

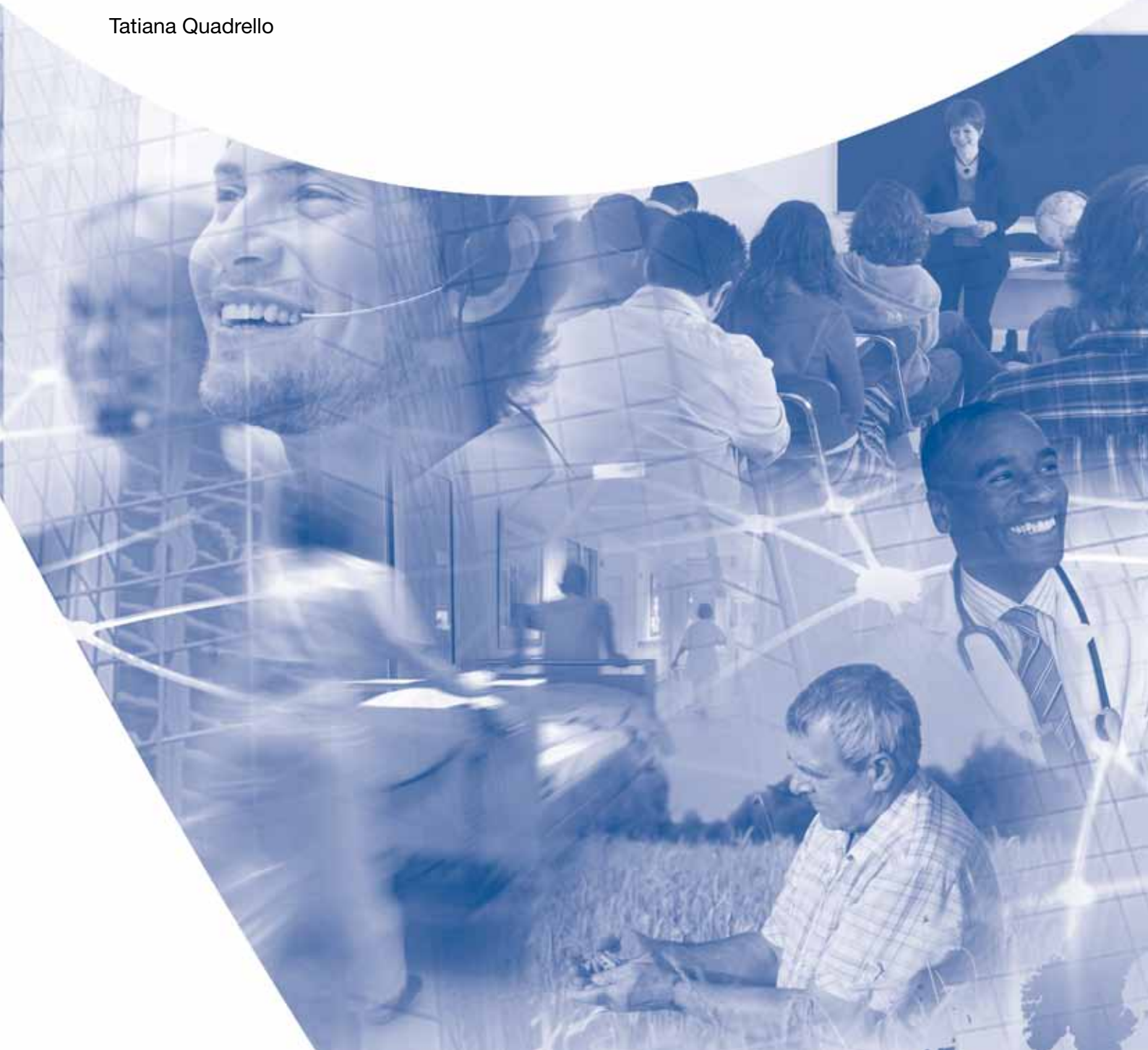
Fit For Work?

Les troubles musculosquelettiques et le marché du travail belge

Stephen Bevan

Robin McGee

Tatiana Quadrello



1. Résumé	4
2. Introduction	10
2.1 Pourquoi la santé des travailleurs est-elle importante en Belgique ?	10
2.2 TMS : contexte européen	11
2.3 Objectifs de l'étude	12
2.4 Structure du rapport	14
3. Travail et TMS en Belgique	15
3.1 Une image peu claire	15
3.2 L'impact des TMS sur la capacité à travailler	18
3.2.1 Troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail	19
3.2.2 Maux de dos chroniques	20
3.2.3 Arthrite rhumatoïde	22
3.2.4 Spondylarthropathies	24
3.3 L'impact du lieu de travail sur les TMS	27
3.4.1 Coûts directs	32
3.4.2 Coûts indirects	35
3.4.3 Total des coûts	37
3.5 Résumé	38
4. Interventions	40
4.1 Pour une intervention précoce	40
4.2 Le régime de sécurité sociale des personnes en incapacité de travail	41
4.3 Des interventions propres à chaque maladie	44
4.3.1 Arthrite rhumatoïde	44
4.3.2 Spondylarthropathies	46
4.3.3 TMS non spécifiques	46
4.4 Le modèle biopsychosocial et le travail	48
4.5 Le rôle des employeurs	50
4.5.1 Une approche systématique et coordonnée pour la poursuite et la reprise du travail	50
4.5.2 Sensibilisation aux conditions et à leur prise en charge	51

4.5.3	Intervention et ajustement des exigences professionnelles	52
4.5.4	Dirigeants	55
4.5.5	Un meilleur dialogue employeur-clinicien	56
4.6	Résumé	57
5. Conclusions et recommandations		58
5.1	Recommandations pour les employeurs	59
5.2	Recommandations pour les salariés	60
5.3	Recommandations pour les généralistes	61
5.4	Recommandations pour les professionnels de la médecine du travail	62
5.5	Recommandations pour le gouvernement	63
Références		65
Annexe 1 : Entretiens avec des experts et consultations d'experts		71
Aperçu des tableaux, cadres et schémas		
Tableau 3.1 :	Pourcentage de travailleurs belges et européens faisant état de maux de dos et de douleurs musculaires	16
Tableau 3.2 :	Incapacité de travail attribuable à la spondylarthrite ankylosante dans 4 pays	26
Tableau 3.3 :	Résumé des facteurs de risque intrinsèques des TMS non spécifiques	28
Tableau 3.4 :	Coûts directs associés aux TMS, à l'arthrite rhumatoïde et aux lombalgies	34
Tableau 3.5 :	Coûts directs et indirects de l'absentéisme au travail en Belgique, 2008	35
Étude de cas :	Programme de réinsertion pluridisciplinaire	41
Étude de cas :	Intro_DM – réintégration de travailleurs souffrant de problèmes de santé de longue durée (PSLD)	51
Schéma 4.1 :	Application du modèle ICF à l'incapacité de travail en cas d'arthrite rhumatoïde	49
Encadré 1 :	Principes de prise en charge des TMS non spécifiques	54

1. Résumé

Le ralentissement économique mondial commence à se faire sentir en Belgique. Ses conséquences pour le marché du travail belge deviennent plus importantes, en partie en raison de la vitesse à laquelle le chômage a augmenté, avec toutes les ramifications individuelles, sociales et économiques que cela suppose. La santé des travailleurs belges constitue une autre source d'inquiétude. Près d'un travailleur sur cinq n'est pas en assez bonne santé pour réaliser l'amélioration de la productivité dont la Belgique aura besoin, lorsque l'économie reprendra, pour être compétitive dans une économie du savoir de plus en plus internationale. Des preuves accablantes en attestent : le chômage lui-même est mauvais pour la santé tandis que le fait de conserver son emploi ou de réintégrer le marché de l'emploi peut avoir un effet positif sur la santé physique et le bien-être psychologique, tout en permettant aux gens d'échapper à la pauvreté.

Parmi toutes les causes de maladies liées au travail, le « stress » est le plus souvent cité car d'une part, il est à l'origine de près de 20% de l'ensemble de l'absentéisme enregistré chaque année en Belgique et d'autre part, il est l'une des priorités actuelles des responsables politiques. Cependant, même s'il est compréhensible que le « stress » et le bien-être psychologique des travailleurs belges soient des sujets d'inquiétude, un fait semble avoir été négligé. Bien que l'absentéisme pour cause de « stress » soit élevé, il est au moins deux fois plus élevé pour cause de troubles musculosquelettiques (TMS) tels que des maux de dos, une sollicitation excessive de la nuque ou du bras et des maladies articulaires. En effet, les TMS sont, de loin, la première cause de maladie professionnelle en Belgique. Le coût direct et indirect de l'absentéisme au travail en Belgique est estimé à au moins 10,3 milliards d'euros.

Le projet « Fit for work? »

Ce projet, qui fait partie d'un programme de travail plus vaste couvrant 24 pays européens et non européens, a examiné en détail l'influence des TMS sur la vie professionnelle de milliers de travailleurs belges, le caractère adéquat du traitement et de l'aide dont ces travailleurs bénéficient, leur expérience au travail, l'impact de leur maladie sur leur famille et leurs collègues et le coût humain et financier. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux maux de dos et aux troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) liés au travail – deux catégories de maladies qui se caractérisent généralement par de brefs épisodes non spécifiques de douleur et d'invalidité – ainsi qu'à l'arthrite rhumatoïde et aux spondylarthropathies,

deux maladies particulières souvent progressives et provoquant une invalidité croissante. Nous avons analysé les recherches universitaires et praticiennes récentes sur le lien entre ces TMS et la participation au marché du travail et nous nous sommes entretenus avec des experts reconnus dans ce domaine.

**L'impact des
TMS sur les tra-
vailleurs belges**

Les TMS ont une influence considérable sur la capacité des individus à travailler, sur une base non seulement individuelle mais aussi agrégée. Dans leur ensemble, ils affectent la productivité et la participation au marché du travail de milliers de travailleurs belges. Des preuves laissent penser que :

- Près d'un travailleur belge sur cinq dit souffrir du dos chaque année. Jusqu'à 65% de la population adulte souffrira de maux de dos importants à un moment ou un autre de sa vie. La grande majorité des patients qui souffrent de maux de dos ne reçoivent aucun diagnostic précis. Le coût total des maux de dos pour la société belge a été chiffré à 1,6 milliard d'euros.
- Plus de 17% des travailleurs belges souffrent de douleurs musculaires dans la nuque, les épaules et les membres supérieurs. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) liés au travail peuvent toucher les tendons, les muscles, les articulations, les vaisseaux sanguins et/ou les nerfs et provoquer une douleur, une gêne, un engourdissement et des fourmillements dans la zone concernée.
- En Belgique, au moins 70.000 personnes souffrent d'arthrite rhumatoïde (AR). Selon les estimations, près d'un quart des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde arrêtent de travailler dans les cinq ans qui suivent le diagnostic. Ce chiffre peut monter à 40% si nous prenons en compte les effets de troubles associés tels que la dépression et les problèmes cardiaques et respiratoires. Le coût total de l'arthrite rhumatoïde pour la société belge a été estimé à 1,21 milliard d'euros.
- La spondylarthrite ankylosante (SA) est une maladie rhumatismale progressive et chronique qui peut toucher la colonne vertébrale mais aussi d'autres articulations, tendons et ligaments. Quelque 7.600 personnes sont atteintes de spondylarthrite ankylosante en Belgique mais le diagnostic exact n'est parfois posé que sept ans après l'apparition des troubles. Cette maladie est généralement diagnostiquée chez les hommes au début de la vingtaine et, dans les cas les plus graves, peut raccourcir considérablement leur vie professionnelle si elle n'est pas traitée rapidement.

Les effets de l'invalidité et de la douleur de ces TMS et des autres peuvent se répercuter sur divers aspects du travail d'un individu :

- Endurance ;
- Capacités cognitives ou concentration ;
- Rationalité/humeur ;
- Mobilité ;
- Agilité.

Il est de plus en plus évident que de nombreuses personnes atteintes de TMS sont également susceptibles de souffrir de problèmes de dépression ou d'anxiété liés à leur état de santé. Ces problèmes peuvent avoir une influence sur la gravité de leur maladie, sur leur capacité à continuer à travailler, sur la durée de leur absence du travail et sur la facilité ou la rapidité avec laquelle ils peuvent se réinsérer. Les recherches suggèrent qu'une proportion importante des généralistes, des employeurs et même des personnes atteintes de TMS ne se rendent pas tout à fait compte de l'impact du « stress » sur la gravité de l'incapacité physique. Le **modèle biopsychosocial** de la santé met l'accent sur l'interaction entre les aspects **biologique** (maladie, sollicitation excessive, lésion articulaire...), **psychologique** (caractère, anxiété...) et **social** (exigences professionnelles, soutien familial...) et est utile pour évaluer les causes de certains TMS ou prévoir le traitement et la prise en charge du patient et/ou envisager la réinsertion professionnelle. Ce modèle n'est cependant pas utilisé aussi largement qu'il le devrait car de nombreux généralistes et employeurs ont des difficultés à voir au-delà des symptômes physiques immédiats.

Le travail peut être la cause de la maladie mais aussi son remède. Si les conditions de travail physiques peuvent provoquer ou aggraver les symptômes musculosquelettiques, l'effet ou les conséquences sur les patients (absence du travail et invalidité) sont étroitement liés à des facteurs psychosociaux. Des preuves laissent penser que le travail – surtout de bonne qualité – peut contribuer à réduire la dégradation de nombreuses maladies et favoriser le rétablissement des personnes atteintes de TMS. Toutefois, de nombreux généralistes et employeurs pensent à tort que les travailleurs atteints de TMS doivent être rétablis à 100% avant qu'une reprise du travail puisse être envisagée.

À l'avenir, avec la perspective d'une population active vieillissante, d'une augmentation de l'obésité, d'une diminution de l'exercice, de l'activité physique et de la forme physique générale de la population dans son ensemble, il est probable que l'incidence et les effets des TMS s'intensifient et s'aggravent au lieu de s'améliorer à moyen et long terme. Nous craignons que cela n'affecte la qualité de la vie professionnelle de nombreux travailleurs belges et que la capacité de production de la population active belge n'en pâtisse à un moment où nous devrons être au mieux de notre forme.

Que pouvons-nous faire ?

Il existe cinq grands principes sur lesquels les généralistes, les employeurs, les salariés et le gouvernement doivent se concentrer si nous voulons améliorer la vie professionnelle des personnes atteintes de TMS.

- **Une intervention précoce est essentielle.** Nous disposons de preuves accablantes selon lesquelles les longues périodes d'absence du travail sont généralement néfastes pour les patients atteints de TMS : plus longtemps ils arrêtent le travail, plus ils ont du mal à le reprendre. Une intervention rapide, de préférence en partenariat avec le généraliste, le patient et l'employeur, peut aider les personnes souffrant de TMS à conserver leur emploi et à trouver un équilibre entre le besoin de repos de l'individu et son besoin de travailler. Pour certains patients atteints de TMS, un diagnostic rapide et précis, une consultation précoce chez un spécialiste, une kinésithérapie ou un traitement par médicament peut réduire la gravité, les conséquences ou la progression de la maladie – un diagnostic ou un traitement tardifs peuvent rendre le rétablissement, la conservation de l'emploi ou la réinsertion plus difficiles. Au moment de la reprise économique – qui arrivera forcément – l'économie belge ne pourra pas se permettre d'être gênée par une pénurie de travailleurs compétents, motivés et en bonne santé.
- **Se concentrer sur les capacités plutôt que sur l'incapacité.** Les employeurs et les travailleurs peuvent considérer les TMS comme une « catastrophe » à laquelle ils prêtent des effets bien plus graves ou insurmontables qu'ils ne le sont en réalité. La plupart des travailleurs atteints de TMS peuvent continuer à fournir un travail efficace s'ils en ont la possibilité. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient rétablis à 100% pour reprendre le travail – les responsables

peuvent leur confier des tâches utiles qui les aideront à retrouver peu à peu leur plein rendement. Les généralistes ont un rôle particulier à jouer sur ce plan. Ils doivent demander plus souvent si une reprise planifiée et progressive du travail, axée sur les tâches que l'individu est toujours capable d'effectuer, pourrait favoriser son rétablissement et sa réinsertion.

- **Une organisation créative du travail est la clé de la réinsertion.** Les responsables peuvent revoir l'organisation du travail (il peut s'agir de simples changements dans l'aménagement des lieux ou d'une adaptation de l'horaire de travail) afin de contribuer à empêcher l'aggravation des TMS et d'aider les personnes concernées à poursuivre ou à reprendre le travail. Il convient de procéder de façon à préserver la qualité de l'emploi, à éviter les exigences professionnelles excessives ou préjudiciables et à appliquer les bonnes pratiques ergonomiques.
- **Voir au-delà des symptômes physiques.** Les cliniciens devraient mettre leur compréhension du modèle biopsychosocial et des limites du modèle biomédical au service de leur diagnostic et du traitement du patient et – surtout – de leur évaluation du rôle qu'un travail pourrait jouer afin d'aider la personne à rester active et à éviter l'isolement. Les généralistes sont les mieux placés pour détecter les premiers signes de nombreux TMS. Le cas échéant, les généralistes doivent dès que possible orienter les patients vers des équipes spécialisées en vue d'une prise en charge rapide du trouble.
- **Évaluer les coûts directs et indirects des TMS.** De meilleures mesures s'imposent afin d'évaluer les conséquences sociales, économiques et professionnelles des TMS et de permettre ainsi aux services publics d'évaluer et de contrôler de manière plus « concertée » l'impact des TMS tant du point de vue clinique que sur le marché du travail.

Les preuves présentées dans ce rapport montrent qu'une grande partie de la population en âge de travailler en Belgique est ou sera directement concernée par des troubles musculosquelettiques (TMS) au cours des années à venir. Ce fait est susceptible d'avoir des conséquences sociales et économiques très importantes pour ces personnes et leurs familles, de nuire à la capacité de production de l'ensemble des travailleurs et de certains pans de l'industrie belge et de puiser une partie considérable des ressources du système de santé et des allocations sociales.

Nous avons réuni d'importantes preuves cliniques, épidémiologiques, psychologiques et économiques ainsi que l'opinion d'experts sur la nature, l'ampleur et les conséquences du problème des TMS en Belgique. Néanmoins, il semble subsister un manque de cohérence ou de concertation en matière de réflexion et d'action centrées sur le **patient atteint de TMS en tant que travailleur**. Bien que le nombre de défenseurs du modèle biopsychosocial appliqué à tous les TMS soit en augmentation, nous remarquons que certaines des personnes susceptibles d'exercer le plus d'influence sur la participation des travailleurs atteints de TMS au marché du travail n'appliquent pas encore les principes de ce modèle autant qu'elles le pourraient.

2. Introduction

2.1 Pourquoi la santé des travailleurs est-elle importante en Belgique ?

La Belgique, comme de nombreuses économies occidentales développées, sort d'une longue période de croissance soutenue de l'économie et de l'emploi. Étant donné que le taux d'emploi a augmenté durant cette période – amenant avec lui de nombreux avantages sur le plan social et de la consommation – la Belgique a eu tendance, et c'est compréhensible, à mettre en avant la nécessité d'optimiser la productivité de ses travailleurs afin d'en retirer un maximum sur le plan économique.

Outre les compétences, la formation et les qualifications, l'un des principaux moteurs de la productivité du travail réside dans la santé et le bien-être des travailleurs. L'incapacité à travailler, temporaire ou définitive, pour cause de maladie d'une grande partie de la population en âge de travailler (même dans un climat économique favorable) peut réduire le taux agrégé de productivité du travail d'une économie et nuire à la compétitivité ainsi qu'à l'efficacité des employeurs du secteur public et privé. Bien entendu, un taux élevé de troubles de santé ou de maladies chroniques peut également avoir des conséquences sociales néfastes.

À présent que la croissance économique ralentit et que la vigueur du marché du travail belge diminue, il est encore plus impératif d'optimiser la productivité du travail et de s'assurer que les travailleurs sont équipés pour profiter au maximum de la reprise de l'économie. Comme le chômage est à nouveau en hausse – 7,8% en mars 2009 (Eurostat, 2009) – il est important de s'assurer que les personnes souffrant d'une maladie ou d'un problème de santé à long terme ne soient pas touchées de manière disproportionnée et que les mesures prises afin de venir en aide aux personnes sans emploi accordent une attention particulière aux besoins des individus souffrant d'une incapacité ou d'une invalidité. Cela sera particulièrement important si l'économie belge veut être « parée au combat » lorsque la récession prendra fin.

En dépit des conditions économiques clémentes, la santé et le bien-être des travailleurs belges sont depuis un certain nombre d'années une source d'inquiétudes qui, compte tenu du ralentissement de l'économie et du vieillissement des travailleurs belges, n'est pas près de disparaître. Divers autres indicateurs suggèrent que la santé des travailleurs restera une priorité importante pour les responsables politiques et les employeurs dans un avenir proche :

- Plus de 18% de la population belge en âge de travailler déclare souffrir d'une blessure ou d'une affection de longue durée qui affecte sa capacité à travailler. La moyenne européenne est d'un peu plus de 16% (Eurostat, 2003).
- Selon les estimations, 45% des travailleurs belges sont en surpoids ou obèses et courent donc un risque accru de diabète, d'hypertension et de maladie cardiovasculaire (Securex, 2006). Plus d'un travailleur belge sur cinq présente un risque accru d'hypertension en raison d'une pression artérielle systolique supérieure à 140 (Securex, 2006).
- En 2007, 5,3% de l'absentéisme avait pour cause une maladie ; l'ensemble de ces absences concerne 47% des travailleurs, 53% n'ayant jamais été absents en 2007 (Securex, 2008).
- Le coût direct et indirect de l'absentéisme au travail en Belgique est passé de 8,2 milliards d'euros en 2006 à 10,35 milliards d'euros en 2008 (Securex, 2009).
- Plus de 40% de l'absentéisme pour cause de maladie sont liés à des troubles musculosquelettiques (Securex, 2008).

Ce dernier point est révélateur car beaucoup de gens pensent que le « stress » et d'autres problèmes de santé mentale courants tels que la dépression et l'anxiété sont les principaux problèmes de santé auxquels les travailleurs belges sont confrontés (Moreau et al., 2004). Il est vrai que la santé mentale est un problème de plus en plus important, responsable de jusqu'à 20% de l'absentéisme au travail pour cause de maladie (Securex, 2008). Toutefois, la prédominance des TMS en tant que principal problème de santé des travailleurs belges requiert une étude plus poussée.

2.2 TMS : contexte européen

Dans le contexte européen, la Commission européenne et les partenaires sociaux se préoccupent de plus en plus depuis plusieurs années de la prévalence et des conséquences des TMS liés au travail. D'après les estimations, les douleurs musculosquelettiques chroniques (DMSC) touchent 100 millions de personnes en Europe (Veale et al., 2008), tandis que les TMS concernent plus de quatre millions de travailleurs dans l'Union européenne et représentent environ la moitié de tous les troubles liés au travail dans les pays de l'Union européenne (ETUI, 2007), ce qui selon les estimations, représente pour la société un coût de 2,6 à 3,8% du produit national brut (PNB). La European Working Conditions Survey (EWCS) publiée par la Fondation

européenne (Parent-Thirion et al., 2005) a montré que 24,7% des travailleurs de l'Union européenne souffraient de maux de dos et 22,8%, de douleurs musculaires. En effet, la Commission européenne estime que les TMS sont responsables de 49,9% de l'ensemble des absences au travail d'au moins trois jours, et de 60% des incapacités de travail permanentes (CE, 2007). Si l'économie européenne du savoir veut se rétablir et concurrencer à nouveau les États-Unis et les économies émergentes d'Asie, la santé et la productivité des travailleurs de l'Union européenne doivent devenir des priorités politiques. Ce rapport s'intéresse à la Belgique dans ce contexte européen plus vaste et évalue les points où la Belgique s'en sort bien et ceux où elle est confrontée à des défis.

2.3 Objectifs de l'étude

De manière plus spécifique, ce projet s'est efforcé de répondre aux questions suivantes :

1. Quel est l'impact des TMS sur l'emploi et les performances économiques en Belgique ? Quelle est la probabilité que la situation change compte tenu de l'évolution à venir de la démographie, des travailleurs et du mode de vie ?
2. Quel est le lien entre le travail et les TMS ? Quelle est l'influence des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, y compris au travail, sur les TMS ?
3. Dans quelle mesure les employeurs, les organismes gouvernementaux, les médecins de famille et les professionnels de la médecine du travail comprennent-ils les TMS liés au lieu de travail et y font-ils face ? Dans quelle mesure le secteur de la santé est-il équipé pour offrir une intervention rapide, une réinsertion et d'autres formes d'aide aux personnes concernées par ces troubles ?
4. Quelles interventions précoces les responsables politiques et les employeurs peuvent-ils mettre en place pour garantir que les personnes atteintes de TMS :
 - a) conservent leur emploi
 - b) optimisent leur qualité de vie au travail et leur contribution à la société et
 - c) gardent (et puissent retrouver) un accès à l'emploi ?

Pour atteindre les objectifs présentés ci-dessus, nous avons eu recours aux approches suivantes :

1. **Recherches documentaires** : nous avons puisé dans les recherches déjà publiées dans la littérature des domaines de la médecine, de la médecine du travail et de l'économie de la santé. Nous avons ainsi pu rassembler des preuves sur la nature, l'ampleur, les conséquences et le coût des TMS pour l'économie belge, les employeurs et les individus. Nous avons examiné une série de TMS afin d'évaluer dans quelle mesure leur impact varie et à quels endroits la politique et la pratique ont réussi ou échoué en matière de prévention et d'intervention.
2. **Analyse de données secondaires** : nous avons utilisé des données issues d'études et d'enquêtes nationales et européennes afin d'examiner la prévalence et le coût des TMS au sein de la population active en Belgique.
3. **Entretiens avec des experts** : nous nous sommes entretenus avec des experts de différentes disciplines (y compris la médecine du travail, l'économie du travail, les maladies rhumatismales et les maux de dos) afin d'identifier les principaux domaines de la politique et de la pratique sur lesquels les responsables politiques, les professionnels de la santé, les employeurs et les autres parties intéressées (y compris les syndicats) doivent se pencher. Les détails sont repris en Annexe 1.

Parallèlement à un état des lieux global, nous avons décidé de concentrer nos recherches sur quatre catégories ou groupes de TMS. À savoir :

- Maux de dos ;
- Troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) liés au travail ;
- Arthrite rhumatoïde (AR) ;
- Spondylarthropathies (SpA).

Les maux de dos et la majorité des TMS-MS sont considérés comme des troubles de santé **non spécifiques et épisodiques qui peuvent être fréquemment provoqués ou aggravés par le travail**. Ils se manifestent de façon disparate et peuvent entraîner des périodes de gêne intense et d'invalidité susceptibles d'affecter la capacité du travailleur à effectuer son travail. Ils peuvent aussi se calmer pendant de longues périodes. De nombreuses personnes touchées par ces problèmes, notamment par des maux de dos, ne se font jamais soigner et se rétablissent

généralement seules. Toutefois, ces maladies peuvent entraîner des absences au travail ou une perte de productivité significatives. Les maux de dos et les TMS-MS liés au travail sont souvent évoqués dans les directives et la littérature relatives à la santé et à la sécurité au travail. Les médecins du travail s'occupent généralement de ces maladies.

Par ailleurs, **l'arthrite rhumatoïde et les spondylarthropathies sont des maladies rhumatismales spécifiques et progressives qui ne sont pas dues au travail mais qui peuvent être aggravées par le travail.** Elles sont souvent prises en charge par les généralistes et les spécialistes, souvent en dehors de la sphère de la médecine du travail. Il s'agit de maladies diagnostiquées cliniquement, qui connaissent une progression largement prévisible si elles ne sont pas traitées. Elles peuvent avoir un impact significatif sur la capacité fonctionnelle au travail et, à long terme, sur la participation au marché du travail. La plupart des personnes touchées ont besoin d'interventions cliniques pendant une période prolongée. La prise en charge de ces maladies chez les personnes en âge de travailler doit impliquer la participation fréquente et active de cliniciens, des employeurs et de professionnels de la médecine du travail.

Dans l'ensemble, ces TMS illustrent les effets des maladies touchant à tout moment un grand nombre de travailleurs belges. Une meilleure compréhension des effets de ces maladies, des bénéfices possibles de la poursuite du travail et de ce qui peut être fait afin de réduire leur impact peut s'avérer très positive sur le plan tant social qu'économique.

2.4 Structure du rapport

Ce rapport est structuré comme suit :

- Le chapitre 3 examine l'ampleur des troubles musculosquelettiques en Belgique et l'impact de ceux-ci sur la productivité et la présence au travail, sur la participation au marché du travail et sur l'économie belge en général.
- Le chapitre 4 passe en revue les différentes interventions, y compris la réinsertion professionnelle, qui peuvent améliorer la conservation du travail et la participation au marché du travail des personnes atteintes de TMS.
- Le chapitre 5 formule des recommandations à l'usage des employeurs, des salariés, des généralistes, des professionnels de la médecine du travail et du gouvernement belge.

Cette section présente ce que nous savons de l'impact des troubles musculosquelettiques (TMS) sur les personnes en âge de travailler en Belgique. Elle se base sur des données, des recherches et des entretiens issus de sources belges lorsque celles-ci sont disponibles et donne une idée des défis qui se posent et se poseront aux travailleurs belges d'aujourd'hui et de demain, à leurs familles, à leurs employeurs et, en fin de compte, aux pouvoirs publics. Ce chapitre se concentre sur quatre aspects :

1. Le manque de données sur les TMS en Belgique et ses conséquences ;
2. L'impact des TMS sur la capacité des personnes à travailler ;
3. L'influence que le travail peut avoir sur les TMS ;
4. Les conséquences économiques et sociales plus générales des TMS en Belgique.

Nous commencerons par examiner la qualité des données.

3.1 Une image peu claire

Même si beaucoup ont essayé, il reste difficile de quantifier de manière exacte ou cohérente l'ampleur des TMS au sein de la population belge en âge de travailler. La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) a toujours rencontré des difficultés à établir un portrait statistique fiable des TMS en Belgique. L'organisation française Eurogip a tenté récemment de définir un profil statistique des TMS dans l'Union européenne (UE) mais a découvert que les données pour la Belgique (ainsi que pour plusieurs autres États membres) étaient inadéquates (Eurogip, 2007). Le professeur J. B. Malchaire et ses collègues de l'Unité Hygiène et Physiologie du Travail de l'Université de Louvain ont conclu de leur propre étude des TMS en Belgique que :

« ... les maladies professionnelles de nature musculosquelettique sont probablement largement négligées en Belgique... » (p. 2, *Malchaire et al., 2004*)

Ce manque de données cohérentes ou comparables est ennuyeux, pour plusieurs raisons :

- Il est impossible de décrire précisément les conséquences économiques des TMS, leur impact sur la productivité ou leur coût social pour la nation, ses travailleurs et les familles de ceux-ci.

- Si, comme il est probable, la prévalence des TMS augmente à mesure que l'âge moyen des travailleurs belges augmente, l'absence de données de base de qualité rend très difficile la prévision de l'impact des TMS à l'avenir.
- Comme les données sont de mauvaise qualité ou incohérentes, il est difficile pour les employeurs et les responsables politiques belges d'inciter de manière éloquente à l'action.
- Les bénéfices des interventions cliniques, sur le marché du travail ou sur le lieu de travail, sont d'autant plus difficiles à quantifier (ou justifier) s'il n'existe pas de données fiables ou complètes sur l'ampleur ou les conséquences des TMS au sein de la population active belge.

En dépit de tout cela, The Work Foundation pense qu'il existe **des preuves suffisantes en Belgique pour plaider avec force afin que les TMS deviennent une priorité politique au cours des années à venir.**

Ce dont nous sommes sûrs, c'est que, par rapport à la moyenne des autres États membres de l'Union européenne (voir tableau 3.1), une proportion relativement faible de la population active belge dit souffrir régulièrement de maux de dos liés au travail et qu'un pourcentage inférieur à la moyenne fait état de douleurs musculaires attribuables au travail (Parent-Thirion et al., 2007).

Tableau 3.1 Pourcentage de travailleurs belges et européens faisant état de maux de dos et de douleurs musculaires

	Belgique	Europe des 27
Maux de dos	19,8	24,7
Douleurs musculaires	17,5	22,8

Source : Work Foundation analysis of European Working Conditions Survey, 2007

Après avoir extrapolé ces chiffres sur la base des données de la European Labour Force Survey (Eurostat, 2008), il apparaît que quelque 827.250 travailleurs belges font état de maux de dos liés au travail tandis que 722.300 se plaignent de douleurs musculaires liées au travail. Les hommes et les femmes sont à peu près autant à considérer que leur travail nuit à leur santé en leur valant des maux de dos et des douleurs musculaires. La prévalence des maux de dos et des douleurs musculaires liés au travail augmente avec l'âge, le groupe des 40-54 ans étant le plus concerné.

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) est un organisme chargé de gérer les frais médicaux et les allocations payées aux travailleurs en congé de maladie. Il publie un rapport annuel qui se penche sur les données relatives aux longues périodes d'invalidité, c'est-à-dire de plus de 365 jours. Une étude récente montre que les maladies du système « locomoteur » sont la première cause d'invalidité chez les travailleurs (28%) et la deuxième, après les troubles mentaux, chez les travailleuses (27%). Parmi les employés, les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les femmes, ces maladies sont la seconde cause (19%) tandis que chez les hommes, elles arrivent en troisième position (16%), juste derrière les maladies cardiovasculaires.

Le Flemish Workability Monitor (FWM, 2004), une enquête nationale menée auprès des salariés, fournit davantage d'informations sur la prévalence des troubles musculosquelettiques en général et ne se limite pas aux causes liées au travail. Les chiffres révèlent qu'environ 45% des salariés ayant participé à l'enquête se plaignent de maux de dos, environ 45% de douleurs musculaires dans la nuque et les épaules et environ 31% de douleurs musculaires dans les membres supérieurs ou inférieurs. Les maux de dos et les douleurs musculaires dans la nuque et les épaules sont plus fréquents chez les femmes belges. Cette enquête montre aussi que la prévalence de ces problèmes augmente avec l'âge. Une décomposition de la distribution par secteur montre que les maux de dos sont le plus souvent signalés par les travailleurs des secteurs du bâtiment, des soins de santé et de la vente en gros et au détail. Les travailleurs des secteurs des soins de santé, de la vente en gros et au détail et de l'eau, du gaz et de l'électricité présentent le taux le plus élevé signalé de douleurs musculaires dans la nuque et les épaules. À nouveau, les douleurs musculaires dans les membres supérieurs ou inférieurs sont le plus souvent rapportées par les travailleurs du secteur belge de la construction.

L'expérience d'autres économies où la distribution par âge est plus élevée montre que les TMS peuvent avoir des conséquences économiques et sociales significatives. La Belgique doit être prête à anticiper et à gérer la croissance presque certaine au cours des années à venir de ce que certains commentateurs ont qualifié de « **pandémie mal comprise** » (ETUI, 2007).

3.2

L'impact des TMS sur la capacité à travailler

L'impact des TMS sur l'individu et sa capacité à travailler varie beaucoup d'une personne à l'autre. Les tentatives afin de mesurer l'incapacité de travail relative diffèrent selon la méthode de collecte des données, la sélection des répondants et la définition de l'incapacité de travail. L'incapacité de travail désigne généralement l'arrêt du travail, la réduction des horaires de travail ou la demande d'allocations d'invalidité. Ces estimations incluent rarement des estimations de la perte de productivité au travail.

Les TMS peuvent entraîner une douleur et une fatigue qui limitent la capacité à travailler mais dont peu de personnes arrivent à parler. Les recherches montrent que jusqu'à 30% des travailleurs souffrant de maladies telles que l'arthrite rhumatoïde (AR) rechignent à en parler à leurs collègues et à leurs supérieurs, de peur d'une discrimination (Gignac, 2008).

Comme nous l'avons dit au chapitre 2, les TMS peuvent être spécifiques ou non spécifiques. Les effets des TMS spécifiques sont expliqués ci-après, avec une référence particulière à l'arthrite rhumatoïde et aux spondylarthropathies (SpA). D'autres TMS, essentiellement non spécifiques, sont décrits par rapport à deux catégories principales, les maux de dos et les troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail. Les effets de la douleur provoquée par ces TMS peuvent donc se répercuter sur divers aspects des performances professionnelles d'un individu :

- Endurance et résistance ;
- Capacités cognitives ou concentration ;
- Rationalité/humeur ;
- Fatigue ;
- Mobilité ;
- Agilité.

Un TMS peut également affecter d'autres aspects de la sécurité au travail. Si la concentration ou les mouvements sont entravés par la maladie ou les douleurs que celle-ci provoque, certains aspects du travail peuvent présenter un danger. Il convient également de souligner qu'après le diagnostic, certains traitements peuvent entraîner

des effets indésirables importants susceptibles d'affecter la capacité de l'individu à travailler. En cas de risques particuliers tels que l'utilisation de machines lourdes ou la conduite de véhicules, la sécurité du travail sera également une source d'inquiétude.

3.2.1 Troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail

Un peu moins de 18% des travailleurs belges disent avoir souffert de douleurs musculaires dans la nuque, les épaules et les membres supérieurs (Parent-Thirion, 2007). Malchaire et al (2004) suggèrent cependant que les TMS-MS pourraient être sous-rapportés en Belgique. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) et de la nuque liés au travail sont des TMS qui touchent le haut du corps et qui sont provoqués ou aggravés par le travail et l'environnement de travail. Toutefois, il existe un débat considérable à propos de la définition et des critères de diagnostic des TMS-MS, lesquels sont aussi souvent qualifiés d'« entorses ou foulures », de « lésions ou troubles attribuables au travail répétitif » ou encore de « troubles traumatiques cumulés ». Cette catégorie englobe les troubles et symptômes spécifiques et non spécifiques. Van Eerd et al. (2003) ont identifié 27 systèmes de classification différents pour les TMS liés au travail. Le fait qu'un même trouble soit souvent décrit de manières différentes ne fait qu'amplifier le problème. Point important, Van Eerd et al. ont découvert que les différents systèmes de classification ne s'accordent pas sur les troubles à prendre en compte. Ce problème de définition fait qu'il est difficile de calculer le nombre de personnes atteintes de TMS-MS et d'établir une liste commune des facteurs de risque associés.

Les données d'études relatives aux causes de l'absentéisme pour cause de maladie en Belgique suggèrent que les lésions attribuables au travail répétitif expliquaient 3,3% des absences liées aux MTS tandis que 3,7% étaient dues à des maladies inflammatoires liées au travail (Securex, 2008).

S'il n'existe pas de consensus quant à la classification, il est généralement entendu que les symptômes des TMS-MS peuvent toucher les tendons, les muscles, les articulations, les vaisseaux sanguins et/ou les nerfs et peuvent inclure une douleur, une gêne, un engourdissement et des fourmillements dans la zone concernée. Les TMS-MS peuvent être des maladies spécifiques et non spécifiques (Aptel et al., 2002) alors que les tentatives de classification ont tendance à se concentrer soit sur la zone du corps concernée soit sur la cause. Exemples de TMS-MS par partie du corps :

- Coude : épicondylite (tennis-elbow ou golf-elbow) ;
- Main, poignet et avant-bras : syndrome du canal carpien, lésion attribuable au travail répétitif (LATR), syndrome de Quervain ;
- Épaule : tendinite de l'épaule ;
- Nuque : douleur dans la nuque.

La classification par cause professionnelle renvoie à des actions telles que les vibrations de la main et du bras, qui peuvent être à l'origine du syndrome de Raynaud, par exemple. La taille de la catégorie des TMS-MS implique que presque tous les symptômes et conséquences sur le travail liés aux TMS sont associés aux TMS-MS. Par conséquent, les symptômes et conséquences spécifiques des TMS sont expliqués de manière plus détaillée ci-après, avec une référence particulière aux maux de dos, à l'arthrite rhumatoïde et aux spondylarthropathies.

3.2.2 Maux de dos chroniques

Les maux de dos sont très fréquents en Belgique, même si des données de qualité sur leur prévalence ne sont pas collectées systématiquement. Comme nous l'avons vu plus haut, la 2005 European Working Conditions Survey montre que près de 20% des travailleurs belges se plaignent de maux de dos liés au travail. La grande majorité des patients qui souffrent du dos ne reçoivent aucun diagnostic précis.

Dans une étude sur les maux de dos en Belgique, van Zundert et van Kleef (2005) signalent que les maux de dos sont responsables de 29% de l'absentéisme au travail pour cause de maladie. Ce chiffre équivaut à 5,7 millions de jours d'absence et à un coût direct de plus de 992 millions d'euros (sans tenir compte des coûts indirects – perte de revenus, réduction de la productivité, conséquences pour les membres de la famille, etc.).

D'autres recherches belges (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2006) ont montré que 11,9% des congés de maladie d'une durée de 28 jours ou plus sont dus à des lombalgies. La prévalence de ce type d'incapacité est plus élevée chez les salariés masculins, en particulier chez ceux qui effectuent un travail manuel et qui ne sont pas chez leur employeur depuis longtemps. Les secteurs les plus souvent touchés sont le nettoyage, la construction et l'alimentaire. Résultat : un patient sur 20

est déclaré en incapacité de travail permanente. Dans 15% des cas, le patient peut reprendre le travail à condition que celui-ci soit adapté, un fait qui souligne le rôle crucial du médecin du travail dans la prise en charge des lombalgies.

D'après le Fonds des Accidents du Travail (FAT), il y a chaque année en Belgique 12.000 accidents de travail entraînant des maux de dos, soit plus de 6% du nombre annuel total d'accidents enregistrés. Parmi les travailleurs présentant un épisode aigu de lombalgie lié à un accident de travail, 72% se sont absents du travail et sur ce total, 8,2% sont restés absents au moins trois mois. Au total, 62,4% des travailleurs sont en incapacité de travail temporaire et 95% en incapacité permanente. Les secteurs les plus touchés sont le bois de construction, la construction et la métallurgie. Les secteurs de la construction et des soins de santé/de l'aide sociale sont ceux qui présentent les chiffres d'incapacité permanente les plus élevés. Le surmenage était la cause d'accident la plus souvent citée, tandis que les chutes sont la cause la plus fréquente de lésions entraînant une incapacité de travail permanente. (Cité dans Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2006)

Les maux de dos sont courants, épisodiques, souvent récurrents et guérissent en général spontanément. Ils sont considérés comme récurrents si plusieurs épisodes de moins de six mois se succèdent au cours d'une année, aigus si un épisode dure moins de six semaines, subaigus s'ils durent de 7 à 12 semaines et chroniques s'ils durent plus de 12 semaines. Les maux de dos sont un problème récurrent pour de nombreuses personnes, même si cela ne signifie pas que les symptômes s'aggraveront. Chez la majeure partie des gens, la douleur disparaît d'elle-même dans un délai de quatre à six semaines. Lors d'une étude européenne portant sur les personnes consultant leur médecin de famille pour des maux de dos, 65% ne présentaient plus de symptômes dans un délai de 12 semaines (van der Hoogen et al., 1998 in Bekkering et al., 2003). L'absentéisme est le plus élevé parmi la minorité d'individus dont la maladie est chronique ou récurrente. La plupart des personnes concernées par les maux de dos continuent à travailler ou reprennent le travail rapidement. Environ 85% des gens qui souffrent de maux de dos s'absentent du travail moins de sept jours, mais ce chiffre représente seulement la moitié de l'absentéisme. Le reste concerne les 15% qui s'absentent plus d'un mois (Bekkering et al., 2003).

Il est important de reconnaître qu'il existe une différence entre la présence de symptômes, la demande de soins, la perte de productivité, l'incapacité et les facteurs qui y contribuent (Burton, 2005). Par conséquent, même si un individu ressent une douleur musculosquelettique (dans le dos, par exemple), il n'est pas possible de prévoir les stratégies qu'il va mettre en place afin de faire face à cette maladie ou blessure (solliciter des soins médicaux par exemple), la manière dont cela va affecter ses performances professionnelles, s'il va s'absenter du travail et, enfin, s'il va rejoindre la très petite minorité des personnes en incapacité de travail permanente à cause de ce problème de santé. Par conséquent, la question importante est de savoir pourquoi, alors que tant de gens souffrent de maux de dos, ceux-ci ont un effet si néfaste sur certaines personnes et pas sur d'autres ? Il est de plus en plus admis que certains facteurs psychologiques font la différence car ils sont fortement liés à la progression des maux de dos du statut de maladie aiguë à celui de maladie chronique affectant 2 à 7% des gens (Burton, 2005) et à l'incapacité (Burton, 2005 ; Bekkering et al., 2003).

3.2.3 Arthrite rhumatoïde

L'arthrite rhumatoïde (AR) est un exemple de TMS spécifique. Il s'agit d'une forme d'arthrite inflammatoire dont la prévalence varie de 0,3 à 1% dans la plupart des pays industrialisés (OMS, 2003). Les données sur la prévalence de l'arthrite rhumatoïde proviennent en grande partie d'études réalisées aux États-Unis et en Europe. Selon une estimation récente, 69.000 personnes souffrent d'arthrite rhumatoïde en Belgique (Lundkvist et al., 2008), même si d'autres sources évoquent un chiffre compris entre 80.000 et 100.000. Les femmes sont trois fois plus touchées que les hommes. La maladie touche des personnes de tout âge, même si l'incidence maximale est relevée dans la tranche d'âge centrale de la population active, c'est-à-dire entre 25 et 55 ans. Des études épidémiologiques ont montré qu'une arthrite rhumatoïde sévère réduit l'espérance de vie d'environ six à dix ans.

La cause exacte de l'arthrite rhumatoïde est inconnue. Certaines preuves indiquent qu'il s'agit d'une réaction immune qui se présente sous la forme d'une inflammation des articulations et d'autres tissus. Les facteurs de risque incluent le sexe, les antécédents familiaux d'arthrite rhumatoïde et un antigène leucocytaire

spécifique (HLA) (OMS, 2003). Si au niveau individuel, l'évolution clinique de l'arthrite rhumatoïde est extrêmement variable, ses caractéristiques peuvent englober une douleur, une raideur des articulations et une fatigue, en particulier le matin ou après une période d'inactivité, une perte de poids et de la fièvre ou des symptômes grippaux. Les articulations synoviales sont affectées, ce qui provoque des douleurs et, finalement, une difformité et une invalidité. La maladie peut connaître une progression très rapide, provoquant des gonflements et une dégradation du cartilage et de l'os qui entourent les articulations. Elle peut toucher n'importe quelle articulation du corps mais les mains, les pieds et les poignets sont les plus souvent concernés. L'arthrite rhumatoïde peut également toucher le cœur, les yeux, les poumons, le sang et la peau.

L'évolution de l'arthrite rhumatoïde est variable, ce qui signifie qu'elle peut aller d'une forme légère de la maladie et même d'une guérison spontanée à une forme sévère et destructrice à court terme (Young et al., 2000). L'arthrite rhumatoïde est généralement chronique (persistante) et les personnes concernées connaissent souvent des « crises » de douleurs intenses associées à de la fatigue, même si leur cause est inconnue. En pratique, ces « crises » signifient que la personne peut être en mesure d'effectuer son travail un jour et pas le lendemain. Ses collègues et ses supérieurs peuvent avoir des difficultés à comprendre cette situation, laquelle peut en outre compliquer la planification de la charge de travail. La prise en charge de ces « crises » dans le cadre du travail requiert une excellente communication et une grande compréhension entre employeur et travailleur.

Les effets de la maladie peuvent donc rendre difficile la réalisation des tâches quotidiennes, ce qui contraint de nombreuses personnes à arrêter de travailler. Chez la plupart des gens, la capacité à travailler est affectée dans les cinq ans (OMS, 2003). Une étude de la perte de rendement due à l'arthrite rhumatoïde a estimé que 36 à 85% des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde avaient été absentes au travail durant une moyenne de 39 jours au cours de l'année écoulée (Burton, 2006). Young et al. (2002) ont rapporté que 22% des personnes chez qui une arthrite rhumatoïde était diagnostiquée, arrêtaient de travailler dans les cinq années qui suivaient le diagnostic à cause de cette arthrite rhumatoïde. Cependant, dans certains cas, la maladie proprement dite n'est pas la principale ou la seule cause d'arrêt du travail.

En effet, Young et al. (2002) ont découvert un autre groupe de répondants qui ont arrêté de travailler à cause de la combinaison d'une arthrite rhumatoïde et d'autres facteurs personnels et estiment dès lors que 40% des personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde ont quitté le monde du travail à cause de leur maladie. Il s'avère qu'en Belgique, par rapport à d'autres économies occidentales développées, une proportion plus élevée de personnes en âge de travailler atteintes d'arthrite rhumatoïde continue à travailler. De même, une proportion plus élevée quitte le travail à cause de sa maladie. Dans une étude récente portant sur 15 pays (Sokka et al., 2008), 36% des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde travaillaient toujours tandis que 31% étaient « en incapacité de travail » à cause d'une arthrite rhumatoïde.

3.2.4 Spondylarthropathies

Les spondylarthropathies (SpA) sont une famille de maladies inflammatoires chroniques qui comprennent :

- La spondylarthrite ankylosante (SA) ;
- L'arthrite réactionnelle (ARe)/ Syndrome de Reiter (SR) ;
- L'arthrite psoriasique (AP) ;
- Une spondylarthropathie associée à une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ;
- La spondylarthropathie indifférenciée (SpAI).

Des recherches récentes sur la fréquence des spondylarthropathies parmi la population européenne a conclu que leur prévalence avait été longtemps sous-estimée et qu'elle pouvait être similaire à celle de l'arthrite rhumatoïde (Akkoc, 2008).

La **spondylarthrite ankylosante** (SA) est une maladie rhumatismale progressive et chronique spécifique qui peut toucher la colonne vertébrale mais aussi d'autres articulations, tendons et ligaments. Sa prévalence au sein de la population générale est le plus souvent estimée à 0,1 à 0,2% (0,5% est le chiffre généralement admis pour la Belgique), avec un rapport homme/femme de 3:1 à 2:1 (Dagfinrud, Mengshoel, Hagen, Loge et Kvien, 2004).

Boonen et al. (2003) estiment qu'en Belgique, plus de 7.600 personnes sont atteintes de spondylarthrite ankylosante, mais ce chiffre est probablement sous-estimé. Souvent, le premier diagnostic est posé alors que l'individu est adolescent ou au

début de la vingtaine (l'âge moyen d'apparition est de 26 ans). Des recherches suggèrent que la spondylarthrite ankylosante s'explique en grande partie par des facteurs génétiques. Même si tout le monde peut développer une spondylarthrite ankylosante, la maladie affecte différemment les hommes, les femmes et les enfants. Chez les hommes, le bassin et la colonne vertébrale, ainsi que la paroi thoracique, les hanches, les épaules et les pieds, sont généralement touchés. Un diagnostic précis n'est souvent posé que tardivement – certaines études suggèrent une moyenne de sept ans entre l'apparition de la maladie et le diagnostic (Sieper et al., 2002) – car les premiers symptômes sont souvent pris pour des lésions sportives. Chez les femmes, ce sont généralement le bassin, les hanches, les genoux, les poignets et les chevilles qui sont touchés. En général, la colonne vertébrale est moins sévèrement touchée chez les femmes. Les symptômes typiques de la spondylarthrite ankylosante incluent une douleur (surtout au petit matin), une perte de poids (surtout au début de la maladie), une fatigue, de la fièvre et des sueurs nocturnes. Une amélioration peut s'observer après un peu d'exercice. À nouveau, comme dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, l'aspect temporel de la maladie requiert une bonne prise en charge afin que le patient puisse effectuer son travail sans rendre l'organisation du travail impossible.

Comme pour la plupart des TMS, et en particulier les TMS spécifiques, les effets de la spondylarthrite ankylosante varient énormément d'un individu à l'autre ainsi qu'entre les hommes et les femmes (Dagfinrud et al., 2004). Environ la moitié des personnes atteintes sont touchées sévèrement, tandis que les autres ne font état que de rares symptômes. Chez les femmes, la maladie est censée apparaître plus tardivement et être plus légère, avec des périodes asymptomatiques plus longues mais davantage d'implications extra-rachidiennes.

La spondylarthrite ankylosante est généralement considérée comme une maladie au cours laquelle de nombreuses personnes peuvent conserver une capacité fonctionnelle relativement bonne (Chorus et al., 2002). Néanmoins, le taux de chômage chez les personnes atteintes de spondylarthrite ankylosante est trois fois supérieur à celui de la population générale (Boonen et al., 2001).

Boonen et al. (2002) ont conclu que l'incapacité de travail attribuable à la spondylarthrite ankylosante (après correction pour le sexe et l'âge) était moins

importante en Belgique (9%) qu'en France ou aux Pays-Bas (respectivement 23% et 41%) – cf. tableau 3.2 ci-après. Une partie de cette différence peut s'expliquer par le fait qu'en France et aux Pays-Bas, le système de sécurité sociale permet aux salariés de travailler à temps partiel tout en touchant des allocations d'invalidité – une possibilité qui n'existait pas pour les travailleurs belges au moment de la recherche.

Tableau 3.2 : Incapacité de travail attribuable à la spondylarthrite ankylosante dans 4 pays

table 3 Productivity costs of ankylosing spondylitis in the Netherlands, France and Belgium					
	USA (n=241)	Netherlands (n=130)	France (n=130)	France (n=53)	Belgium (n=26)
Work disability (%)	12	41*	23*	9*	
Days sick leave pt/y; † (range)	Not stated	19 (0-130)	6 (0-77)	9 (0-6)	
Friction costs/pt/y; † mean (range)	Not applied	€ 1257 (0-7356)	€ 428 (0-2354)	€ 476 (0-2354)	
Human capital costs/pt/y; mean (range)	US \$ 4945 (0-45800)	€8862	€ 3188	€ 3609	
	€ 4227 (0-39145)‡	(0-46818)	(0-43550)	(0-34320)	

* Adjusted for age and sex. Includes patients with partial work disability who continue in a part-time paid job in the Netherlands and France; † n those with a paid job; ‡ converted to euros using 1998 purchasing power parities.

Source : Boonen et al.

Des études récentes ont également prouvé que le travail avait une influence positive sur la qualité de vie liée à la santé physique des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde et de spondylarthrite ankylosante (Chorus et al., 2003 ; Gordeev, Maksymowych, Evers, Ament, Schachna et Boonen, 2009). La conclusion de Chorus et al. était que le travail « *pourrait être un facteur important influençant positivement la perception que les patients ont de leurs performances physiques* ». Cette conclusion coïncide avec celle de Wadden et Burton (2006) pour qui, dans l'ensemble, un travail de bonne qualité présente des avantages pour les travailleurs, tant sur le plan de la santé que de la récupération. La mesure dans laquelle le lieu de travail peut avoir un effet positif ou négatif sur le développement des TMS est abordée plus loin.

L'arthrite psoriasique (AP) est une forme d'inflammation articulaire qui touche 0,2 à 1% de la population générale (Wallenius, Skomsvoll, Koldingsnes, Rødevand, Mikkelsen, Kaufmann et Kvien, 2008) et 10 à 20% des personnes atteintes de psoriasis. Des données issues de l'enquête EuroPso (Dubertret et al., 2006) font monter ce chiffre à 29% chez les Belges atteints de psoriasis. L'inflammation devient telle que les articulations deviennent sensibles, gonflées et douloureuses lors des mouvements. Les articulations sont généralement raides après une période de

repos, au petit matin ou lorsque la personne se repose en soirée. Des tissus tels que les ligaments et les tendons qui entourent les articulations peuvent également être touchés. L'inflammation des tendons ou des muscles (comme le tennis-elbow et la douleur autour du talon) est une autre caractéristique de l'arthropathie psoriasique. Dans environ 80% des cas, l'arthrite se développe après l'apparition du psoriasis. Les hommes et les femmes seraient touchés dans une même proportion. Des études comparatives ont montré que pour les patients atteints d'arthrite psoriasique, le poids de la maladie est comparable à celui des patients souffrant d'arthrite rhumatoïde (AR) ou de spondylarthrite ankylosante (SA) (Wallenius et al., 2008). Plusieurs caractéristiques distinguent l'arthrite psoriasique des autres formes d'arthrite. Un schéma inflammatoire touche généralement les articulations de l'extrémité des doigts. Un autre, appelée spondylite (et similaire à la spondylarthrite ankylosante), concerne les articulations de la colonne vertébrale et les articulations ilio-sacrées. Une douleur et une raideur dans la nuque sont possibles et un doigt ou un orteil entier peut être gonflé ou enflammé (dactylite). Les articulations peuvent également avoir tendance à devenir rigides et parfois à fusionner. Un point important qui permet de distinguer l'arthrite psoriasique de l'arthrite rhumatoïde est l'absence de facteur rhumatoïde dans le sang. La maladie se développe généralement à l'adolescence. Chez les femmes, l'incidence peut être plus élevée après une grossesse ou la ménopause. Étant donné que l'arthrite psoriasique affecte à la fois la peau et les articulations, elle possède un impact négatif sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. En fait, des problèmes émotionnels peuvent causer chez ces patients une souffrance et des limitations plus importantes que chez les patients atteints d'arthrite rhumatoïde (Husted, Gladman, Farewell et Cook, 2001). Un taux de mortalité élevé par rapport à la population générale a également été signalé chez les personnes atteintes d'arthrite psoriasique (Wallenius et al., 2008).

3.3

L'impact du lieu de travail sur les TMS

Les facteurs de risque des TMS sont très variés. S'il existe un large consensus parmi les experts sur le fait que le travail peut être un facteur de risque des TMS, d'autres activités telles que le sport et les travaux ménagers peuvent elles aussi contribuer aux problèmes musculosquelettiques. Ainsi, certaines études ont révélé qu'une prévalence supérieure des douleurs musculosquelettiques chez les femmes actives pouvait être liée au fait que celles-ci se chargent de la plupart des tâches ménagères (Punnett et al., 2004). Des facteurs de risque intrinsèques jouent également un rôle

dans l'apparition et l'aggravation des TMS. Il est possible d'agir sur certains facteurs intrinsèques mais pas sur d'autres (les prédispositions génétiques, par exemple).

En Belgique, la croissance de l'obésité, qui est un facteur de risque pour les maladies osseuses et articulaires (ainsi que pour les maladies cardiovasculaires et le diabète), est un sujet d'inquiétude. D'après les dernières données, la Belgique présente une prévalence relativement faible d'adultes en surpoids et obèses (près de 49% des hommes et 42% des femmes) par rapport aux autres pays de l'Union européenne (la moyenne pour l'Europe des 27 est de 59% chez les hommes et de 48% chez les femmes) (International Association for the Study of Obesity, 2008). En Belgique, près d'un enfant de 7 à 11 ans sur cinq est obèse (Lobstein et Frelut, 2003).

Tableau 3.3 Résumé des facteurs de risque intrinsèques des TMS non spécifiques

Facteurs intrinsèques
<ul style="list-style-type: none">• Obésité, taille• Anomalies rachidiennes• Prédispositions génétiques• Grossesse• Stress psychosocial : image de soi• Croyances en matière de santé : locus de contrôle, auto-efficacité, perception de l'invalidité et attentes• Stress familial• Stress psychologique : somatisation, anxiété et dépression• Vieillesse

Source : d'après l'OMS, 2003

En ce qui concerne les preuves et les facteurs de risque de l'impact du travail sur les TMS, il convient de faire une distinction entre les maladies « liées au travail » et les maladies « professionnelles » (Punnett et al., 2004). Certains TMS sont reconnus comme maladies professionnelles par certains gouvernements européens. C'est notamment le cas de la ténosynovite du poignet, de l'épicondylite, du syndrome de Raynaud ou doigt blanc et du syndrome du canal carpien (Eurostat, 2004). En soi, le fait que le travail peut provoquer ces maladies et y contribuer est largement admis et le recours à des évaluations des risques du lieu de travail afin de réduire l'incidence de ces troubles de la santé est bien établi.

Il va de soi que le travail n'est pas la cause de maladies rhumatismales telles que l'arthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, même s'il existe des preuves selon lesquelles les exigences physiques d'un travail, le manque de soutien, l'autostigmatisation et le manque de flexibilité des horaires de travail sont autant de facteurs qui peuvent compliquer la poursuite ou la reprise du travail (der Tempel et al., 2001 ; Gignac et al., 2004).

Si le lien entre certains TMS non spécifiques tels que les maux de dos et le travail n'est pas bien étayé, certaines exigences professionnelles sont souvent citées comme des facteurs de risque de TMS, notamment :

- Rythme de travail rapide et mouvements répétitifs ;
- Soulèvement de lourdes charges et efforts manuels importants ;
- Positions non neutres (dynamiques ou statiques), inclinaisons et rotations fréquentes ;
- Pression mécanique concentrée ;
- Vibrations de parties ou de la totalité du corps ;
- Exposition au froid d'une partie ou de la totalité du corps ;
- Temps de récupération insuffisant (Punnett et al., 2004).

Les TMS touchent les salariés de toutes sortes de secteurs et de fonctions, même si certains sont plus à risque que d'autres et si certaines professions sont associées à une sollicitation de parties bien précises du système musculosquelettique.

De nombreux emplois impliquent des activités susceptibles de constituer un facteur de risque de TMS. D'après la European Working Conditions Survey, 17% des travailleurs européens disent être exposés aux vibrations d'outils manuels ou de machines pendant au moins la moitié de leur temps de travail, 33% doivent prendre des positions douloureuses ou fatigantes pendant la même durée, 23% portent ou déplacent des charges lourdes, 46% effectuent des mouvements répétitifs de la main ou du bras et 31% travaillent sur ordinateur (Parent-Thirion et al., 2005).

Une grande partie de l'attention que les employeurs accordent au sujet des TMS et à l'influence du lieu de travail sur leur apparition et leur aggravation est motivée par le souci d'éviter ou de limiter les actions en justice, et de s'assurer qu'ils remplissent leur

devoir d'assistance en procédant à une évaluation des postes de travail et en diffusant des directives sur la manutention manuelle, par exemple. Toutefois, le fait que d'autres facteurs liés au travail peuvent contribuer aux TMS n'est pas pris en considération. Ces aspects sont souvent absents de la littérature et des conseils en matière de santé et de sécurité. Même lorsqu'il est question de « stress », le rapport entre les facteurs psychosociaux et les problèmes physiques est omis, ce qui renforce l'accent mis sur la sécurité.

En général, le risque de lésion est accru en présence de l'association de plusieurs des facteurs de risque physiques énumérés plus haut ou de facteurs psychosociaux, personnels ou professionnels défavorables (Devereux et al., 2004). Les facteurs psychologiques et organisationnels peuvent également être associés à des facteurs physiques, et influencer ainsi la probabilité qu'un individu quitte prématurément le travail. Des recherches sur les lombalgies montrent que la croyance des salariés selon laquelle le travail proprement dit est responsable de douleurs l'emporte sur la maladie et constitue un facteur de risque d'incapacité de travail chronique (Werner, Lærum, Wormgoor, Lindh et Indhal, 2007). Sokka et Pincus (2001) ont analysé 15 études et montré qu'un travail physiquement exigeant, un manque d'autonomie, un niveau de douleur plus élevé, un statut fonctionnel réduit et un niveau d'études inférieur étaient des indicateurs du départ anticipé du travail des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde. Les preuves de Sokka et Pincus soulignent que les éléments physiques du travail ne sont pas les seuls à influencer la capacité fonctionnelle d'une personne à travailler et la probabilité que celle-ci reste sur le marché du travail. Les facteurs psychosociaux et organisationnels du travail doivent également être pris en compte.

Les facteurs psychosociaux et organisationnels associés aux TMS incluent ce qui suit :

- Rythme de travail rapide ou charge de travail plus intense ;
- Travail perçu comme monotone ;
- Faible satisfaction professionnelle ;
- Liberté de décision réduite / peu de contrôle au travail ;
- Faible soutien social ;
- Stress professionnel.

Le stress professionnel est un terme très large et peut découler de différentes sources telles que des exigences professionnelles élevées ou un écart entre les compétences professionnelles et les exigences du travail. Par ailleurs, le stress peut être le résultat d'abus ou de violence au travail.

À nouveau, il est important de reconnaître le lien entre l'aspect psychologique et physique. Si le stress professionnel, y compris la violence et la discrimination sur le lieu de travail, peut entraîner une perte de productivité due au stress ou des problèmes de santé mentale courants, il peut également provoquer des TMS dues à la tension ou à la sollicitation. La probabilité accrue de souffrir d'une douleur importante a également été associée à un faible soutien social, à un faible ancrage social ou à une faible participation sociale (Katz, 2002). Un « bon travail » et l'offre d'emplois de qualité sont dès lors cruciaux (Coats et Max, 2005, Coats et Lehki, 2008).

3.4 Les conséquences économiques et sociales plus générales des TMS

L'impact que les TMS peuvent avoir sur la capacité d'un individu à travailler et la durée pendant laquelle il peut devoir s'absenter du travail signifie que les TMS s'accompagnent de coûts importants pour l'individu, sa famille, l'employeur et l'économie au sens large. Calculer ces coûts avec précision n'est pas simple (Lundkvist, Kastäng et Kobelt, 2008). Plusieurs facteurs doivent être pris en compte et il est presque impossible d'obtenir des chiffres précis, fiables et cohérents. Cependant, les chiffres disponibles au sujet de l'impact économique des TMS, basés sur des approximations conservatrices, montrent que les TMS sont une lourde charge économique pour la Belgique.

Pour calculer le coût des TMS (ou de toute autre maladie), il est nécessaire d'estimer les facteurs suivants :

- **Coûts directs**, y compris les frais médicaux tels que le coût de la prévention, du dépistage, du traitement, de la revalidation et des soins à long terme, et les dépenses médicales et privées permanentes. Une distinction est souvent opérée entre les frais médicaux dans le secteur des soins de santé et les frais non médicaux dans d'autres secteurs (Lundkvist et al., 2008) ;
- **Coûts indirects**, y compris la perte de rendement au travail en raison d'une capacité d'activité réduite, par exemple une perte de productivité, de revenus et d'opportunités pour les membres de la famille, une perte de revenus des

membres de la famille et une perte de revenus d'imposition ;

- **Coûts intangibles**, y compris le poids psychosocial qui entraîne une baisse de la qualité de vie, par exemple le stress professionnel, le stress économique, le stress familial et la souffrance (OMS, 2003).

Ces coûts varient considérablement en fonction de la maladie, de la gravité des symptômes et selon que ces derniers entraînent une absence ou une invalidité de courte ou longue durée. En outre, ils varient selon les méthodes utilisées pour leur calcul. Parmi les facteurs influençant le calcul, citons :

- La gravité de la maladie du patient ;
- La diversité des données démographiques des patients d'une étude ;
- La méthode de calcul de la productivité ;
- Les définitions de l'incapacité de travail ;
- Les frais de traitement ou les résultats des traitements (l'année au cours de laquelle les coûts ont été calculés est également un facteur important car les procédés de traitement peuvent changer) ;
- La modification des systèmes de financement des soins de santé ;
- Les coûts estimés sur la base de l'incidence ou de la prévalence.

Les coûts intangibles sont rarement inclus dans le calcul des coûts car il est presque impossible d'exprimer correctement les coûts intangibles en termes monétaires (Sieper et al., 2002). Néanmoins, l'évaluation des coûts intangibles fournit des informations utiles au sujet du prix payé par les personnes atteintes de TMS en termes de qualité de vie (QdV). Les mesures de la qualité de vie peuvent alors servir d'indicateurs afin de mesurer l'efficacité des interventions (Leardini, Salaffi, Montanelli, Gerzeli & Canesi, 2002).

3.4.1 Coûts directs

Comme nous l'avons dit plus haut, l'estimation du coût d'une maladie nécessite de tenir compte de différents facteurs et les différentes études donnent des résultats très variés. Pour la lombalgie, les coûts directs les plus importants sont liés aux traitements physiques, à l'hospitalisation, aux soins pharmaceutiques et aux soins primaires (Dagenais et al., 2008). Pour l'arthrite rhumatoïde, même si les coûts directs des soins de santé ont été relativement faibles dans le passé (Lundkvist et al., 2008), un certain nombre d'études indiquent que les coûts directs augmentent à mesure que

la capacité fonctionnelle diminue, ce qui fait de la capacité fonctionnelle un facteur de coût majeur (Huscher et al., 2006 ; Kobelt, 2007).

Par rapport aux coûts indirects, les coûts directs représentent généralement une partie mineure des coûts totaux (Dagenais et al., 2008 ; Kavanaugh, 2005 ; Kobelt, 2007 ; Lundkvist et al., 2008). Toutefois, dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, nous constatons de grandes variations d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'estimation des coûts directs rapportée dans la littérature. Ces variations s'expliquent par le recours à des traitements différents selon le pays (Lundkvist et al., 2008).

Le tableau 3.4 montre certains coûts directs spécifiques associés aux maladies musculosquelettiques en général et à l'arthrite rhumatoïde et à la lombalgie en particulier, tels qu'ils figurent dans la littérature (Woolf, 2003 ; Kavanaugh, 2005 ; Dagenais et al., 2008).

Tableau 3.4 : Coûts directs associés aux TMS, à l'arthrite rhumatoïde et aux lombalgies

	TMS	Arthrite rhumatoïde	Lombalgie
Coût des soins de santé	Visites chez le médecin Chirurgie ambulatoire Urgences Recours au service de revalidation (kinésithérapeute, ergothérapeute, assistant social) Médicaments Procédures et examens diagnostiques/thérapeutiques Appareils et accessoires Hôpital aigu (avec ou sans chirurgie) Hôpital non aigu	Visites chez le médecin Visites chez d'autres professionnels de la santé Chirurgie ambulatoire Urgences Médicaments (frais administratifs inclus) Imagerie Contrôle en laboratoire Toxicité (diagnostic, traitement) Dispositifs d'aide médicaux Hospitalisations (pour l'arthrite rhumatoïde ou son traitement) : chirurgie orthopédique, centres de long séjour / de revalidation	Visites chez le médecin Visites chez un chiropracteur Chirurgie ambulatoire Urgences Traitement physique et recours au service de revalidation Médicaments complémentaires et alternatifs Médicaments Imagerie
Frais personnels	Transport Temps du patient Temps des soignants		
Autres frais liés à la maladie	Soins de santé à domicile Adaptations de l'environnement Équipement médical Personnel non médical, thérapie alternative		Services de santé mentale

Les calculs des frais de traitement tendent à évaluer les coûts et les avantages cliniques des traitements. L'impact plus large sur les personnes atteintes de TMS qui continuent à travailler ou reprennent le travail rapidement englobe les effets biopsychosociaux et économiques sur l'individu qui travaille et la réduction des coûts pour le Ministère de la santé et les autres pouvoirs publics. Adopter une approche plus concertée ou coordonnée de l'analyse des coûts des traitements des maladies en général, et des TMS en particulier pourrait permettre une évaluation différente et peut-être plus réaliste des coûts et des bénéfices des traitements.

3.4.2 Coûts indirects

Deux grands types de coûts indirects sont généralement mesurés en association avec les problèmes de santé des salariés : l'absentéisme et le « présentéisme », c'est-à-dire la perte de productivité d'un salarié qui travaille mais qui fait face à une maladie ou une incapacité. Le présentéisme est extrêmement difficile à mesurer et il n'existe pas de données belges sur son coût ; il est mesuré au cas pas cas dans des études individuelles. Par conséquent, la plupart des estimations des coûts indirects reposent sur les données relatives à l'absentéisme.

En Belgique, un secrétariat social a réalisé une étude annuelle de l'absentéisme dans les entreprises belges. Il a calculé que le coût total de l'absentéisme pour cause de maladie en 2008 s'élevait à 10,35 milliards d'euros. Par ailleurs, il a estimé que les coûts indirects des absences étaient en moyenne 2,5 fois plus élevés que les coûts directs (tableau 3.5).

Tableau 3.5 : Coûts directs et indirects de l'absentéisme au travail en Belgique, 2008

	Ouvriers*	Employé**
Coût direct***	€ 1.317.403.343	€ 1.692.786.499
Coût indirect****	€ 3.293.508.358	€ 4.231.966.247
total	€ 4.610.911.701	€ 5.924.752.746

* Salaire mensuel brut moyen d'un ouvrier selon les données de l'ONSS et de Banque Nationale : € 2.309

** Salaire mensuel brut moyen d'un employé selon les données de l'ONSS et de Banque Nationale : € 3.481

**, Inklus : coûts salaire garanti + coût patronal + pro rata prime de fin d'année payés

****Coût indirect = 2,5 x coût direct

Source : Securex, 2009

Cependant, il convient de préciser certaines limitations des données recueillies au sujet de l'absentéisme au travail. La consignation des absences pour cause de maladie est rarement exacte. Chaque organisation a en effet sa méthode : dans certains cas, les salariés consignent leurs absences eux-mêmes et dans d'autres, ce sont les dirigeants qui s'en chargent. Lors des enquêtes réalisées auprès des employeurs, les responsables des ressources humaines doivent compléter l'enquête sur leur entreprise en se basant sur leurs notes. Chaque méthode possède ses limites : ainsi, lorsque les salariés doivent noter eux-mêmes leurs absences pour cause de maladie, ils peuvent très bien indiquer des jours où ils ne devaient de toute façon pas travailler. Lors des études réalisées auprès des employeurs, les réponses sont limitées par la qualité des données relatives à l'absentéisme consignées par les employeurs (par exemple : les salariés ne notent pas toujours leurs absences de manière exacte ou les catégories de causes ne sont pas appropriées). Les études réalisées auprès des employeurs sont également sujettes aux biais car seules les organisations appliquant de bonnes méthodes de mesure de l'absentéisme sont susceptibles de répondre rapidement à la demande de l'étude. Dans tous les cas, les données consignées et les rapports sont sujets aux biais. Les dirigeants, par exemple, ont tendance à ne pas signaler leurs propres absences.

Des coûts indirects sont associés non seulement à l'absentéisme pour cause de maladie et au présentéisme, mais aussi à la retraite anticipée des personnes atteintes de TMS (Dagenais et al., 2008 ; Alavinia et Burdorf, 2008). Les taux de retraite anticipée rapportés dans la littérature sont très variables selon le pays, l'année de l'étude et l'échantillon considéré. Cependant, dans la plupart des études, il est compris entre 30% et 50% (Lundkvist et al., 2008).

Toutefois, ces chiffres sous-estiment encore le véritable coût des maladies telles que les TMS. La plupart des personnes atteintes de TMS ne deviennent pas invalides. En fait, s'il existe une prévalence générale relativement élevée des TMS, la plupart des gens (même ceux chez qui une maladie a été diagnostiquée) continuent à travailler (Waddell et Burton, 2006). En ce qui concerne les maux de dos, Nachemson et al. (2000) ont calculé que quelque 80% des frais de soins de santé sont générés par les 10% d'individus souffrant de douleurs et d'invalidité chroniques. Néanmoins, il existe toujours des coûts potentiellement importants associés à la perte de productivité lorsque les gens continuent à travailler, mais au prix d'une douleur ou d'une détresse

en attendant une intervention ou des ajustements de leur lieu de travail. Des recherches belges concluent que le coût médical direct total de la lombalgie chronique en Belgique est compris entre 81 et 167 millions d'euros. D'après la littérature, les frais médicaux couverts par le secteur des assurances maladie ne représentent que 10 à 30% du total des coûts indirects pour le patient et la société. Le montant total pourrait donc être estimé, en toute prudence, entre 270 millions et 1,6 milliard d'euros (Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2006).

Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, les coûts indirects des troubles de la santé ne se limitent pas à la perte de productivité de l'individu, car ils ont souvent une influence sur la participation au marché du travail des membres de sa famille (Pugner et al., 2000). Même s'il est difficile d'identifier, de quantifier et d'évaluer les soins informels (ce qui est considéré comme « informel » par certaines personnes sera « normal » pour d'autres), Lundkvist et al. (2008) ont estimé qu'en ce qui concerne l'arthrite rhumatoïde, le coût annuel des soins informels en Europe était de 2.562 euros par patient. Ce chiffre varie considérablement en fonction des services fournis par les systèmes sociaux ou de soins de santé et des caractéristiques du marché du travail de chaque pays.

Les frais supplémentaires dus à l'appel aux services d'une aide ménagère sont une autre extension des coûts indirects liés au travail (Kavanaugh, 2005).

3.4.3 Total des coûts

Les calculs du coût des TMS donnent généralement de bonnes estimations du coût des TMS non spécifiques, sachant que les TMS non spécifiques constituent la grande majorité des cas. Le calcul du coût des TMS spécifiques se heurte aux mêmes difficultés que celui des TMS en général. La plupart des études estimant le poids économique de l'arthrite rhumatoïde ont livré des estimations du coût spécifiques à la population et au système de soins de santé des Etats-Unis (Cooper, 2000). Le coût de la spondylarthrite ankylosante pour la société est moins bien établi (Chorus et al., 2002). D'autres recherches ont eu lieu sur le coût aux Etats-Unis, au Canada et dans différents pays européens, notamment aux Pays-Bas, en France et en Belgique. Néanmoins, il est généralement impossible de comparer directement les conclusions concernant le taux d'incapacité de travail d'un pays à l'autre, compte tenu des

différences de conditions de travail telles que la durée et les conditions de l'indemnité de maladie légale (Sieper et al., 2002).

Lundkvist et al. (2008) ont estimé le coût annuel total du traitement des patients atteints d'arthrite rhumatoïde en Belgique à 17.419 euros par patient, soit 1,21 milliard d'euros. Ce chiffre pourrait grimper à 1,74 milliard d'euros si, comme certains l'estiment, le nombre de personnes souffrant d'arthrite rhumatoïde en Belgique est de 100.000. Ces coûts comprennent les coûts médicaux, le coût des médicaments, les frais non médicaux, le coût des soins informels et d'autres coûts indirects. Ces chiffres sont légèrement plus élevés, par patient, que ceux d'autres pays d'Europe occidentale, mais ils ne font pas de distinction entre les personnes en âge de travailler et celles qui ont dépassé l'âge de la retraite.

Deux études (Boonen et al 2002 ; Ward 2002) ont calculé le coût de la perte de productivité parmi les patients atteints de spondylarthrite ankylosante aux Pays-Bas, en France et en Belgique. Les coûts de friction (qui reflètent la perte de productivité due au congé de maladie uniquement pour la période moyenne d'arrêt de travail) et les coûts en capital humain (qui représentent la perte de productivité pendant toute la durée du congé de maladie et de vacance du poste) ont été calculés. Le coût annuel moyen en capital humain était de 8.862 euros par patient aux Pays-Bas, 3.188 euros en France et 3.609 euros en Belgique.

Les limitations de la collecte des données citées plus haut expliquent certaines des difficultés rencontrées lors des tentatives de calcul du coût de l'impact des TMS pour les employeurs et la société.

3.5 Résumé

Dans ce chapitre, nous nous sommes penchés sur l'impact que les TMS ont sur la capacité d'une personne à travailler, à la fois physiquement, du fait de la maladie proprement dite et en ce qui concerne les conséquences associées, par exemple la perte de concentration due à la douleur. Nous avons également parlé de l'influence que le lieu de travail peut avoir sur les TMS, à la fois lors de leur apparition et pendant leur évolution. Bien que les facteurs de risque intrinsèques de TMS soient multiples, il est clair que le lieu de travail peut exposer les salariés à d'autres facteurs de risque, à la fois physiques et psychosociaux. Certains facteurs de risque bien établis liés au

lieu de travail, tels que les vibrations et l'ergonomie des postes de travail, sont déjà reconnus et évalués par de nombreux employeurs afin de minimiser leur impact. Cependant, l'impact d'autres facteurs de risque liés au lieu de travail, comme la qualité de l'emploi, ne sont pas aussi bien compris.

Afin de faire face à la perte de productivité et de disposer de travailleurs productifs dans l'ensemble de la population active (qui couvre une tranche d'âge de plus en plus vaste), les gouvernement et les employeurs doivent travailler main dans la main afin de s'assurer que les gens sont aptes à travailler. Pour cela, il est important que toutes les personnes concernées – employeurs, cliniciens, gouvernement et salariés – admettent que les facteurs physiques, psychologiques et sociaux liés au travail ont une influence considérable sur l'aptitude au travail d'un individu.

Nous avons également souligné qu'il est important d'établir une distinction entre les facteurs de risque d'apparition de TMS et les facteurs de risque de maladie et d'invalidité chroniques. Si les conditions de travail physiques peuvent provoquer ou aggraver les symptômes musculosquelettiques, l'effet ou les conséquences sur les personnes (absence du travail et invalidité) sont étroitement liés à des facteurs psychosociaux (Waddell et Burton, 2006). Des preuves suggèrent que le travail peut contribuer à réduire l'aggravation des maladies (Breen et al., 2005) et aider les patients à se remettre de leurs TMS, le cas échéant (Feuerstein et al., 2003 ; Chorus et al., 2003). Ce fait est à prendre en considération lors de l'élaboration de stratégies et d'interventions visant à garantir que les personnes atteintes de TMS ont la possibilité d'avoir une vie professionnelle épanouissante et productive.

4.1

Pour une intervention précoce

Le chapitre suivant traite du rôle des interventions précoces afin d'aider les personnes souffrant de TMS à poursuivre le travail et à le reprendre rapidement.

Nous l'avons vu, l'impact des TMS peut être considérable pour les personnes qui en souffrent mais aussi pour les employeurs et pour la société dans son ensemble. Ces derniers temps, leurs conséquences sur la population active gagnent en reconnaissance. S'il est largement admis qu'une intervention rapide est essentielle pour faire face à l'apparition des TMS et à l'absentéisme dû à ces maladies, il reste du chemin à parcourir pour que les personnes atteintes de TMS bénéficient du meilleur soutien possible afin de pouvoir poursuivre ou reprendre le travail. Les longs délais

4. Interventions

d'attente pour les soins, l'incapacité de certains employeurs à faire face à la maladie, le manque de connaissances des salariés à propos de ces maladies et de leur prise en charge, ainsi que les messages contradictoires sur l'efficacité des méthodes d'intervention sur le lieu de travail ou des programmes de reprise du travail, sont autant d'obstacles qui empêchent les personnes atteintes de TMS d'avoir un travail de qualité qui respecte leur santé.

Ce chapitre s'intéresse aux types d'interventions les plus susceptibles d'aider les travailleurs atteints de TMS à continuer à travailler, à reprendre le travail, à rester productifs, à retirer de leur travail des avantages pour leur santé et à continuer d'apporter leur contribution à la société.

S'assurer que les travailleurs souffrant de TMS ont accès rapidement au traitement et au soutien appropriés doit être une priorité absolue pour les employeurs et les professionnels des soins de santé. Des études épidémiologiques réalisées auprès de salariés dont l'absence est due à une lombalgie ont montré que plus la période de congé de maladie est longue, plus il est difficile de faire reprendre le travail au salarié et plus le coût économique est élevé (Frank, 1998 ; Meijer et al., 2006). Il a également été démontré que le congé de maladie a des conséquences psychologiques négatives sur les salariés (Meijer et al., 2005). Une intervention rapide est donc cruciale pour le rétablissement personnel et l'auto-prise en charge et peut contribuer à réduire le nombre de jours d'absence et la perte de productivité dus aux TMS (même si la rentabilité des programmes spécifiques de reprise du travail n'est pas prouvée avec certitude).

L'exemple qui suit illustre une intervention et une réinsertion rapides parmi des salariés des services de santé en Belgique qui ont adopté une approche pluridisciplinaire mettant l'accent sur la dimension physique et psychosociale.

Étude de cas : Programme de réinsertion pluridisciplinaire

Introduction

En 2005, le Fonds des maladies professionnelles (FMP) a lancé un projet afin de faciliter la prise en charge des maux de dos parmi le personnel infirmier des hôpitaux généraux et gériatriques de Belgique. Il s'agissait d'une étude sans groupe témoin.

Quelle a été l'approche appliquée ?

Une intervention pilote a été mise en place pour les membres du personnel infirmier considérés comme exposés aux « facteurs de risque » des maux de dos dans le milieu hospitalier. Le FMP dispose à travers la Belgique de 45 centres de revalidation qui ont soutenu la prévention et la revalidation des travailleurs souffrant de maux de dos.

La population cible de volontaires a été recrutée parmi les infirmiers qui ont l'habitude d'effectuer des tâches de soulèvement et de manutention manuels et qui ont été absents du travail en raison de lombalgies non spécifiques pendant un minimum de quatre semaines et un maximum de trois mois.

Au début de l'étude, les données relatives à la situation de départ de chaque volontaire ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les volontaires avaient droit à un maximum de 36 séances de kinésithérapie d'une durée de deux heures. Un travailleur psychosocial examinait à la fois la prise en charge de la douleur et l'aspect émotionnel des maux de dos. Un ergonome qualifié s'est en outre penché sur les exigences physiques du travail.

Quels ont été les résultats ?

Durant la première phase du projet, 102 volontaires répondant aux critères de sélection ont été recrutés. Parmi eux, 91 ont été inclus dans l'étude et parmi ceux-ci, 83 ont participé pleinement à l'intervention. À la fin de l'étude pilote, 74 participants étaient toujours en vie. Près de 80% des participants avaient repris le travail avant la 18^e séance de revalidation et 99% avant la fin de la 36^e séance.

Cette étude a mis en avant un certain nombre d'inquiétudes parmi les participants, en particulier la crainte que leur participation aux séances de kinésithérapie n'aggrave leurs maux de dos, ainsi que des questions de respect de la vie privée étant donné que de nombreuses séances se déroulaient sur le lieu de travail des participants. Il est également apparu que bon nombre des généralistes des participants étaient inquiets à cause de la participation de ceux-ci à l'étude et qu'ils n'avaient pour leur part prescrit que des traitements passifs (anti-inflammatoires, par exemple). L'évaluation de l'étude pilote a également permis de conclure que de nombreux employeurs – même dans le secteur des soins de santé – avaient certaines croyances bien ancrées à propos de la reprise du travail, à savoir que les travailleurs devaient être rétablis à 100%.

Que s'est-il passé ensuite ?

En 2007, le projet a été étendu à l'ensemble des travailleurs de Belgique exposés à des facteurs de risque significatifs en matière de maux de dos, quel que soit leur secteur d'activité. Le volet suivant du projet a attiré 284 volontaires, parmi lesquels 71% de femmes, dont deux tiers venaient encore du secteur des soins de santé, même si plus de 6% travaillaient dans la construction.

Il est également dans l'intérêt de l'employeur d'agir rapidement s'il tient à minimiser le coût de l'absentéisme pour la santé des salariés et pour son entreprise. Sur la base d'une analyse des preuves disponibles, Breen et al. (2005) recommandent que les salariés et les employeurs discutent et adaptent le travail au cours de la première semaine. Si des salariés ont des inquiétudes concernant leur santé, ils doivent consulter un professionnel des soins de santé et, après une orientation ou un diagnostic, des conseils et la planification d'une action, une analyse doit avoir lieu dans un délai de quatre semaines.

Cependant, beaucoup de travailleurs et d'employeurs se plaignent du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le médecin. De plus, étant donné que les généralistes sont les premiers interlocuteurs de la plupart des personnes atteintes de TMS, et que ce sont eux qui délivrent les certificats de maladie, ils ont un rôle essentiel à jouer afin de s'assurer que les patients sont en mesure de faire face à leur maladie et peuvent freiner ou faciliter la reprise du travail d'un individu.

4.2

Le régime de sécurité sociale des personnes en incapacité de travail

Il est évident que, dans la plupart des Etats membres de l'Union européenne, les interventions du système de sécurité sociale peuvent faire une grande différence pour les citoyens en âge de travailler qui souffrent de maladies de longue durée, chroniques ou invalidantes.

D'inspiration bismarckienne, le système de sécurité sociale belge repose sur les principes de l'assurance et de la solidarité. Des mesures sont également prises afin d'inculquer aux bénéficiaires le sens des responsabilités, par exemple le soutien en vue de la réinsertion des chômeurs sur le marché du travail. Le système se compose de trois grands régimes : un régime général (pour les salariés), un régime pour les indépendants et un régime pour les fonctionnaires. Le financement provient essentiellement des cotisations de sécurité sociale retenues sur les salaires (70% du total) tandis que la plupart des avantages sociaux sont également calculés en proportion des salaires. Les allocations possèdent une limite inférieure et supérieure, ce qui entraîne une redistribution verticale. La gestion du système de sécurité sociale repose sur la parité des partenaires sociaux mais la tendance est au passage à un mode tripartite. Le système de sécurité sociale belge remplit plusieurs fonctions, en particulier celle qui consiste à fournir un revenu de substitution en cas de perte

de revenus et à accorder des compléments de revenus pour certaines charges sociales (frais supplémentaires). Il est divisé en sept branches : la retraite et les pensions de survie, les allocations de chômage, l'assurance relative aux accidents de travail, l'assurance relative aux maladies professionnelles, les allocations familiales, l'assurance maladie-invalidité et les vacances annuelles (pour les ouvriers du secteur privé).

En Belgique, les travailleurs qui ont été déclarés inaptes au travail en raison d'une maladie perçoivent une allocation. La majorité de ces personnes commencent par toucher un revenu garanti payé par l'employeur, généralement pendant 14 jours pour les ouvriers et 30 jours pour les employés. À l'issue de cette période, elles bénéficient d'une indemnité d'incapacité de travail dont le montant varie en fonction de leur ancien salaire et de la durée de leur incapacité de travail. Pendant les 30 premiers jours, l'allocation représente 60% de leur ancien revenu (avec un plafond). Au-delà du 30^e jour, les isolés et les personnes ayant des personnes à charge continuent à percevoir 60% de leur salaire tandis que les cohabitants ne touchent plus que 55%. À partir du premier jour du septième mois, un montant minimum est accordé, compte tenu de la situation familiale de la personne. Les indépendants qui tombent malades reçoivent une somme fixe. Au bout d'un an, la personne a droit à une pension d'invalidité (45 à 65% du revenu, avec un plafond) versée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Il existe une liste de troubles qui sont reconnus comme maladies professionnelles et donnent droit une indemnité. Les personnes atteintes d'une maladie qui ne figure pas sur la liste doivent prouver qu'il existe un lien avéré et direct entre la maladie et leur travail. Tous les travailleurs et les fonctionnaires sont assurés contre les maladies professionnelles, ce qui n'est pas le cas des indépendants.

Pour l'instant, les travailleurs atteints de maladies de longue durée ou chroniques et qui bénéficient d'allocations n'ont pas le droit de travailler sans perdre ces allocations. Cependant, des propositions de Laurette Onkelinx (Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique) aboliront cette règle dans le courant de l'année 2009, harmonisant ainsi la législation de la Belgique avec celle des pays voisins (Onkelinx, 2008).

Prevent a étudié les mécanismes disponibles en vue de la poursuite et de la reprise du travail en Belgique (Prevent, 2007) et a conclu que l'un des principaux problèmes en matière de réinsertion est que le salarié belge doit généralement gérer seul son retour sur le marché du travail. De ce fait, les personnes potentiellement vulnérables peuvent se retrouver dans une situation totalement inconnue qui nécessite une connaissance particulière du domaine complexe des différents acteurs et mesures de soutien pouvant être utiles dans le cadre d'un processus de revalidation et de réinsertion. Malheureusement, la plupart du temps, ni le travailleur ni l'employeur (s'il est impliqué) ne savent à qui demander de l'aide ou à quelle aide ils ont droit au cours du processus de réinsertion. En outre, cette aide est souvent sollicitée alors qu'il est déjà trop tard pour mettre en place des solutions de réinsertion rapides et proactives. Souvent, le manque de coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de réinsertion a déjà entraîné une perte d'opportunités et de compétences, un chômage de longue durée et une exclusion.

4.3
Des interven-
tions propres à
chaque maladie

Il est généralement vital que les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques spécifiques soient orientées rapidement vers le spécialiste approprié en vue d'un examen et d'un traitement. Les personnes souffrant de TMS peuvent être confrontées à de nombreux problèmes liés aux soins à long terme, y compris de longs délais d'attente, un manque d'approche pluridisciplinaire, des conseils limités en ce qui concerne la gestion de la douleur et un manque de trajets intégrés clairs. Néanmoins, différentes interventions propres à chaque maladie ont prouvé leur efficacité en matière d'amélioration de la poursuite et de la reprise du travail.

4.3.1 Arthrite rhumatoïde

L'importance d'un traitement efficace et précoce de l'arthrite rhumatoïde afin de réduire les lésions articulaires et l'invalidité est aujourd'hui largement reconnue (Pugner, 2000). Étant donné qu'il n'existe pour l'instant aucun remède permettant de guérir l'arthrite rhumatoïde, la priorité du traitement consiste à maîtriser les signes et symptômes et à permettre au patient de faire face à sa maladie tout en améliorant sa qualité de vie.

Les options thérapeutiques qui s'offrent aux patients atteints d'arthrite rhumatoïde sont des traitements médicaux symptomatiques visant à réduire la douleur et

des traitements médicaux permettant de maîtriser la maladie et de faire reculer le processus de dégradation.

Les traitements médicaux de l'arthrite rhumatoïde, dont l'efficacité s'est améliorée ces dernières années, ont pour but de supprimer l'une ou l'autre partie du processus de détérioration des articulations. L'expérience ayant montré que les capacités fonctionnelles des patients atteints d'arthrite rhumatoïde déclinent avec le temps, il est essentiel que les patients soient traités le plus rapidement possible à l'aide de médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) afin de maîtriser les symptômes et la progression de la maladie (SIGN, 2000). Une étude a découvert que le risque de lésion érosive était de 73% chez les patients qui attendent plus d'un an entre l'apparition des symptômes et la consultation dans une clinique de rhumatologie (Irvine, 1999 *in* Luqmani et al., 2006).

De plus en plus de preuves cliniques démontrent également que les traitements par médicaments anti-TNF – qui agissent directement contre les cellules responsables de l'inflammation – peuvent avoir un effet plus puissant sur l'arthrite rhumatoïde que les ARMM, plus particulièrement en ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie des patients, la poursuite du travail et la participation au marché de l'emploi (Halpern, 2008).

Cependant, les interventions médicales sous la forme d'un traitement médicamenteux afin de contrôler l'inflammation et la progression de la maladie, ainsi que la chirurgie visant à réparer les lésions structurelles, ne représentent qu'une partie de la prise en charge thérapeutique des patients atteints d'arthrite rhumatoïde. L'information du patient et sa responsabilisation, une auto-prise en charge qui aide à faire face aux symptômes et une assistance spécialisée afin d'aider la personne à vivre avec la maladie et ses conséquences sont également importantes. Pour être efficace, la prise en charge de l'arthrite rhumatoïde doit impliquer non seulement l'équipe clinique (généralistes, rhumatologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures, podologues, pharmaciens, infirmiers en soins primaires et chirurgiens orthopédiques) mais aussi le patient et, dans l'idéal, son employeur. Les assistants sociaux ont également un rôle à jouer. Des associations de patients belges telles que CLAIR et Reumanet jouent également un rôle important dans l'information du patient, sa responsabilisation et son auto-prise en charge.

4.3.2 Spondylarthropathies

Consulter rapidement un spécialiste afin de confirmer le diagnostic et d'entamer un traitement est également essentiel pour les personnes atteintes d'une spondylarthropathie ou d'une autre maladie rhumatismale. Étant donné que (comme dans le cas de l'arthrite rhumatoïde), il n'existe pas de remède contre les spondylarthropathies, le but de l'intervention thérapeutique consiste à réduire l'inflammation, à maîtriser la douleur et la raideur, à soulager les symptômes systémiques tels que la fatigue et à ralentir ou à arrêter la progression à long terme de la maladie.

Les options thérapeutiques disponibles pour les patients atteints d'une spondylarthropathie sont des traitements médicaux symptomatiques (AINS) afin de réduire la douleur. La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), associée à des séances régulières de kinésithérapie constitue actuellement le traitement de base des spondylarthropathies. Une autre possibilité consiste en des traitements médicaux recourant à des molécules qui agissent directement contre les cellules responsables de l'inflammation.

Comme les spondylarthropathies touchent en général des personnes relativement jeunes, leur potentiel à perturber voire abrégé leur participation au marché du travail peut être important. Comme nous l'avons déjà dit, maintenir ces patients au travail aussi longtemps et adéquatement que possible présente d'importants avantages cliniques, sociaux et économiques. En fonction de la gravité de leur maladie, les patients atteints d'une spondylarthropathie peuvent bénéficier d'aménagements du lieu de travail, d'horaires flexibles, de programmes d'exercice et de séances de kinésithérapie (Boonen et al., 2001).

4.3.3 TMS non spécifiques

L'objectif principal de ce rapport a été d'examiner les interventions et les autres facteurs ayant une influence sur la poursuite du travail, la participation au marché du travail et la qualité de l'emploi parmi les personnes souffrant de TMS. Comme nous l'avons vu, il existe des preuves selon lesquelles un handicap physique peut être un obstacle pour chacun de ces aspects. Toutefois, de nombreuses personnes – même celles confrontées à une invalidité grave et chronique – parviennent à conserver

une vie professionnelle riche et épanouissante. Étant donné que les maux de dos et la majorité des troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail ne sont pas des maladies curables et qu'il n'est pas prouvé qu'une prévention soit possible, certains sont d'avis que le traitement doit viser une reprise du niveau d'activité et de participation le plus élevé possible et souhaiter ainsi que la prévention des problèmes chroniques et des récidives (Burton, 2005 ; Bekkering, 2003) plutôt qu'une éradication de la cause du problème ou la récupération d'une fonction normale.

Bien qu'un traitement visant à soulager ou atténuer les symptômes des TMS non spécifiques soit toujours une priorité, l'intervention médicale n'est pas nécessairement le seul ou le meilleur chemin pour conduire au rétablissement, ni pour aider les personnes confrontées à des TMS non spécifiques à faire face à leur maladie. En fait, dans le cas des troubles non spécifiques, le rétablissement d'un individu et ses chances de reprendre le travail peuvent être entravés par la « surmédicalisation » de sa maladie. Les limites imposées par les certificats de maladie, le congé de maladie légal et les programmes formalisés de reprise du travail peuvent au contraire renforcer la « maladie » du patient et limiter la marge de manœuvre de l'employeur. Sachant qu'il est prouvé que les facteurs psychosociaux jouent un rôle déterminant dans la chronicité et l'invalidité des personnes souffrant de maux de dos, il existe de bonnes raisons de plaider pour une « reconceptualisation » de ce problème de santé et de son traitement, ce qui permettrait de tirer des leçons importantes pour d'autres types de douleurs musculosquelettiques non spécifiques (Burton, 2005).

Waddell et Burton (2006) résumant bien le défi dans leur travail sur la revalidation professionnelle. Ils indiquent que, bien que de nombreux TMS non spécifiques ne possèdent pas de caractéristiques cliniques clairement définies et présentent une prévalence élevée au sein de la population en âge de travailler, la plupart des épisodes se terminent spontanément et la plupart des personnes rencontrant ces problèmes de santé continuent à travailler ou reprennent le travail très vite. Ils estiment que s'intéresser uniquement à l'invalidité n'est pas forcément efficace :

*« ... la question n'est pas de savoir pourquoi certaines personnes développent une invalidité à long terme mais **pourquoi certaines personnes confrontées à des problèmes de santé courants***

ne se rétablissent pas comme prévu ? Il est aujourd'hui communément admis que les facteurs biopsychosociaux contribuent au développement et à l'entretien de la douleur et de l'invalidité chroniques. Ils peuvent également faire obstacle au rétablissement de la personne et à son retour au travail. La logique de la revalidation n'est alors plus de faire face à l'invalidité résiduelle mais de **supprimer les obstacles biopsychosociaux qui retardent ou empêchent le rétablissement anticipé.** » (Waddell et Burton, 2006, p.7) [en gras dans le texte original]

Le modèle biopsychosocial est un cadre explicatif qui admet l'importance des facteurs psychologiques et sociaux dans la façon dont les personnes atteintes de TMS font face à leur maladie. La section suivante présente brièvement le modèle biopsychosocial et explique ses implications pour la population active.

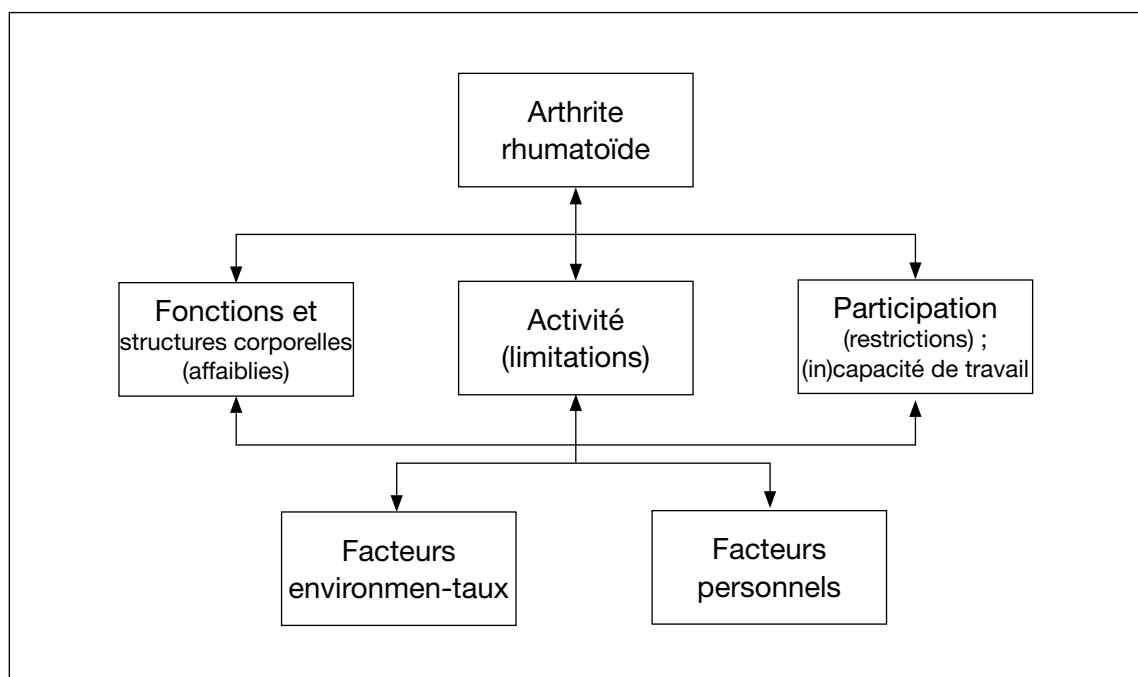
4.4 Le modèle biopsychosocial et le travail

Le modèle biopsychosocial recommande aux cliniciens et aux professionnels de la médecine du travail, notamment, d'évaluer les interactions entre les aspects **biologique** (maladie, lésion articulaire...), **psychologique** (caractère, anxiété...) et **social** (exigences professionnelles, soutien familial...). Il est évident que la disposition psychologique et le comportement d'un patient peuvent avoir un impact significatif sur la façon dont il réagira en cas de « lésion » physique (maux de dos, par exemple). Dans certains cas, le patient risque d'entrer dans un cycle qui s'auto-alimente d'invalidité/retard de rétablissement/voire dépression si sa réaction dominante face à la douleur consiste à la « dramatiser ». Bien entendu, de nombreux facteurs peuvent influencer la tendance d'un individu à « dramatiser », notamment sa personnalité, ses antécédents médicaux, le degré de soutien dont il bénéficie de la part de sa famille ou son niveau de satisfaction professionnelle (Sullivan et al., 1990). Il est évident que l'interaction des dimensions biologique, psychologique et sociale peut avoir une influence considérable sur le développement, la progression d'un problème musculosquelettique et la revalidation après ce problème.

Depuis qu'il a été présenté à la fin des années 1970, le modèle biopsychosocial a été étayé par un nombre croissant de preuves. Ainsi, des recherches ont démontré que la satisfaction professionnelle pouvait être un indicateur important d'une reprise du

travail rapide et réussie (Bigos et al., 1992). En ce qui concerne le soutien social, des études ont montré que les limitations fonctionnelles attribuées aux TMS pouvaient mettre les systèmes familiaux sous pression et provoquer des conflits familiaux lorsque le patient n'est plus en mesure de s'acquitter de ses obligations familiales normales (Hamberg et al., 1997 ; MacGregor et al., 2004 ; Kemler et Furnel, 2002). D'autre part, une famille (ou par extension, un supérieur ou un collègue) qui fait preuve d'une sollicitude excessive peut renforcer la passivité du patient atteint de TMS et l'encourager à s'installer dans son rôle d'« handicapé » (Kerns et al., 1990 ; Block et al., 1980). De Croon et al. (2004) se sont penchés sur les recherches sur l'incapacité de travail parmi les personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde et ont conclu que les facteurs psychosociaux étaient souvent de meilleurs indicateurs de l'incapacité de travail que les facteurs biomédicaux habituels. Sur le schéma 4.1 ci-dessous, les auteurs montrent comment certains facteurs environnementaux et personnels renforcent la puissance explicative de la *Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (ICF)* en cas d'incapacité de travail à la suite d'arthrite rhumatoïde.

Schéma 4.1 : Application du modèle ICF à l'incapacité de travail en cas d'arthrite rhumatoïde



Source : de Croon et al., 2004

Certains critiques du modèle biopsychosocial (McLaren, 2006) se sont focalisés sur ce dernier point, exprimant leur crainte que cette approche encourage ou « autorise » l'impuissance de certains patients ou que, dans d'autres circonstances, elle déclenche l'hostilité des patients, qui ont l'impression de s'entendre dire que leur problème est « seulement dans leur tête ». Il est clair que les cliniciens, entre autres, doivent être prudents dans leur manière d'atténuer ces risques, mais lorsque nous faisons le bilan de la littérature – et de l'opinion des experts que nous avons interrogés – la tendance est nettement en faveur du modèle biopsychosocial et de son rôle dans l'information au sujet de la prise en charge des TMS, dans le cadre à la fois clinique et professionnel (Smyth et al., 1999 ; Carter et al., 2002). En effet, ce modèle constitue la base de la *Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)* de l'OMS, qui fait généralement autorité en matière de réinsertion professionnelle (OMS, 2001).

Comme l'ont soutenu Waddell et Burton (2006), le but du modèle biomédical consiste à soulager les symptômes tandis que le but de la prise en charge clinique basée sur le modèle biopsychosocial – en particulier dans un cadre professionnel – doit être de maîtriser les symptômes et de rétablir la fonction. Cela suggère que les employeurs contribuent au volet « social » du modèle biopsychosocial et que leurs actions peuvent avoir une influence sur l'issue pour les individus atteints de TMS.

4.5 Le rôle des employeurs

4.5.1 Une approche systématique et coordonnée pour la poursuite et la reprise du travail

En Belgique, la responsabilité du processus de réintégration est partagée par les travailleurs et leurs employeurs (Prevent 2007b). Cependant, en raison d'un manque de points de référence concrets et de connaissances spécifiques dans ce domaine, les employeurs ne sont pas tout à fait en mesure de faire de la poursuite et la reprise du travail une priorité de leur politique d'entreprise. En outre, la réintégration de chaque travailleur est différente et il est difficile pour les entreprises d'acquérir une expertise sur la base de leur expérience dans ce domaine. L'expérience laisse penser qu'une approche structurée au niveau de l'entreprise est la solution qui a le plus de chances d'aboutir. Il est essentiel pour l'avenir de consentir des efforts dans les domaines de la santé et de la sécurité ainsi que de la poursuite et de la reprise du travail. Des politiques efficaces et rationnelles en matière de personnel, de santé et de

sécurité fournissent le cadre nécessaire à cet effet. À l'avenir, cette approche intégrée doit être de plus en plus encouragée. Le concept de prise en charge des invalidités pourrait constituer un outil essentiel pour la mise en œuvre de cette approche.

L'étude de cas qui suit illustre l'introduction du concept de prise en charge des invalidités dans le contexte belge.

Étude de cas : Intro_DM – réintégration de travailleurs souffrant de problèmes de santé de longue durée (PSLD)

Si les employeurs, les médecins et les pouvoirs publics sont en général conscients des bienfaits du travail pour les personnes ayant des problèmes de santé de longue durée. Bien souvent, le manque de coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de réinsertion entraîne une perte d'opportunités et de compétences, un chômage de longue durée et une exclusion sociale.

Afin d'aborder et d'améliorer cette situation, le partenariat Intro_DM a imaginé deux nouvelles fonctions professionnelles en vue de favoriser la réinsertion professionnelle en Belgique : le Disability Manager (DM) chargé de la mise en œuvre et de la supervision de la politique de prise en charge des invalidités dans les entreprises et le Disability Case Manager (DCM) chargé d'offrir un soutien individuel au cours du processus de réinsertion. Chacun des « principaux partenaires » du partenariat dispose déjà de l'expérience pertinente requise afin de développer ces nouveaux rôles. Prevent, un institut pluridisciplinaire belge qui œuvre à la prévention des risques au travail en encourageant la qualité des conditions de travail et l'amélioration de l'organisation du travail, est un spécialiste qui propose un soutien, des conseils et des informations aux entreprises, institutions et autres acteurs sociaux. L'UCBO de l'Université de Gand est un centre de formation et de coaching professionnels pour les personnes invalides qui possède une grande expérience dans l'aide aux personnes en cours de réinsertion grâce à un coaching et à une formation individuelle.

4.5.2 Sensibilisation aux conditions et à leur prise en charge

L'Union des employeurs belges reconnaît que de nombreux employeurs ne sont toujours pas conscients de la nature des TMS, tant au niveau de leur impact immédiat

sur la capacité fonctionnelle au travail que, le cas échéant, des manifestations et de la progression des maladies. Ainsi, les salariés atteints d'arthrite rhumatoïde ou d'une spondylarthropathie peuvent souffrir de « crises » périodiques d'inflammation et de douleur aiguë suivies d'une fatigue et parfois d'une humeur dépressive. Si les employeurs ignorent que ces symptômes sont prévisibles ou « typiques », ils peuvent adopter une approche de reprise du travail inefficace ou trop prudente. Néanmoins, des recherches menées en Belgique par Prevent (Prevent, 2007a) montrent que la sensibilisation des employeurs à la réinsertion et la réadaptation ainsi que leurs connaissances à ce sujet sont minimales.

Si le message concernant la manutention manuelle et l'organisation du travail est bien passé auprès de nombreux employeurs, le fait que l'absentéisme et même les exigences professionnelles réduites peuvent être contre-productives, n'est pas encore connu de tous. Un changement d'attitude et une sensibilisation à la prise en charge des TMS sont importants afin de réduire le poids de celles-ci pour les employeurs et la société. Cependant, les employeurs ne sont pas les seuls à devoir être informés sur les TMS et leur traitement. L'un des mythes les plus tenaces (et les plus pernicieux) au sujet des maux de dos, par exemple, est que l'alitement est la meilleure solution. Les campagnes de promotion de la santé ont prouvé leur efficacité pour faire passer le message selon lequel la douleur ne signifie pas automatiquement que la maladie s'est aggravée ou que l'activité est néfaste (Buchbinder et al., 2001). Cela montre qu'avec un engagement et un investissement suffisant du gouvernement central, les campagnes de cette ampleur peuvent influencer la perception qu'a le public des TMS courants.

4.5.3 Intervention et ajustement des exigences professionnelles

Il est non seulement prouvé que le travail est bénéfique, mais aussi que reprendre une activité adaptée peut favoriser le rétablissement (Feuerstein et al., 2003). Parmi les spécialistes de la santé au travail, le recours à la revalidation professionnelle a longtemps été un mécanisme garantissant que les individus souffrant d'une maladie, d'une blessure ou d'une invalidité pouvaient reprendre le travail (même pour effectuer un travail adapté) aussi rapidement et durablement que possible. Certains ont craint que la revalidation ne soit pas bien intégrée dans la pratique clinique générale et que le retour au travail ne soit pas considéré comme un résultat positif pour le patient

par une proportion suffisante de cliniciens (Frank et Chamberlain, 2006). Par ailleurs, il est important de souligner que la revalidation professionnelle n'est pas l'apanage des professionnels. En pratique, une prise en charge efficace est aussi – voire plus – importante que la revalidation formelle.

Pourtant, les employeurs, si tant est qu'ils y pensent, tiennent invariablement compte des exigences physiques du travail qui doivent être satisfaites par un salarié atteint de TMS. Le modèle biopsychosocial requiert que les exigences mentales du travail soient également prises en considération dans le processus de retour au travail. De plus en plus d'études montrent qu'adapter une série d'exigences professionnelles favorise la réussite de la reprise du travail chez les personnes souffrant de divers TMS (Schultz et al., 2007 ; de Croon et al., 2004 ; Feuerstein et al., 2004 ; Chorus et al., 2001). Le degré dans lequel salarié et employeur parviennent à gérer le processus de réajustement lors du retour au travail peut également dépendre des convictions des deux parties à propos de la mesure dans laquelle le travail lui-même est (au moins en partie) dû ou lié à l'incapacité.

Des recherches menées par Prevent (Prevent, 2001) et faisant appel à des études de cas impliquant des employeurs, ont révélé que les employeurs commencent généralement par adopter une attitude positive envers le principe de réinsertion à la suite d'un accident du travail mais qu'une opposition apparaît souvent durant la mise en œuvre des interventions de réinsertion. Souvent, ce fait s'explique par un manque d'informations, de soutien spécialisé et de contact avec les différentes parties impliquées ainsi que par l'absence d'une politique de réinsertion systématique et concrète. Il apparaît également qu'une intervention précoce en vue d'une réintégration n'est efficace que si l'entreprise assume ses responsabilités. L'employeur est souvent le premier à être conscient du problème que pose la perte d'employés clés et de leurs compétences, et ce problème peut contribuer à attirer l'attention des dirigeants sur la nécessité d'une intervention.

Il existe de nombreux types d'interventions basées sur le travail qui peuvent aider les personnes atteintes de TMS : depuis les ajustements ergonomiques à un accès à la kinésithérapie, en passant par une modification des programmes de travail, une thérapie comportementale cognitive ou une combinaison de différentes stratégies. En ce qui concerne l'efficacité de ces interventions dans le cas de TMS non spécifiques,

les preuves sont mitigées (Meijer et al., 2005).¹ Une analyse systématique des traitements pluridisciplinaires de patients souffrant de lombalgies, par exemple, a démontré que bien que le traitement améliore la fonction et réduise la douleur des patients, il ne peut pas être prouvé que ceci est lié à une reprise du travail plus rapide que chez les personnes qui n'en ont pas bénéficié (Guzman, 2001). Même si des facteurs biomécaniques ou ergonomiques peuvent être liés à l'apparition de maux de dos, il n'existe pas de preuve solide que des interventions basées sur ces principes empêcheront le problème de récidiver ou de devenir chronique (Burton, 1997). En fait, il s'est avéré presque impossible de déterminer si un traitement est significativement plus efficace qu'un autre (Ekberg, 1995). Même pour des troubles spécifiques tels que l'arthrite rhumatoïde, les preuves de l'efficacité de la réadaptation professionnelle sont ténues (Backman, 2004).²

Les principes de prise en charge des TMS non spécifiques, et en particulier des maux de dos, présentés dans l'encadré 1, sont toutefois largement admis. Ils incluent des conseils et diverses mesures relativement simples que salariés et employeurs doivent respecter en vue de la prise en charge des maux de dos.

Encadré 1 : principes de prise en charge des TMS non spécifiques

- les maux de dos doivent être traités rapidement
- la plupart des maux de dos ne sont pas dus à une maladie grave
- un simple mal de dos doit être traité avec des analgésiques de base et une mobilisation
- il est important de rester actif, à la fois pour prévenir et pour traiter le mal de dos
- une reprise du travail rapide contribue à prévenir les maux de dos chroniques
- adoptez une position correcte pour travailler
- la totalité de l'équipement du lieu de travail doit être réglable
- en cas de tâches ou de positions répétitives et prolongées, faites des pauses
- évitez toute manutention manuelle et utilisez du matériel de levage dès que possible
- les salariés doivent recevoir des informations claires au sujet du mal de dos
- des politiques de santé et de sécurité doivent être mises en œuvre afin de couvrir tous les aspects du travail quotidien et doivent être révisées régulièrement

Source : *Health and Safety Executive (1999)*

1 Les conclusions d'une évaluation de l'efficacité des programmes de reprise du travail étaient incohérentes.

2 Backman, 2004 n'a trouvé que six études pour la période 1980-2001.

Selon ces principes, les employeurs doivent aller au-delà de leur obligation légale d'agir en cas de risques pour la santé et la sécurité et admettre qu'une gestion de l'absentéisme pour cause de maladie, des programmes de reprise du travail efficaces et une réadaptation sont les fondements d'une prise en charge efficace (Waddell et Burton, 2006). Il est très important de sensibiliser les salariés et leurs supérieurs à la prise en charge des symptômes des TMS et de s'assurer que les dirigeants possèdent les compétences et l'assurance nécessaires afin de soutenir les salariés dans leur travail.

4.5.4 Dirigeants

Il est clair que le rôle des dirigeants dans les interventions précoces est crucial, à la fois pour la poursuite du travail et pour sa reprise. Pourtant, de nombreux dirigeants se sentent mal équipés pour faire face à l'invalidité et à l'absentéisme de longue durée. Il se peut qu'ils éprouvent un malaise et une gêne à l'idée de discuter des troubles de santé mentale et de l'invalidité chronique ou d'y réagir et qu'ils craignent de remettre en question les certificats de maladie ou de demander plus d'informations à leur sujet, de procéder à des visites à domicile ou de téléphoner aux salariés chez eux, de peur d'être accusés de harcèlement ou de se mettre la loi à dos et de se retrouver au tribunal, eux et leur entreprise. Par ailleurs, ils n'ont jamais entendu parler de la réadaptation ou ne sont pas à l'aise avec cette idée. Même si les lois anti-discrimination exigent que les employeurs procèdent à des « aménagements raisonnables » afin d'aider les salariés victimes d'une lésion ou d'une maladie de longue durée, la plupart des dirigeants jugent l'adaptation du travail difficile, agaçante et perturbante.

Étant donné que les TMS sont le problème de santé lié au travail le plus courant et compte tenu de l'importance des facteurs psychosociaux pour évaluer si un salarié peut continuer à travailler ou reprendre le travail aussi rapidement que possible, les dirigeants doivent disposer des compétences nécessaires afin de s'occuper des travailleurs concernés, sans quoi le coût pour leur entreprise peut être considérable, surtout pour les petites et moyennes entreprises. Les salariés souffrant de TMS posent également problème aux petites entreprises car leur absence au travail a un impact potentiellement plus important sur le service aux clients, la productivité et les performances commerciales.

4.5.5 Un meilleur dialogue employeur-clinicien

À première vue, de nombreux défis liés à la reprise du travail qui se posent aux salariés atteints de TMS pourraient être facilités par une meilleure compréhension mutuelle entre employeurs et cliniciens. Comme nous l'avons déjà souligné, l'appréciation clinique de la plupart des TMS par les employeurs peut être superficielle, c'est le moins que l'on puisse dire. Il est souvent dit que la plupart des généralistes n'ont, pour leur part, qu'une idée limitée voire aucune idée de la dimension professionnelle de nombreux TMS. En Belgique, les étudiants en médecine consacrent une très petite partie de leur cursus à étudier la médecine du travail tandis que les généralistes ne reçoivent aucune formation sur les troubles musculosquelettiques (Akesson et al., 2003). De nombreux médecins de famille émettent un avis au sujet de la reprise du travail sans avoir une idée très claire des exigences de l'emploi concerné, ni de la mesure dans laquelle un aménagement du travail est possible et sans savoir si une reprise du travail rapide et adaptée peut avoir un impact positif sur le plan psychologique (et économique). Sans cette compréhension des tâches précises effectuées par les salariés et de la possibilité d'adapter ces tâches, les médecins de famille peuvent penser qu'une reprise du travail aggraverait le problème de santé si l'individu n'est pas rétabli à 100%.

Quant aux employeurs, il est très rare qu'ils remettent en question le certificat délivré par un généraliste ou qu'ils demandent un deuxième avis sur les avantages potentiels d'une reprise du travail pour le patient. Souvent, la conséquence de ce manque de compréhension mutuel et le manque de dialogue qui en résulte est que le patient atteint de TMS se retrouve livré à lui-même, sans chemin clair à suivre pour reprendre le travail et, pire, sans avoir voix au chapitre. Une approche de la réadaptation professionnelle proactive, complète, pluridisciplinaire et axée sur les capacités, basée sur le modèle biopsychosocial et mise en œuvre par le biais d'une gestion des cas, est considérée par beaucoup comme l'approche la plus éclairée et la plus efficace à adopter en cas de TMS liés au travail. Bien souvent, les employeurs et les généralistes se concentrent sur les aspects du travail qu'un patient atteint de TMS n'est pas capable d'assumer pour l'instant plutôt que sur ce qu'il est capable de faire.

L'un des attraits du modèle biopsychosocial est qu'il réunit les trois aspects principaux de l'expérience du patient atteint de TMS et la prise en charge de son

problème de santé. Il fournit un cadre complet afin d'examiner le diagnostic et le traitement d'une série de TMS, en particulier lorsque l'individu a un intérêt certain à continuer à travailler ou à reprendre son activité rapidement.

4.6
Résumé

Ce chapitre s'est penché sur les raisons d'intervenir rapidement, avant tout et surtout dans l'intérêt de la santé des personnes souffrant de TMS mais aussi afin de s'assurer qu'elles demeurent des membres productifs de la population active. Néanmoins, cela démontre aussi que l'intervention doit idéalement débuter avant que les personnes ressentant des douleurs musculosquelettiques ne consultent leur généraliste et se poursuivre au-delà de la remise d'un certificat de maladie. Le modèle biopsychosocial montre clairement la nécessité d'une compréhension plus approfondie des facteurs qui contribuent au développement des TMS non spécifiques, compte tenu des facteurs individuels ou psychologiques tels que le milieu social des individus, dans lequel le travail joue un rôle important. Pour cela, employeurs, salariés et cliniciens doivent se parler plus efficacement. Bien que cela ne soit pas facile et certainement pas courant à l'heure actuelle, ne pas s'attaquer au problème a un coût, présenté dans le chapitre suivant.

5. Conclusions et recommandations

Il ne fait aucun doute que le travail est bon pour la santé (Coats et Max, 2005 ; Waddell et Burton, 2006). Il nous rapporte un revenu, génère du capital social et nous donne un but et une utilité. Même lorsque nous sommes malades ou blessés, continuer à travailler – au moins dans une certaine mesure – est souvent plus favorable à un rétablissement qu’une longue période d’arrêt. Si la population active de la Belgique veut être productive et concurrentielle dans l’économie mondiale et si nous souhaitons améliorer la qualité de sa vie professionnelle, il est important qu’une grande partie de cette population active soit, autant que possible, apte au travail.

Les preuves présentées dans ce rapport montrent qu’une grande partie de la population active en Belgique (environ une personne sur cinq) est ou sera un jour directement concernée par des troubles musculosquelettiques (TMS). Ceux-ci sont susceptibles d’avoir des conséquences sociales et économiques très importantes pour ces personnes et leurs familles, de nuire à la capacité de production de l’ensemble des travailleurs et de certains pans de l’industrie belge et de puiser une partie considérable des ressources du système de santé et des allocations sociales.

Comme dans de nombreux pays, il existe une pénurie décevante de preuves cliniques, épidémiologiques, psychologiques et économiques de la nature, de l’ampleur et des conséquences du problème des TMS en Belgique, mais nous en savons assez pour conclure qu’au cours des années à venir, les TMS toucheront une proportion croissante de la population en âge de travailler. Néanmoins, il semble subsister un manque de cohérence ou de concertation du gouvernement, des cliniciens et des employeurs en matière de réflexion et d’action centrées sur le **patient atteint de TMS en tant que travailleur**. Bien que le nombre de défenseurs du modèle biopsychosocial appliqué à tous les TMS soit en augmentation, nous remarquons que certaines des personnes susceptibles d’exercer le plus d’influence sur la participation des travailleurs atteints de TMS au marché du travail n’appliquent pas encore les principes de ce modèle autant qu’elles le pourraient.

The Work Foundation a établi un certain nombre de recommandations destinées à différentes parties impliquées dans ce problème. Notre intention est d’encourager certains des principaux acteurs à admettre qu’il est possible de faire davantage afin de s’assurer qu’une participation active continue au marché du travail est presque

toujours un point très positif pour notre santé et notre épanouissement, ainsi que pour la prospérité générale.

5.1 Recommandations pour les employeurs

- **La sensibilisation et la formation des employeurs** doivent inclure la santé et le bien-être. Les employeurs sont les premiers concernés par l'absence des travailleurs et sont bien placés pour repérer les premiers signaux d'alerte d'un problème et pour favoriser la réintégration des salariés après une période d'absence. En dépit de l'accent qui est mis actuellement sur le « stress », les responsables au sein des organisations belges doivent être conscients que les TMS peuvent être un problème encore plus important pour leur personnel et pour l'ensemble de l'organisation.
- **Une organisation du travail créative** favorise la réinsertion. Les responsables peuvent revoir l'organisation du travail (il peut s'agir de simples adaptations de l'horaire de travail) afin de contribuer à empêcher l'aggravation des TMS et d'aider les personnes concernées à poursuivre ou à reprendre le travail. Il convient de procéder de façon à préserver la qualité de l'emploi, à éviter les exigences professionnelles excessives ou préjudiciables et à appliquer les bonnes pratiques ergonomiques.
- **Demandez des explications aux généralistes.** Si les certificats de maladie des généralistes ne fournissent pas une indication suffisamment claire de la nature du problème de santé d'un salarié et de son impact sur sa capacité à travailler, les employeurs doivent remettre en question et clarifier l'évaluation du généraliste, ne serait-ce que pour mieux comprendre quelles tâches le salarié est toujours en mesure d'effectuer ou de quel soutien il pourrait avoir besoin pour reprendre le travail.
- **Intervenez rapidement.** Les employeurs doivent toujours agir le plus tôt possible car la prudence et les retards ne peuvent qu'empirer les choses. Tant qu'ils agissent avec compassion et prennent des décisions reposant sur des preuves et sur l'avis d'experts, une intervention précoce ne peut pas être interprétée comme du harcèlement et peut souvent accélérer le rétablissement ou la réinsertion du travailleur.
- **Demandez conseil à des professionnels de la médecine du travail.** Organisée avec soin et adaptée à l'individu, la réadaptation professionnelle peut faire une réelle différence en ce qui concerne la reprise du travail,

la productivité, le moral et la durabilité des prestations. Impliquez des professionnels de la médecine du travail le plus tôt possible.

- **Au-delà des obligations légales.** Essayez d'éviter la mentalité de « gestion des risques » lorsque vous vous occupez d'un salarié atteint d'un TMS, car elle entraîne souvent un retard et une ambiguïté. Dans presque tous les cas, il est préférable que le salarié travaille.
- **Utilisez le cadre biopsychosocial.** Réfléchir aux symptômes physiques du TMS sans prendre en considération les dimensions psychologique et sociale peut entraîner une sous-estimation des *causes* d'un TMS liées au travail ou des *avantages* liés au travail d'une réinsertion.
- **Concentrez-vous sur les capacités plutôt que sur l'incapacité.** Les employeurs aussi peuvent dramatiser ! La plupart des travailleurs atteints de TMS peuvent continuer à fournir un travail efficace s'ils en ont la possibilité. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient rétablis à 100% pour reprendre le travail : les responsables peuvent leur confier des tâches utiles qui les aideront à retrouver peu à peu leur plein rendement.
- **Concentrez-vous sur vos capacités plutôt que sur votre incapacité.** Il est normal que vous vous sentiez anxieux ou même coupable en ce qui concerne les tâches que vous pouvez avoir du mal à exécuter à cause de votre TMS. Mais vous pouvez encore faire beaucoup de choses et vous devez exploiter vos points forts. Votre savoir et votre expérience spécialisés ne disparaissent pas parce que vous ressentez une douleur ou un inconfort ou que vous rencontrez des problèmes de mobilité ; vous pouvez encore vous rendre utile de bien des façons. Cherchez avec vos supérieurs et vos collègues de quelle manière vous pouvez optimiser votre impact au travail dans les limites que votre maladie vous impose. Montrez-vous ouvert, ils devraient mieux réagir.
- **Parlez de votre problème rapidement.** Votre supérieur, quoi qu'il puisse en dire, n'est pas télépathe. Si votre TMS vous pose un problème ou si vous prévoyez de devoir adapter votre horaire pendant une période donnée, parlez-en à votre supérieur afin que vous puissiez décider ensemble ce qu'il convient de faire. Le plus tôt sera le mieux car les responsables n'apprécient pas les surprises de dernière minute ; ils parviennent à trouver une solution à la plupart des problèmes à condition d'être prévenus à temps. Il pourrait également

être utile que vous parliez à votre délégué syndical, à votre responsable des ressources humaines ou à un professionnel de la médecine du travail. Ne traînez pas.

- **Participez activement à la prise en charge de votre problème de santé.** Votre TMS vous démoralisera forcément de temps à autre et vous aurez l'impression qu'il dirige votre vie à la maison et au travail. Mais vous n'êtes pas obligé d'être une victime passive de la douleur ou de l'immobilité. Informez-vous au sujet de votre maladie, essayez de repérer les moments où la douleur ou la fatigue apparaît et apprenez à minimiser son influence sur votre fonctionnement et votre humeur. Cela peut être très difficile par moment mais persévérez : les personnes qui participent activement à la prise en charge de leur maladie ont tendance à reprendre le travail plus rapidement.
- **Soyez au courant de vos droits.** En tant que patient et travailleur, vous devez savoir à quelle aide et à quels conseils vous avez droit. Si vous êtes affilié à un syndicat, celui-ci devrait pouvoir vous guider. Consultez, par exemple : www.emploi.belgique.be/DeAaZ.aspx
- **Implication de la famille dans la poursuite et la reprise du travail.** Votre famille et vos amis sont un soutien important. Il est possible qu'ils ne se rendent pas compte que continuer ou recommencer à travailler est à la fois possible et souhaitable. Vous devez les aider à vous aider en les impliquant dans votre réinsertion professionnelle. Même de petites modifications de l'horaire de travail ou du trajet jusqu'au travail peuvent faire une énorme différence.
- **Déterminez si la poursuite ou la reprise rapide du travail est bénéfique pour le patient.** Il est facile de supposer que le travail est sans aucun doute mauvais pour votre patient, surtout si vous pensez que certains aspects de son travail aggravent ses symptômes. Prenez le temps d'envisager avec soin si, moyennant quelques ajustements que vous pourriez recommander, continuer à travailler en exécutant des tâches plus légères ou suivant un horaire adapté ne serait pas préférable à une absence prolongée du travail.
- **Voyez plus loin que les symptômes physiques.** Mettez votre compréhension du modèle biopsychosocial et des limites du modèle biomédical au service de votre diagnostic du patient et, surtout, de votre évaluation du rôle qu'un

travail pourrait jouer afin de l'aider à rester actif et à éviter l'isolement. En tant que généraliste, vous êtes le mieux placé pour détecter les premiers signes de nombreux TMS. Le cas échéant, orientez dès que possible les patients vers des équipes spécialisées en vue d'une prise en charge rapide du trouble.

- **Évitez de dramatiser.** Un patient peut conserver une image très négative de l'impact et de la progression probable de sa maladie si les cliniciens présentent celle-ci en se concentrant sur l'incapacité plutôt que sur les capacités.
- **Encouragez le patient à se prendre lui-même en charge.** Essayez de vous assurer que le patient peut adopter des stratégies qui lui permettent de gérer certains aspects de sa maladie, surtout s'il continue ou recommence à travailler. Un sentiment de responsabilisation et de contrôle l'aidera à garder le moral et lui permettra de conserver la maîtrise d'aspects importants de son invalidité au travail.
- **Intervenez rapidement.** Il est prouvé que les longues périodes d'absence du travail sont généralement néfastes pour les patients souffrant de TMS. Plus ils s'absentent longtemps du travail, plus ils auront du mal à reprendre. Une intervention rapide, de préférence en partenariat avec le patient et son employeur, peut contribuer à établir un équilibre entre le besoin de repos de l'individu et son besoin de travailler.
- **Voyez plus loin que les symptômes physiques.** Mieux encore, assurez-vous que les employeurs, les salariés et les généralistes sont pleinement conscients de la manière dont cette perspective multifactorielle peut contribuer à une réinsertion constructive, active, participative et durable. Axez vos interventions et vos conseils sur les trois domaines du modèle biopsychosocial et aidez les employeurs à voir comment de petits ajustements du lieu de travail peuvent être à l'origine d'avantages qui dépassent le simple respect de la loi sur l'égalité au travail.
- **Intervenez rapidement.** Les professionnels de la médecine du travail comprennent mieux que quiconque les avantages d'une intervention rapide en cas de TMS. Ils doivent jouer un rôle proactif dans la médiation entre l'employeur et le salarié, ou entre l'employeur et le généraliste, afin de s'assurer que le patient peut utiliser positivement la reprise du travail dans la façon dont il apprend à gérer sa maladie et à conserver sa confiance en soi et son estime de soi.

- **Encouragez le patient à se prendre lui-même en charge.** Collaborer avec le salarié, ses collègues et son supérieur aide l'individu à trouver des stratégies afin de prendre en charge sa maladie. Il pourra ainsi prendre lui-même des décisions en ce qui concerne ses conditions de travail.
- **Aidez les employeurs à organiser le travail autrement.** Pour les employeurs, modifier les exigences professionnelles dans le cadre de la loi sur l'égalité au travail est souvent une façon de respecter la loi. Les aider à envisager la réorganisation du travail comme une manière plus constructive de répondre aux besoins d'un patient/travailleur et de satisfaire aux exigences changeantes des clients peut les aider à prendre conscience des avantages stratégiques d'une plus grande flexibilité de l'organisation du travail.

5.5

Recommandations pour le gouvernement

- Prenez au sérieux les éléments qui prouvent que **la proportion de la population active belge souffrant de TMS augmentera probablement au cours des décennies à venir.**
- **Revoyez les définitions des TMS dans la classification actuelle des maladies professionnelles, en allant au-delà des limites étroites actuelles.** Reconnaissez en outre officiellement que de nombreux TMS et d'autres maladies chroniques (telles que les maladies rhumatismales et la sclérose en plaques) ne sont pas dues au travail mais peuvent entraver la participation au marché du travail.
- **L'accès à l'expertise clinique doit être amélioré.** La pénurie apparente de rhumatologues affecte la capacité des citoyens en âge de travailler à bénéficier d'interventions rapides susceptibles de sauver leur emploi. De même, le gouvernement doit procéder à une planification des ressources en personnel au sein du personnel médical afin de déterminer si le personnel clinique (kinésithérapeutes, par exemple) sera suffisant pour faire face à l'augmentation prévue des TMS à mesure que la population, et le personnel, vieillira.
- **Contribuez à rendre les généralistes plus efficaces dans la prise en charge des problèmes de santé au travail.** Pour ce faire, la formation des généralistes devra être adaptée, par le biais d'une formation médicale de troisième cycle théorique et pratique. En fait, nous pensons qu'il serait intéressant d'ajouter à la formation médicale à tous les niveaux, du bachelier à la formation professionnelle continue, un volet sur les questions de la santé et du travail, surtout si la santé de la population active est vouée à se détériorer.

- **Faites des propositions afin de remplacer le système actuel des certificats de maladie par un « certificat de santé » (« Fit Note »),** comme au Royaume-Uni, indiquant ce que le travailleur est toujours capable de faire. Les autres professionnels de la santé et les employeurs pourraient ainsi mieux planifier la reprise du travail et ajuster de façon adéquate les exigences professionnelles et/ou les horaires de travail.
- **Il est très difficile de gérer un phénomène qui n'est pas mesuré. De ce fait, les efforts et les ressources peuvent être mal utilisés.** La qualité des données dont la Belgique dispose au sujet de la santé de sa population active est variable. Il est pratiquement impossible de dresser un bilan précis ou complet du taux d'absentéisme au travail, de l'invalidité liée au travail et de ses causes ainsi que du taux de maladies mentales au sein de la population active. Cette incapacité représente un obstacle majeur à l'élaboration d'une politique factuelle et au choix concret de l'expertise et des ressources adéquates.

- Akesson, K., Dreinhofer, K. & Woolf, A.D. (2003). Improved education in musculoskeletal disorders is necessary for all doctors, **Bulletin of the World Health Organisation**, **81**, 677-683
- Akkoc, N. (2008). Are spondyloarthropaties as common as rheumatoid arthritis worldwide? A review. **Current Rheumatology Reports**, **10**, 371-378
- Alavinia, S.M. & Burdorf, A. (2008). Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, **82**, 39-45
- Armstrong, K. (2006), **Life After Rover**, The Work Foundation
- Backman, C.L. (2004). Employment and work disability in rheumatoid arthritis. **Current Opinion in Rheumatology**, **16**, 148-152
- Bekkering, G., Henriks, H., Koes, B., Oostendorp, R., Ostelo, R., Thomassen, J. & Van Tulder, M. (2003). Dutch Physiotherapy Guidelines for Low Back Pain, **Physiotherapy** **89**(2)
- Belgian Health Care Knowledge Centre, 2006. **Chronic low back pain**. Available at: http://www.kce.fgov.be/index_en.aspx?SGREF=5220&CREF=8814
- Bigos, S.J., Battie, M.C. & Spengler, D.M. (1992). A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting, **Clinical Orthopaedic Related Research**, **279**, 21-34
- Block, A.R., Kremer, E. F& Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behaviour. **Pain**, **9** (2), 243-252
- Boonen, A., Chorus, A., Miedema, H., van der Heijde, Landewé, D. R., Schouten, H., van der Tempel & Van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis, **Annals of Rheumatic Diseases**, **60**, 1033-1039
- Boonen, A., van der Heijde, D. & Landewe, R. (2002). Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. **Annals of Rheumatic Diseases**, **61**: pp 429-37
- Boonen, A., van der Heijde, S., Landewé, S., Guillemin, F., Rutten-van Mólken, M., Dougados, M., Mielants, H., de Vlam, K., van der Tempel, H., Boesen, S., Spoorenberg, A., Schouten, H. & van der Linden, S. (2003). Direct costs of ankylosing spondylitis and its determinants: an analysis among three European countries, **Annals of Rheumatic Diseases**, **62**:732-740
- Breen, A., Langworthy, J. & Bagust, J. (2005). Improved early pain management for musculoskeletal disorders. **HSE Research report, 399** London: Health and Safety Executive
- Brinkley, I. (2006). **Defining the Knowledge Economy**, The Work Foundation
- Brinkley, I., Clayton, N., Coats, D., Hutton, W. & Overell, S. (2008). **Hard Labour: Jobs, Unemployment and the Recession**, The Work Foundation
- Buchbinder, R., Jolley, D. & Wyatt, M. (2001). Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. **British Medical Journal**, **322**, 1516-1520
- Burton, A.K. (1997). Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences.

- Spine**, **22**, 2575-2580
- Burton, A.K. (2005). How to prevent low back pain, **Best Practice and Research in Clinical Rheumatology**, **19** (4), 541-555
- Burton, W., Morrison, A., Maclean., R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis, **Occupational Medicine**, **56**, 18-27
- Chorus, A.M.J., Miedema, H.S., Wevers, C.W.J. & van der Linden, S. (2001). Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **60**, 1025-1032
- Chorus, A.M.J., Boonen, A., Miedema, H.S. & van der Linden, S. (2002). Employment perspectives of patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **61**, 693-699
- Chorus, A.M.J., Miedema, H.S., Boonen, A. & van der Linden, S. (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **62**, 1178-1184
- Coats, D. & Lehki, R. (2008). 'Good Work': Job Quality in a Changing Economy. The Work Foundation
- Coats, D. & Max, C. (2005). **Healthy work, productive workplaces: why the UK needs more good jobs**. London: The Work Foundation
- Cooper, N. (2000). Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. **Rheumatology**, **39**, 1
- Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. **The Spine Journal**, **8**, 8-20
- Dagfinrud, H., Mengshoel, A.M., Hagen, K.B., Loge, J.H. and Kvien, T.K. (2004). Health status of patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population. **Annals of Rheumatic Diseases**, **63**, 1605-1610
- de Croon, E. M., Sluiter, J.K., Nijssen, T. F., Dijkmans, B.A.C., Lankhorst, G.J. & Frings-Dresen, M.H.W. (2004). Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **63**, 1362-1367
- der Tempel, H. & van der Linden, S. (2001). Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **60**, 1033-1039
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & Buckle, P. (2004). The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders. **Health and Safety Executive Research Report 273**, London: Health & Safety Executive
- Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., van de Kerkhof, P., Chimenti, S., Lotti, T. & Schäfer, G. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. **British Journal of Dermatology**, **155** (4), pp729-736
- Ekberg, K. (1995). Workplace changes in successful rehabilitation, **Journal of Occupational Rehabilitation**, **5**, 253-269
- EUROGIP. (2007). **Musculoskeletal disorders in Europe: Definitions and statistics**.

- Lisbon European Council, Presidency Conclusions, 2000 (www.europarl.europa.eu/summits/lis1_en.htm) accessed 16 April 2009
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). **Managing Musculoskeletal Disorders** <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0611018s/tn0611018s.htm>
- European Trade Union Institute, (2007), **Musculoskeletal disorders: An ill-understood pandemic**, Brussels: ETUI
- Eurostat, Statistics in Focus, 15/2004, **Occupational Diseases in Europe in 2001**
- Feuerstein, M., Shaw, W.S., Lincoln, A E., Miller, V.I. & Wood, P.M. (2003). Clinical and workplace factors associated with a return to modified duty in work-related upper extremity disorders. **Pain**, **102**, 51–61
- Feuerstein, M., Shaw, W.S., Nicholas, R.A. & Huang, G.D. (2004). From confounders to suspected risk factors: psychosocial factors and work-related upper extremity disorders. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, **14**, 171-178
- Flemish Workability Monitor (2004), De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. Available at: <http://www.serv.be/uitgaven/603.pdf>
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., et al.(1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope - if we can just get all the players onside. **Canadian Medical Association Journal**, **158**(12):1625–31
- Frank, A.O.& Chamberlain, M.A. (2006). Rehabilitation: an integral part of clinical practice. **Occupational Medicine**, **56**, 289-293
- Gignac, M., Cao, X., Lacaille, D., Anis, A. & Badley, E. (2008). Arthritis-related work transitions: A prospective analysis of reported productivity losses, work changes, and leaving the labor force, **Arthritis Care & Research** **59** (12), 1805-1813
- Gordeev, V.S., Maksymowych, W.P., Evers, S.M., Ament, A., Schachna L. & Boonen, A. (2009). The role of contextual factors on health-related quality of life in Ankylosing Spondylitis. **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 11 Mar 2009, doi:10.1136/ard.2008.100164
- Halpern, M., Cifaldi, M. & Kvien, T. (2008). Impact of adalimumab on work participation in rheumatoid arthritis: comparison of an open-label extension study and a registry-based control group, **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 1 Oct 2008; doi:10.1136/ard.2008.092734
- Hamberg, K., Johansson, E., Lindgren, G. & Westman, G. (1997). The impact of marital relationship on the rehabilitation process in a group of women with long-term musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, **25** (1), 17-25
- Health and Safety Executive (HSE) (1999) **The costs to Britain of workplace accidents and work-related ill health in 1995/96**, Health and Safety Executive
- Husted, J.A., Gladman, D.D., Farewell, V. T. & Cook, R.J. (2001) Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. **Arthritis and Rheumatism**, **45**, 151-158

- Katz, W.A. (2002). Musculoskeletal Pain and its Socioeconomic Implications. **Clinical Rheumatology, Supplement, 1**, S2-S4
- Kavanaugh, A. (2008). Health economics: implications for novel antirheumatic therapies. **Annals of the Rheumatic Diseases: 64**, iv65-iv69
- Kemler, M.A. & Furnee, C.A. (2002). The impact of chronic pain on life in the household. **Journal of Pain Symptom Management, 23** (5), 433-441
- Kerns, R.D., Haythornthwaite, J., Southwick, S. & Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. **Journal of Psychosomatic Research, 34**(4), 401-408
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases: 66**, iii35-iii39
- Leardini, G., Salaffi, F., Montanelli, R., Gerzeli, S. & Canesi, B. (2002). A multi-center cost-of-illness study on rheumatoid arthritis in Italy. **Clinical and Experimental Rheumatology, 20**, 505-515
- Lobstein, T. & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. **Obesity Reviews, 4**, pp 195-200
- Lundkvist, J., Kastang, F. & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. **European Journal of Health Economics, 8 (Supple 2)**, S49-S60
- Luqmani, R., Hennell, S., Estrach, C., Birrell, F., Bosworth, A., Davenport, G., Fokke, C., Goodson, N., Jeffeson, P., Lamb, E., Mohammed, R., Oliver, S., Stableford, Z., Walsh, D., Washbrook, C. & Webb, F. (2006). On behalf of the British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards. Guidelines and Audit Working Group British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (The first two years). **Rheumatology**
- MacGregor, E.A., Brandes, J., Eikermann, A. & Giammarco, R. (2004), Impact of migraine on patients and their families: the Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey – Phase III. **Current Medical Research Opinion, 20** (7), 1143-1150
- McLaren, N. (2006). Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. **Medical Hypotheses, 66** (6), 1165-73
- Meijer, E., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. (2005). Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. **International Archives of Occupational and Environmental Health, 78** (7), 523-532
- Meijer, E., Sluiter, J., Heyma, A., Sadiraj, K. & Frings-Dresen, M. (2006). Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomized, controlled trial with one-year follow-up. **International Archives of Occupational and Environmental Health, 79** (8), 654-664
- Nachemson, A., Waddell, G. & Norlund A. (2000). **Epidemiology of neck and low back pain**. In Nachemson, A. & Jonsson E., (eds.) **Neck and Back Pain: The scientific**

- evidence of causes, diagnosis and treatment.** Philadelphia, 165-188
- Onkelinx, L. (2008). **Priorité aux malades chroniques! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques 2009-2010**, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
- Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. (2005). **Fourth European Survey on Working Conditions**, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living Standards
- Prevent (2001), Getting back to work: returning to employment after an accident, **Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work**, No. 4, 2001, pp. 20-21
- Prevent, (2007a). **Reintegration and retention in employment of disabled people – Recommendations for better policy and practice.** Available at: www.equal-retain.eu
- Prevent (2007b), **Disability Management – Added value for job retention and reintegration**, Intro_DM, available at: www.introdm.be
- Pugner, K.M., Scott, D.I., Holmes, J.W. & Hieke, K. (2000). The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, **29**, 305-320
- Punnett, L. & Wegman, D. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. **Journal of Electromyography and Kinesiology**, **14** (1), 13-23
- Schultz, I. Z., Stowell, A.W., Feuerstein, M. & Gatchel, R. J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. **Journal of Occupational Rehabilitation**, **17** (2), 327-352
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2000). **Management of early rheumatoid arthritis**, SIGN publication 48
- Sieper, J., Braun, J., Rudwaleit, M., Boonen, A. & Zink, A. (2002). Ankylosing spondylitis: an overview. **Annals of the Rheumatic Diseases**, **61** (Supplement III), iii8-iii18
- Sokka, T. & Pincus, T. (2001). Markers for work disability in rheumatoid arthritis. **Journal of Rheumatology**, **28**, 1718-1722
- Sullivan, M.J. & D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophising and depression on chronic pain patients. **Journal of Abnormal Psychology**, **99**, 260-263
- Van Eerd, D., Beaton, D., Cole, D., Lucas, J., Hogg-Johnson, S. & Bombardier, C. (2003). Classification systems for upper-limb musculoskeletal disorders in workers: a review of the literature. **Journal of Clinical Epidemiology**, **56**, 925-936
- Van Jaarsveld, C.H.M., Jacobs, J.W.G., Schrijvers, A.J.P., Heurkens, A.H.M., Haanen, H.C.M. & Bijlsma, J.W.J. (1998). Direct cost of rheumatoid arthritis during the first six years: A cost-of-illness study. **British Journal of Rheumatology**, **37**, 837-847
- Veale, A., Woolf, A. & Carr A (2008), Chronic Musculoskeletal Pain and Arthritis: Impact, Attitudes and Perceptions, **Irish Medical Journal**, July/August, 101 (7), 208-210
- Waddell, G. & Burton, A.K., (2006 a). **Is work good for your health and well-being?** London: Department of Work and Pensions
- Waddell, G. & Burton, A.K. (2006 b). **Principles of rehabilitation for common health**

- problems**, in M O'Donnell, **Rehabilitation: Keeping people in work**. Chief Medical Officer's Report 2006. UnumProvident, Dorking
- Wallenius, M., Skomsvoll, J.F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C. & Kvien, T.K. (2008). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. **Annals of Rheumatic Diseases**, published online 29 May 2008, doi:10.1136/ard.2008.092049
- World Health Organisation Scientific Group (WHO) (2001). **International Classification of Functioning, Disability and Health**. Geneva: WHO <http://www3.who.int/icf/icftemplate/cfm>
- WHO Scientific Group (2003). **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium**. Geneva: WHO
- Werner, E.L., Lærum, E., Wormgoor, M.E., Lindh, E. & Indhal, A. (2007). Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. **Occupational Medicine**. Doi: 10.1093/occmed/kqm094
- Wolf, A.D. (2004). Economic Burden of Rheumatic Diseases. In: Edward, D. & Harris et al., eds, **Kelley's Textbook of Rheumatology**, Volume 1, 7th ed, Ch 28
- Young, A., Dixey, J., Cox, N., Davis, P., Devlin, J., Emery, P., Gallivan, S., Gough, A., James, D., Prouse, P., Williams, P. & Winfield, P. (2000). How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Results of five years of follow-up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Rheumatology**, **39**, 603-611
- Young, A., Dixey, J., Kulinskaya, E., Cox, N., Davies, P., Devlin, J., Emery, P., Gough, A., James, D., Prouse, P., Williams, P. & Winfield, P. (2002). Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). **Annals of Rheumatic Diseases**, **61**, 335-340

Au cours de nos recherches, nous avons interrogé ou consulté les personnes suivantes. Nous leur sommes très reconnaissants du temps qu'elles nous ont consacré. Nous avons tenu compte de leur avis lors de la rédaction de ce rapport, même si leur participation à l'étude n'implique en aucun cas qu'elles cautionnent les conclusions du rapport.

Liste des personnes interrogées ou consultées :

Marthe Verjans	Prevent
Walter Vermeylen	Président ReumaNet asbl
Prof. Patrick Durez	Hôpital Saint-Luc UCL Bruxelles
Marc de Greef	Directeur Prevent
Tania Dekens	Ministère de la Santé
Anne Kirsh	Ministère de la Santé

“Tous les droits de ce rapport sont réservés à l'éditeur, The Work Foundation”.

We provide:

Research

Consultancy

Leadership

Advocacy

Partnership

© The Work Foundation

Registered as a charity no: 290003

First published: September 2009

The Work Foundation

21 Palmer Street

London

SW1H 0AD

Telephone: +44 207 976 3519

Email: jtaylor@theworkfoundation.com

Website: www.theworkfoundation.com

Supported by a research grant from Abbott

