que nous n'ayons que peu d'expérience voire aucune expérience en matière de réintégration et qu'il nous soit difficile d'en acquérir.

Les médecins peuvent/veulent faire bien plus que simplement déclarer des incapacités de travail ou compléter des documents... Une réintégration optimale est une responsabilité partagée.

Les médecins du travail voient leur domaine de travail s'élargir, mais avec des résultats très limités sur la réintégration de travailleurs. Il y a encore du pain sur la planche.

La réintégration : une manière déguisée de faire des économies ??

Ce qu'il faut retenir... (lessons learned)

- Dans les faits, les choses traînent...
Trop de décisions sont prises du sommet en direction de la base, alors qu'on pourrait explorer plus activement des possibilités qui partiraient d'un travail de terrain.
- Nous avons certainement plus à offrir tous ensemble, mais un cadre de travail adapté doit alors être créé.
- Seule une solide **concertation (>trio)** mène à de véritables progrès.
- Il faut y impliquer le médecin traitant !
- On nous demande rarement notre avis...
- Comme on le craignait au début, les parcours de réintégration consistent surtout à pousser les gens vers un autre statut. Aujourd'hui, cela ressemble plus à une manœuvre d'économie de la part des autorités qu'à une véritable opération de réintégration.

Ce qu'il faut retenir... (lessons learned)

- Il est peut-être nécessaire d'exercer une contrainte plus forte et de faire preuve d'un peu plus de créativité.
- Des cas ?? Ils illustrent surtout que... « le médecin généraliste est spectateur ». En ce moment, les médecins généralistes ne se sentent absolument pas concernés, ce n'est pas leur problème.
- Ce n'est certainement pas la faute des autres médecins concernés, mais le résultat d'un manque de vision cohérente de la part des autorités et d'une méconnaissance des capacités.
- Oui, les efforts consentis en la matière peuvent avoir un coût si on en tire un bénéfice (demande de développer une vision claire)!
- **Espérons une amélioration à l'avenir...**