



BELGIAN ERGONOMICS SOCIETY

PROGRAMM(E)(A)

08.30 Accueil / Onthaal

09.00 **Bienvenue / Welkom**

Véronique Crutzen, DG Humanisation du travail, SPF Emploi, Travail et Concertation sociale

09.15 **Introduction de la journée / Inleiding van de dag**

Alain Piette, European Ergonomist, président national de la BES

09.30 **Comment identifier les travailleurs en arrêt de travail susceptibles de bénéficier des programmes de retour au travail ?**

Professeur Philippe Mairiaux, Service de Santé au travail, Université de Liège

10.00 **Terugkeer naar het werk van uit een RIZIV-perspectief: focus op disability management.**

Dr Saskia Decuman, expert onderzoek en ontwikkeling dienst Uitkeringen RIZIV

10.30 Pause/Pauze

11.00 **(Dis-)ability management: het beheren en beheersen van menselijk kapitaal in een onderneming**

Huget Desiron, European Ergonomist, ACT Desiron bvba

11.30 **Les interventions ergonomiques liées au programme de réintégration des travailleurs lombalgiques du FMP**

Dr Olivier Poot, Médecin du travail, Fonds des maladies professionnelles

12.00 Lunch

13.30 **Workshop en 4 groupes**, avec des exemples d'entreprise, et des membres de la BES comme modérateurs

Workshop in 4 groepen, met voorbeelden in ondernemingen, moderatie door BES leden

15.00 **Synthèse des résultats / Overzicht resultaten**

15.40 **Clôture de la journée d'étude / Einde studiedag**

16.00 **Assemblée générale / Algemene Ledenvergadering**



30 ans de la BES

- Introduction Frank Dehasque, SPF
- IEA, Yushi Fujita (vidéo)
- CREE, Bernard Dugue (vidéo)
- FEES, Sylvain Leduc
- SELF, Pascal Etienne



30 ans de la BES

- Merci
 - SPF
 - Aux présidents IEA, CREE, FEES, SELF
 - Association Hollandaise
 - Orateurs
 - Traducteurs
 - A tous ceux qui ont préparé cette journée
 - A vous



BELGIAN ERGONOMICS SOCIETY

La BES a 20 ans: un peu d'histoire...

Elisabeth Wendelen

Diract, SPF ETC

Bruxelles, le 23 mars 2006



Puis il y eut Bournemouth...

- En sept.85, c'est à Bournemouth que se concrétisa quelque peu le projet, lors du 9^{ème} Congrès de l'IEA, où se retrouvèrent Jean De Meyer, Robert Léonard, René Patesson, Kamiel Van Wonterghem, Agnès Versailles-Tondreau et Paul Verhaegen



Pourquoi ne pas se rencontrer en Belgique?...

- Personnellement, je me souviens d'un congrès SELF à la Sorbonne (sept. 85), auquel participaient Agnès, Jean, Robert, Kamiel, René, Philippe Mairiaux et moi-même (pardon si j'ai oublié qqn !!)
- Nous nous y sommes fait la réflexion qu'il était incroyable de devoir se retrouver à l'étranger, pour avoir des échanges entre ergonomes belges
- L'idée de fonder une société belge faisait son chemin !



Message reçu 5 sur 5...

- Kamiel Van Wonterghem prend son bâton de pèlerin et se rend au MET, chez Raymonde Marquegnies, Commissaire Générale à la Promotion du Travail
- Sa visite à la rue Belliard se révélera tout à fait positive : en effet, Raymonde Marquegnies se montre sensible aux projets qu'étaient venu lui exposer le président du CERGO
- Elle convoque pour le 2 décembre 85 une réunion au Ministère « *en vue de recueillir l'avis de spécialistes au sujet de la création éventuelle d'une société belge d'ergonomie* »
- C'est ainsi que sont invitées une 20^{aine} de personnes, représentant les différentes Universités et organisations nationales concernées, comme l'ANPAT, l'IACT, le PVI et le CERGO



BELGIAN ERGONOMICS SOCIETY

31 mars 1986: la naissance!

- Officiellement, la BES fut fondée le 31 mars 1986, par une 30^{aine} de membres fondateurs (à titre individuel ou à titre institutionnel)



Les présidents nationaux...

Kamiel Van Wonterghem (1987-1989),

Robert Leonard (1990-1992),

Jacqueline Verboven (1993-1995),

Jacques Malchaire (1996-1998),

Luc Claessens (1999-2001),

Jacques Malchaire (2002-2004)

Veerle Hermans (2005-2007)

Alain Piette (2008-2010)

Veerle Hermans (2011-2014)

Alain Piette (2015-2017)

















Prochaines Activités

- The way to health and safety , 18-19 oct. 2016 - Ghelamco Arena Gent, 5 workshops BES
- BES – AVIQ, 17 novembre 2016
- Élections BES janvier 2017
- 27 janvier 2017: SPF, BSOH, BES éclairage et ventilation
- Journée nationale BES jeudi 30 mars 2017

- AG à 16h pour plus de détails



BES: Bilan positif

- Membres (plus de 200)
- Budget
- Activités
- Idées mais manque de temps pour les concrétiser
- Valeurs:
 - respect, solidarité, collaboration, multidisciplinarité, confiance, ouverture...



- Zorgberijf Antwerpen, Dirk Severens
– VAN MIEGHEM
- Volvo, Viviane De Boey
– DOUARD
- DETRY, Gaetan Dusollier
– PAULUS
- BNP Paribas Fortis, Dr J.-P. Eeckels
– STORCK

Intervention de Pascal Etienne au nom de la SELF
à la journée BES sur le management du handicap,

Bruxelles, le 29 09 2016

Chers collègues, chers amis, Cher Président de BES,

Je vous remercie de m'avoir invité à cette journée sur la question du handicap, à l'occasion du 30^e anniversaire de BES, en tant que Président de la SELF. Tout d'abord, je voudrais préciser que je m'exprime aujourd'hui en tant qu'ancien Président, au nom de la nouvelle Présidente de la SELF, notre collègue **Véronique Poète**, qui vient d'être élue à l'issue de notre 51^e Congrès qui s'est tenu à Marseille la semaine dernière.

C'est avec l'accord du bureau de la SELF et de notre nouvelle présidente que je viens vous dire un mot à l'occasion de cette journée. En effet je suis présent parmi vous au nom de la SELF pour assurer une transition entre nos deux mandats car il nous a semblé très important de répondre à votre sollicitation, à la fois compte tenu de l'objet de votre journée, de son importance aujourd'hui pour votre société et de la nécessité de renforcer la **coopération entre sociétés d'ergonomie en Europe et dans le monde**.

En effet la SELF est très attachée à la coopération entre sociétés d'ergonomie, que ce soit au sein de FEES, la fédération européenne des sociétés d'ergonomie, au sein de l'IEA ou à travers des contacts bilatéraux entre sociétés comme ceux que nous entretenons aujourd'hui.

1 Quelques mots sur la SELF, tout d'abord :

Votre invitation me donnera l'occasion de dire quelques mots de notre association, la SELF, et de ses projets. Notre société est riche de près de 600 membres, en France, principalement, et aussi dans le reste du monde francophone. Par ergonomie francophone, nous entendons bien sûr l'ensemble de la communauté des ergonomes qui communiquent dans la langue française, mais aussi une ergonomie qui accorde une importance primordiale à l'activité de travail, qui part des demandes et des réalités du terrain, dans une démarche ascendante, « bottom up ».

Aujourd'hui, nous faisons le constat que, dans des formes et sur des champs d'intervention extrêmement divers, la pénétration de l'ergonomie est un fait. L'expérience s'est accumulée et il existe indiscutablement un développement de notre discipline.

Nous sommes de plus en plus nombreux à exercer le métier d'ergonome : en entreprise, dans les services publics et collectivités territoriales, dans les universités et les centres de recherche, dans les services de santé au travail, dans les cabinets de conseil...

Les réponses proposées par les intervenants et chercheurs que nous sommes offrent une remarquable richesse, liée au mélange des courants de l'ergonomie, à l'infusion des disciplines connexes dans nos pratiques, et au renouvellement des façons de faire.

Il est donc important d'organiser un lieu de rassemblement face à la diversité des métiers, à la diversité des ergonomies pour partager, et échanger sur nos écarts et pour trouver les complémentarités utiles à la consolidation de la discipline. Ces constats, vous les faites aussi, je crois, en Belgique.

La SELF a l'ambition d'être un de ces lieux un de ces lieux, en particulier à travers ses Congrès annuels et ses commissions :

- par exemple la commission «jeunes pratiques en réflexion », dédiée à la mise en commun de l'expérience des jeunes praticiens ergonomes ou
- la commission « risques professionnels et représentants du personnel » qui réfléchit aux conditions d'intervention des ergonomes en direction de ces derniers, dans les entreprises.
- la Commission Histoire, à l'origine d'une l'exposition sur l'histoire de l'ergonomie et de plusieurs ouvrages publiés à l'occasion de nos Congrès (en 2013 «Ergonomie – travail – conception – santé » et cette année , en 2016 : « Performance humaines et techniques : d'hier vers aujourd'hui »).

Le débat sur l'urgence de la promotion de l'ergonomie s'impose ces derniers temps avec une actualité particulière, y compris dans l'aire culturelle francophone où l'on pouvait croire que l'ergonomie était plus solidement installée. Pour la SELF, la question du travail mérite donc que l'ergonomie s'affirme en tant que discipline à part entière.

2 Nos projets :

La SELF a la vocation de fédérer, en France en particulier, les énergies et les associations représentatives des métiers de l'ergonomie, en tant que société dédiée à la promotion de la discipline ergonomique. Des initiatives sont prises par des ergonomes pour valoriser notre discipline et nos professions. La SELF se doit de les développer et a comme projet par exemple, de :

- de travailler avec les différentes associations et de mener une réflexion commune sur notre devenir au sein d'ARTEE et du CREE, en participant au collectif regroupant les organisations représentative des métiers de l'ergonomie et en intervenant par exemple sur les questions de formation universitaire pour assurer la visibilité de l'ergonomie dans les cursus universitaires ainsi qu'en participant à une réflexion sur la qualification de la profession d'ergonome ;

- de développer notre visibilité interne et externe au moyen de forums sur le site de la SELF, d'une plus grande présence de la SELF sur les réseaux sociaux, de journées thématiques SELF, de publication de textes en lien avec l'actualité;
- de poursuivre la rénovation des congrès de la SELF, temps fort pour la communauté, pour en faire une vitrine plus attractive pour l'ergonomie et mettre en lumière les différents exercices du métier;
- de développer la vitalité de notre association en suscitant la participation de ses membres aux commissions, forums ... et en faisant connaître la SELF auprès des futurs ergonomes à travers des présentations au sein des différents cursus universitaires.

Pour en savoir plus : <http://ergonomie-self.org>

3 La thématique de votre journée

S'agissant maintenant de la thématique de votre journée, **le management du handicap**, je voudrais souligner qu'elle a retenu toute l'attention de notre société. En effet, nous avons organisé il y a deux ans à La Rochelle le 49^e Congrès de notre société, la SELF, sur cette thématique, dont le titre était « Ergonomie et développement pour tous ».

Sans vouloir préempter le contenu de vos débats, j'indiquerai quelques pistes de réflexion à ce sujet, issues de notre congrès et qui s'appuient également sur mon expérience personnelle de la prise en charge de la question du handicap :

- L'importance, dans la prise en charge du handicap, de l'interaction entre une approche individuelle et une approche collective qui insiste sur l'environnement pour le rendre « capacitant » (on parle en anglais d'« empowerment », une notion proche), dans le but de rendre l'individu le plus autonome possible ;
- La diffusion et la promotion, pour fonder cette démarche, d'un nouveau modèle caractérisant la situation de handicap par la prise en compte conjointe des caractéristiques de l'individu, de ses déficiences et de ses capacités, et des caractéristiques physiques et socio-culturelles de son environnement ;
- L'articulation, dans les préconisations en milieu de travail, entre une approche à visée corrective pour des personnes portant un handicap et une approche à visée préventive pour des personnes sans restriction d'aptitude, pour parer aux risques d'exclusion sociale générés par une approche purement individuelle des personnes avec handicap ;
- La nécessaire construction collective de l'aptitude au travail dans les entreprises, par les ergonomes, bien sûr, mais aussi par l'ensemble des acteurs (personnes, organisations, entreprises,...) du maintien dans l'emploi.

Voici quelques pistes pour lancer le débat au cours de cette journée que je vous souhaite très productive.

Et j'espère que nous aurons l'occasion de coopérer sur bien d'autres sujets.

Je vous remercie de votre attention.

Comment identifier les personnes ayant une chance accrue de réussir leur réinsertion socioprofessionnelle

Colloque BES, Bruxelles,
29 septembre 2016

Pr Philippe Mairiaux



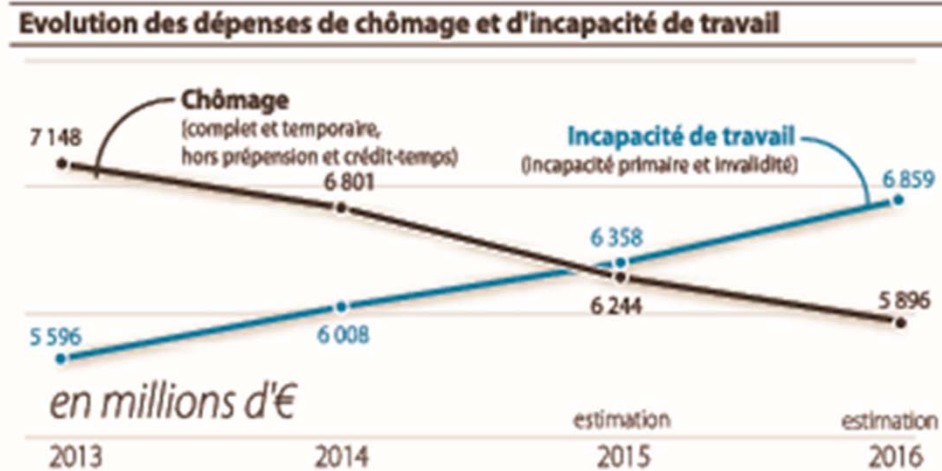
Contexte ...les rétroactes

Il a été décidé par le gouvernement la mise en place d'un plan de réintégration. Concrètement, dans les trois mois qui suivent le début de la période d'incapacité primaire, un plan de réintégration multidisciplinaire doit être établi à l'intention du travailleur, par le médecin-conseil après une consultation approfondie entre celui-ci et les parties concernées (médecin traitant, médecin du travail, service régional de l'emploi...).

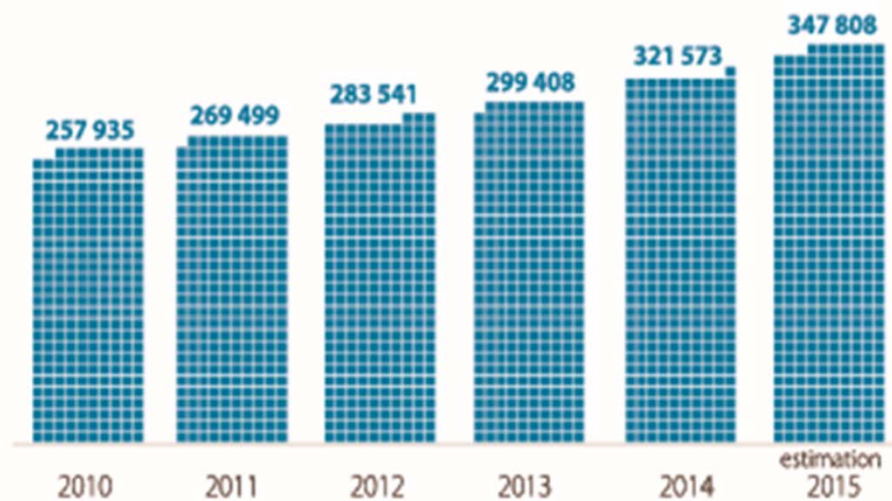
Les arrêtés d'exécution nécessaires pour préciser quels acteurs devront intervenir dans la réintégration et qui détermineront le contenu et les modalités de suivi du plan doivent encore être publiés au Moniteur belge.

- Les négociations politiques en 2015 : assortir le trajet d'une sanction, ou pas ?
- Décembre 2015: accord du « groupe des Dix »
- A.R. qui seront publiés en octobre 2016 ?

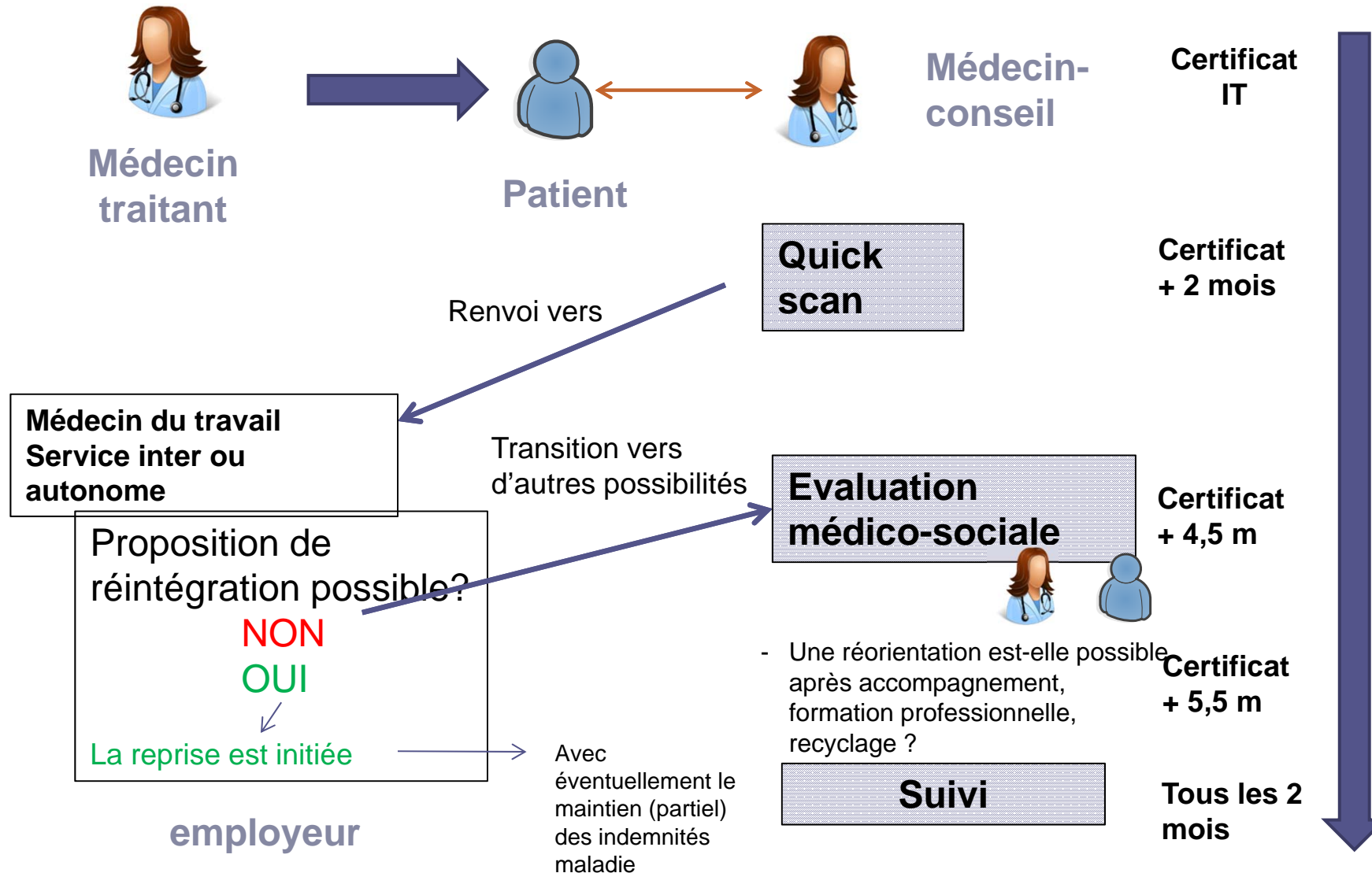
Contexte budgétaire en sécurité sociale



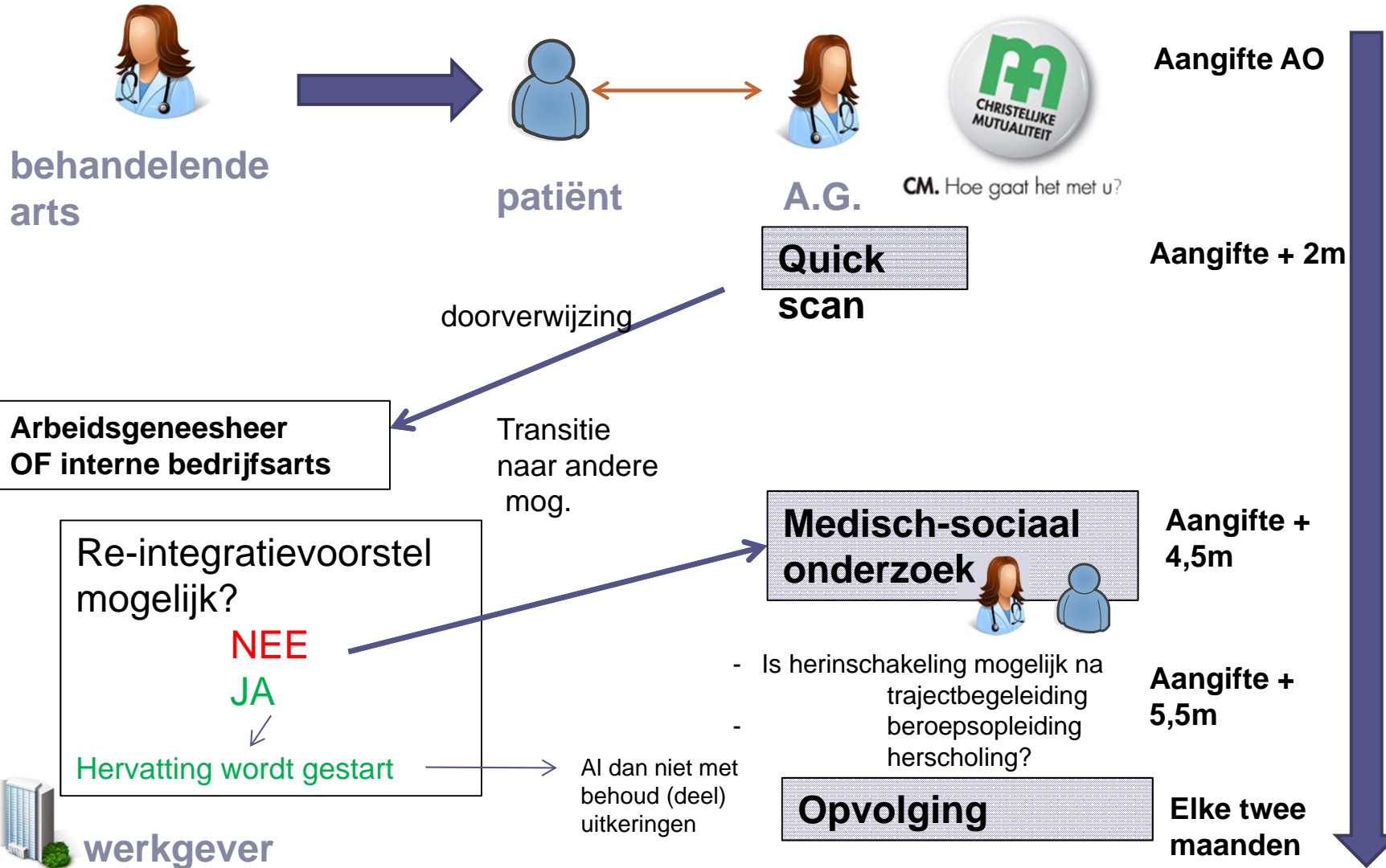
Evolution du nombre d'invalides (incapacité de travail de plus d'un an)



Nouveau plan de réintégration



Nieuw re-integratieplan



Aangifte AO

Aangifte + 2m

Aangifte + 4,5m

Aangifte + 5,5m

Elke twee maanden



Quick scan

Medisch-sociaal onderzoek

Opvolging

Arbeidsgeneesheer OF interne bedrijfsarts

Re-integratievoorstel mogelijk?
NEE
JA
Hervatting wordt gestart

werkgever

doorverwijzing

Transitie naar andere mog.

Al dan niet met behoud (deel) uitkeringen

CM. Hoe gaat het met u?

- Is herinschakeling mogelijk na trajectbegeleiding beroepsopleiding herscholing?
-

Trajet de réintégration visant la réinsertion professionnelle - projet AR

- Après maximum 3 mois d'arrêt : screening des assurés **avec** contrat d'emploi afin de les catégoriser
 - Cat. 1 : pronostic de reprise favorable < 6 mois pas d'intervention spécifique
 - Cat. 2 : reprise travail antérieur possible moyennant un travail adapté (temporaire ou définitif) ou un autre travail
Envoi au médecin du travail pour recherche d'un plan de réintégration
 - Cat. 3 : reprise travail momentanément pas d'actualité (priorité au R/ médical)
 - Cat. 4 : mauvais pronostic médical (par ex. cancer + métastases) excluant toute reprise du travail

Quick scan werknemer (+ 2 mois)

Categorie 1	Categorie 2	Categorie 3	Categorie 4
Er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat iemand spontaan zal hervatten	Het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt mogelijk door het aanbieden van (tijdelijk of definitief) aangepast werk	Een werkhervatting lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren	Het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt is voorlopig niet aan de orde
Geen interventie nodig	Doorverwijzing naar Arbeidsgeneeskundige diensten	Focus moet liggen op herstel	Focus moet liggen op behandeling
AO is per definitie tijdelijk en/of van korte duur	Gerechtigde heeft recht op begeleiding en ondersteuning	AO is chronisch en/of ernstig	De gerechtigde moet worden opgevolgd

Quickscan : un défi logistique et scientifique

- Logistique : N assurés en incapacité primaire de ≥ 3 mois ...105 à 110.000 personnes / an
Comment gérer ce flux au niveau des mutualités ?
- Scientifique : sur quelle base déterminer le pronostic de ces assurés et les classer dans une des 4 catégories définies ?

Etude INAMI (SIDU/2014/04)

Equipe de recherche



Pr Philippe Mairiaux
Pr Anne-Françoise Donneau
Dr Christiane Duchesnes

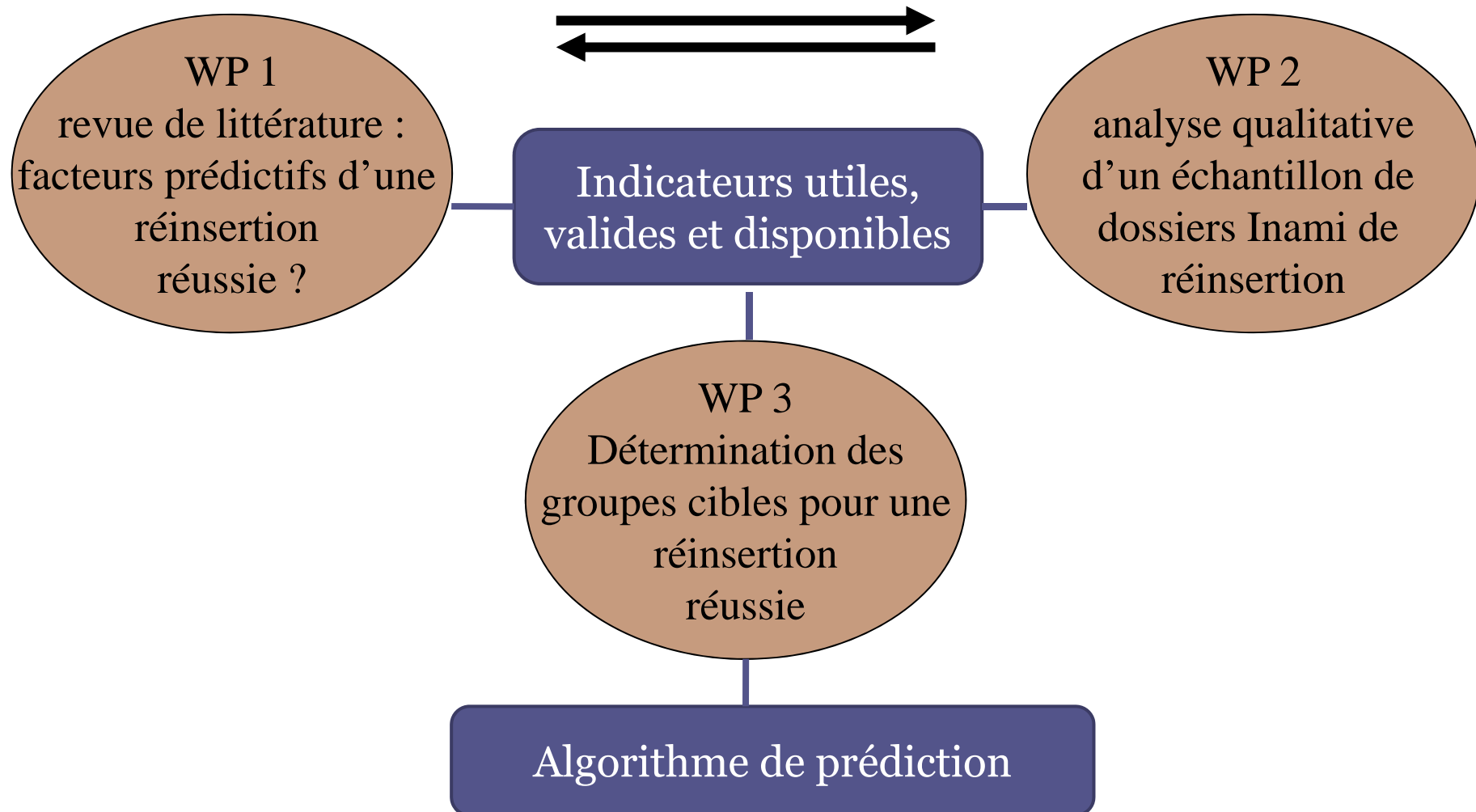


Omgeving en Gezondheid

Pr Lode Godderis
Dr Sofie Vandenbroeck

Etude conduite de janvier à octobre 2015

Structure du projet



WP1 - Revue de la littérature 2005 - 2015

Christiane Duchesnes
Philippe Mairiaux



Algorithmes de recherche

(reintegration or rehabilitation or return to work) (((sick or sickness) (leave or absence)) or absenteeism or disability) (predict\$) **OR** (reintegration or rehabilitation or return to work) (((sick or sickness) (leave or absence)) or absenteeism or disability) (((cardiac or cardiovascular or musculoskeletal) (diseases or disorders)) or (back pain) or (neck pain) or (mental (diseases or disorders)) or depression or anxiety or burnout or (adjustment (diseases or disorders)) or ((colorectal or colon) cancer))

Complement

(reintegration or return to work) (predict\$) **OR** (reintegration or return to work) (((cardiac or cardiovascular or musculoskeletal) (diseases or disorders)) or (back pain) or (neck pain) or (mental (diseases or disorders)) or depression or anxiety or burnout or (adjustment (diseases or disorders)) or ((colorectal or colon) cancer))

Final check

return to work **AND** systematic

Pubmed

Scopus

$$681 + 272 + 35 + 22 = 1010$$



53 revues dont:

- 15 revues systématiques (RS)
- 2 méta-analyses (MA)
- 2 méta-synthèses qualitatives (MS)

MS Disorders

1 MA

5 RS

Mental health

1 MS

3 RS

C.Vasc. Disease

(1) RS

Cancer

1 MS

2 RS

Others

1 MA

5 RS

Hallegraef et al., 2012 (MA)

Verkerk et al., 2012

Heitz et al., 2009

Iles et al., 2008

Kuijer et al., 2006

Steenstra et al., 2005

Stergiou-Kita et al., 2014 (MS)

Islam et al., 2014

Van Muijen et al., 2013

Andersen et al., 2012 (MS)

Cornelius et al., 2011

Blank et al., 2008

Michon et al., 2005

Duijts et al., 2007 (MA)

Garrelfs et al., 2015

Cancelliere et al., 2104

Saltychev et al., 2013

Detaille et al., 2009

Van Velzen et al., 2009

Detaille et al., 2009

Facteurs prédictifs étudiés dans les revues

Facteurs liés aux caractéristiques personnelles du patient

- démographiques: âge, sexe, niveau d'études
- santé: état de santé perçu, habitudes de vie (alcool, tabac, ...)
- famille: statut marital, nombre de personnes dépendantes, problèmes familiaux, etc.

Facteurs prédictifs étudiés dans les revues

Facteurs liés à la pathologie du patient

- Douleur (intensité, fréquence, avec irradiation,...)
- Etat antérieur
- Durée de l'absence au travail
- Prise de médicaments
- Tests cliniques spécifiques
- Comorbidités
- Etc.

Facteurs prédictifs étudiés dans les revues

Facteurs psychosociaux

- Dépression, anxiété
- Indicateurs de santé mentale (par ex. SF-36)
- Craintes, peur du mouvement
- Attentes par rapport à la récupération
- Réseau social
- Etc.

Facteurs prédictifs étudiés dans les revues

Facteurs liés au travail

- Type de travail, travail antérieur
- Charge de travail (physique, psychologique)
- Soutien des collègues, des supérieurs
- Satisfaction au travail
- Taille de l'entreprise
- Etc.











Facteurs prédictifs étudiés dans les revues

Facteurs liés au système social

- Système de santé
- Système assurantiel
- Système législatif

Analyse des revues (RS, MA et MS)

Codes
couleur pour
présenter les
résultats

+			
-			
Non prédictif			
?		Pas d'évidence	

+ Facteurs favorisant le
retour
- Facteurs entravant

Synthèse des résultats

Niveau de preuve

S: Strong M: Moderate W: weak I: Insufficient

	S	M	W	I	S+	M+	W+	no	S not	W not	N. Reviews
Homogeneous results											
expectation about recovery and Self efficacy (good)					5		2				7
Smoking								1	2		3
Results with some inconsistencies											
Age (old)	5		1	3				2		1	12
Gender (female)	1	2	2	4				3	1		13
Educational level (high)				2	2	1	1	2	1	1	10
Health status (bad)	2							1		1	4
pain (presence)	1	2	2	2					1		8
workload (heavy)	3	2	1	1				2			9
job satisfaction						1		1	2		4

Résultats des RS, MA, MS

Certains facteurs prédisant un retour au travail différent selon les pathologies

Disease category	MSD	Mental D	Others	CVasc	Cancer
Pain	x	x	x	x	
Depression		x	BI	x	x
Anxiety			BI		x

BI = brain injury

Discussion

- Hétérogénéité des revues en termes de:
 - présentation de la qualité des études et de l'évidence
 - présentation de la direction de l'association
 - nombre de publications, nombre de facteurs étudiés
- Beaucoup de revues concluent au manque de:
 - travaux de qualité
 - standardisation des études (impossible de les comparer)
 - instruments de mesure des variables

Discussion

- Deux méta-analyses seulement:
 - Hallegraef (maux de dos chroniques): confirme l'importance des attentes du patient en termes de guérison ou d'amélioration
 - Duijts (toute cause confondue d'absence au travail): montre l'influence négative de certains facteurs psychologiques (stress, burnout) et sociaux (isolement, manque de soutien, etc.)

Discussion

- Résultats axés sur des facteurs
 - facilement disponibles (âge, sexe, niveau d'études)

Seuls, les résultats concernant les attentes du patient en termes de guérison ou d'amélioration convergent

➔ avoir un outil d'analyse des attentes du patient

Conclusions et perspectives

- Peu de facteurs ont une valeur prédictive prouvée concernant une réintégration réussie
- Leur précision au niveau individuel reste à établir
- Il est illusoire d'espérer le développement à court terme d'une équation de prédiction valide



- L'Inami demande la mise au point d'un questionnaire court auto-administré ou à compléter par le médecin traitant afin d'assister le médecin-conseil pour le quickscan

Merci pour votre attention

Dank u voor uw aandacht



Terugkeer naar werk vanuit een RIZIV-perspectief

Focus op disability management

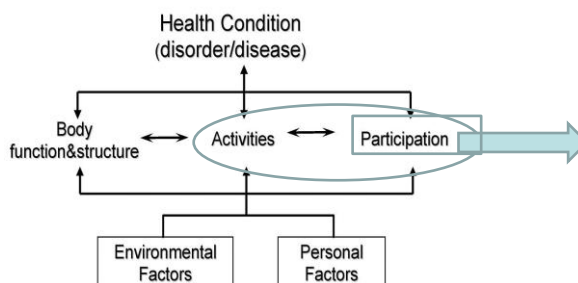
29 september 2016

dr Decuman Saskia, ergotherapeut, expert onderzoek en
ontwikkeling RIZIV



Disability: what's in a name?

• Disability



- Langer dan nodig weg zijn van het werk
- Nooit terugkeren naar het werk
- Jobmatching faalt dus: RTW ↔ drop-out
- Disability: kon voorkomen worden



Definitie (1)

Revalidatiesetting!

↕

*The process in the **workplace** designed to **facilitate** the employment of persons with a disability through a **coordinated** effort and taking into account **individual** needs, **work** environment, **enterprise** needs and **legal** responsibilities (International Labour Organisations, 2002).*

↕

Er wordt niet, te weinig, te laat, inefficiënt met elkaar gecommuniceerd



Definitie (2)

Afwachtende houding bv uitval fwachten ...

↕

*... a **proactive** process that minimized the impact of an impairment (resulting from an injury, illness or disease) on the **individual's capacity to participate competitively** in the work environment (Shrey 1995)*



Definitie (3)

*The ultimate goals of worksite based disability management are to **control workers compensation and disability costs and to promote the sustained employment of workers with injuries and disabilities.** Disability management strategies and interventions are focused on three objectives*

- (1) Reducing the number and magnitude of injuries and illnesses
- (2) Minimizing the impact of disabilities on work performed and
- (3) Decreasing lost time associated with injuries, illnesses and resulting disabilities

(Shrey 1999)



Definitie (4)

ACTIVITEITEN GEFOCUST OP:

- **Het individu:** ontwikkeling en implementatie van RTW-plannen
- **De organisatie:** analyse van trends, kosten/baten analyse, beleid en procedure
- **Maatschappij:** beleidsontwikkelingen die werknemers beschermen



Oorsprong DM (1)

- **Oorsprong:**
 - Canada + Verenigde staten van Amerika
 - Jaren 40: betere opvolging arbeidsongevallen ⇒
 - ↑ arbeidsparticipatie
 - Besparing
- **NIDMAR:**
 - 1994
 - DM concept verspreiden en implementeren via opleiding en onderzoek
 - Kosten (menselijke, sociale + economische) ↓


7



Oorsprong DM (2)

- **IDMSC:**
 - 2 « soorten » **professionals**
 - **Certificatie:**
 - Certified Return To Work Coordinator
 - Certified Disability Management Professional
 - **Internationale beroepsstandaarden** voor Disability Management
 - International Social Security Association (ISSA)- **standaarden RTW**

8




Oorsprong DM (2)

- **IDMSC:**
 - 2 « soorten » **professionals**
 - Certificatie:
 - CRTWC
 - CDMP
 - **Internationale beroepsstandaarden** voor DM
 - **ISSA standaarden RTW**

}

NIDMAR:
curriculum

9



De 10 principes van DM

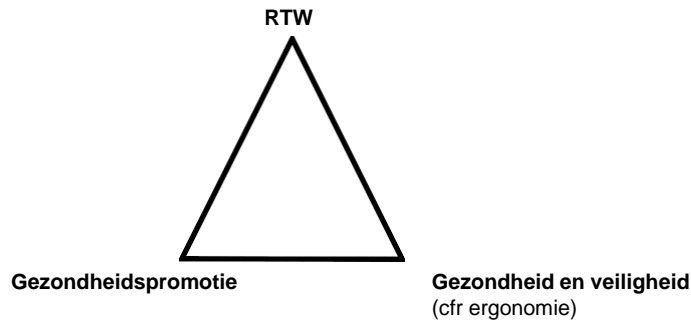
1. **Snelle** interventie (o.a. *occupational bonding*)
2. **Betrokkenheid** van de **relevante stakeholders** in het re-integratieproces
3. **Doel**: jobbehoud OF snelle/gepast terugkeer
4. Erkenning dat de **werkplaats** de meest effectieve plaats is voor re-integratie + **therapeutisch** effect werken/ **↑ QOL**
5. Werknemers: **waardigheid + actieve** participatie
6. **Communicatie** tussen alle betrokken partijen tijdens alle stadia
7. Terugkeer op het **hoogst mogelijke niveau** is het streefdoel
8. Toewijzing **betekenisvolle taken** aan betrokken werknemers (person-job fit, vereisten job, capaciteiten, omgeving)
9. **Graduele** terugkeer (*enabling environments*): tijd, taken (aard belasting, graad van verantwoordelijkheid, ...)
10. **Inbedding** in een ruimer absentie- en personeelsbeleid en veiligheids- en gezondheidsprogramma's

10



Inbedding in het ruimere beleid

- Preventie van ongevallen (**gezondheid en veiligheid**)
- **Gezondheidspromotie**
- **RTW**



De taken van de CRTWC (1)

- **Één van de belangrijkste succesfactoren van DM: inbreng van een vaste persoon**
 - stimuleert vraagverheldering
 - bewaart overzicht
 - brengt tot samenwerking
 - zorgt voor afstemming
 - daadkracht
 - binnen en buiten bedrijf
 - rekening houdend met wettelijke re-integratiemogelijkheden



De taken van de CRTWC (2)

- Alle actoren **up to date kennis** bijbrengen omtrent wettelijke re-integratiemogelijkheden
- **Financiële gevolgen**
- Gevolgen voor **levenskwaliteit** dus **betekenis** werk bespreken
- **Praktische en concrete handvaten** aanreiken (beperkingen springen vaak meer in het oog dan mogelijkheden)
- **Vereisten/ capaciteiten profiel**

13



De taken van de CRTWC (3)

- **Contact met de werkgever** (arbeidsplaats) stimuleren en indien nodig helpen herstellen
 - Zelfs bij korte AO
 - Angst, onzekerheid, twijfel bij alle partijen
 - Afspraken op bedrijfsniveau + ze moeten gecommuniceerd worden!
- **Communicatie** in het netwerk dat bezig is met de RTW vraag: welke zijn de verschillende visies? Welke stappen zijn reeds genomen? Welke zijn mogelijkheden/ beperkingen van elke actor? Weerstand verminderen. Gemeenschappelijke doelen zoeken!
- **Coördinatie proces en afspraken**
- **Beleidsadvisering**

14



Waarom implementeren?

- Voor het individu en de maatschappij:
DM: voordelen > nadelen



Voordelen DM-beleid	Nadelen geen DM-beleid
Inkomen	Recruterings/ vervanging
Moraal/mentaliteit op de werkplaats	Verlies van competenties, ervaring en kennis
Wetgeving wordt (correct) toegepast	Verlies van productiviteit
Kosten voor de samenleving/bedrijf ↓	↑ <i>Turnover</i>
Betekenis van werk	↑ Werkplaats conflict
> kosten voor rehabilitatie	↑ Werkdruk



Stappenplan als richtlijn (1)

- **Stap 1: probleemsigalering**
 - Wie meldt aan?
- **Stap 2: probleemverheldering en assessment**
 - Identificatie van de actoren + inventarisatie van hun visie
 - Uitval: complexe combinatie persoon – werk - omgeving
 - Terugkoppeling naar de actoren: opgelet: wetgeving op de bescherming van de privé-sfeer, beroepsgeheim



Stappenplan als richtlijn (2)

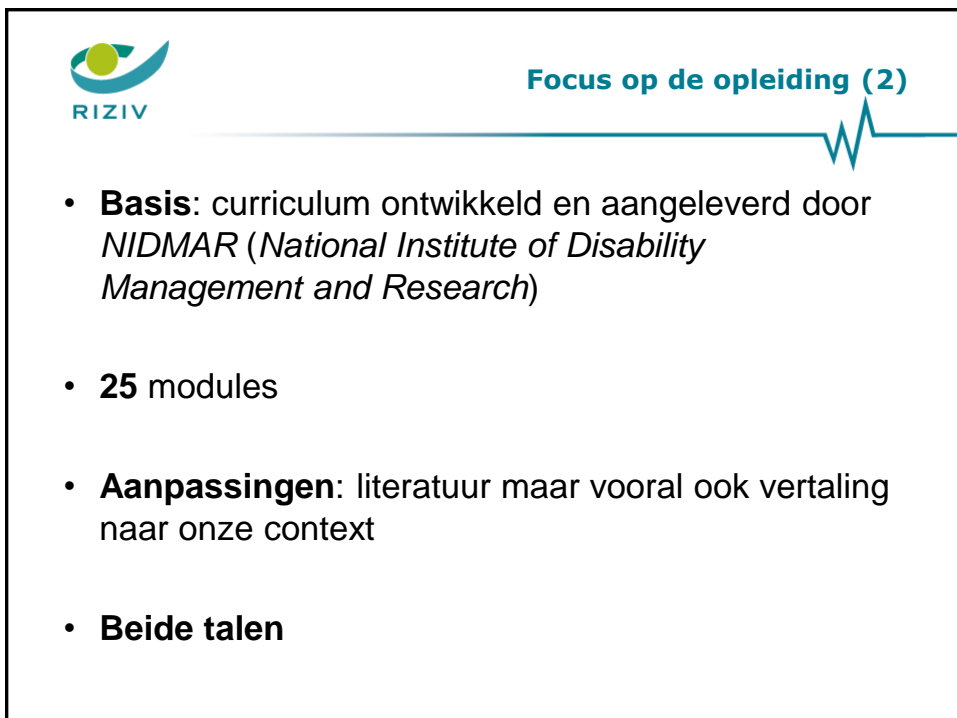
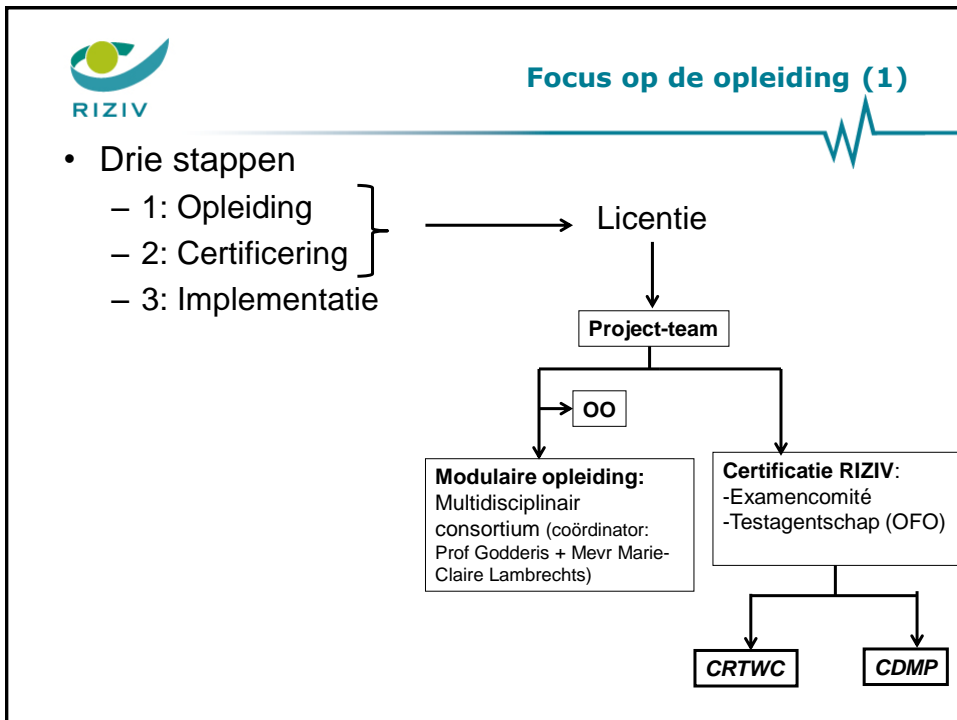
- **Stap 3: Planning**
 - WN + WG samen: beste aanpak – handelingsplan
 - Wie, wat, wanneer, en met welk doel?
 - Samenwerking: vermijden van vrijblijvendheid!
 - Verantwoordelijkheden uiteenzetten
 - Maakt evaluatie mogelijk
- **Stap 4: interventies**
 - Contactname, opvolging, bijsturing
 - Inspelen op ev veranderingen in functioneren WN, wetgeving, bedrijf, ...
- **Stap 5: evaluatie**

17



De weg naar implementatie?

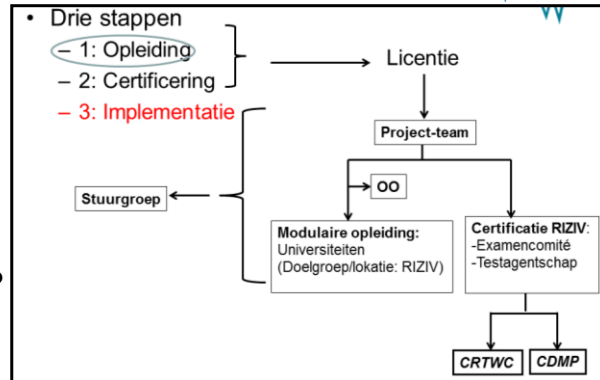
Focus op de opleiding





De toekomst

- Opleiding
- Certificatie
- Wie wordt CRTWC/CDMP?
- Vrijstellingen
- Implementatie



saskia.decuman@riziv.fgvo.be

**(Dis-)ability management:
het beheren en beheersen van
menselijk kapitaal
in een onderneming**

Huget Désiron

Eur. ergonome – Ergotherapeute

Drs. Arbeid & gezondheid



Even voorstellen

Arbeids Consulting Team

- Sinds 1988 gespecialiseerd in dienstverlening aan bedrijven bij:
 - Re-integratie (individuele cases / DCM)
 - Welzijnsbeleid (collectieve aanpak / DM)
 - Hervattingsprocedures
 - (Ergonomische) oplossingen bij functioneringsproblemen
 - Link tussen PBW en andere bedrijfsonderdelen → inclusieve aanpak welzijn op het werk
 - Training en instructie in kader van gerichte acties PBW
 - Opzetten van inclusief beleid PBW (Dis)ability Management
- Expertise: ergotherapie, ergonomie, maatschappelijk werk, (dis-)ability management,...



Arbeids(on)geschiktheid

⊗ **Wordt bepaald door:**

- Opleiding/vorming
- Ervaring
- Arbeidsomstandigheden
- Gezondheid
- Persoonlijke situatie
- Medische situatie:
 - Niet alle zieken zijn arbeidsongeschikt
 - Niet alle gezonden zijn arbeidsgeschikt



Geschiktheid voor een taak

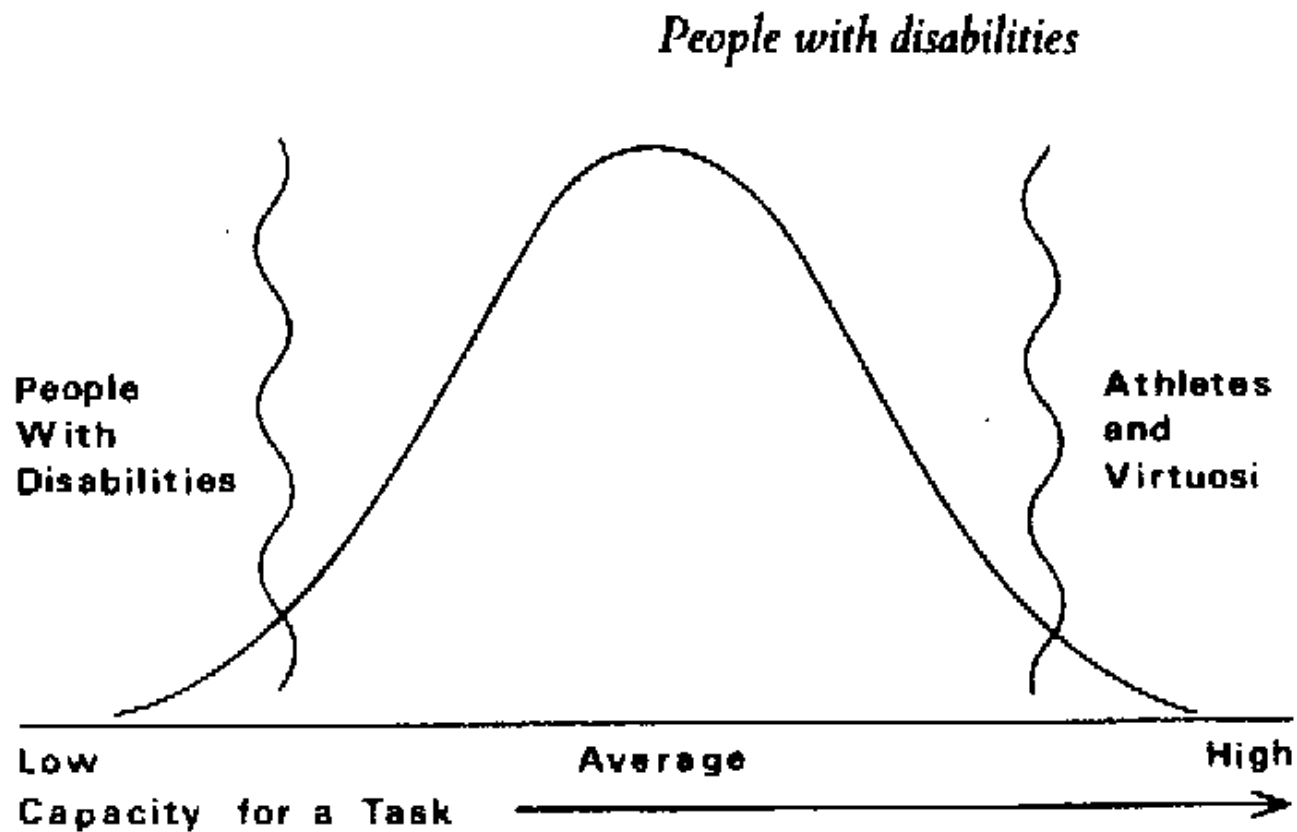


Figure 10.1. The continuum of ability.





Overwegingen

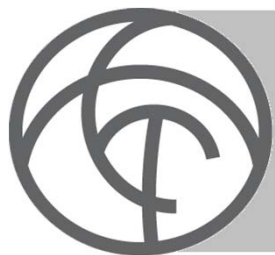
⊗ **Belastbaarheid = ?**

- Handelend vermogen van de persoon met een probleem (ziekte, ongeval, leeftijd, zorgen op sociaal vlak,...)
- In welke context kan dit vermogen worden ingezet ? (prikkelarm of net stimulerend?)
- Randfactoren
 - Verplaatsingen
 - Verzorging
 - Hulpmiddelen (vb communicatie, loophulp,...)

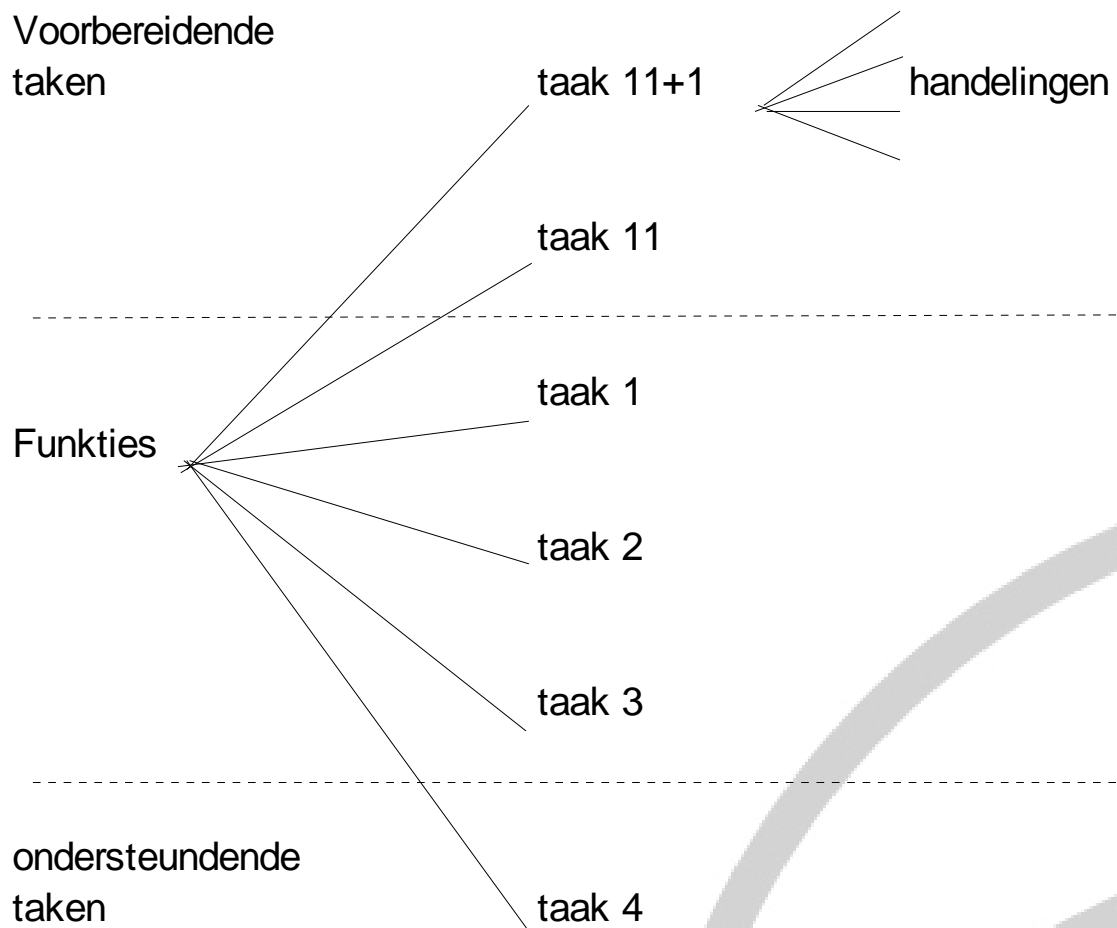


Wie bepaalt (en hoe?):

- Taakinhouden :
 - Motorisch
 - Sensorisch
 - mentaal
 - Cognitief
 - Psycho-sociaal
- Context waarin hij kan werken
 - Risico's (veiligheid en welzijn op het werk)
 - Kledij en PBM
 - Groep (of net niet ?)
- Toepassing van wetgeving :
 - arbeidswetgeving
 - PBW
 - Anti-discriminatie-wetgeving

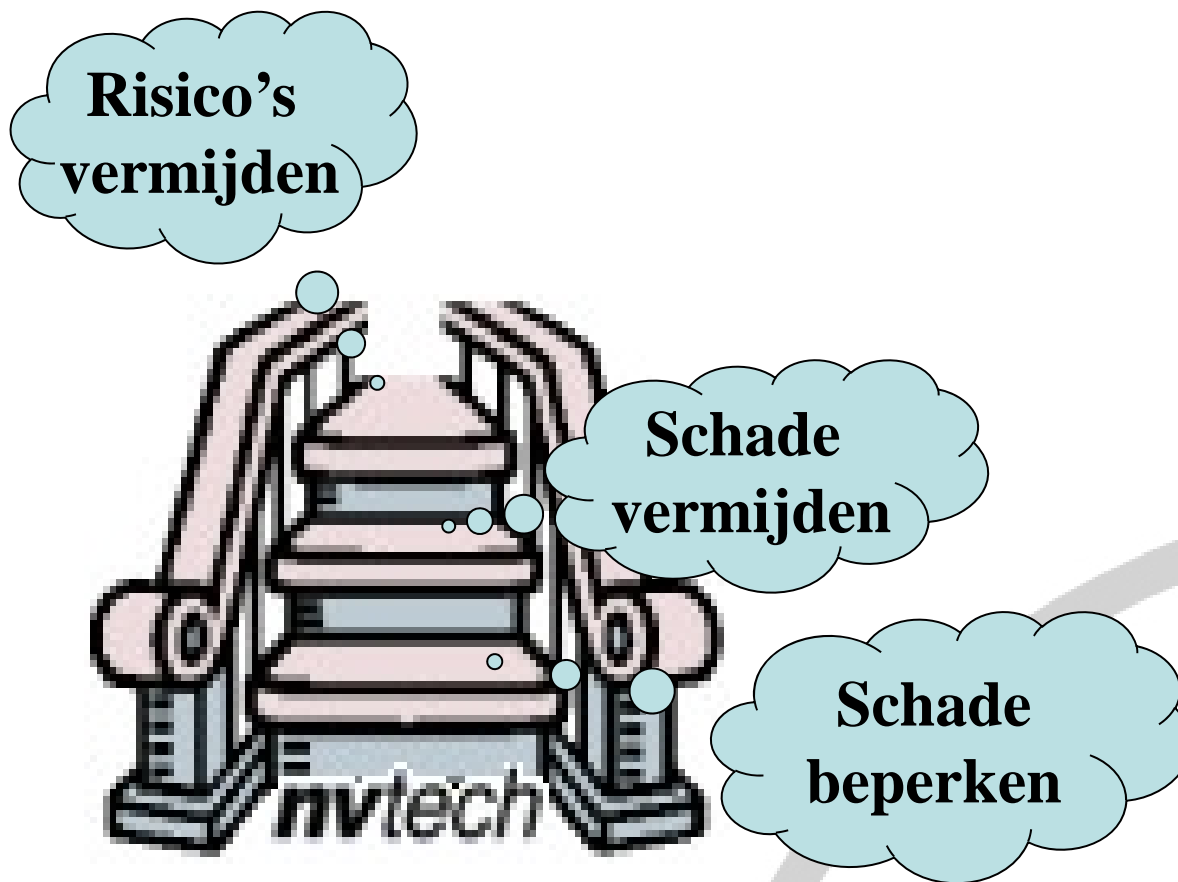


Taak-analyse





Preventie-hiërarchie





Preventie-hiërarchie & DM

- **Primaire preventie :**
Risico op gezondheidsklachten vermijden
(vb.: herhaalde instructies over goed tillen, voorzien in adequate tilhulpmiddelen, ergonomische voorzieningen..)
- **Secundaire preventie :**
Schade aan gezondheid/welzijn vermijden
(vb.:bij zwaar rugbelastend werk training geven in correct gedrag tijdens en na het werk, info herhalen over “knipperlichten van het lichaam”, ergonomische voorzieningen,...)
- **Tertiaire preventie :**
Schade aan welzijn beperken
(vb.: voorzien in procedure voor werkhervatting, ergonomische voorzieningen,...)



Raakvlakken met ...

⊗ Human resources management

- Loopbaanplanning (promotie – demotie)
- Leeftijdsbewust personeelsbeleid
- Diversiteitsbeleid

⊗ CAO 104 (oudere werknemers)

⊗ CAO 100 (alcohol- en drugsbeleid)

⊗ Anti-discriminatiebeleid (“redelijke aanpassingen”)

⊗ Gezondheidstoezicht – risicobeheer

⊗ Dynamisch risicobeheerssysteem

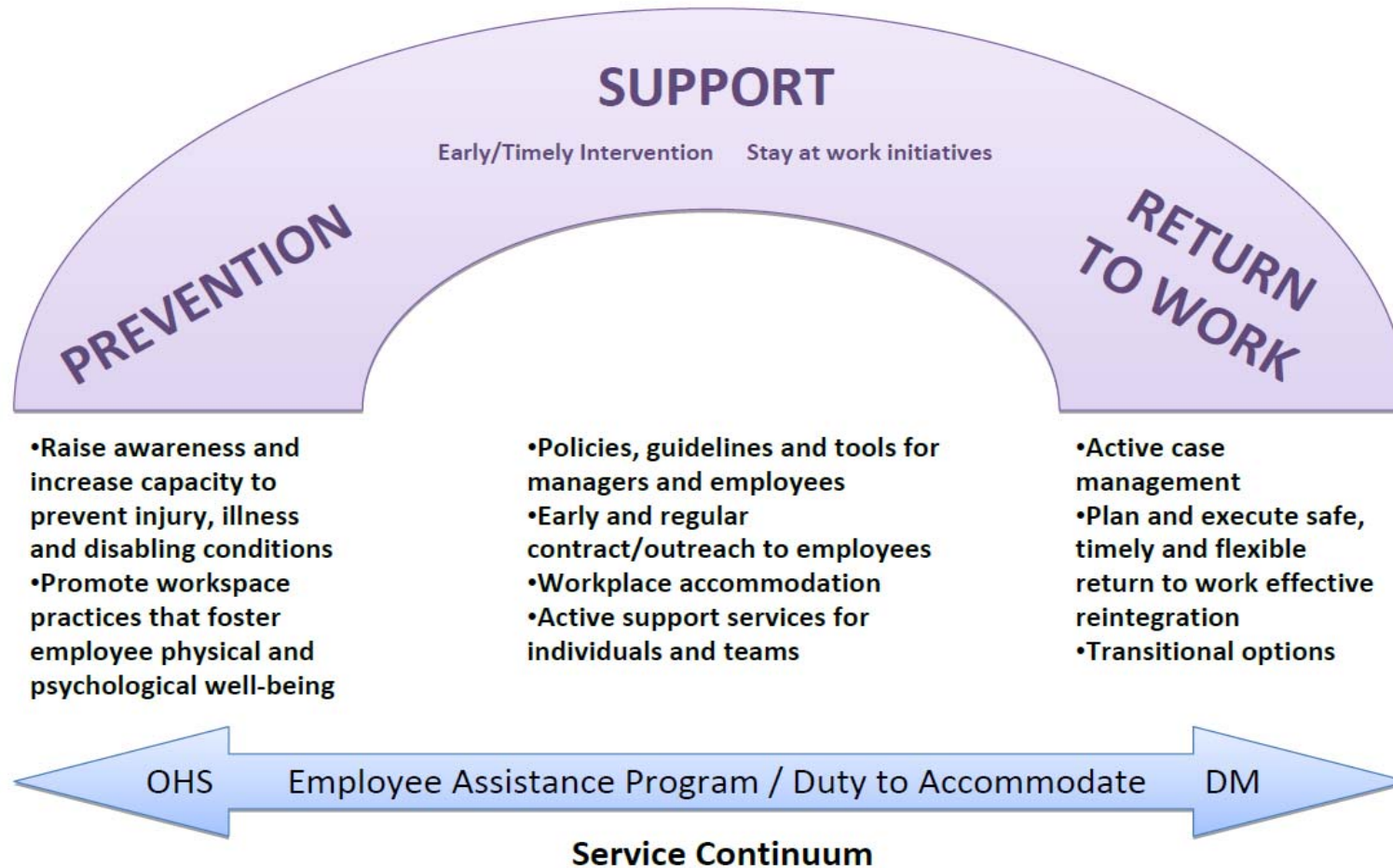


Dis-ability Management





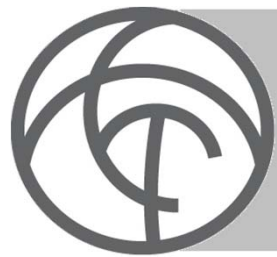
(Dis-)ability management



<http://www.tbs-sct.gc.ca/hrh/dmi-igi/steps-etapes/bdmp-epgi05-eng.asp>

www.ACT-DESIRON.be



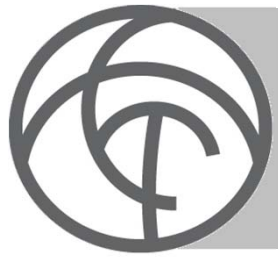


(PBW-)beleidsoverwegingen

⊗ **Primair (! Inschatten belasting ten aanzien van belastbaarheid van –nieuwe- personeelsleden)**

- Taaktoewijzing / taakstelling
- Werkplekorganisatie & -inrichting
- Werkmethode
- Tijdstudie
- Dynamische risico-beheerssysteem
- Aan- en afwezigheidsbeleid
-

⊗ **Collectieve benadering (DM)**



(PBW-)beleidsoverwegingen

⊗ **Secundair** (! Detectie van (over- & onder) belastingsrisico's)

- Klachtenanalyse
- Verzuim-oorzaken detecteren
- Exit-gesprekken
- Bijna-ongevallen (ook met materiële schade)
- (on)tevredenheidsbevraging

⊗ **Collectieve benadering (DM & DCM)**



(PBW-)beleidsoverwegingen

Tertiair

- Afwegen belasting / belastbaarheid voor specifieke werkplek(ken) / specifieke persoon
- Progressieve hervatting:
 - Eigen taak, minder of zelfde aantal uren
 - Andere taak, minder of zelfde aantal uren
 - Andere taak,
- Werkplekaanpassing (! Vervoer van en naar het werk, werkkledij, bruikbaarheid van PBM's,...)

Individuele benadering (DCM) ingebed in beleidsoverwegingen (DM)



DM management

Inbreng HRM

- Selectie en aanwerving
- Opleiding (welzijn en veiligheid inclusief)
- Evaluatie systeem
- Extra-legale vergoedingen
- Re-integratie afspraken
 - Effect op loon
 - Voordeel voor de klagers (?)
 - Vervangarbeid is in principe tijdelijke oplossing
- “Disability Management” bij blijvende gedeeltelijke arbeids(on)geschiktheid
 - Ziekte
 - Handicap
 - Oudere werknemers
 - ...





⊗ Inbreng veiligheid

- Participatieve aanpak selectie PBM
- Inbreng medewerkers in risicoanalyse
- Training en permanente vorming
- Aandacht voor evacuatie-planning





DM Management

- ④ **Inbreng PA-AG; PA – Ergonomie; PA-psycho – sociale belasting**
 - Analyse van belasting
 - Matching met belastbaarheid
 - Weerbaarheid van medewerkers
 - Werkdruk
 - Optimalisatie van vergelijking
 - Gedrag van mensen
 - Realiteit afstemmen binnen grenzen van realiseerbaarheid
 - Gezondheid en (vroeg)detectie
 - Evaluatie van belastbaarheid
 - Wettelijk geregelde inbreng in re-integratie
- ④ **Veiligheid en gezondheid als voorwaarde voor herintrede / functieverandering / jobrotatie,...**



Partners van een DM-beleid

- ④ **IDPBW / EDPBW / CPBW**
 - Uitbouw en operationaliseren van een DM beleid
 - Opvolging van (progressieve) werkhervatting
- ④ **HRM / Soc. Secretariaat / VDAB / AVIQ-FOREM / Arbeitsamt DG**
 - Verzuimbeleid
 - Leeftijdsbewust personeelsbeleid
 - Kansengroepenbeleid (voorbeeld VL)
 - Diversiteitsplan
 - CAO 104
 - VOP
 - Anti-discriminatie wet
 - ...
- ④ **Verzekeraar arbeidsongevallen**
 - Art 23
- ④ **Overheid**
 - Progressieve werkhervatting (ZIV / mutualiteit werknemer)



Aandachtspunten

- Behoud van werk voor mensen met een vorm van arbeids(on)geschiktheid
 - Tijdelijk of chronisch zieken,
 - Zwangeren
 - Oudere werknemers,
 - Mensen met een arbeidsbeperking
- Belangrijk issue in de politiek, wetgeving en in de maatschappelijke discussie rond arbeids(on)geschiktheid.
 - Belang van participatie van kansengroepen
 - Inzetbare “labor force”
- Preventiestrategien en hulpmiddelen en mechanismen van re-integratie worden besproken :
 - PBW (gezondheidstoezicht)
 - Arbeidsongevallen



Aandachtspunten

- Het domein van de ouderen & gerontotechnologie komt meer en meer aan de orde
 - CAO 104
 - Leeftijdsbewust personeelsbeleid
- Juridische context: wetgeving en normalisatie met betrekking tot arbeidsintegratie
 - Inclusief beleid VDAB
 - Uitkeringsgericht beleid omzetten naar een re-integratiebeleid (sept 2006)
 - Rol van arbeidsgeneesheer bij werkhervatting
 - ...



Disability Case management

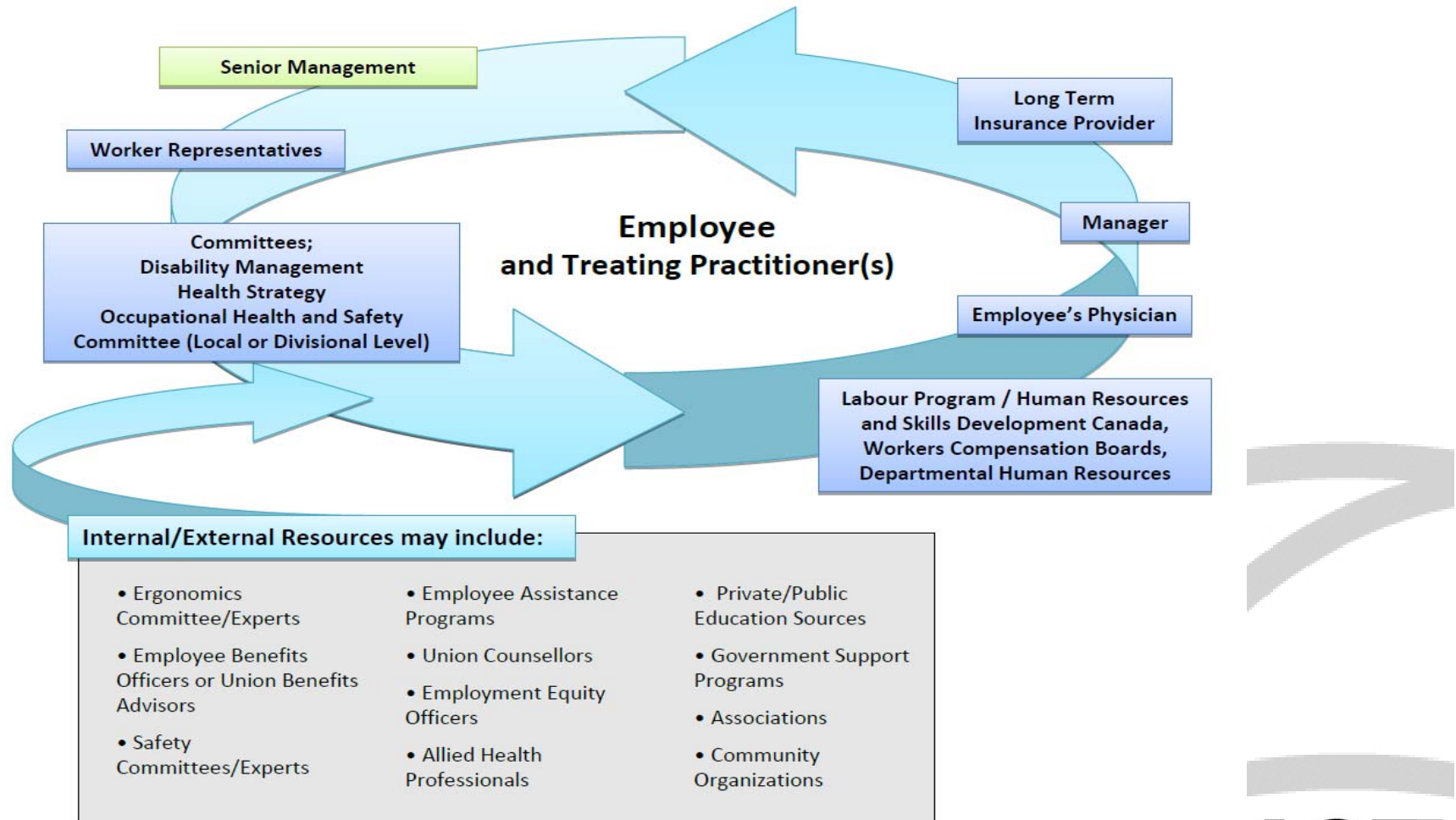


Disability Case Management





DM & DCM



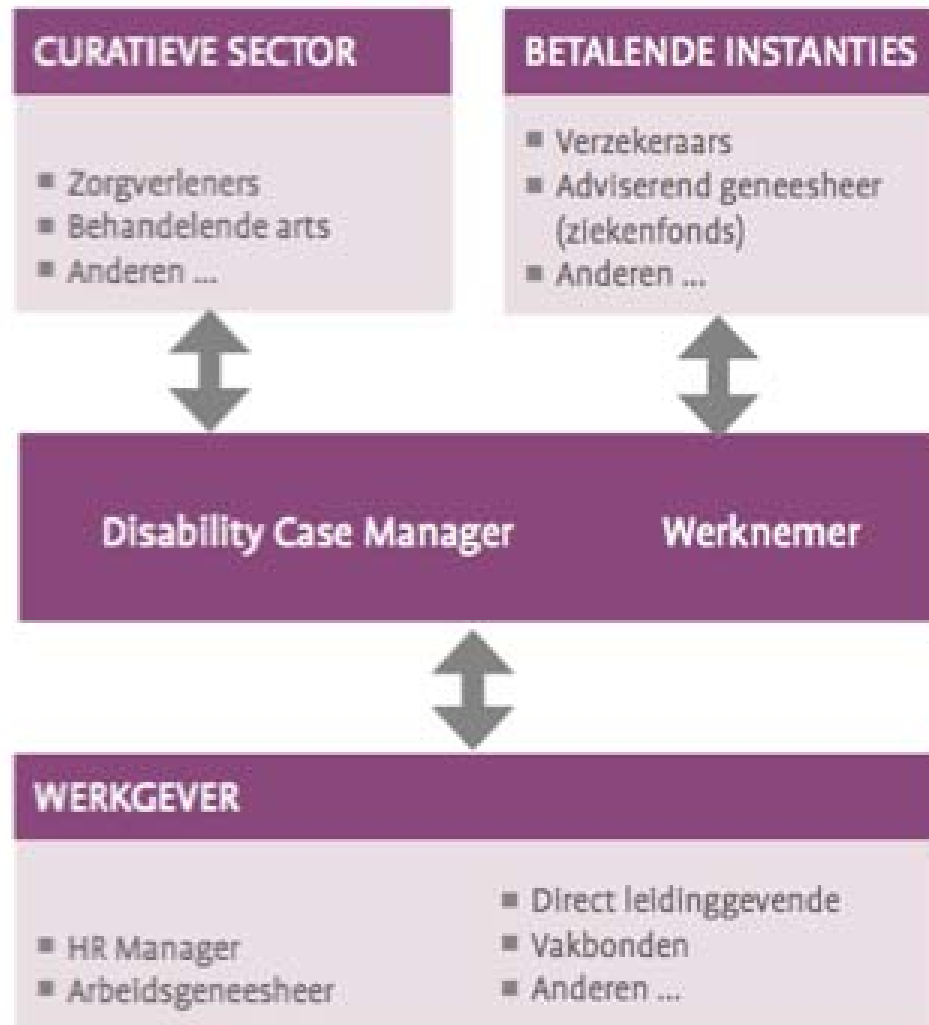
<http://www.tbs-sct.gc.ca/hrh/dmi-igi/steps-etapes/bdmp-epgi05-eng.asp>

www.ACT-DESIRON.be

ACT
desiron



Disability case management





Hertewerkstelling / reïntegratie

⊗ Werkhervatting (in-placement)

- zelfde werkgever, zelfde job
(al dan niet ergonomisch aangepast)
- zelfde werkgever, andere job (idem)
 - Bijkomende vorming
 - Herscholing
 - Praktijkleren
 -
- ? Quid ? Ondersteuningsmaatregelen
(<https://www.aandeslag.be>)

⊗ Werkhervatting (out-placement)

- andere werkgever, andere job
- ? Quid ? ondersteuningsmaatregelen



Casus : “Geert”

- ⊗ Onderhoudsmecaniciën (34 jaar)
- ⊗ Voorvoet amputatie na arbeidsongeval
- ⊗ Omscholing tot “bullman” ten behoeve van behoud van tewerkstelling
- ⊗ Continuïteit bedreigd door stomp-problemen (ondanks orthopedische aanpassing)



Casus : “Geert”

- ④ **Stap 1: in kaart brengen belastbaarheid (info curatieve sector)**
 - Looptraining
 - Gerichte keuze prothese in functie van arbeidsbelasting ?
- ④ **Stap 2 : arbeidsbelasting en mogelijkheden exploreren**
 - Soort werk (inspanning, risico-analyse,...)
 - Organisatie-ergonomie ?
 - Art 23 ?
 - VOP?
 - Kosten voor omscholing ??
- ④ **Stap 3 : opzetten van hervattingsplan op basis van vergelijking WAT KAN / WAT MOET KUNNEN / WELKE RISICO'S**
 - Gradueel opzetten in samenwerking met verzekeraar AO e/o curatieve sector
 - met opvolging vanuit PA-AG , HRM e/of directe overste → Disability Management (<https://www.prevent.be/thema/disability-management>)



Casus : “Johan”

- ⊗ Magazijnier/heftruckbestuurder (42 jaar)
- ⊗ Letsels B.L. (links) met belangrijke blijvende beperkingen (amplitudo, gevoeligheid voor trillingen, inspanning...)
- ⊗ Potentieel van Johan zou doorstroom naar minder fysiek inspannende functies mogelijk kunnen maken. Dit soort werk is niet continu aanwezig
- ⊗ Karakters van betrokken personen in de functie liggen niet gemakkelijk t o v elkaar
- ⊗ Stand van zaken : verlengde arbeidsongeschiktheid zonder directe afspraken of oplossingen in zicht



Casus “Johan”

- ④ **Stap 1 : in kaart brengen van “beïnvloedende factoren”**
 - Visie werknemer
 - Visie werkgever
- ④ **Stap 2 : exploreren van mogelijke alternatieven**
 - eigen werk, ander werk,.. Met + & - van elke optie
- ④ **Stap 3 : in kaart brengen belastbaarheid en relateren aan mogelijke alternatieven (vb IMBA)**



Casus: “Johan”

- ④ **Stap 4 : “best match” uitproberen (in-placement : eigen functie of andere?)**
 - Hoe lang duurt testfase ?
 - Wanneer opvolgen (PA- AG, HRM, directe chef ...?)
 - Assimilatie / accommodatie ?
 - CAO 26 & tussenkost werkpostaanpassing?
 - Acceptatie label “persoon met handicap”
 - C 32 met toegang tot herscholing ?
- ④ **Als resultaat = OK opbouw hervatting**



Casus : “Johan”

- ④ **Stap 4 : “best match” uitproberen (in-placement : eigen functie of andere?)**
- ④ **Als resultaat = N OK**
 - Weten wat wel en niet kan → essentieel voor gericht zoeken van andere functie elders (out-placement)
 - Ontslag wegens medische overmacht (bittere pil “vergulden”)
 - Impact in bedrijf (collega’s...) : procesgang toont concrete betrokkenheid van beleid
 - Stempelen → toegang tot her- bijscholing
 - Herscholen met toestemming RIZIV



Besluitend

⊗ **DM → ingebed zijn binnen ALLE bedrijfsstructuren:**

- Visie / overtuiging
- Bedrijfsbreed gedragen

⊗ **DCM → “what’s in it for ME”**

- Werkgever
- Sociale partners
- Werknemer
- Collega's
-



Besluitend

- ④ **Correcte toepassing DM → “happy employee” ?!**
 - Kans op blijven werken als “noodlot” dit bedreigt
 - Kans op behoud van menselijk kapitaal en investeringen in training, opleiding,...
- ④ **Corporate social responsibility**
 - Bedrijf & samenleving
 - Binnen bedrijf visie ontwikkelen en toepassen (! Participatief !)
- ④ **“Beste werkgever”**
 - Betrokkenheid van management naar werknemers en vice versa
 - Minimaal verloop / minimaal verzuim



www.ACT-DESIRON.be

ACT
desiron



Dank U

voor uw aandacht



huget@act-desiron.be

www.ACT-DESIRON.be

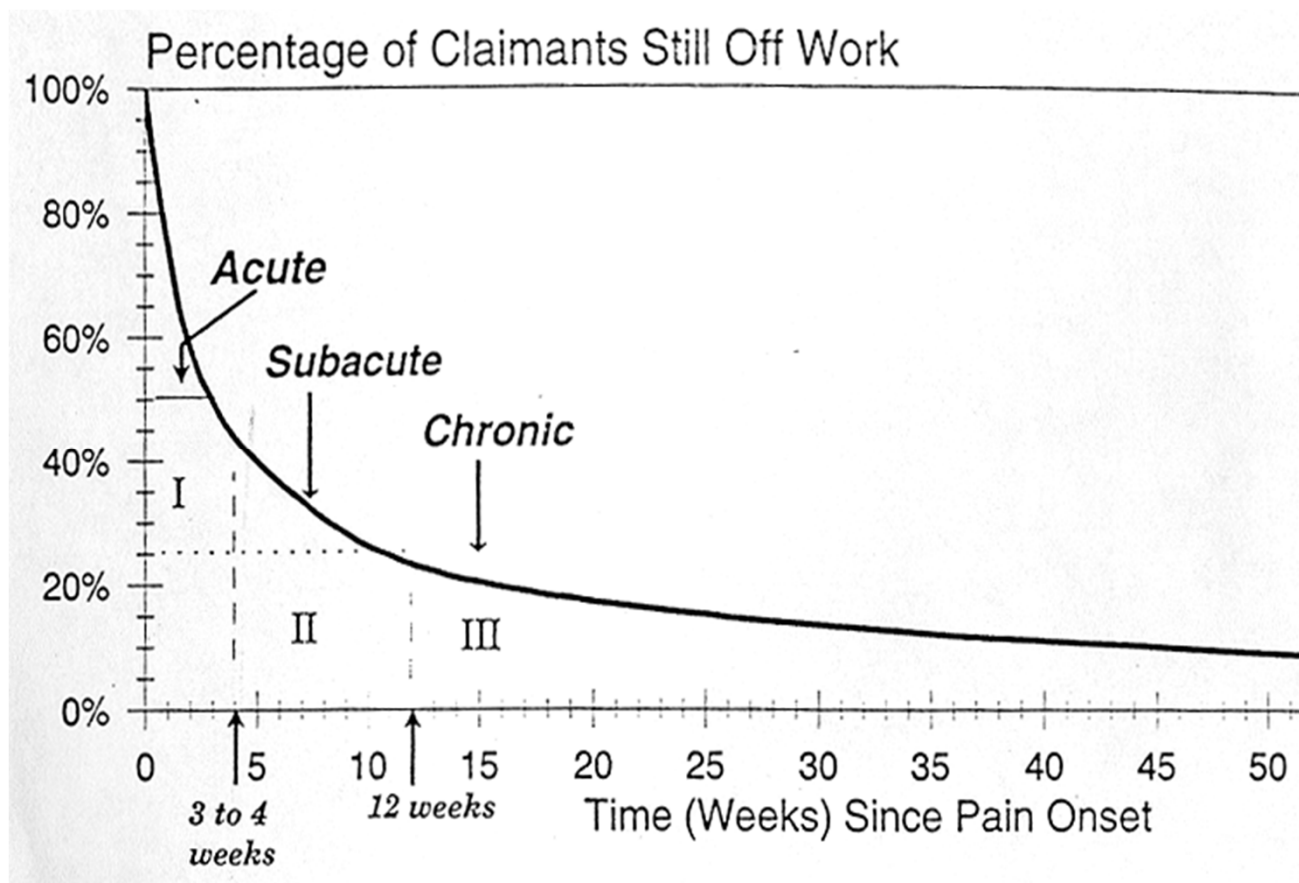


Les interventions ergonomiques liées au programme de réintégration des travailleurs lombalgiques du Fonds des maladies professionnelles

Olivier Poot, Médecin collaborateur
Fonds des maladies professionnelles

Bruxelles, le 29 septembre 2016

Histoire naturelle de la lombalgie



Une fenêtre d'opportunité entre la 4^e et la 12^e semaine !

Le programme de revalidation lombaire FMP



Prévention des « maladies en relation avec le travail »

(art.44 de la loi du 13.07.2006 – M.B. 01.09.2006)



n'implique pas la reconnaissance de l'existence d'une maladie professionnelle

Critères du programme



Le travailleur (salarié ou fonctionnaire dans une APL)

- ❖ Que le médecin du travail estime exposé aux risques liés au port manuel de charges et/ou aux vibrations mécaniques transmises par le siège
- ❖ Qui est en incapacité de travail :
 - suite à des lombalgies mécaniques communes (arrêt de min. 4 semaines et max. 3 mois)
 - suite à une rechute dans une période de 12 mois (min. 1 semaine et max. 3 mois)
 - suite à opération chirurgicale de la colonne lombaire (min. 4 semaines et max. 3 mois)

Bénéfice travailleur



- Participation gratuite aux séances de revalidation
- Intervention frais de déplacement
- Possibilité d'intervention ergonomique
- Accompagnement de reprise de travail

Bénéfice de l'employeur



Gratuité :

- analyse ergonomique du poste de travail du travailleur inclus dans le programme

ou

- formation du travailleur concerné
(accompagnement standard)

Buts du programme



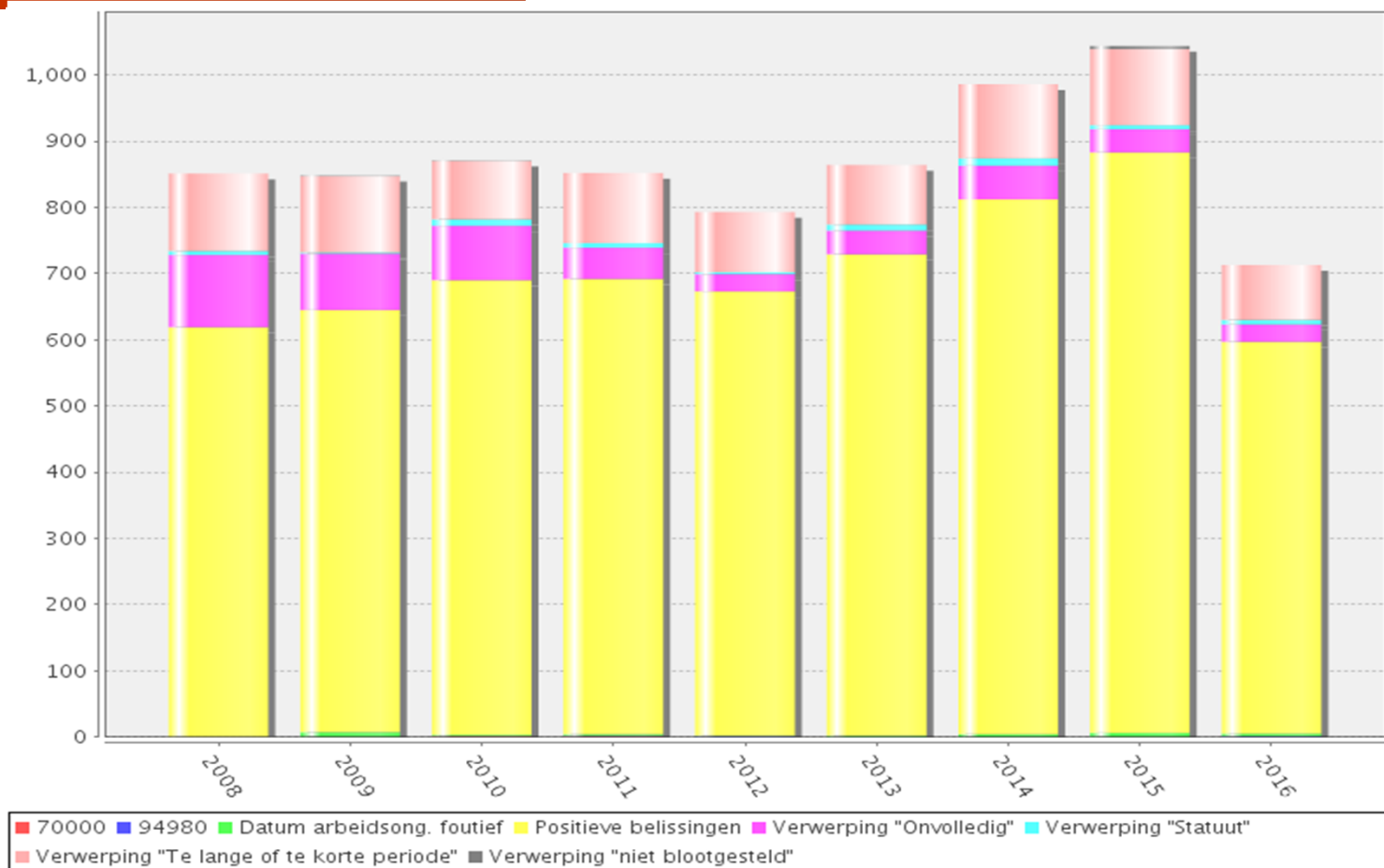
- Prévenir l'aggravation de la lombalgie
- Enrayer l'évolution vers la lombalgie chronique
- Favoriser le retour au travail
- Encourager la concertation entre les médecins

Base scientifique



- Recommandations internationales (COST B13, KCE 2006) : si l'arrêt du travail se prolonge au delà de 4-6 sem, favoriser la reprise du travail par des programmes structurés d'intervention
- Des expériences pilotes au Canada (Sherbrooke), en Suède, en Belgique (« Vivre avec son dos » à Cockerill-Sambre depuis 1993)

Evolution demandes



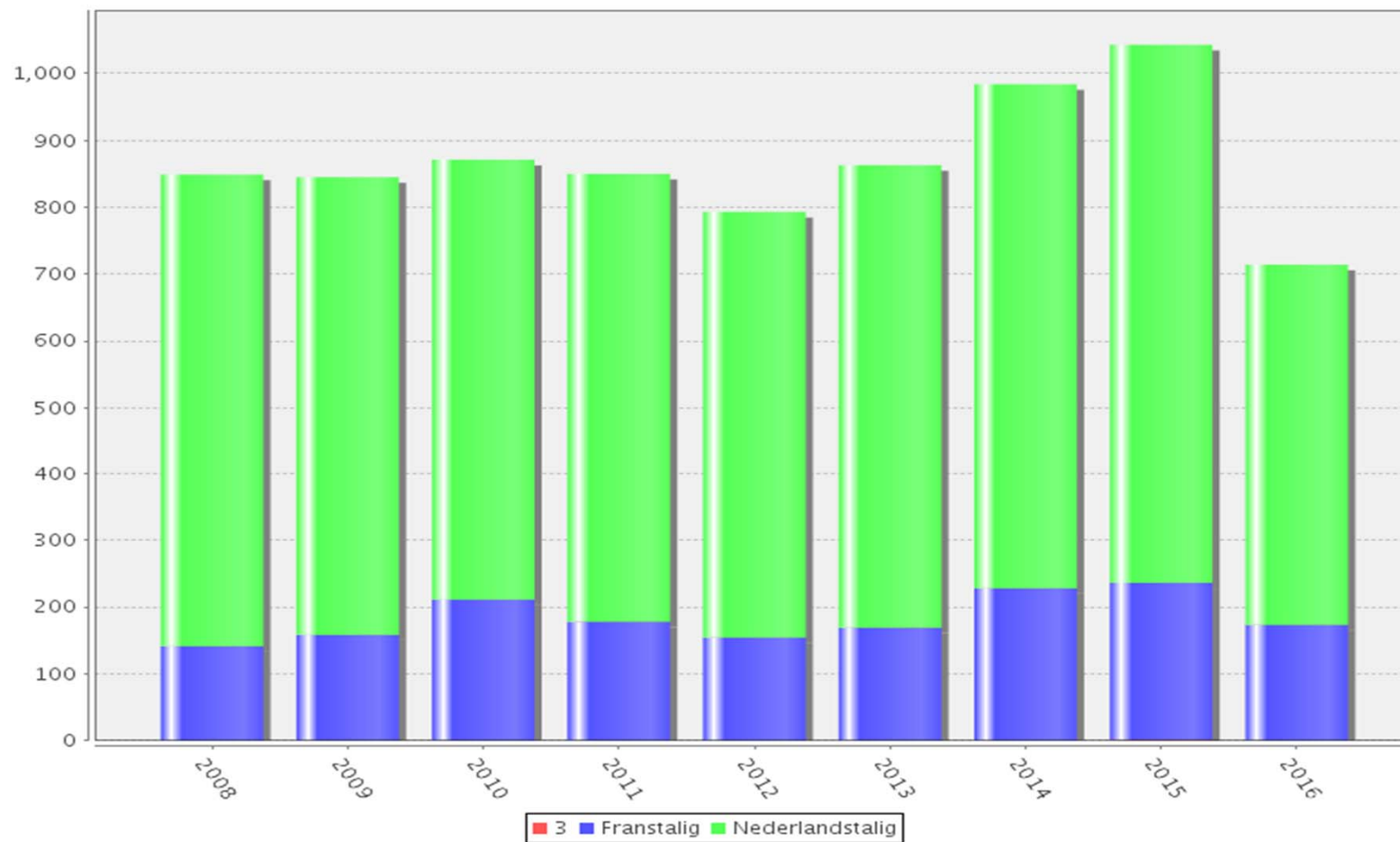
Programme de revalidation lombaire FMP/INAMI



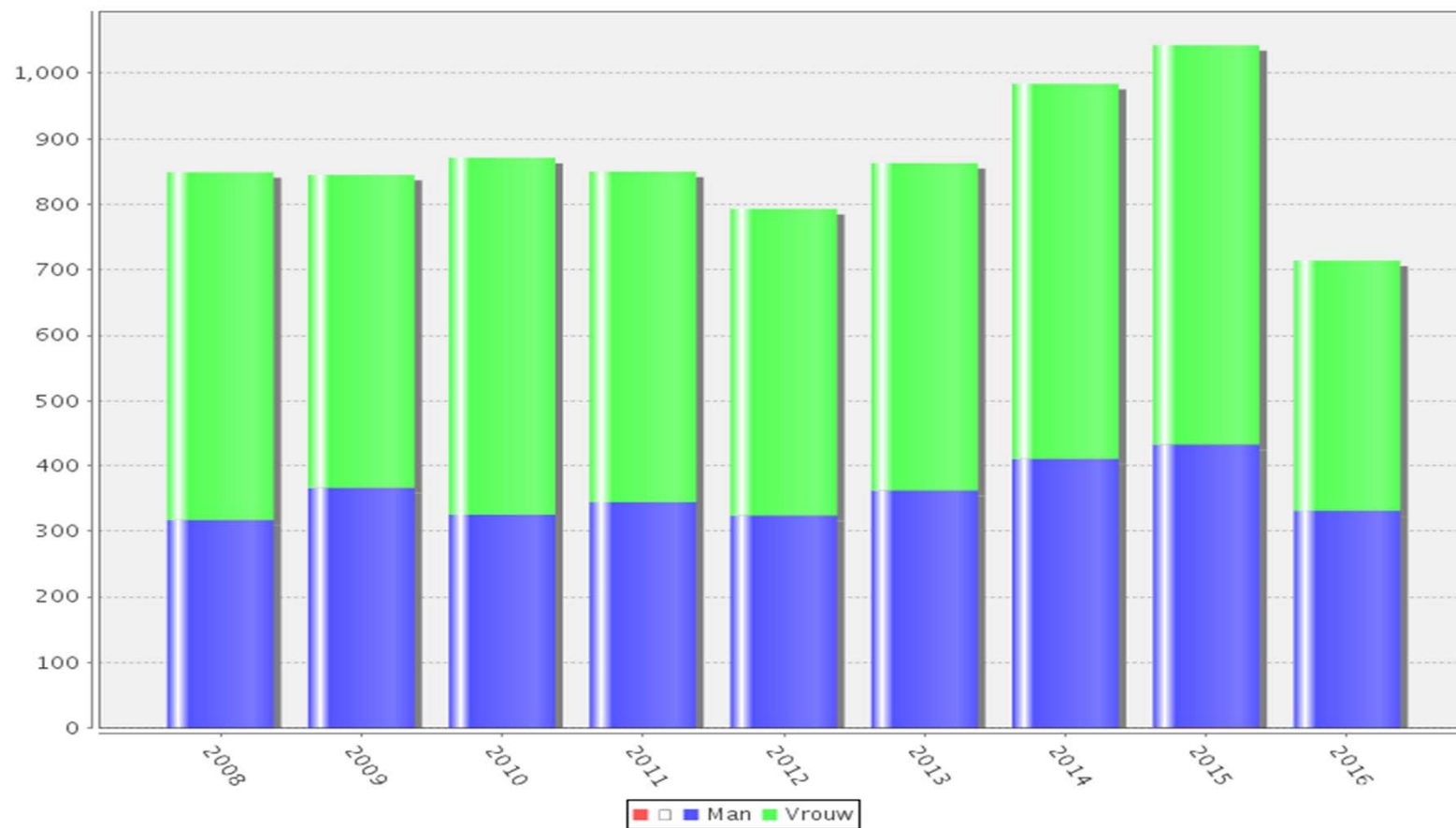
Prestations en revalidation (code INAMI 558994) 2014 :

- FMP 806 patients (137 IE)
- INAMI environ 11000 patients

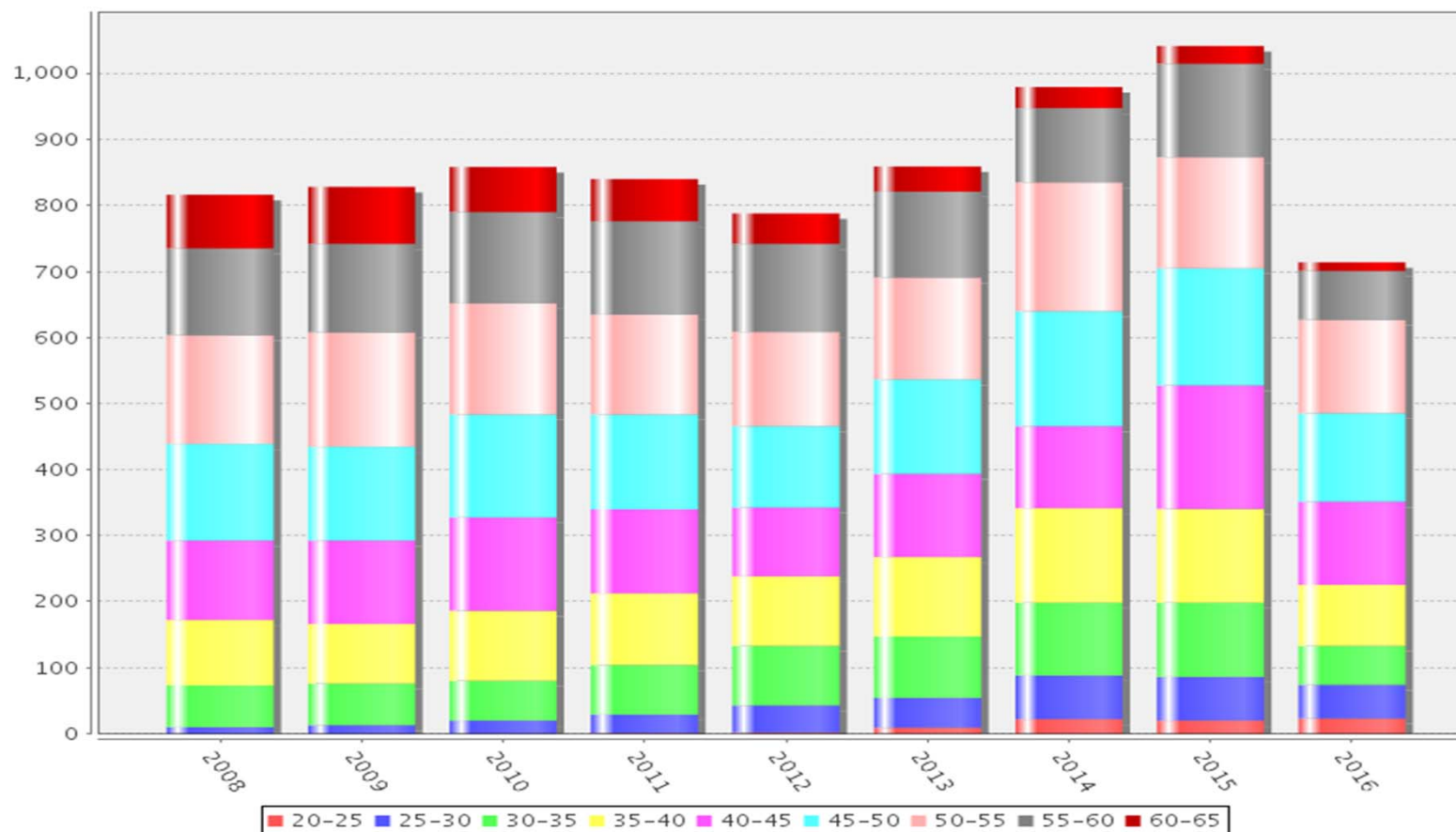
Demandes N/F



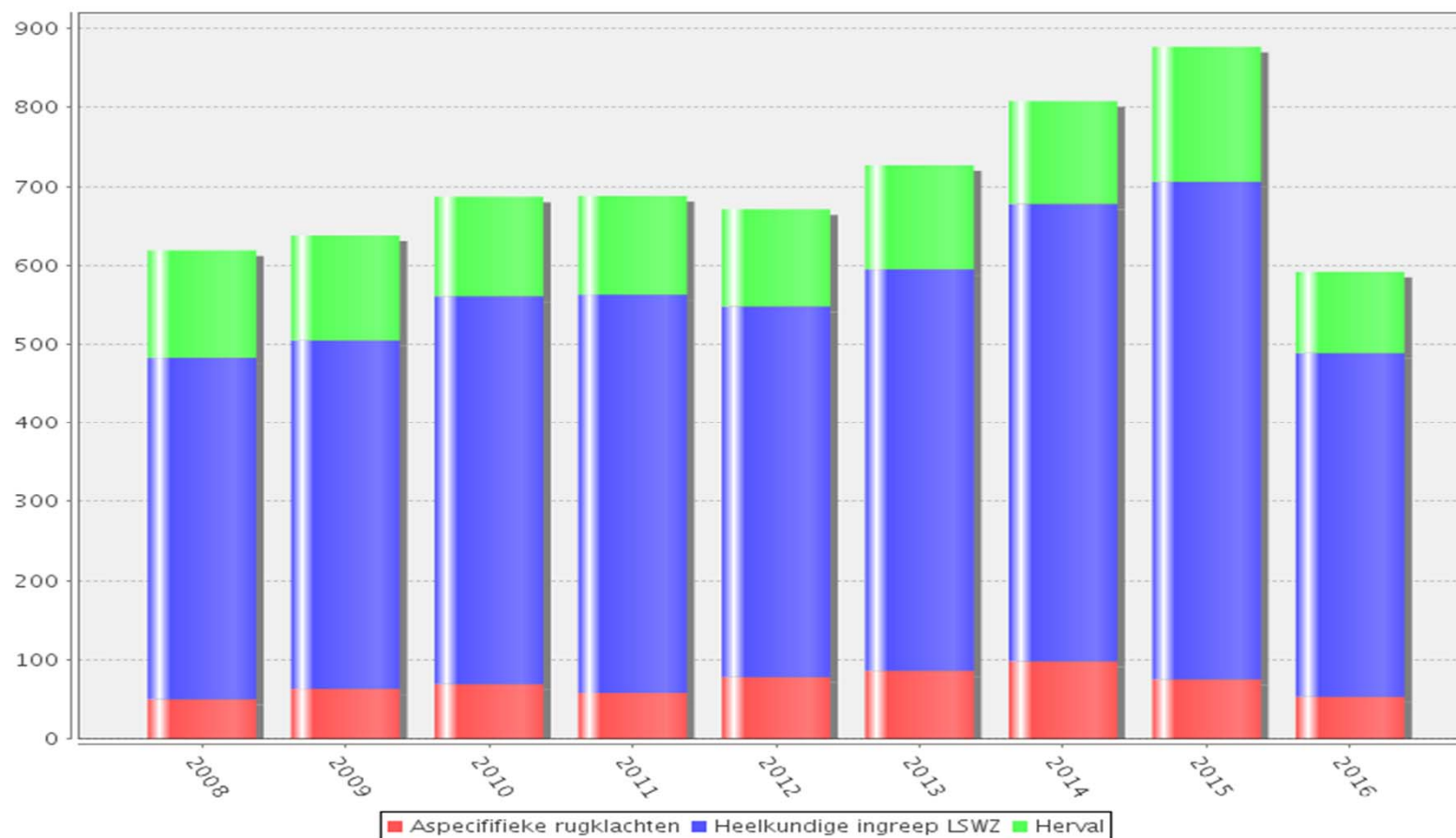
Demandes H/F



Demandes âge



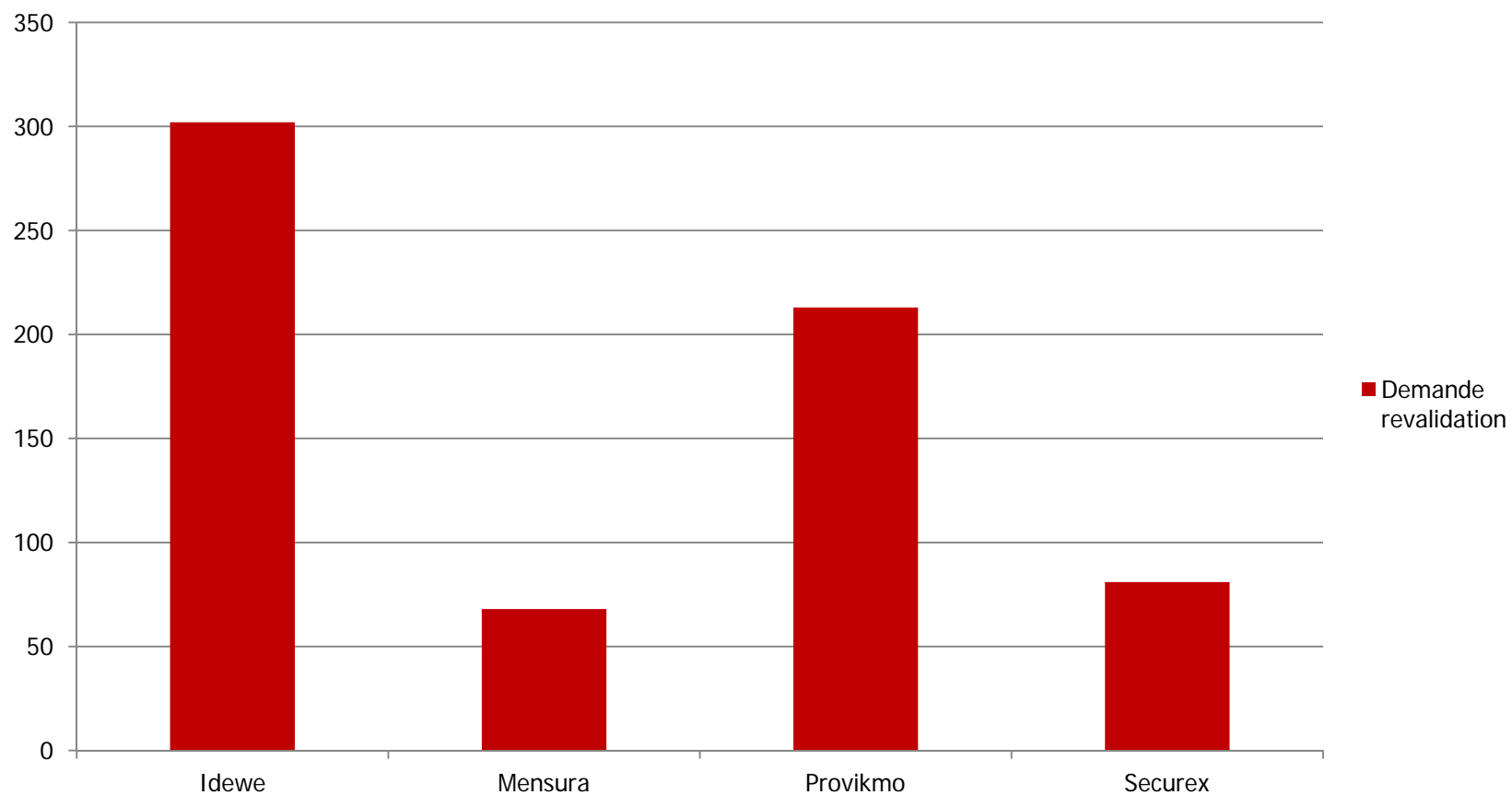
Pathologie clinique



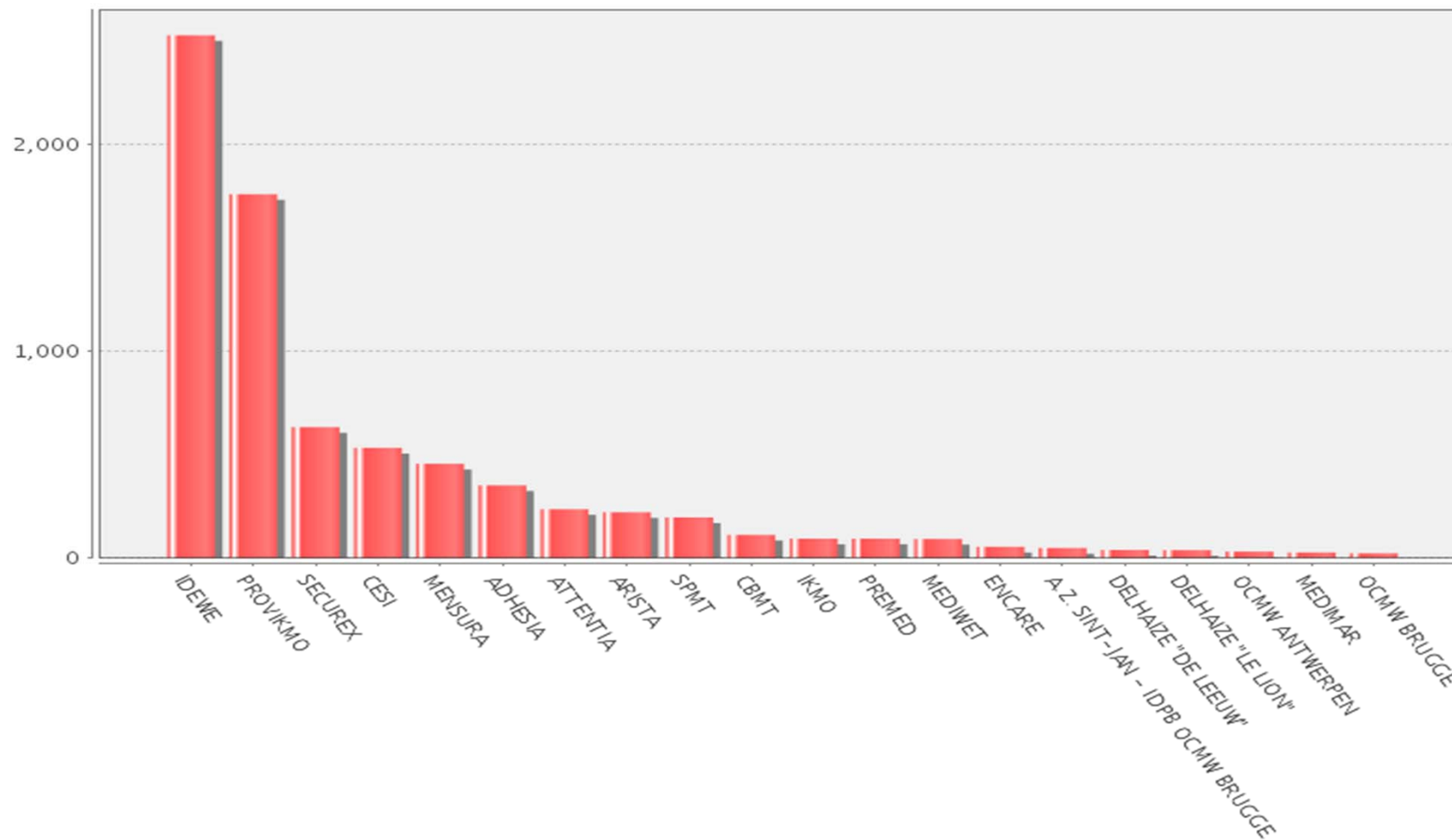
Demands acceptées/SEPP



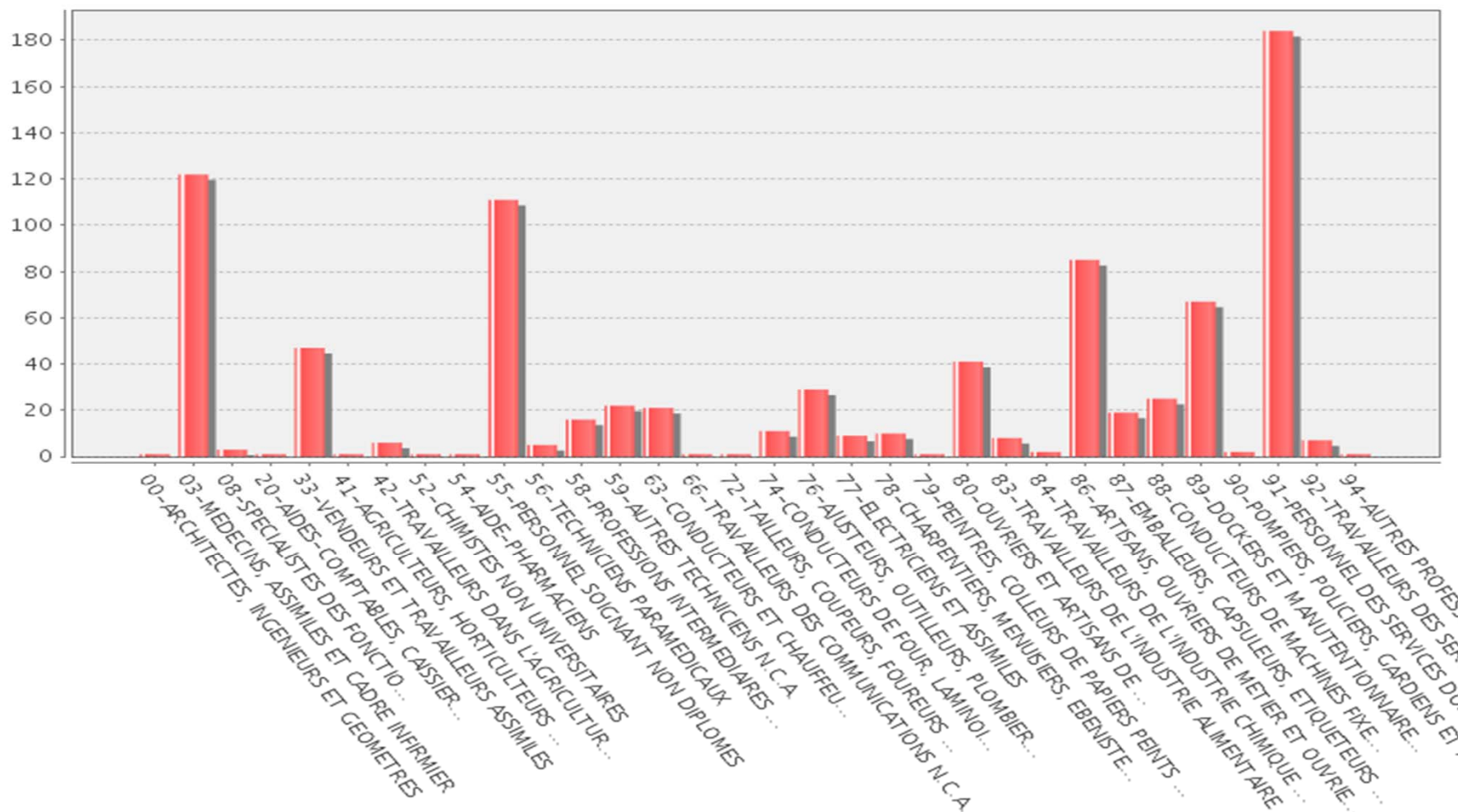
2015



Demands/SEPP ou SIPP



Demandes/métier (2015)



Interventions ergonomiques



- a. Accompagnement standard (application depuis 2005).

- b. Programme d'intervention d'ergonomie participative (projet pilote 2013-2016).

Accompagnement standard



Avantage :

- Complément nécessaire de l'approche thérapeutique afin d'obtenir des résultats probants
- Généralisation possible de l'analyse ergonomique du poste de travail
- Initialisation de l'avantage d'une démarche ergonomique en entreprise

Accompagnement standard



Intervention ergonomique (étape 1) :

- 6 mois après acceptation revalidation
- Rapport circonstancié (4h)/On the job training (3h)
- Employeur envoie documents.
- 402,05 € (2013)

Accompagnement standard



- Médecin du travail fait la demande
- Conseiller en prévention, ergonome ou collaborateur gestion des risques

Accompagnement standard



Taux de conversion 01-12/2015 :

- IDEWE 21,85% (66/302)
- SECUREX 11,11% (9/81)
- PROVIKMO 32,92% (68/213)
- MENSURA 23,53% (16/68)

Programme d'intervention d'ergonomie participative



Conditions :

- 12 sessions revalidation
- Accompagnement standard
- SOIT n'a pas repris le travail
SOIT un poste de travail adapté
SOIT rechute pendant avec plus d'une semaine
d'ITT après 12 mois de reprise

Intervention ergonomique participative



Intervention ergonomique (étape 2)
(Anema):

Comment ?

- Médecin du travail et travailleur
(formulaire)
- Acceptation FMP.
- Effectuée 18 mois après accompagnement standard (max).

Intervention ergonomique participative



- Conseiller en prévention, ergonome ou collaborateur gestion des risques (sous la surveillance).

Intervention ergonomique participative



Méthodologie (convention SEPP/FMP):

- Préparation (contact participants)
- Evaluation des risques (VLT, analyse de tâches, interviews participants)
- Recherche de solutions collectivement « Nominal Group Technique » (faisabilité)
- Planification de solutions
- Exécution des solutions
- Suivi (évaluation)

Intervention ergonomique participative



Présentation :

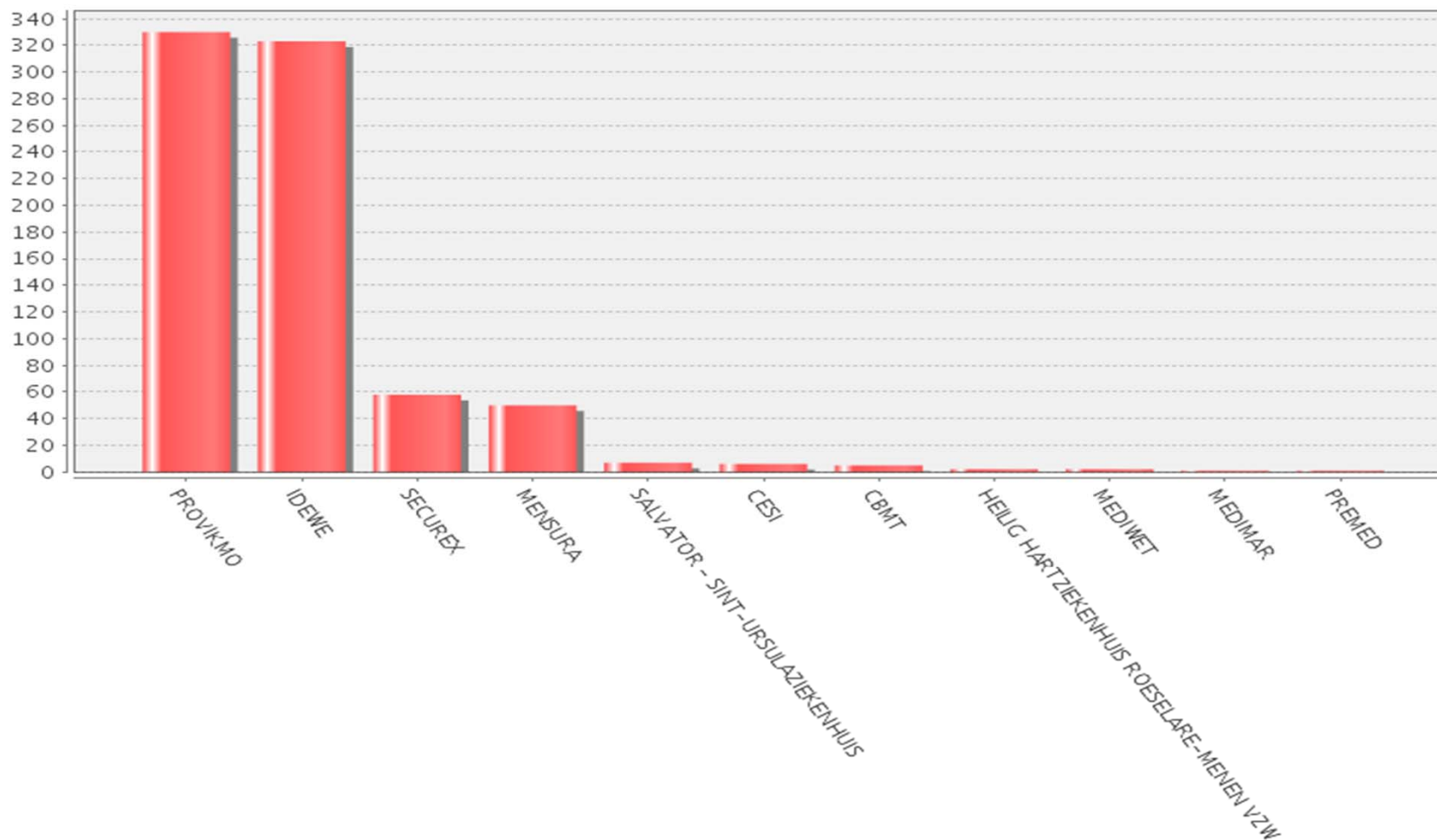
- Rapport : liste des personnes , obstacles à la reprise de travail, mesures conseillées appliquées ou non.
- Rapport signé par ergonomiste et copie au médecin du travail

Intervention ergonomique participative

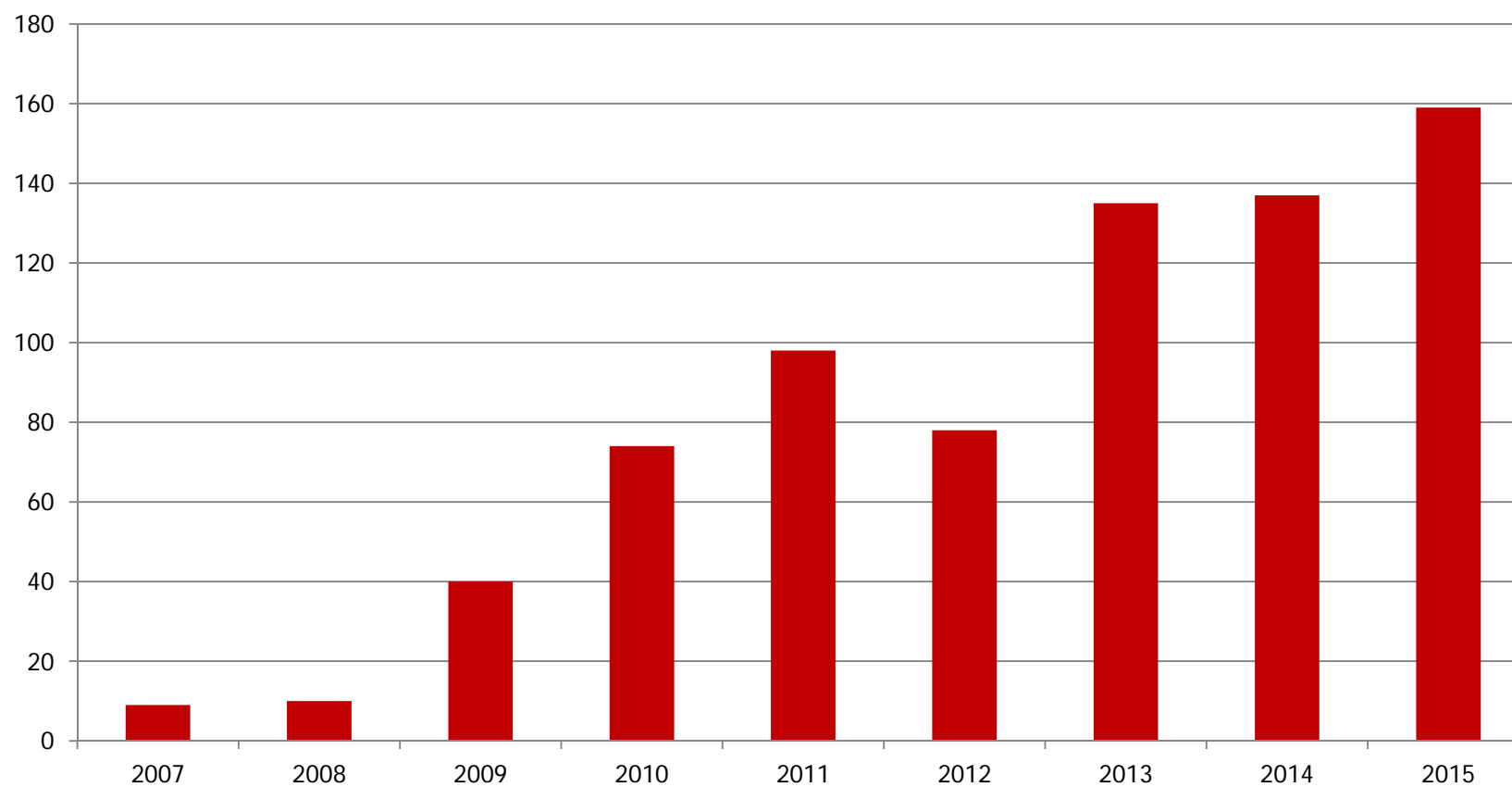


- 1216,14€/ rapport (2013)
- Certains SEPP (4) : IDEWE, Mensura, Provikmo, Securex,

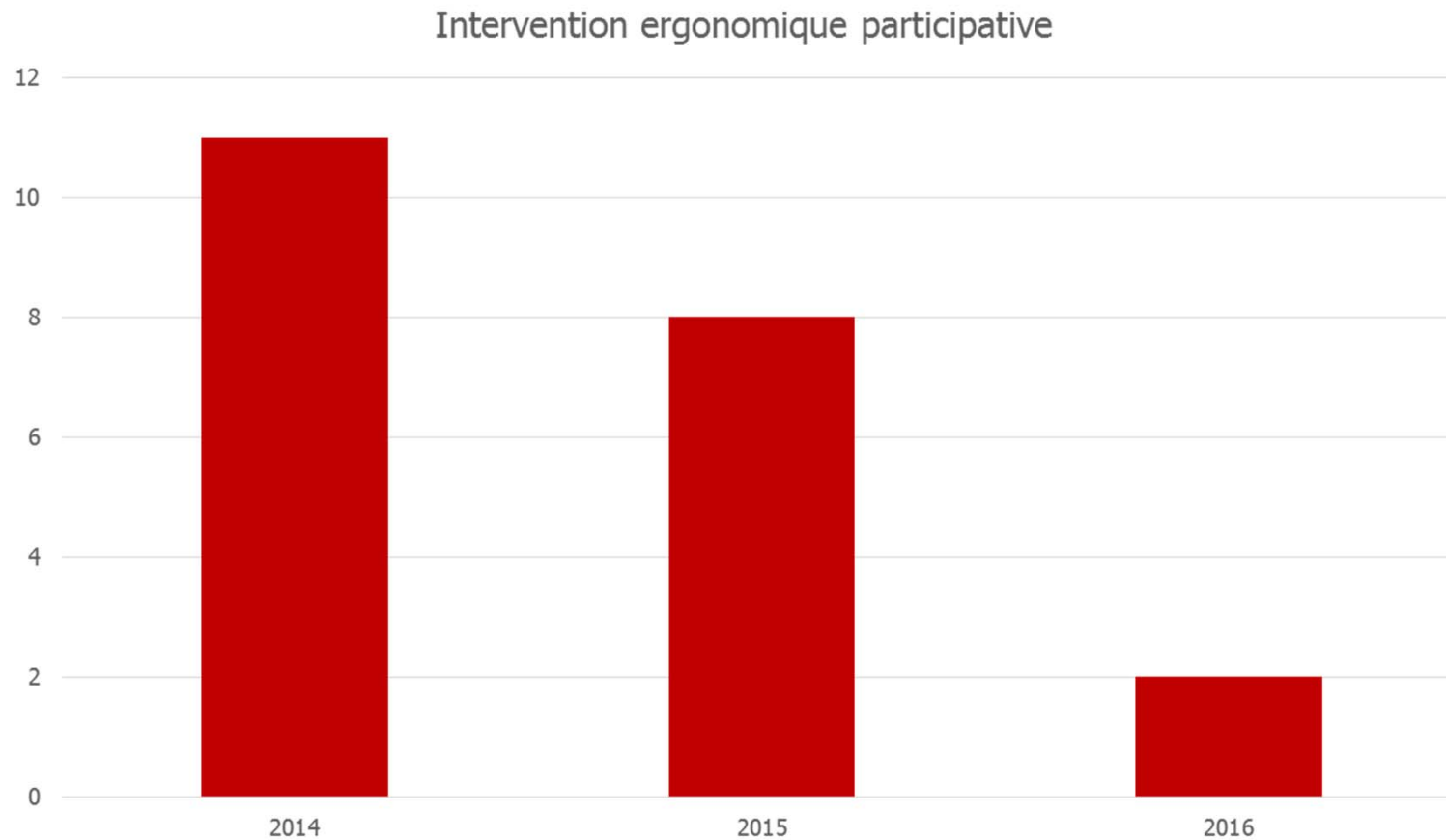
Accompagnement standard 2005-2016



Accompagnement standard



Intervention ergonomique participative



Bilan projet pilote intervention ergonomique participative :

- juillet 2016.
- Rapport de synthèse/SEPP : faisabilité du projet (obstacles, adaptations proposées)

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Constat accompagnement standard :

- Progression du taux de conversion (investissement SEPP, réunions et collaboration FMP).

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Constat interventions participatives:

- Excellente entente entre SEPP (projet).
- Intérêt faible pour les interventions ergonomiques participatives (candidats, employeurs).

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Constat interventions participatives :

- 12 rapports/22 demandes (employeur).
- Intervention :
>12h , rapports dissemblables (conditions de travail, comportement, horaires et tâches, interventions gouvernementales),
amélioration esprit de prévention entreprise.

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Propositions:

- Trajet de réintégration (nouveau projet).
- Administration (FMP).
- Uniformité des rapports.
- Elagissement critères d'inclusion ITT (plan de réintégration).

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Objectif :

- 2000 demandes FMP revalidation/an
Comment ?
 - >visite de pré-reprise (MDTR)

Interventions ergonomiques

Conclusions :



Objectif :

- Taux de conversion 50% tous les SEPP
Comment ?
->gestionnaire réintégration SEPP ?

Interventions ergonomiques

Conclusions :



- Interventions participatives :
 - reconnaissance ?
 - exceptionnelles !
 - intégration accompagnement standard (trajet de réintégration)

www.fmp-fbz.fgov.be



Contacts



Adresse:

FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES
Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles

Téléphone : 02 226 64 34 (>15h00)

E-mail: olivier.poot@fmp-fbz.fgov.be

Infos et News sur le site du FMP: www.fmp-fbz.fgov.be (prévention dos)

**Merci pour votre
attention**



BNP Paribas Fortis

Dr JP Eeckels

Résumé de ce qui a été mis en place quant au disability management



- Prévention primaire (depuis 2008)
 - Questionnaire 'santé au travail' 20min online sécurisé quant au secret médical, (dépouillage avec service médical): 98% taux de participation (5000 personnes/an, triannuel)
 - Risque prédominant: charge psychosocial
 - Possibilité souhait de visite ou non chez MT
- Questions clés:
 - Plaisir au travail, rythme/pression, tâches variées, besoin de se ressourcer
 - Relation LH et collègues, gestion performance et sécurité d'emploi
 - Tendance problèmes psychiques (déprimé, sommeil, irrité, etc): 16 questions à 2pts. Si score >14: risques plus importants
 - Si >14 prise de contact même si pas de souhait de visite MT
- Analyse
 - par personnes, par service et aussi > 45 ans
 - Origine du stress privée, professionnelle, mixte
- Intervention
 - Lien avec CPAP, ergonomes, etc.
 - Lien avec AS

Résumé de ce qui a été mis en place quant au disability management



- Evolution absentéisme
 - ↗ année après année
 - Absentéisme longue durée stable
- Action si absence > 1 mois:
 - Info vers LH – contacter travailleur
 - Proposition au travailleur un entretien avec RH et LH avant reprise
 - Infirmier: pathologie, recherche cause ind/coll, conseil suivi thérapeutique
- Autres actions: aménager temporairement (1 mois) la reprise
 - Télétravail (si pathologie motrice), emploi plus proche
 - Étude du poste/formation
 - Mi-temps médical = temps partiel (1 j/sem, mi-temps, 4/5, ...)
 - Adaptation des tâches/contenu/objectif
 - Prévoir des pauses, salle de repos
 - Changement de travail
 - Mobility coach (coaching au changement de fonction)

Les freins sur le retour au travail



- Intérêt LH : voir la progression
 - Mais les services changent bcp donc comparaisons pas toujours aisées
- Des analyses par les CPAP sont faites régulièrement
 - Quand communication des résultats, souvent les partenaires et LH confirment savoir le problème
 - Perte de temps au détriment de prise d'actions/décisions
- Difficulté de l'entreprise d'accepter la prise en charge des problèmes privés dans le retour au travail (même si lien avec AS)
- Contact avec la clientèle amoindri: conseils très spécifiques ou plaintes clients (stress quant aux investissements, pression commerciales)
- Les personnes ont tendance à décharger les responsabilités, grandes attentes p.ex. envers l'ergonome
- La vie continue pendant l'absentéisme
 - Changement management, changement des fonctions
 - Sans PC, intranet, perte de contact avec la vie évolution dans l'entr

Les leviers sur le retour au travail



- 1er contact avec infirmier, examen préalable à la reprise
- Prise en charge multidisciplinaire (réunion hebdomadaire)
- Absentéisme en agence < car plus petite équipe, soudée
- Mettre la personne au centre de la reprise

Rôle de l'ergonome dans la démarche (et rôle du disability manager)



- Le CP ergo fait partie de l'équipe médicale
 - Équipe multidisciplinaire
 - Reçoit info sur les tendances, les services
- Analyse individuelle
- Intervention au poste si accord du travailleur
- Mettre la personne au centre de sa reprise



Entreprise DETRY

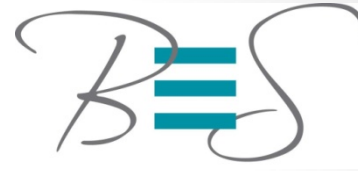
Gaetan Dusollier

Résumé de ce qui a été mis en place quant au disability management



- Analyses de poste de travail avec cartographie gestuelle
- Collaboration entre les différents services / acteurs
- Sensibilisation aux bons gestes => plan d'action sur le long terme (investissements)

Les freins sur le retour au travail



- Si analyse des risques uniquement basée sur les
CONTRAINTES
- Si intervenant perçu comme « gendarme » (nécessité
de passer du temps)
- Reformation du personnel après les adaptations
(temps)

Les leviers sur le retour au travail



- Type de société : FAMILIALE
- Connaissance des postes
- Analyse des risques plus détaillée VS simple fiche de poste
- Aspects visuels et synthétiques (présentation des analyses)
- Outil pour la MT pour améliorer le retour au travail
- Volonté de l'employeur

Rôle de l'ergonome dans la démarche (et rôle du disability manager)



- Effet loupe sur certaines problématiques
- DM = réalisé depuis toujours par l'ergonome (terme DISABILITY ???)
- Liant : met en relation les différents acteurs
- Vision 360° / globale
- Interface



Volvo

Viviane De Boey

Korte samenvatting van wat de acties zijn rond reïntegratie binnen Volvo



- Wat wilden ze realiseren:
 - Zochten verbondenheid, reïntegratie, objectiviteit
- Aanpak van care4you:
 - Elke maand contact met langdurig zieken (telefoon)
 - Registratie van reden van ziekte (input voor jaarrapport)
 - Vakbond keurden goed, zien het als begeleidingsproces
 - Na 6 maand nodigen ze mensen uit voor een gesprek met Viviane + consultatie bij AG (op heden verkort naar 3-4 maand)
- Voorbeelden van acties:
 - Localiseren van werkposten met problemen → ergonomoom → acties genomen → 10% minder ziekte
 - Stijging in mentale problemen → psycholoog ter beschikking gesteld voor werknemers (tough times) – max 12 sessies
 - Grote sterkte = zicht krijgen op oorzaak van ziekte zodat men gericht actie kan nemen
 - Meer medisch deeltijds werk mogelijk (kon vroeger niet)
 - Vertrouwen neemt toe van werknemers naar Viviane toe
 - Mensen stimuleren naar DI toe buiten de firma ook (omscholing tijdens ziekte)

Barrières voor hervatting



- Vrees voor verandering (andere afdeling)
- Te snel opnieuw normale prestaties verwacht
- Verdwijnen/veranderen van je werkpost door reorganisatie
- Slechte sfeer op de afdeling, « moeilijke » ploegbaas, reacties collega's
- Angst dat de werkhervatting zou mislukken (herval is zwaar)
- Voldoende financiële compensatie
- Te lang geen contact gehad
- Gevoel van vervangbaar te zijn (niet gemist geweest)

Hefbomen voor hervatting



- Regelmatig contact met de werkgever tijdens afwezigheid
- Variatie aan mogelijke werkposten binnen het bedrijf
- Sociale cultuur
- Uitgebreid diversiteitsplan: diversiteit aan werknemers, al ervaring met aanpassen van werkposten/uurroosters
- Mogelijkheid aangepast werk
- « mogen mislukken » (zowel door WG als door MW zelf)
- Goede werksfeer (collega's) – opnieuw de sociale contacten
- Juiste informatie over mogelijkheden en reglementering
- Goede, duidelijke door iedereen gekende procedure bij re-integratie.



Zorgbedrijf Antwerpen

Dirk Severens

Korte samenvatting van wat de acties zijn rond reïntegratie binnen Zorgbedrijf Antwerpen



- Sinds 2014: Re-integratiecoach
- 4000 medewerkers
- Waarom?
 - Centraal aanspreekpunt
 - Ondersteuning bieden bij de terugkeer
 - Beleid rond langdurig ziekteverzuim opzetten
 - Terugkoppelen aan de leidinggevende
- Voor wie?
 - > 31 dagen afwezig zijn
 - Vragen over ziekte en re-integratie
 - Vertrouwelijke aanspreekpunt

Barrières voor hervatting



- Standaard aanpak: Analyse van de werkpost, rapportage & verder geen opvolging
 - andere aanpak nodig met focus op opvolging
- Tijdens analyse: focus op arbeidsomgeving
 - Ook focus zetten op takenpakket & arbeidstempo
- Job te beknopt om het psychosociaal deel in mee te nemen.

Hefbomen voor hervatting



- Objectiever (andere aspecten naar boven brengen)
- Brugfunctie
- Krijgen zicht over de job
- Hoe werkgever er tegenover staat?

Welke rol kan de ergonoom spelen binnen reïntegratie?



- Samenzitten en samen denken met de leidinggevende en de betrokkenen.
- Kennis leveren en expertise geven
- Integratiebeleid op organisatie niveau helpen te ontwikkelen
- Integratiebeleid helpen te promoten bij bedrijven