

**Faculté de santé publique**

# **Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?**

Mémoire réalisé par  
**Thomas OTTE**

Promoteurs  
**Dr Corentin DUYVER**  
**Dr Saskia DECUMAN**

Année académique 2018-2019  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

# **Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?**

Mémoire réalisé par  
**Thomas OTTE**

Promoteurs  
**Dr Corentin DUYVER**  
**Dr Saskia DECUMAN**

Année académique 2018-2019  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

**Thomas OTTE**  
Téléphone : 0485-525-908  
Email : thom.otte@gmail.com

*Je tiens à remercier mes 2 promoteurs pour leur investissement important dans le suivi de ce travail. Je remercie également ma hiérarchie de m'avoir fait confiance et octroyé du temps pour la réalisation de ce travail ainsi que mes collègues Wouter et Pascale pour leur aide au niveau statistique et administratif. Je remercie l'ASMA et plus particulièrement les Dr Schenkelaers et Laurent de m'avoir permis de réaliser ma partie pratique durant une de leurs journées scientifiques. Merci aux médecins-conseils et à leur direction médicale de m'avoir donné la possibilité de réaliser mes vignettes cliniques ainsi qu'aux 4 assurés rencontrés à cet effet. Enfin, je remercie mes proches présents à mes côtés durant ces 4 années de master pour leur soutien sans faille. Merci à mes parents pour leurs relectures.*

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## *Table des matières*

|                                                                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introduction .....</b>                                                                                                          | <b>1</b>  |
| L'incapacité de travail, un enjeu de Santé publique .....                                                                          | 1         |
| Le cadre légal de l'évaluation de l'incapacité de travail en Belgique .....                                                        | 2         |
| Fondements et fiabilité de l'évaluation .....                                                                                      | 3         |
| L'évaluation de l'incapacité de travail : vers de bonnes pratiques .....                                                           | 4         |
| Les capacités fonctionnelles et leur évaluation.....                                                                               | 5         |
| La réadaptation professionnelle (vocational rehabilitation) .....                                                                  | 6         |
| Les dorsolombalgies.....                                                                                                           | 9         |
| La CIF (Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé) .....                                         | 11        |
| <b>Objectif de l'étude.....</b>                                                                                                    | <b>14</b> |
| <b>Méthodologie.....</b>                                                                                                           | <b>14</b> |
| <b>Comité d'Éthique.....</b>                                                                                                       | <b>18</b> |
| <b>Résultats .....</b>                                                                                                             | <b>19</b> |
| Échantillon et questions de perception .....                                                                                       | 19        |
| Résultats par rapport aux 4 dimensions postulées.....                                                                              | 22        |
| Résultats par rapport à l'impact de l'âge et de l'expérience des répondants .....                                                  | 23        |
| Résultats de la position des répondants par rapport à l'incapacité de travail avant et après la<br>présentation du bilan CIF ..... | 24        |
| Résultats par rapport à la philosophie de la multidisciplinarité .....                                                             | 26        |
| Résultats en lien avec la nécessité de disposer de plus de renseignements .....                                                    | 26        |
| Commentaires libres .....                                                                                                          | 27        |
| <b>Discussion .....</b>                                                                                                            | <b>28</b> |
| Résultats et constats.....                                                                                                         | 28        |
| Limites à notre méthodologie .....                                                                                                 | 33        |
| Perspectives .....                                                                                                                 | 34        |
| <b>Conclusion.....</b>                                                                                                             | <b>35</b> |
| <b>Conflits d'intérêts .....</b>                                                                                                   | <b>36</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                                                                                                          | <b>37</b> |
| <b>Annexes .....</b>                                                                                                               | <b>43</b> |

*Le présent document constitue un **document hybride**, à mi-chemin entre un mémoire classique et un article. Il s'agit d'un « working paper » dont le format a été discuté avec le Pr D'Hoore en janvier 2019.*

*Nous espérons, dans la foulée, publier un article en anglais de 5000 mots pour lequel la partie « introduction » du présent document sera fortement résumée. Nous avons décidé de ne pas trop raccourcir cette dernière ici afin d'être exhaustif pour les lecteurs n'étant pas familiers avec le sujet.*

## *Introduction*

Cette étude a débuté par une revue semi-exhaustive de la littérature afin d'identifier et de formuler notre question de recherche. L'introduction sera l'occasion de s'intéresser aux thématiques suivantes : le cadre légal de l'incapacité de travail, l'évaluation de l'incapacité de travail et sa fiabilité, l'évaluation des capacités fonctionnelles, la réadaptation professionnelle, les dorsolombalgies et la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF).

## *L'incapacité de travail, un enjeu de Santé publique*

Les taux de personnes bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail ont augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. La Belgique n'y échappe pas.(1) De plus, les dépenses d'indemnités d'incapacité de travail ont dépassé récemment les dépenses des indemnités de chômage (2, 3) plaçant la problématique de l'incapacité de travail à l'agenda politique.

L'incapacité de travail est un enjeu majeur de santé publique du fait qu'elle implique de nombreux facteurs hétérogènes tels que les soins de santé, le cadre communautaire (community) et la sphère politique (policy).(4) L'OMS a conceptualisé la relation entre d'un côté le fonctionnement et de l'autre l'invalidité totale. On peut dire que le fonctionnement est l'expérience vécue de la santé. Tant au niveau individuel que populationnel, le fonctionnement peut être l'aboutissement des 4 grandes stratégies d'intervention en santé publique : la prévention, le traitement, la réadaptation et le soutien.(5) Le travail est un déterminant de la santé tout aussi important que l'enseignement, l'alimentation, l'exercice physique, etc.(6)

Il y a de plus en plus de preuves que l'incapacité de travail peut prédire des conditions économiques et sociales défavorables dans le futur ainsi que de la mortalité.[Bryngelson, Gjesdal et al., Kivimäki et al., Krause et al., Lund et al. as cited in (6)] Pour le travailleur en incapacité de travail, on observe davantage de dépression déclarée, de perte de confiance en soi, de difficultés de coping, de pertes de revenus et une baisse de satisfaction dans tous les aspects de la vie.(7)

Pour les institutions de sécurité sociale, il est primordial que tous les groupes professionnels travaillant à l'accompagnement de l'assuré ou à l'octroi d'indemnités aient la même compréhension des concepts. Il en va de même au niveau sociétal où il est préférable que les décideurs politiques, le secteur de la santé et le grand public comprennent les enjeux de la même manière.(8) Il est recommandé d'utiliser une approche de santé publique en incluant tous les acteurs clés lorsqu'il s'agit de promouvoir au niveau sociétal les bienfaits pour la santé du travail.(9)

## *Le cadre légal de l'évaluation de l'incapacité de travail en Belgique*

L'évaluation de l'incapacité de travail des travailleurs salariés du secteur privé repose sur la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et plus particulièrement sur l'article 100§1. En Belgique, un travailleur salarié est considéré comme incapable de travailler dès lors qu'il

*« a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle. ».*(10)

Concernant les travailleurs indépendants, l'article 19 de l'Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants prévoit que *« Au cours des périodes d'incapacité primaire, le titulaire est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail lorsque, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, il a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail. ».*(11)

La mission première des organismes assureurs au niveau de l'incapacité de travail est de contrôler si leurs assurés correspondent bien aux critères de la loi qui définit l'incapacité de travail leur permettant alors de bénéficier d'allocations de remplacement.

Il leur est aussi demandé d'initier un éventuel trajet de réintégration. L'assuré doit être classé dans une des 4 catégories prévues par la législation : 1) il peut être présumé raisonnablement qu'au plus tard à la fin du 6<sup>ème</sup> mois de l'incapacité de travail le titulaire peut spontanément reprendre le travail convenu, 2) une reprise d'un travail ne semble pas possible pour des raisons médicales, 3) une reprise d'un travail n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic médical ou au traitement médical, 4) une reprise du travail semble possible par la proposition d'un travail adapté (temporairement ou définitivement) ou d'un autre travail.(12)

## *Fondements et fiabilité de l'évaluation*

Peu de pays mettent en place et surtout font respecter des recommandations de bonnes pratiques en matière d'évaluation.(13) Souvent, les médecins doivent trouver des solutions rapidement, fondant leurs décisions sur une combinaison de formations et d'expérience antérieures, d'intuition et d'opportunités pointant un manque de transparence et de qualité dans l'évaluation de l'incapacité ainsi qu'une pauvre reproductibilité.[(14, 15), Baer et al. 2009, Dickmann et Broocks 2007, Kertsholt et al. 2006, Kirschneck et al. 2008, Stohr et al. 2011 as cited in (16)] Les restrictions médicales et l'aptitude à travailler ne se corrélient pas bien et il y a peu de consensus relatif au fait que telle affection engendre telle ou telle incapacité ni à quel niveau de sévérité ou nécessite tel ou tel accompagnement.[(14, 17), The Michael G DeGroote Institute for Pain Research and Care n.d. as cited in (13)] Toutefois, les décisions sont souvent prises sur base de l'affection de l'assuré plutôt que sur base de ses capacités fonctionnelles.(18)

Ikezawa et al. (2010) ont montré que les experts ont pu se mettre d'accord dans seulement 56 % des dossiers de cas de lombalgies chroniques, contre par exemple 97 % des cas de fractures.(13)

Lorsque le patient donne des informations complémentaires relatives à sa participation et aux limitations de ses activités, il obtient un score d'incapacité supérieur par rapport au cas de figure où le médecin-conseil ne se baserait que sur l'historique médical de l'assuré.(17) Il est recommandé aux médecins de demander lors de l'entretien d'évaluation de l'assuré des informations détaillées sur ses limitations au niveau de sa participation et de ses activités en plus des informations médicales.(19) Des recherches supplémentaires portant sur l'impact de fournir plus d'informations au médecin-conseil sont nécessaires.(13, 17)

Des causes ont été mises en évidence pour expliquer la variabilité entre évaluateurs lors d'évaluations médicales. Il y a tout d'abord des variations liées à l'interaction entre l'expert et la personne évaluée : les informations que l'expert reçoit varient de l'un à l'autre car l'expert pose des questions différentes ; il y a des différences au niveau de l'observation car chaque expert remarque et retient des éléments différents ; les experts interprètent différemment un même élément car chacun attache une importance différente à ce qu'il observe ; les experts utilisent des critères différents lorsqu'ils scorent une même information. Le fait que la personne évaluée donne des éléments différents à différents experts ou entre un 1<sup>er</sup> et un 2<sup>nd</sup> rendez-vous crée de véritables différences de fiabilité. D'autre part, nous avons des variations propres à l'expert : la compréhension de chaque expert diffère lorsqu'il s'agit de comprendre l'impact de ce que demande un certain travail sur les capacités du travailleur ou encore lorsqu'il s'agit d'identifier ce qu'engendreront les limitations

d'une personne sur sa performance au travail ; le point de vue des experts varie par rapport à ce que représentent un effort, l'endurance ou un inconfort raisonnables ; la compréhension qu'a chaque expert de la législation varie et affecte dès lors son jugement. Une évaluation est : non standardisée lorsque cette dernière ne se base que sur l'expérience de l'évaluateur ; semi-standardisée lorsqu'au moins un instrument structuré est utilisé comme l'un des éléments utilisés permettant l'évaluation ; entièrement standardisée lorsque le fonctionnement occupationnel a été essentiellement mesuré par un instrument structuré. Lors d'une revue systématique basée sur 23 études, la relation entre le niveau de standardisation et le niveau de fiabilité entre examinateur était sans appel ( $p$ -valeur = 0,006).(13) Les évaluations sont souvent peu standardisées et les décisions peu transparentes.(18) Le recours à des instruments structurés pour davantage standardiser les évaluations est positif mais il sera primordial de sélectionner les bons instruments afin d'avoir des décisions cohérentes en lien avec la problématique à évaluer.

En collectant les mêmes données, par exemple, en ayant recours à un entretien semi-structuré, les variations inter-juges diminueront. L'absence d'un gold standard constitue une difficulté constante dans l'évaluation des limitations au travail.(19)

La loi prévoit que les médecins-conseils prennent leurs décisions en toute indépendance.(20) Les médecins-conseils sont liés par un contrat de travail avec les organismes assureurs. Les organismes assureurs belges ont un statut privé et sont en concurrence. Le fait qu'un assureur sélectionne lui-même ses propres experts peut faire naître un conflit d'intérêt.(13) Cette situation pourrait entraîner une certaine prévenance à l'égard de leurs clients (les assurés sociaux). Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI assure un contrôle indépendant des médecins-conseils. Ces derniers jurent fidélité à la Constitution et aux lois et sont assermentés par le SECM.(10)

### *L'évaluation de l'incapacité de travail : vers de bonnes pratiques*

Les critères d'évaluation pour une évaluation relative au droit à l'incapacité sont assez différents des critères d'évaluation requis dans le cadre d'une évaluation visant la réadaptation professionnelle. De plus, la vision n'est pas la même : elle met en avant le manque d'aptitudes lorsqu'il s'agit de demander son éligibilité pour des indemnités alors qu'elle sera tournée vers les aptitudes résiduelles, ce qui est une vision positive, lorsqu'il s'agira d'évaluer les possibilités de réadaptation.(8) Plus une affection va persister, plus il sera important de clairement distinguer les rôles de thérapeute et d'expert médical.(15)

Actuellement, l'évaluation de l'incapacité de travail suit généralement une vision biomédicale se référant fréquemment à une maladie ou à une lésion sans considérer l'influence éventuelle de facteurs contextuels.(21-23) Un diagnostic seul ne permet d'établir que très peu de liens avec l'état fonctionnel de la personne.(15) Bien que le fonctionnement soit associé à un état de santé, il n'est pas la conséquence directe d'un état de santé mais davantage le fruit de l'interaction entre l'état de santé et les facteurs contextuels (environnementaux et personnels).(5, 6, 24) Sur base de ce concept, l'incapacité n'est pas une caractéristique propre à l'individu.(25) Le modèle bio-psycho-social a significativement émergé depuis le début des années 2000 et se répand en Europe.(7, 8) Il y a de plus en plus de preuves que les facteurs psychosociaux influencent le vécu de l'incapacité.(26) Il y a une volonté et une nécessité d'élargir la vision de l'incapacité de travail vers un modèle davantage bio-psycho-social en incluant des facteurs personnels et environnementaux.(21) Les professionnels du retour au travail ne doivent pas uniquement prendre en compte les caractéristiques du travail ou les compétences de la personne mais regarder cette dernière dans son intégralité et en considérant aussi les facteurs personnels, psychosociaux et médicaux, l'employeur ainsi que les aspects socio-économiques.[(27), Schiro Geist et Calzaretta as cited in (14)] Les facteurs environnementaux, qui sont des éléments contextuels, peuvent jouer un rôle majeur pour favoriser la participation au travail.(4, 14) Il est important de considérer l'interaction de la personne avec son environnement de travail.(28)

Quatre caractéristiques principales relatives à l'évaluation de l'incapacité de travail réalisée par des experts médicaux ont été identifiées : les capacités fonctionnelles de l'assuré, son histoire socio-professionnelle, le pronostic d'incapacité de travail et la faisabilité d'interventions pour promouvoir la récupération et le retour au travail. Le rapport médical doit expliciter la relation entre l'état médical et les capacités fonctionnelles.(16)

### *Les capacités fonctionnelles et leurs évaluations*

Une évaluation des capacités fonctionnelles fait partie de la réadaptation professionnelle et est une composante centrale de l'évaluation de l'incapacité de travail.(8, 16, 23) Elle est utilisée dans les secteurs de la médecine occupationnelle, assurantielle et en réadaptation dans le but d'évaluer l'aptitude au travail.(29) L'évaluation des capacités fonctionnelles peut être définie comme étant une évaluation de la capacité à réaliser des activités et dont l'utilité est de faire des recommandations relatives à la participation au travail et ce, en considérant les fonctions organiques et les structures anatomiques de la personne, les facteurs environnementaux et personnels ainsi que l'état de

santé.(30) L'objectif d'une évaluation des capacités fonctionnelles est d'évaluer l'aptitude à travailler en faisant correspondre les capacités fonctionnelles de la personne avec celles qu'exige le travail.[Soer et al. 2008, Gross et Battié 2005 as cited in (31)]

Une évaluation des capacités fonctionnelles fournit des informations clés sur la relation entre les déficiences et les limitations fonctionnelles. Cela permet ensuite de constater l'incapacité de travail.(23) Le fait de fournir une évaluation des capacités fonctionnelles au médecin en charge de l'évaluation de l'incapacité de travail les incite à modifier leur décision (tant dans un sens que dans l'autre). Cela confirme l'utilité de réaliser un bilan des capacités fonctionnelles.(32)

Une mise en situation a toujours plus de valeur qu'un entretien oral ou un questionnaire à compléter et permettra aussi d'identifier les modalités d'intervention : traiter l'affection, agir sur la personne et/ou sur son environnement.(33) Des analyses multivariées ont d'ailleurs mis en évidence qu'une évaluation de lever de poids est un prédicteur plus fort de pronostic défavorable de retour au travail que la douleur ou un auto-questionnaire sur l'aptitude au travail.(29)

Plusieurs auteurs mentionnent le fait qu'une évaluation des capacités fonctionnelles ne permet pas une évaluation correcte du travailleur car elles ne permettent pas de simuler l'environnement réel de travail et les facteurs psychosociaux.(28) Une évaluation en situation écologique<sup>1</sup> sera préférée mais n'est pas toujours facile à réaliser.

Une méta-analyse s'est intéressée à la validité inter-juges de l'analyse du poste de travail. Ils ont comparé la validité inter-juges entre une évaluation du poste de travail basée sur la description du poste vs. uniquement basée sur l'intitulé du poste et il apparaît que la validité inter-juges est meilleure lorsque l'évaluation est basée sur la description du poste. De plus, les évaluations de postes de travail basées sur des échelles d'évaluations ayant des critères clairement définis bénéficient d'une meilleure validité inter-juges que celles dont les modalités de réponses sont partiellement ou non définies.(35)

## *La réadaptation professionnelle (vocational rehabilitation)*

Le but premier de la réadaptation professionnelle est le retour durable au travail.(23) La réadaptation professionnelle dans sa forme la plus large a été définie comme étant une approche multidisciplinaire fondée sur des preuves et fournie selon un continuum de services et d'activités aux personnes en âge de travailler présentant des déficiences, des limitations ou des restrictions du fonctionnement au

---

<sup>1</sup> L'écologie signifie « l'étude des êtres vivants dans leur milieu habituel ou dans des conditions qui se rapprochent autant que possible de celles de leur existence naturelle ».[Delamare 2004 as cited in (34. LE BOULER P. *La réadaptation écologique suite à un accident vasculaire cérébral : étude transversale de l'influence de la pratique en ergothérapie* [Mémoire en Ergothérapie non publié]. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2013.]

travail et dont le but principal est d'optimiser la participation au travail.(36) La réadaptation professionnelle se distingue de la réadaptation classique par le fait qu'elle propose des soins de santé axés sur le travail et les travailleurs et qu'elle propose des lieux de travail adaptés.(37) Au niveau international, on observe une grande variabilité par rapport à la façon dont la réadaptation professionnelle est menée et mise en œuvre ainsi que sur son influence déterminante sur les systèmes sociaux.(27)

L'approche actuelle en Belgique est très fragmentée entre les différents acteurs impliqués dans la réadaptation professionnelle (soignants/médecins spécialistes, médecin-conseil, médecin du travail, médecin généraliste, organismes régionaux de soutien à l'emploi).

La Belgique fait partie des pays européens disposant de structures bien élaborées pour la réadaptation et le retour au travail mais la coordination durant le processus de réadaptation et de réintégration demeure limitée. Or la coordination, entre autres, entre les services de réadaptations et le lieu de travail est essentielle pour définir un plan de réintégration individualisé.(38)

Les acteurs clés doivent se coordonner et s'échanger des informations médicales mais aussi des informations sur les variables contextuelles telles que les aspects liés au réentraînement professionnel, les aspects fonctionnels, psychosociaux, environnementaux, éducationnels, etc. afin de garantir un trajet de réadaptation adéquat. La multidisciplinarité fait partie intégrante d'un programme de réadaptation professionnelle et elle a été identifiée comme étant un critère décisif pour son succès.[(21, 27, 37, 39, 40), Dobren as cited in (14)] Une structure multidisciplinaire composée, entre autres, d'ergothérapeutes, de psychologues, de travailleurs sociaux et de conseillers en emploi permet de proposer des programmes structurés de réadaptation professionnelle qui seront efficaces pour réduire le nombre de jours d'incapacité de travail.(41) Dans le cas de l'évaluation multidisciplinaire de personnes atteintes de lombalgies, il est apparu que la discipline revenant le plus souvent dans les rapports était la psychiatrie. Cela indique clairement l'intérêt de procéder à une évaluation psychiatrique pour ce groupe cible.(18) Un 'disability manager'<sup>2</sup> pourrait être très utile pour coordonner les différents acteurs d'une équipe multidisciplinaire. De plus, il aurait aussi un rôle clé dans la coordination des différentes structures impliquées dans le retour au travail (mutuelles, revalidation, employeur, médecine du travail, organismes régionaux de soutien à l'emploi, etc.).

---

<sup>2</sup> « Le disability manager est caractérisé par l'attention qu'il porte à la coordination : une personne centrale (jobcoach, médecin-conseil, médecin du travail, etc.) réunit les autres parties concernées et les soutient dans leurs tâches relatives au maintien de l'emploi des personnes qui risquent de le perdre et à la réinsertion des personnes en incapacité de travail. Cette méthodologie part du principe que le lieu de travail est l'endroit le plus efficace pour une réinsertion. »42. INAMI-RIZIV. DE COCK J. (2017). *Disability Management - De la formation à la certification (brochure)*. p. 20. [consulté le 06/05/2019]. Disponible à l'adresse: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure\\_disability\\_management\\_formation\\_certification.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_disability_management_formation_certification.pdf).

Il est reconnu que des services de développement et d'accompagnement de carrière offrant une approche écologique sont associés à des résultats positifs et cela est particulièrement approprié lorsque les déficiences sont importantes.[(43),Dobren, Gilbride et Hagner, Luecking et al., Millington et al., Schiro Geist et Calzaretta, Szymanski et al., Vandergroot as cited in (14)] Une compréhension des facteurs environnementaux (e.a. relations dont dispose le client<sup>3</sup>, attitude de l'employeur) est essentielle dans l'approche écologique.(14)

Les principes clés pour une réadaptation professionnelle réussie sont : la présence d'un coordinateur du retour au travail, le recours à un retour progressif au travail (en incluant éventuellement un travail adapté) et une équipe orientée vers un modèle bio-psycho-social.(37) La perception de bénéficier d'un horaire de travail à temps partiel a également été jugée importante pour faciliter le retour au travail et prévenir l'incapacité de travail à long terme.(26) Le concept de 'retour thérapeutique au travail' (RTT)<sup>4</sup> reprend plusieurs éléments repris plus haut et permet de combiner réadaptation et retour au travail. L'ergothérapeute a toute sa place dans la mise en place et la gestion du RTT.

De nombreux stakeholders ont été identifiés dans le retour au travail parmi lesquels le travailleur, sa famille, l'employeur, les collègues, les syndicats, les mandataires (legal representatives), les dispensateurs de soins, les compagnies d'assurance de santé et les agences gouvernementales.(26)

Face aux principes clés identifiés ci-dessus, il apparaît que l'ergothérapeute est le paramédical de prédilection pour prendre en charge des clients en incapacité de travail. Il est avant tout reconnu pour ses compétences sur le fonctionnement humain et la performance. Il travaille dans une *approche centrée sur le client*. L'ergothérapeute travaillant dans le support à l'emploi a des missions qui dépendent des besoins et des objectifs du client, de l'employeur et/ou de l'assureur et bien sûr de l'environnement de travail du client. Les services que peut fournir un ergothérapeute sont les suivants : évaluation du travailleur, du lieu de travail et des tâches afin d'améliorer la productivité et réduire le risque de blessure ; conseils à l'employeur ou à l'assureur concernant l'accès au lieu de travail, des aménagements de celui-ci ou l'usage d'aides techniques afin d'améliorer la productivité et réduire le risque de blessure ; case-management et conseils aux différents stakeholders ; entraînement et évaluation en situation écologique afin de promouvoir des pratiques sécuritaires et réduire le risque de blessure ; programmes de promotion de la santé et d'un lieu de travail sain ;

---

<sup>3</sup> Dans cet article le terme client sera utilisé pour désigner le patient (l'assuré).

<sup>4</sup> « Le retour thérapeutique au travail se caractérise par un retour progressif et supervisé d'un individu à son poste de travail. Il se déroule en parallèle avec la poursuite d'un programme de réadaptation basé sur les travaux de Meyer et al. et appelé thérapie de récupération fonctionnelle [...] »(44). DURAND M-J, LOISEL P, DURAND P. (1998). Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: Description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2).

interventions ciblées afin d'améliorer ses compétences, réentrainement au travail et modification du lieu de travail tant pour les clients ayant déjà travaillé et ayant une déficience nécessitant une modification de leurs besoins que pour ceux démarrant dans la vie professionnelle, voulant la réintégrer ou désirant se maintenir à leur poste de travail.(45, 46) Les informations relatives à la réadaptation professionnelle doivent être collectées dans des situations aussi proches que possible de la situation de travail réelle en prenant en compte l'environnement de travail. Et cela en incluant les adaptations et les enjeux professionnels sur une période relativement longue.(5)

*L'approche centrée sur le client* est recommandée dans le cadre de la réadaptation professionnelle.(36) Elle s'intéresse à la personne dans son intégralité : son autonomie, sa dignité et sa singularité. Elle permet des interventions personnalisées et sur mesure en respectant les besoins, souhaits et décisions de la personne.[Gzil et al., Leplege et al. as cited in (47)] Cette approche permettra d'encourager l'autonomie du client et d'élaborer avec lui une vision commune.(48) Elle se base sur des preuves provenant tant de professionnels de santé (médecins, paramédicaux, etc.) que de professionnels non médicaux tels que les 'disability managers' ou les assureurs.(36) L'approche centrée sur le client reprend 4 principes : 1) les clients possèdent de l'expérience et des connaissances face à leurs occupations, 2) les clients sont des partenaires actifs de l'intervention ergothérapique, 3) il est nécessaire de prendre des risques pour effectuer un changement positif et 4) la pratique centrée sur le client en ergothérapie est fondée sur la promotion de l'occupation.(49)

## *Les dorsolombalgies*

La lombalgie est une des affections les plus fréquentes en Belgique et la prévalence sur la vie entière peut atteindre jusqu'à 80 à 85 % de la population. Une lombalgie chronique engendre une incapacité de travail de longue durée dans 2 à 5 % des cas. La lombalgie est la pathologie la plus fréquemment en lien avec le travail dans les pays développés.(50) Environ un tiers des absences de longues durées sont dues à des troubles musculosquelettiques avec plus de 29% des cas d'invalidité chez les indépendants et les ouvriers de sexe masculin (32,7% chez les ouvrières) en Belgique.(51) Aux Pays-Bas, les troubles musculosquelettiques représentent 35% des absences pour incapacité de travail et des indemnités d'invalidité de longue durée. (Bekkering et al., Anema et al., Dagenais et al. as cited in (52)) La notion de "longue durée" peut varier d'un auteur à l'autre dans la littérature.

Lorsque le médecin-conseil est confronté à des assurés se plaignant de douleurs au rachis, il s'agit le plus souvent de lombalgies aspécifiques. « La lombalgie aspécifique est définie comme une douleur lombaire pour laquelle aucune cause spécifique n'est décelable (telle qu'une infection, une tumeur,

de l'ostéoporose, une fracture de la colonne vertébrale, une déformation structurelle ou une maladie inflammatoire). La douleur peut être ressentie de façon continue ou épisodique. Environ 90 % de toutes les plaintes lombaires sont des plaintes aspécifiques. »(50)

Les lombalgies aspécifiques se décomposent en 3 catégories : aiguë (les plaintes durent maximum 6 semaines), subaiguë (durée de 6 à 12 semaines) et chronique (durée excédant 12 semaines ou récurrences fréquentes).(48) Moins de 15% des assurés qui souffrent de lombalgies aspécifiques développeront des plaintes chroniques et présenteront une incapacité de travail permanente. Les chances de reprise du travail diminuent de façon exponentielle lorsqu'un assuré entre en phase chronique. Il est donc important d'accompagner l'assuré dès le début. En ce qui concerne les lombalgies spécifiques, ce chiffre monte à 35 à 40% d'incapacité de travail permanente.(50)

Concernant spécifiquement les lombalgies, il est désormais largement reconnu qu'il s'agit d'un phénomène bio-psycho-social et il est recommandé d'utiliser un modèle bio-psycho-social pour guider la prise en charge et son évaluation, compte tenu de la combinaison de facteurs comportementaux, psychologiques et sociaux et de la probabilité d'une persistance de la douleur et du handicap dans le futur, d'autant plus si la douleur est devenue chronique.(9, 48, 53)

Les lombalgies aspécifiques doivent davantage se référer au cadre bio-psycho-social que purement pathophysiologique et biomécanique. En effet, les causes de la lombalgie aspécifique peuvent être très diverses. Le lien de causalité n'est pas toujours évident à établir avec la présence de facteurs de risque psychosociaux.(48, 50) La lombalgie est un phénomène bio-psycho-social complexe (5) et le modèle bio-psycho-social est particulièrement pertinent pour comprendre l'incapacité de travail due aux lombalgies. Il est à présent largement admis qu'une incapacité de travail due à des lombalgies est le fruit des interactions entre l'individu et son contexte social.(9)

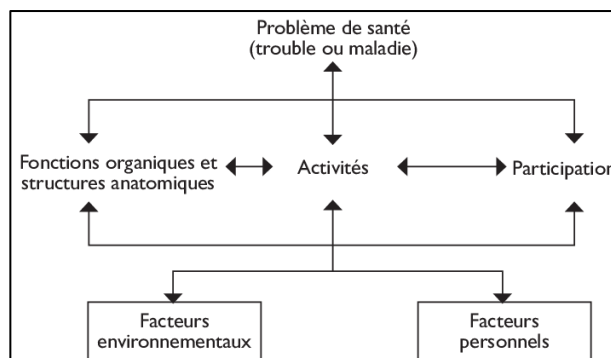
Les facteurs de risque psychosociaux doivent être passés en revue si les douleurs persistent au-delà de quelques semaines.(37, 48) Les capacités fonctionnelles des personnes souffrant de lombalgies peuvent s'améliorer malgré la persistance de la douleur. Le retour au travail peut avoir lieu avant la disparition des symptômes. (Henschke et al. 2008 as cited in (53))

La douleur explique seulement 5 % de l'incapacité de travail due à des dorsalgies.[Waddell et Burton as cited in (6)]. Cela ne veut pas dire que la douleur n'est pas importante dans l'incapacité de travail mais cela met en avant que les mécanismes de la douleur (relation entre douleur et émotions passées et présentes, réactions de l'environnement face à la douleur et la signification de la douleur pour la personne) sont déterminants dans l'incapacité de travail.(6)

## La CIF (*Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*)

**Figure 1.** Schéma conceptuel de la CIF

La CIF est une classification proposée par l'OMS qui offre un cadre conceptuel sur la santé et le handicap (cfr. figure 1). Elle est composée de 1424 items. « La CIF a pour but de proposer un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadre pour la description des états de la santé. [...] Elle permet de décrire des situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir ; elle fournit un cadre pour organiser cette information. »(54)



Sa structure reflète une approche bio-psycho-sociale permettant de décrire la santé et le handicap sur base de 4 grandes catégories d'items : 1) les fonctions organiques, 2) les structures anatomiques, 3) les activités et participation et 4) les facteurs environnementaux. Les 3 premières catégories citées (représentant la ligne du milieu sur le schéma) constituent les composantes du fonctionnement et du handicap. La ligne inférieure représente les composantes des facteurs contextuels à savoir les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.(54)

Les facteurs personnels sont représentés sur le schéma conceptuel de la CIF mais ne sont pas décrits dans la liste des 1424 items. Les utilisateurs sont libres de rajouter des données personnelles du client (tout en respectant la définition des facteurs personnels proposée par l'OMS) et de les référencer en lien avec les facteurs environnementaux. Ces derniers avec les facteurs personnels représentent d'importants facteurs contextuels.(14, 54)

Certains auteurs voient la CIF comme une liste exhaustive d'items mutuellement exclusifs tandis que d'autres ne la perçoivent pas comme telle.(55, 56) Il est difficile de la considérer comme une classification exhaustive des composantes de la santé, d'autant plus si nous nous basons sur la définition de la santé de l'OMS<sup>5</sup>. Toutefois, la catégorie des facteurs personnels qui ne contient pas d'items peut contenir de nombreuses composantes de la santé qui ne sont pas reprises parmi les 1424 items constituant les autres catégories. Certains facteurs pouvant influencer l'employabilité, tels que

<sup>5</sup> «La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».[57]. OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Organisation mondiale de la Santé (OMS - WHO).]

des facteurs personnels liés ou non à l'emploi, les conditions du contrat ou encore le contenu des tâches de travail, ne sont pas inclus dans la CIF.(58)

Alors que la CIF est vue comme un outil scientifique (5), elle a été critiquée du fait qu'elle a abouti davantage d'une démarche politique que scientifique.(59) Elle se présente sous une forme de classification hiérarchisée qui ne permet pas d'établir de liens entre les différents items ou d'établir de lien de causalité ni de décrire l'évolution de la maladie. Cela n'étant pas son but. La CIF s'apparente donc à une sorte de dictionnaire.(8, 15, 56, 60)

Nonobstant ces éléments, les professionnels du retour au travail pourraient utiliser la CIF pour guider la prise en charge en fournissant des concepts et des définitions utiles pour améliorer la qualité des évaluations relatives aux indemnités d'incapacité, particulièrement dans les pays où les examinateurs médicaux ne décrivent pas les capacités fonctionnelles de manière structurée.(8, 16) La CIF offre un cadre générique qui fournit un langage commun pour décrire le fonctionnement en lien avec la santé favorisant ainsi la standardisation.[(5, 54, 61, 62),Cieza et al. as cited in (41)] Le modèle aide l'évaluateur à tenir compte de l'interaction dynamique des multiples facteurs biopsychosociaux en jeu et à contrecarrer ainsi un point de vue linéaire qui se concentre uniquement sur les caractéristiques de l'individu, sans tenir compte du contexte environnemental de la personne.(43) La CIF peut être utilisée pour standardiser et rendre plus transparents les évaluations et les rapports relatifs à l'incapacité de travail.(18, 63)

Quelques années après la publication de la CIF, des core-sets ont vu le jour. Ils consistent en un groupement d'items destinés à être utilisés dans une pratique quotidienne pour une pathologie spécifique (ex. : lombalgie) ou une situation spécifique (ex. : réadaptation professionnelle). Le groupe de travail 'ICF Research Branch' qui collabore avec l'OMS propose une méthode de validation spécifique et conséquente pour chaque core-set (revue systématique, enquête mondiale auprès d'experts, études transversales, interviews en focus-groupes et conférence internationale de consensus).(5, 27) Les core-sets facilitent l'opérationnalisation de la CIF. Ils permettent de déterminer ce qui doit être évalué mais n'indiquent pas comment cela doit être évalué.(7, 15, 22, 27) Les core-sets facilitent la réalisation d'évaluations multidisciplinaires complètes et peuvent aussi être utiles pour les organismes assureurs pour la planification des prises en charge.(5)

Pour l'évaluation de la capacité de travail de personnes souffrant de lombalgies, Schwegler et al. (2012) préconisent l'utilisation du core-set « lombalgie abrégée », du core-set « obésité abrégée » car il s'agit d'une comorbidité fréquente de la lombalgie ainsi que tout item pertinent pour la situation à évaluer tout en tenant compte de l'expérience unique du client.(18)

Au niveau pratique, la CIF propose des définitions d'items qui sont mesurables rendant possible leur utilisation comme base pour des évaluations liées au retour au travail.(14, 54) La CIF peut constituer une base pour l'élaboration d'instruments d'évaluation standardisés.(24)

Concrètement, pour ce qui est des catégories 'Fonctions organiques', 'Structures anatomiques' et 'Activités et Participation', il y a la possibilité d'attribuer un 'descripteur' ou 'cotation' à chaque item (0=pas de déficience, 1=déficience légère, 2=déficience modérée, 3=déficience grave, 4=déficience totale, 8=non précisé et 9=sans objet). Pour la catégorie des 'Facteurs environnementaux', les cotations vont de +4 à -4 selon que l'item est plutôt un facilitateur ou un obstacle. Les cotations '8' et '9' demeurent. Il va s'en dire que, pour les 4 catégories d'items représentant la CIF, les définitions relatives à chaque descripteur (0 à 4, 8, 9 et de -4 à +4) sont extrêmement peu précises. L'utilisation des descripteurs n'est pas régie par des règles explicitées dans la CIF.(5) Leur intérêt dans l'évaluation de l'incapacité de travail doit encore être établi d'autant qu'ils ne disposent pas de gold standard faisant autorité.(15, 63) « Si l'on veut utiliser cette méthode de quantification de manière universelle, la recherche doit mettre au point des procédures d'évaluation. Des fourchettes de pourcentage sont données à titre indicatif pour les cas où des instruments d'évaluation calibrés ou d'autres normes seraient disponibles pour mesurer les déficiences, les limitations de capacité, les problèmes de performance ou les obstacles. »(54) Il est nécessaire d'établir de nouveaux descripteurs bien définis.(8) Des définitions plus précises ou des critères d'inclusion ou d'exclusion pour les chiffres de cotation de la CIF permettront également d'augmenter la validité inter-juges. [Homa et Peterson as cited in (14)]

Il y a une particularité concernant les items présents sous la rubrique des 'Activités et Participation'. Ils peuvent être décrits soit sous forme de 'performance' lorsqu'il s'agira de les considérer dans une situation de vie réelle (éventuellement avec l'aide d'une aide technique ou d'une adaptation), soit sous forme de 'capacité' lorsqu'il s'agira de considérer un environnement 'standard' ou 'normalisé'.(5, 54)

Telle quelle, la CIF apparaît donc plutôt comme un instrument de niveau macro car elle n'a pas encore été complètement opérationnalisée au niveau clinique et de la recherche pratique.(5, 39, 55) Des initiatives isolées visant à utiliser la CIF dans le contexte du retour au travail ont toutefois vu le jour (p.ex. : au GTB en Flandres, CRPG au Portugal, Aspace en Espagne, etc.).(8, 64)

Bien que la CIF se veut universelle, il est important de pouvoir l'adapter au contexte national et à l'usage auquel elle se destine.(55) Il est recommandé de tester empiriquement l'intérêt de la CIF et

particulièrement des core-sets ‘réadaptation professionnelle’ et ‘EUMASS<sup>6</sup>’ dans l’évaluation de l’incapacité de travail.(15, 22) C’est un des objectifs de notre partie pratique.

## ***Objectif de l’étude***

Les différents constats identifiés dans l’introduction nous ont amenés à nous poser la question suivante : « *Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l’usage des core-sets CIF lors de l’évaluation de l’incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?* ». L’objectif de l’étude est de mesurer la perception qu’auront les médecins-conseils et les paramédicaux-conseils quant à l’intérêt de disposer, comme outil supplémentaire d’aide à la décision, d’un bilan basé sur la CIF contenant des informations bio-psycho-sociales lorsqu’il s’agit de prendre une décision (sur base de la législation en vigueur) par rapport à la capacité ou à l’incapacité de travail ou à la pertinence d’un trajet de réintégration pour des assurés souffrant de dorsolombalgies lors d’une 1<sup>ère</sup> convocation chez le médecin-conseil. Cela dans le but d’identifier certains obstacles et facilitateurs dans l’éventualité d’une future implémentation de la CIF dans la branche « indemnités » de la sécurité sociale belge.

## ***Méthodologie***

La méthodologie a consisté à réaliser une vignette clinique (basée sur un cas réel) afin de la présenter à un échantillon de médecins-conseils et de paramédicaux pour qu’ils puissent répondre à un questionnaire de perception. Les données collectées grâce à ce dernier ont ensuite été analysées. La figure 2 (cfr. page suivante) résume la méthodologie de la partie pratique tandis que l’annexe 1 représente un schéma du *workflow* général de l’étude.

### *1) réalisation d’un cas clinique et d’un bilan de fonctionnement basé sur la CIF associé au cas clinique (partie pratique phase 1)*

Pour la 1<sup>ère</sup> étape de la partie pratique, nous avons prévu de nous rendre au sein des 6 organismes assureurs belges afin de rencontrer un assuré souffrant de dorsolombalgies dans le but de créer une vignette clinique (6 au total, soit une par organisme assureur). En pratique, seuls 2 des 6 organismes assureurs nous ont permis de rencontrer des assurés. Nous avons rencontré 4 assurés. Un ergothérapeute (le 1<sup>er</sup> auteur du présent article) a tout d’abord assisté passivement à l’examen médical habituel pratiqué par le médecin-conseil (durée de 15 minutes). Ensuite l’ergothérapeute s’est entretenu avec l’assuré durant une heure afin d’aborder les différents items des core-sets sélec-

---

<sup>6</sup> European Union of Medicine in Assurance and Social Security

**Figure 2.** Schéma de la méthodologie relative à la partie pratique



tionnés. Le but était de collecter les informations bio-psycho-sociales permettant d'apporter des éléments au plus grand nombre d'items des core-sets sélectionnés. Nous avons utilisé les core-sets « réadaptation professionnelle intégrale », « lombalgie intégrale »<sup>7</sup> ainsi que le core-set créé et validé par l'EUMASS (selon une méthodologie moins robuste que celle utilisée par 'ICF Research Branch') vu le public cible sélectionné. Nous avons sélectionné les versions intégrales car nous voulions être exhaustifs pour notre recherche exploratoire. Les versions intégrales reflètent l'ensemble des problématiques les plus courantes auxquelles une personne peut devoir faire face pour une pathologie ou un contexte spécifique.(5) Le core-set « obésité » n'a pas été utilisé car les personnes que nous avons vues n'étaient pas en surpoids. Concernant le core-set EUMASS, il se pourrait que les informations qu'il fournit ne soient pas suffisantes (63) en raison de l'absence de facteurs environnementaux(18). Les items des core-sets « batterie générique<sup>8</sup> » et « batterie réadaptation » sont tous repris par au moins un des 3 core-sets que nous avons utilisés à l'exception des items d520 et d550<sup>9</sup> qui ont été rajoutés à la liste des items contenus dans les 3 core-sets susmentionnés. Il est recommandé de toujours utiliser le core-set « batterie générique » lors de l'utilisation d'autres core-sets.(5) La combinaison de ces core-sets et items va nous permettre d'obtenir une vue d'ensemble sur le fonctionnement professionnel de l'assuré.(22) Etant donné que beaucoup d'assurés ont des affections souvent mal définies et peu claires et que la prévalence de comorbidités est élevée parmi

<sup>7</sup> Ces 2 core-sets sont consultables à l'adresse suivante : <https://www.icf-core-sets.org/fr/page1.php>

<sup>8</sup> Plus d'infos sur la création de ce core-set : 65. CIEZA A, OBERHAUSER C, BICKENBACH J, CHATTERJI S, STUCKI G. (2014). Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health*, 14:218.

<sup>9</sup> Les items de la CIF sont consultables à l'adresse : <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

les assurés, il est important de ne pas recourir uniquement à un core-set créé pour une pathologie spécifique mais aussi de se référer à un core-set créé pour une situation spécifique tel que le core-set « réadaptation professionnelle intégrale ».(8) Il est conseillé, si nécessaire, de combiner les items issus de différents core-sets en lien avec la situation du client.(5, 18) La liste des items CIF utilisés pour la phase 1 de notre partie pratique se trouve à l'annexe 4. En ce qui concerne la collecte des données pour les items relatifs à la rubrique 'Activités et Participation' de la CIF, nous n'avons considéré que la performance (et non la capacité) puisque c'est elle qui nous intéresse lorsqu'il s'agit d'évaluer l'aptitude au travail d'un assuré en devant tenir compte de son environnement réel.

Le tout (le fait que l'ergothérapeute ait pu assister à l'examen médical et réaliser ensuite l'entretien avec l'assuré) nous a permis de rédiger une synthèse récapitulative basée sur le bilan CIF décrivant le fonctionnement de la personne.

En ce qui concerne les aspects pratiques relatifs à la réalisation même du bilan de fonctionnement basé sur la CIF pour les catégories 'Fonctions organiques', 'Structures anatomiques' et 'Activités et Participation', nous nous sommes basés sur les définitions des critères de cotation des aptitudes de l'outil d'évaluation ESAP<sup>10</sup> qui s'étalent également de 0 à 4 car leurs définitions sont claires.(66) Les scores sur base des définitions ESAP ont été convertis ensuite dans les cotations CIF (4→0 ; 3→1 ; 2→2 ; 1→3 ; 0→4). Cependant, ils n'ont pas été repris dans le bilan de fonctionnement car jugés peu explicites en tant que tels. Nous avons préféré proposer un bilan uniquement écrit afin qu'il soit facilement intelligible lors de sa présentation pour la 2<sup>ème</sup> phase de notre partie pratique. Toutefois, les scores ESAP nous ont permis de repérer plus facilement les items nécessitant une attention lors de la rédaction du bilan de fonctionnement.

En ce qui concerne la cotation des facilitateurs et des obstacles des 'Facteurs environnementaux', nous nous sommes limités aux valeurs « +4 », « -4 » et « 0 » afin de stipuler simplement s'il s'agit d'un facilitateur, d'un obstacle ou d'un élément neutre. Nous n'avons pas précisé davantage les cotations étant donné que comme expliqué plus haut, les définitions des valeurs sont très vagues et ne permettraient pas une même interprétation de la part de plusieurs évaluateurs. Les cotations des 'Facteurs environnementaux', tout comme pour les cotations relatives aux 'Fonctions organiques', aux 'Structures anatomiques' et aux 'Activités et participation', n'ont pas été reprises dans le bilan de fonctionnement mais nous ont permis d'identifier plus facilement les forces et faiblesses de la personne lors de la rédaction.

---

<sup>10</sup> Évaluation systémique des Aptitudes professionnelles. ESAP est un outil pratique modulable visant à identifier les aptitudes d'un client et les exigences de l'emploi. Il ne se base pas sur la CIF mais sur une autre classification « le Modèle de Développement Humain – Processus de Production du Handicap » (Disability Creation Process).

Nous avons également abordé certains facteurs personnels. La collecte d'informations en lien avec les facteurs personnels est pertinente lorsqu'il s'agit de planifier et personnaliser des évaluations et des interventions et ce, d'autant qu'ils jouent un rôle dans le processus de production de l'invalidité.(47) L'utilisateur est libre de les évaluer et de les décrire comme il l'entend.(5) Le relevé des facteurs personnels tels que le parcours professionnel ou la motivation est essentiel pour la transparence de l'évaluation de même que l'expérience personnelle de l'assuré.(22)

## 2) Présentation du cas et soumission d'un questionnaire (partie pratique phase 2)

Subséquent, nous avons sélectionné un cas clinique parmi les 4 réalisés et le bilan de fonctionnement basé sur la CIF s'y rapportant afin d'être présenté à des médecins-conseils au moyen de **2 vidéos**. Seul le cas clinique sélectionné correspondait aux critères d'inclusion. La vidéo de l'examen médical réalisée par le médecin-conseil (durée réelle de 15 minutes) telle qu'elle a été présentée est accessible via le lien ci-dessous<sup>11</sup> ou le code QR ci-contre.  Seuls les blancs et la décision ont été coupés au montage. Une séance de 'face-validity' (validation selon critères pré-établis – en italique ci-dessous) a eu lieu le 15 février 2019. Quatre médecins inspecteurs et un paramédical de l'INAMI ont jugé de la vraisemblance du cas. La *plausibilité* du cas a été approuvée. Le *contenu des protocoles* donnés par l'assurée au médecin-conseil le jour de l'examen ont été jugés comme étant mis adéquatement en évidence dans la vidéo. La *lisibilité de la vidéo* a été jugée bonne. Au niveau de *l'examen*, le consensus conclut que les facteurs psychosociaux et le problème gynécologique de l'assurée n'ont pas été abordés voire éludés par le médecin-conseil. Cela manquait pour considérer l'examen exhaustif. Le cas de la vidéo a donc été validé moyennant des réserves.

La présentation du cas clinique à des médecins-conseils constitue la 2<sup>ème</sup> étape de la partie pratique. Il a été présenté sous forme de vidéo le 19 février 2019 à l'UCL lors d'une des 3 journées annuelles de l'Association scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA). Ces journées annuelles de formation continue rassemblent une grande partie des médecins-conseils francophones et s'organisent en alternance à l'UCL, l'ULG et l'ULB. Le bilan de fonctionnement CIF de l'assurée a été présenté sous forme d'un protocole vidéo (texte continu dont chaque item n'a pas été détaillé). La vidéo est accessible via le lien<sup>12</sup> ou le code QR ci-contre.  La

---

<sup>11</sup> [https://uclouvain-my.sharepoint.com/:v/g/personal/ottet\\_oasis\\_uclouvain\\_be/EYfGzGjeAINCotgxvtNaFPoBQPVx1wfNReXqan2NV5h6vw?e=4SWzDm](https://uclouvain-my.sharepoint.com/:v/g/personal/ottet_oasis_uclouvain_be/EYfGzGjeAINCotgxvtNaFPoBQPVx1wfNReXqan2NV5h6vw?e=4SWzDm)

<sup>12</sup> [https://uclouvain-my.sharepoint.com/:v/g/personal/ottet\\_oasis\\_uclouvain\\_be/Ec3QnzpM1OZGrPcijYdI1aIBqCxmwn2QSuJBc9OMLLXckA?e=eczjja](https://uclouvain-my.sharepoint.com/:v/g/personal/ottet_oasis_uclouvain_be/Ec3QnzpM1OZGrPcijYdI1aIBqCxmwn2QSuJBc9OMLLXckA?e=eczjja)

durée est de 15 minutes (la durée réelle de l'entretien était de 60 minutes). Les 2 vidéos présentées ont été sous-titrées pour faciliter l'assimilation des informations.

Dans la foulée de ces présentations, un questionnaire de perception a été soumis aux médecins-conseils et paramédicaux travaillant à leurs côtés présents ce jour-là à l'aide du système de vote en direct Turning Point® afin de mesurer leur perception quant à l'intérêt de disposer d'un bilan basé sur la CIF comme outil supplémentaire d'aide à la décision pour les médecins-conseils. Le questionnaire contenait 22 questions avec 4 modalités de réponses de type échelle de Likert. On a, grâce à celui-ci, pu évaluer l'utilité de la CIF en postulant 4 dimensions : la pertinence clinique et diagnostique, le management, la communication et la valorisation du rôle du médecin ou du paramédical. Ceci dans le but d'identifier les obstacles et facilitateurs en vue d'une éventuelle implémentation de l'utilisation de la CIF dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

Quelques questions relatives à la reconnaissance de l'incapacité de travail (sur base de l'article 100§1 de la loi coordonnée de 1994 (cfr. « Introduction »)(10)) avant et après avoir eu connaissance du bilan de fonctionnement basé sur la CIF ont également été posées ainsi que des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants.

Préalablement, les moyens nécessaires pour permettre de réaliser le bilan CIF ont été explicités : 15 minutes lors desquelles l'ergothérapeute a assisté à l'examen du médecin-conseil, une heure pour l'entretien entre l'ergothérapeute et l'assuré et 1h45 pour la rédaction du rapport. Une brève présentation de l'étude et de la CIF a également été effectuée afin que les répondants comprennent le contexte de l'étude.

Ensuite, les données provenant des questionnaires ont été analysées selon une méthode quantitative. Des commentaires ouverts ont également été récoltés.

### *3) Analyse des données*

Nous avons analysé les données par différentes méthodes statistiques : descriptives (fréquences),  $\alpha$  de Cronbach, Chi<sup>2</sup>, McNemar et quelques régressions à l'aide du logiciel SPSS® version 25. Les résultats sont présentés dans le chapitre y consacré.

Les commentaires récoltés à l'issue de la séance du 19 février 2019 seront discutés plus loin dans cet article.

## ***Comité d'Éthique***

L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc UCL en date du 22 janvier 2019 et porte la référence 2018-14NOV-432.

## Résultats

### Échantillon et questions de perception

Les résultats portent sur les données récoltées le 19 février 2019 lors d'une des 3 journées scientifiques organisées annuellement par l'ASMA auxquelles participent la plupart des médecins-conseils francophones belges. Ils seront discutés dans la partie y consacrée.

Cent-quarante-et-une (N = 141) personnes ont pris part en tout ou en partie au questionnaire. Parmi celles-ci, nous avons gardé un échantillon de 101 personnes pour répondre à notre question de recherche (92 médecins-conseils et 9 paramédicaux travaillant avec les médecins-conseils). Nous avons exclu les médecins-inspecteurs de l'INAMI ou les médecins d'autres organisations. Le tableau 1 (cfr. annexe 2) nous montre le détail de l'échantillon par type de fonction professionnelle.

Nous constatons que presque la moitié (46,5%) de notre échantillon a plus de 55 ans (tableau 2). La moitié des répondants a plus de 8 ans d'ancienneté dans sa fonction. Dix-sept virgule huit pourcents (17,8 %) ont moins de 2 ans d'expérience en tant que médecin-conseil ou paramédical (tableau 3).

Pour rappel, le questionnaire postule que 4 dimensions ont été évaluées au travers de 22 questions : la pertinence clinique et diagnostique (PCD), le management (M), la communication (C) et la valorisation du rôle du médecin ou du paramédical (VR). Les questions ont été proposées dans un ordre ne permettant pas d'identifier à quelle dimension elles faisaient référence. Deux questions miroirs ont été introduites afin de détecter les répondants ayant une attitude de rejet ou de boycott. Trois questionnaires ont été exclus car les répondants ont sélectionné « Tout-à-fait en désaccord » à toutes les questions sauf « Tout-à-fait d'accord » aux 2 questions miroirs. Aucun répondant n'a voté 22 fois la même valeur. Nous avons donc gardé un échantillon de 98 personnes (89 médecins-conseils et 9 paramédicaux). Le tableau 4 (cfr. pages suivantes) nous montre les résultats des 22 questions de perception. Par la suite, nous avons calculé la moyenne des scores pour les 4 dimensions en utilisant chacune des questions respectives à chaque dimension. Pour cette opération, les scores des 2 questions miroirs ont été convertis. Les abstentions n'ont pas été prises en compte (pondération sur base des voix exprimées).

**Tableau 2.** Répartitions en classes d'âge (N = 101)

|                 | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|
| Moins de 35 ans | 8         | 7,9         |
| 35-45 ans       | 20        | 19,8        |
| 46-55 ans       | 26        | 25,7        |
| Plus de 55 ans  | 47        | 46,5        |

**Tableau 3.** Années dans la fonction (N = 99)

|                | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| Moins de 2 ans | 18        | 17,8        |
| 2-4 ans        | 18        | 17,8        |
| 5-8 ans        | 12        | 11,9        |
| Plus de 8 ans  | 51        | 50,5        |

**Tableau 4.** Résultats aux questions de perception (N min/max = 90/98)



|                                                                                                                                                                                                               |    | Tout-à-fait<br>d'accord | Plutôt<br>d'accord | Plutôt en<br>désaccord | Tout-à-fait en<br>désaccord | D'accord<br>dichotomisé* | Moyenne**          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                                                                               | N  | %                       | %                  | %                      | %                           | %                        |                    |
| PCD1 – J'ai grâce au bilan CIF eu une meilleure vue sur la situation bio-psycho-sociale de l'assuré.                                                                                                          | 96 | 22,9                    | 49                 | 25                     | 3,1                         | 71,9                     | 2,08               |
| PCD2 (Question miroir de PCD1) – Je n'ai pas obtenu de nouvelles informations bio-psycho-sociales de l'assuré après avoir eu connaissance du bilan CIF.                                                       | 98 | 19,4                    | 19,4               | 40,8                   | 20,4                        | 38,8                     | 2,62<br>(2,38)**** |
| PCD3 – J'ai pu identifier grâce au bilan CIF des difficultés de l'assuré que j'ignorais ou que je sous-estimais.                                                                                              | 97 | 9,3                     | 40,2               | 29,9                   | 20,6                        | 49,5                     | 2,62               |
| PCD4 – Je trouve que le bilan CIF est pertinent pour m'aider à juger de l'incapacité de travail et du trajet de réintégration.                                                                                | 95 | 9,5                     | 37,9               | 32,6                   | 20                          | 47,4                     | 2,63               |
| PCD5 – J'ai eu une image plus exhaustive de l'assuré après avoir vu le bilan CIF que juste après la vidéo de l'examen médical.                                                                                | 96 | 24                      | 41,7               | 16,7                   | 17,7                        | 65,6                     | 2,28               |
| PCD6 – Le bilan CIF a mis en avant des ressources et/ou des capacités de l'assuré dont je n'avais pas connaissance.                                                                                           | 98 | 12,2                    | 31,6               | 36,7                   | 19,4                        | 43,9                     | 2,63               |
| M1 – Mes rapports à l'attention de partenaires extérieurs seront de meilleure qualité s'ils intègrent le bilan CIF.                                                                                           | 97 | 5,2                     | 39,2               | 34                     | 21,6                        | 44,3                     | 2,72               |
| M2 – Sachant que la création du bilan CIF pour cette personne a nécessité environ 3h00 de travail cumulées, mon OA aurait les moyens d'assurer un tel niveau de prise en charge pour des assurés spécifiques. | 98 | 6,1                     | 8,2                | 12,2                   | 73,5                        | 14,3                     | 3,53               |
| M3 – Le bilan CIF facilite la mise en place d'intervention adéquate (p.ex.: avec le CPMT, avec l'AViQ, FRIT, etc.).                                                                                           | 97 | 12,4                    | 41,2               | 20,6                   | 25,8                        | 53,6                     | 2,60               |
| M4 – Mon suivi d'un dossier est rendu plus efficace grâce au bilan CIF.                                                                                                                                       | 97 | 9,3                     | 40,2               | 37,1                   | 13,4                        | 49,5                     | 2,55               |
| M5 – La réalisation d'un bilan CIF semble adéquate pour la mise en place d'un travail en multidisciplinarité.***                                                                                              | 93 | 17,2                    | 45,2               | 22,6                   | 15,1                        | 62,4                     | 2,35               |

|                                                                                                                                                                                                                                     |    |      |      |      |      |      |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|------|------|------|------|--------------------|
| C1 – Je communiquerai plus facilement avec les partenaires régionaux (FOREM, AViQ, Actiris, VDAB) si je dispose d'un bilan CIF.                                                                                                     | 97 | 13,4 | 33   | 29,9 | 23,7 | 46,4 | 2,64               |
| C2 – Je communiquerai plus facilement avec les conseillers en prévention-médecins du travail (CPMT) si je dispose d'un bilan CIF.                                                                                                   | 97 | 12,4 | 37,1 | 32   | 18,6 | 49,5 | 2,57               |
| C3 – Ma communication avec le(s) médecin(s) traitant(s) sera facilitée par l'usage d'un bilan CIF.                                                                                                                                  | 96 | 5,2  | 41,7 | 41,7 | 11,5 | 46,9 | 2,59               |
| C4 – Le bilan CIF favorise ma communication avec l'assuré.                                                                                                                                                                          | 97 | 6,2  | 35,1 | 39,2 | 19,6 | 41,2 | 2,72               |
| C5 – La collecte des informations nécessaires pour créer le bilan CIF pourrait se faire en collaboration avec le secteur curatif.                                                                                                   | 96 | 11,5 | 35,4 | 27,1 | 26   | 46,9 | 2,68               |
| VR1 – Mon rôle de médecin-conseil ou de "paramédical" est clarifié par l'usage d'un bilan CIF.                                                                                                                                      | 97 | 5,2  | 13,4 | 33   | 48,5 | 18,6 | 3,25               |
| VR2 (Question miroir de VR1) – Le recours au bilan CIF ne permettra pas de clarifier mon rôle (de médecin ou de paramédical) au sein de mon OA.                                                                                     | 90 | 50   | 27,8 | 16,7 | 5,6  | 77,8 | 1,78<br>(3,22)**** |
| VR3 – Ma participation à la production d'un bilan CIF permet de matérialiser mon travail de façon positive.                                                                                                                         | 96 | 8,3  | 49   | 33,3 | 9,4  | 57,3 | 2,44               |
| VR4 – Le bilan CIF valorisera tous les membres de l'équipe ayant participé à sa réalisation.                                                                                                                                        | 97 | 11,3 | 24,7 | 38,1 | 25,8 | 36,1 | 2,78               |
| VR5 – Si mon équipe produit un bilan augmenté de l'apport de la CIF, mon rôle (de médecin ou de paramédical) sera valorisé en dehors de mon organisation (p.ex.: car les partenaires externes demanderont à disposer du bilan CIF). | 95 | 4,2  | 23,2 | 43,2 | 29,5 | 27,4 | 2,98               |
| VR 6 – Mon rôle de 'gate keeper' relatif à l'assurance 'incapacité de travail' sera renforcé par l'apport du bilan CIF.                                                                                                             | 94 | 9,6  | 22,3 | 44,7 | 23,4 | 31,9 | 2,82               |

\* addition des scores 'Tout-à-fait d'accord' et des scores 'Plutôt d'accord'

\*\* plage de 1 à 4 ; 1= 'Tout-à-fait d'accord', 2= 'Plutôt d'accord', 3= 'Plutôt en désaccord', 4= 'Tout-à-fait en désaccord' ; **2,5 = score neutre** (ni en accord, ni en désaccord)

\*\*\* définition donnée lors de la soumission du questionnaire : « La multidisciplinarité peut se définir comme le recours à plusieurs disciplines *autour d'un même thème*, en abordant un objet d'étude selon les différents points de vue de spécialistes, en faisant coexister plusieurs domaines, dans un objectif de *complémentarité* pour la résolution d'un problème, où chaque spécialiste conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. »

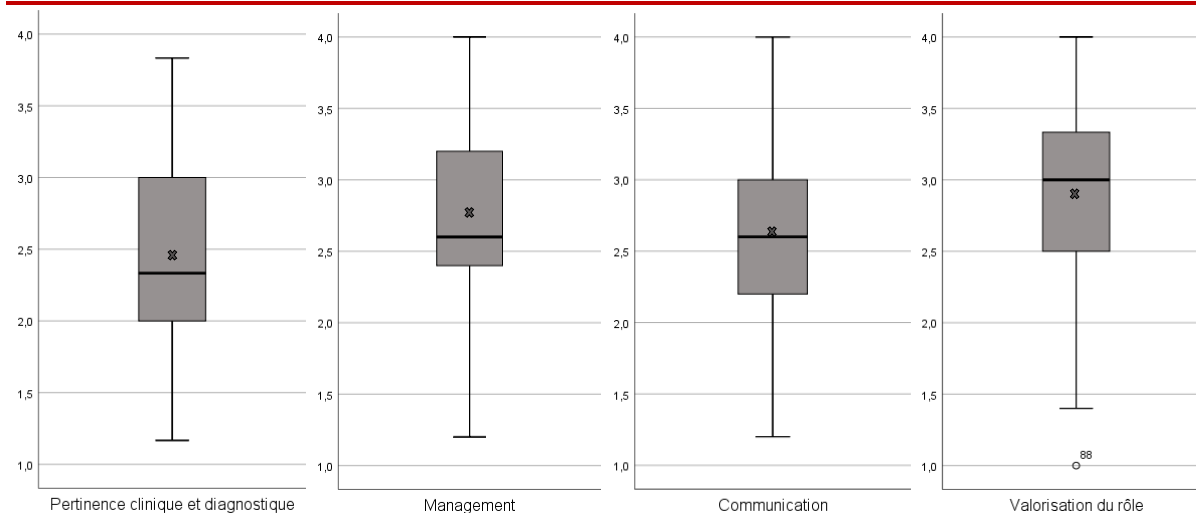
\*\*\*\* moyenne en ayant converti les scores (peut être comparée à la moyenne de la question miroir s'y rapportant)

## Résultats par rapport aux 4 dimensions postulées

Nous avons une bonne à très bonne consistance interne pour les 4 dimensions ce qui signifie que les questions propres à chaque dimension sont bien inter-reliées : l'alpha de Cronbach est de 0,82 pour la dimension 1 (pertinence clinique et diagnostique), de 0,69 pour la dimension 2 (management), de 0,725 pour la dimension 3 (communication) et de 0,83 pour la dimension 4 (valorisation du rôle). L'alpha de Cronbach de la dimension 2 est relativement faible car 85,7 % des répondants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation de la question « M2 – Sachant que la création du bilan CIF pour cette personne a nécessité environ 3h00 de travail cumulées, mon OA aurait les moyens d'assurer un tel niveau de prise en charge pour des assurés spécifiques. ». En supprimant cette question dans le calcul de la consistance interne de la dimension 2, l'alpha de Cronbach est de 0,78.

Les 4 dimensions sont décrites dans le tableau 5 (cfr. annexe 2) tandis que la figure 3 (cfr. pages suivantes) nous montre les box-plots représentant les valeurs observées pour chacune des 4 dimensions. Les valeurs de chaque question au sein d'une même dimension ont été agrégées afin d'obtenir un seul score par répondant et par dimension. Les valeurs manquantes ont été remplacées par la moyenne des valeurs disponibles du répondant au sein de la même dimension. Nous constatons une variation importante de réponses, la plupart se trouvant entre 2 et 3. Les extrêmes sont représentées au niveau des désaccords pour les dimensions 'management', 'communication' et 'valorisation du rôle'. Seule la dimension 'pertinence clinique et diagnostique' obtient une moyenne inférieure à 2,5 (la moyenne neutre est de 2,5 étant donné que les modalités de réponses allaient de 1 à 4). Trois quarts des répondants sont en désaccord concernant la valorisation de leur rôle. Il en est quasi de même concernant le management.

**Figure 3.** Box-plots représentant les valeurs observées pour les 4 dimensions (N = 98)



1 = tout-à-fait d'accord ; 2 = plutôt d'accord ; 3 = plutôt en désaccord ; 4 = tout-à-fait en désaccord

## Résultats par rapport à l'impact de l'âge et de l'expérience des répondants

Des régressions linéaires ont été réalisées afin d'analyser quel est l'impact de l'âge et de l'expérience des répondants sur leur perception relative aux 4 dimensions analysées grâce au questionnaire (tableau 6). La normalité des distributions a préalablement été testée et a été jugée suffisante.

**Tableau 6.** Régressions univariées pour l'âge et les années d'expérience pour les 4 dimensions

|                                       |                    | Dimension 1:<br>Pertinence clinique et<br>diagnostique | Dimension 2:<br>Management                     | Dimension 3:<br>Communication                  | Dimension 4:<br>Valorisation du<br>rôle       |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>1<sup>ère</sup><br/>régression</b> |                    | B [Intervalle de confiance à 95%]                      |                                                |                                                |                                               |
| Age                                   | Constante          | 2,643                                                  | 2,893                                          | 2,676                                          | 2,973                                         |
|                                       | Moins de 45 ans    | -,41 [-,721 ; -,099]<br><i>p-valeur = 0,01</i>         | -,218 [-,511 ; ,074]<br><i>p-valeur = ,142</i> | -,002 [-,304 ; ,299]<br><i>p-valeur = ,988</i> | -,116 [-,435 ; ,202]<br><i>p-valeur = ,47</i> |
|                                       | Entre 45 et 55 ans | -,332 [-,655 ; -,1]<br><i>p-valeur = 0,043</i>         | -,277 [-,58 ; ,026]<br><i>p-valeur = ,072</i>  | -,134 [-,447 ; ,178]<br><i>p-valeur = ,395</i> | -,166 [-,496 ; ,164]<br><i>p-valeur = ,32</i> |
|                                       | Plus de 55 ans     | Catégorie de référence                                 |                                                |                                                |                                               |
| <b>2<sup>ème</sup><br/>régression</b> |                    | B [Intervalle de confiance 95 %]                       |                                                |                                                |                                               |
| Années<br>d'expérience                | Constante          | 2,576                                                  | 2,811                                          | 2,719                                          | 2,968                                         |
|                                       | Moins de 5 ans     | -,348 [-,623 ; -,073]<br><i>p-valeur = ,014</i>        | -,154 [-,414 ; ,106]<br><i>p-valeur = ,242</i> | -,201 [-,463 ; ,062]<br><i>p-valeur = ,132</i> | -,203 [-,48 ; ,075]<br><i>p-valeur = ,15</i>  |
|                                       | Plus de 5 ans      | Catégorie de référence                                 |                                                |                                                |                                               |

Nous avons catégorisé l'âge des répondants en 3 catégories : les moins de 46 ans (N = 28), les 46-55 ans (N = 26) et les plus de 55 ans (N = 47). En ce qui concerne l'expérience, nous avons dichotomisé en 2 groupes : moins de 5 ans d'expérience (N = 36) et plus de 5 ans d'expérience (N = 63). Pour la dimension 'pertinence clinique et diagnostique', plus le répondant est jeune plus il est d'accord. En effet, rappelons qu'un score bas signifie davantage d'accord. Toujours pour cette dimension, les répondants ayant moins de 5 années d'expérience sont davantage d'accord que les répondants avec plus de 5 ans d'expérience. Pour les 3 autres dimensions, les répondants de plus de 55 ans sont clairement plus défavorables que les plus jeunes sans toutefois que ce soit significatif. Le tableau 7 (cfr. annexe 2) montrent les résultats de régressions multivariées toujours en lien avec les classes d'âge et les années d'expérience. Les résultats sont globalement similaires à ceux présentés ci-dessus mais perdent légèrement en significativité.

## Résultats de la position des répondants par rapport à l'incapacité de travail avant et après la présentation du bilan CIF

### 1) A propos de la reconnaissance de l'incapacité de travail

Préalablement aux 22 questions de perception, nous avons voulu savoir si le fait de disposer d'un bilan CIF changeait la position du répondant par rapport à l'article 100§1 de la loi coordonnée de 1994(10). Nous avons donc demandé l'avis des répondants par rapport à l'article 100§1 avant la présentation du bilan CIF (directement après la présentation de l'examen médical). Septante-neuf virgule six pourcents (79,6 %) des répondants ne reconnaissaient pas l'assurée en incapacité de travail. Nous avons ensuite posé la même question après avoir présenté le bilan basé sur la CIF. Quatre-vingt-deux virgule huit pourcents (82,8 %) ne la reconnaissaient pas après la présentation du bilan CIF, soit une différence minime de 3,2 %. Les résultats ont été analysés avec un test de McNemar et la différence n'est pas significative (cfr. tableau 8 dans annexe 2). Nous avons également analysé cela au sein de 2 classes d'âge (les plus et moins de 55 ans) et la différence n'est pas significative non plus. Parmi les 9 paramédicaux, 6 (66,7 %) ne reconnaissaient pas l'assurée en incapacité de travail avant la présentation du bilan CIF tandis qu'ils étaient 7 (77,8 %) après. Parmi les médecins-conseil, 65 (81,25 %) la reconnaissaient avant vs. 67 (83,75 %) après.

### 2) A propos des 4 catégories (AR 08/11/2016)

Il a également été demandé aux participants de placer l'assurée du cas clinique dans une des 4 catégories (cfr. figure 4) avant et après la présentation du bilan basé sur la CIF conformément à ce que requiert la législation.(12) Une analyse par khi-carré de Pearson nous indique qu'il y a une différence significative ( $p$ -valeur < 0,001) entre les réponses aux différentes catégories (cfr. tableau 9 dans annexe 2).

Dans la foulée, nous avons ensuite créé 2 groupes.

Le 1<sup>er</sup> reprend toutes les personnes ayant placé l'assurée dans les catégories 1, 2 ou 3. Le second groupe représente les personnes ayant placé l'assurée dans la catégorie 4. Nous sommes partis du postulat que

**Figure 4.** Définitions des 4 catégories reprises dans l'Arrêté royal du 8 novembre 2016(12)

*Catégorie 1* : il peut être présumé raisonnablement qu'au plus tard à la fin du sixième mois de l'incapacité de travail le titulaire peut spontanément reprendre le travail convenu ;

*Catégorie 2* : une reprise d'un travail ne semble pas possible pour des raisons médicales ;

*Catégorie 3* : une reprise d'un travail n'est momentanément pas d'actualité parce que la priorité doit être donnée au diagnostic médical ou au traitement médical ;

*Catégorie 4* : une reprise du travail semble possible par la proposition d'un travail adapté (temporairement ou définitivement) ou d'un autre travail.

les personnes ayant changé d'avis en plaçant l'assurée dans la catégorie 4 après la présentation du bilan CIF alors qu'ils l'avaient placée dans une des 3 autres catégories avant la présentation du bilan CIF étaient des personnes convaincues par l'apport du bilan CIF. Nous avons alors analysé cela avec des tableaux croisés. Le résultat de cette analyse se trouve dans le tableau 10 (cfr. page suivante). Les détails du tableau 10 se trouvent dans les tableaux 11 à 14 (cfr. annexe 2).

Parmi les médecins-conseils et les paramédicaux, 61,96 % plaçaient l'assurée dans la catégorie 4 avant la présentation du bilan CIF. Ils étaient 8,69 % de plus après la présentation soit 70,65 %. La p-valeur au test de McNemar est de 0,077 (cfr. tableau 11 dans annexe 2).

Nous avons ensuite voulu analyser les résultats en 2 groupes : les plus et moins de 55 ans. Pour le groupe des moins de 55 ans, 14 % de répondants supplémentaires ont placé l'assurée en catégorie 4 après la présentation du bilan CIF passant ainsi de 60 % à 74 %. La p-valeur au test de McNemar est de 0,039 (cfr. tableau 12 dans annexe 2). Pour le groupe des plus de 55 ans, seulement 2,38 % de répondants supplémentaires (soit une personne sur 42) ont placé l'assurée en catégorie 4 après la présentation du bilan CIF passant ainsi de 64,29 % à 66,67 %. La p-valeur au test de Mc-Nemar est de 1 (cfr. tableau 13 dans annexe 2). Notons que le groupe des plus de 55 ans n'est composé que de médecins-conseils. Les 9 paramédicaux ont tous moins de 55 ans.

Ensuite, bien que sortant du cadre strict de notre question de recherche, nous nous sommes demandés quelle était la proportion de passage à la catégorie 4 après la présentation du bilan CIF pour l'entièreté des personnes qui étaient présentes ce jour-là. Parmi les 119 personnes ayant répondu, 10,09 % de répondants supplémentaires ont placé l'assurée en catégorie 4 après la présentation du bilan CIF passant ainsi de 61,345 % à 71,43 %. La p-valeur au test de Mc-Nemar est de 0,012 (cfr. tableau 14 dans annexe 2).

**Tableau 10.** Proportion de 'catégorie 4' avant et après présentation du bilan CIF par groupes

|                                                          | Avant    | Après   | Différence | p-valeur McNemar | N valide |
|----------------------------------------------------------|----------|---------|------------|------------------|----------|
| Tous les médecins-conseils et paramédicaux               | 61,96 %  | 70,65 % | 8,69 %     | ,077             | 92       |
| Les médecins-conseils et paramédicaux de moins de 55 ans | 60 %     | 74 %    | 14 %       | ,039             | 50       |
| Les médecins-conseils de plus de 55 ans                  | 64,29 %  | 66,67 % | 2,38 %     | 1                | 42       |
| L'ensemble des personnes présentes                       | 61,345 % | 71,43 % | 10,085 %   | ,012             | 119      |

## Résultats par rapport à la philosophie de la multidisciplinarité

Enfin, nous avons demandé aux médecins-conseils si le cabinet de la mutuelle dans laquelle ils travaillent bénéficie de paramédicaux. Septante-six virgule quatre pourcents (76,4 %) des répondants déclarent avoir un ou des paramédicaux au sein de leur cabinet. A ceux bénéficiant de paramédicaux, la question suivante leur a été posée : « la philosophie de la multidisciplinarité au sein de mon cabinet se définit plutôt comme [...] ». Le tableau 15 nous montre les 4 modalités de réponses et les résultats.

**Tableau 15.** Philosophie de la multidisciplinarité dans les cabinets disposant de paramédicaux (N = 68)

|                                                                                                                                        | N (%) <sup>*</sup> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Chaque discipline évalue l'assuré selon son domaine et le médecin-conseil décide sur base des éléments provenant de chaque discipline. | 38 (55,88)         |
| Les paramédicaux réalisent des évaluations à la place du médecin-conseil de sorte que ce dernier ne voit pas nécessairement l'assuré.  | 18 (27,47)         |
| Il existe des moments de mise en commun pour discuter de certains cas (par exemple chaque semaine).                                    | 38 (55,88)         |
| Aucune des réponses ci-dessus.                                                                                                         | 9 (13,23)          |

\* Plusieurs réponses possibles

## Résultats en lien avec la nécessité de disposer de plus de renseignements

La dernière question demandée fut « auriez-vous voulu disposer de plus de renseignements concernant la situation des assurés à l'issue de la présentation de l'examen médical ? ». La moitié des répondants ne souhaitait pas disposer de plus d'informations. Plusieurs commentaires laissés indiquaient d'ailleurs que le cas paraissait assez clair à la suite de la seule diffusion de l'examen médical. Toutefois, l'autre moitié des répondants désirait avoir plus d'informations et 80 % d'entre eux estiment que le bilan CIF a répondu en tout ou en partie à ce manque de renseignements. Le tableau 16 nous montre les 4 modalités de réponses et les résultats.

**Tableau 16.** Nécessité de disposer de plus de renseignements après la présentation de l'examen médical (N = 97)

|                                                                            | N (%)     |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Oui, et le bilan CIF a répondu à ce manque de renseignements               | 20 (20,6) |
| Oui, et le bilan CIF a répondu partiellement à ce manque de renseignements | 19 (19,6) |
| Oui et le bilan CIF n'a pas répondu à ce manque de renseignements          | 9 (9,3)   |
| Non                                                                        | 49 (50,5) |

## Commentaires libres

Les participants ont eu le loisir de déposer anonymement des commentaires libres à l'issue de leur participation. Une sélection non-exhaustive de commentaires éloquentes est présentée dans la figure 5. Quarante-huit personnes ont soumis des commentaires. Vingt personnes ont mentionné dans leur commentaire qu'il y avait un manque de temps et/ou de moyens dans leur organisation pour mener une évaluation telle que proposée dans notre étude. Dix-huit personnes mentionnent que le bilan CIF offre un certain intérêt tandis que 6 personnes mentionnent l'inutilité de la CIF ou un apport insignifiant. Parmi ces derniers, plusieurs mentionnent l'aspect trop subjectif de l'évaluation qui s'est basée principalement sur les dires de l'assurée ou encore que ce soit davantage le temps dont a pu disposer l'ergothérapeute qui fait la différence par rapport à l'examen médical du médecin-conseil plutôt que la CIF en elle-même. Trois personnes mentionnent qu'une version allégée serait peut-être plus pertinente. Sept commentaires abordent le thème du coût/bénéfice. Parmi ceux-ci, certains mentionnent que le bilan CIF présenté a nécessité beaucoup de temps pour finalement une quantité d'informations supplémentaires assez limitée et que les informations supplémentaires obtenues n'auraient pas changé la décision. Enfin, 6 répondants indiquent dans leurs commentaires qu'ils sont plutôt favorables à la multidisciplinarité dans l'évaluation de l'incapacité de travail et laissent sous-entendre que le bilan CIF pourrait être intéressant en ce sens.

**Figure 5.** Sélection de commentaires libres laissés par les répondants

---

*Idée d'une multidisciplinarité est bonne et efficace sur le terrain mais pas de financement disponible pour élargir au bilan CIF surtout si prend autant de temps!! De plus, difficile de repérer à l'avance quels patients pourraient faire l'objet d'un bilan CIF pouvant donner un réel apport à la décision du médecin conseil. Je crois toutefois qu'il y a un intérêt du bilan CIF dans le cadre d'une réorientation socio professionnelle (ONEM,...).*

---

*Ce bilan peut apporter beaucoup d'informations pertinentes mais il est très chronophage. En terme temps/gain d'information il n'est pas convainquant.*

---

*Je trouve cette étude/ce travail très intéressant(e), pertinent(e) et potentiellement porteur(se) d'un nouvel outil pour notre travail. Mon avis est globalement favorable pour la CIF. Le problème principal est les moyens financiers limités pour pouvoir mettre en œuvre un tel outil dans notre pratique quotidienne.*

---

*La CIF n'est pas encore connue chez les médecins conseils. A l'heure actuelle, l'utilisation de la CIF ou du core-set n'est pas possible dans le temps imparti des consultations. Toutefois, l'évaluation paramédicale est selon moi importante dans l'incapacité de travail.*

---

*Ce bilan CIF se fonde sur des données anamnestiques sans aucun moyen de s'assurer de la véracité, de la sincérité des propos recueillis (le risque de surcharge, (sur)simulation, la recherche de bénéfices secondaires ne sont pas évaluables.*

---

*J'ai été > 10 ans médecin-conseil de mutuelle et je suis actuellement médecin inspecteur depuis plusieurs années. Le bilan CIF me paraît intéressant si l'on veut transmettre ce bilan à des externes, asseoir notre décision. L'intérêt du bilan CIF est l'aspect global bio-psycho-social circonstancié. Mon travail de médecin conseil me permettait de faire ce bilan au fur et à mesure des entretiens et dont la durée revient à ce bilan réalisé par l'ergothérapeute durant 3 heures. Au fur et à mesure de mes années de médecin conseil la réduction du temps accordé à chaque patient rendait de plus en plus difficile cette évaluation complète, le temps réduit à 15 minutes ne suffit pas. En ce sens, le bilan CIF a tout son intérêt s'il complète le temps que le médecin-conseil n'a plus pour faire cette évaluation.*

---

## *Discussion*

Le but premier de cette étude était d'explorer la perception des médecins-conseils et des paramédicaux travaillant à leurs côtés par rapport à l'utilisation de la CIF au moyen d'un questionnaire contenant 22 questions de perception.

Nous avons également posé 2 questions claires aux répondants avant et après la présentation du bilan CIF : 1) reconnaissez-vous l'assurée du cas clinique comme répondant aux critères pour être reconnue en incapacité de travail et 2) dans quelle catégorie placez-vous l'assurée (en lien avec le trajet de réintégration). Nous allons discuter nos résultats et tenterons de les mettre en lumière entre autres grâce aux commentaires laissés par les répondants.

## *Résultats et constats*

### *1) Le questionnaire de perception*

On a tout d'abord formulé des questions autour de 4 axes/dimensions : la pertinence clinique et diagnostique de la CIF, l'impact de la CIF sur le management, son impact sur la communication ainsi que son impact sur la valorisation du rôle du médecin-conseil ou du paramédical. Une analyse de cohérence interne par alpha de Cronbach a montré une bonne inter-relation des questions au sein de chacune des 4 dimensions.

Parmi les 4 dimensions, seule la 1<sup>ère</sup> dimension qui portait sur la pertinence clinique et diagnostique obtient une moyenne (2,44) et une médiane (2,33) inférieures à 2,5. Pour rappel, un score de 2,5 indique une neutralité en termes d'accord/désaccord pour les questions portant sur la dimension postulée (moins de 2,5 signifie une tendance favorable tandis qu'un score moyen supérieur à 2,5 indique une tendance défavorable). Nous considérons donc les résultats de cette 1<sup>ère</sup> dimension comme étant une tendance favorable. Pour cette dimension, il n'y a pas de valeur extrême. Ce résultat va dans le sens de la littérature à savoir qu'une évaluation de l'incapacité de travail doit prendre en compte, en plus de l'aspect médical, les aspects psycho-sociaux. Ces derniers sont pris en compte dans la CIF. Il est néanmoins surprenant que la moyenne de la dimension ne reflète pas davantage un plébiscite sur la pertinence clinique et diagnostique de la CIF. Une des questions de cette dimension a marqué notre attention : 71,9 % des répondants estiment avoir eu une meilleure vue sur la situation bio-psycho-sociale de l'assurée après avoir eu connaissance du bilan CIF. Cela montre la pertinence de la CIF. Plusieurs commentaires laissés par les répondants nous indiquent que les informations livrées par la CIF sont en effet intéressantes et qu'elles sont en fait la base de ce qu'une évaluation doit ou devrait contenir. Un

répondant mentionne que, précédemment, les évaluations prenaient davantage en compte les éléments présents dans le bilan CIF. Pour certains répondants, ce n'est donc pas tant le bilan CIF qui offre une exhaustivité des informations mais plutôt le temps dont l'ergothérapeute a pu disposer pour réaliser un tel bilan. Notre analyse statistique par régression montre que pour cette 1<sup>ère</sup> dimension, les répondants plus âgés jugent la CIF moins pertinente au niveau clinique et diagnostique que les plus jeunes. Il en va de même pour les répondants avec plus de 5 ans d'expérience. Cela va dans le sens de la littérature qui indique que, bien souvent, les médecins fondent leurs décisions sur une combinaison de formations et d'expériences antérieures, d'intuition et d'opportunités. C'est toutefois dommage que les répondants n'y voient pas plus d'intérêt pour contrer justement leurs méthodes de travail peu reproductibles. Le fait que les médecins-conseils plus anciens n'ont jamais étudié la CIF lors de leur formation peut également expliquer ces résultats.

Dans la 2<sup>ème</sup> dimension nous avons abordé des questions en lien avec le management. Presque ¾ des répondants avaient un score moyen supérieur à 2,5 (moyenne = 2,76 et médiane = 2,6). La question « M2 – Sachant que la création du bilan CIF pour cette personne a nécessité environ 3h00 de travail cumulées, mon OA aurait les moyens d'assurer un tel niveau de prise en charge pour des assurés spécifiques. » n'a obtenu que 14,3 % d'accord. Vingt commentaires laissés par les répondants mentionnent le fait qu'il y a un manque criant de temps alloué au médecin-conseil pour réaliser l'évaluation de l'assuré. La question « M2 » impacte donc de façon non négligeable les résultats globaux pour la dimension portant sur le management. Les résultats relatifs à cette dimension et la lecture de certains commentaires montrent que l'implémentation de non-médecins dans les organismes assureurs n'est pas encore établie. La CIF a donc été perçue ici comme un frein car il serait impossible de réaliser un tel bilan actuellement, faute de temps principalement. Néanmoins, toujours au sein de cette dimension, 62,4 % des répondants trouvent que la réalisation d'un bilan CIF semble adéquate pour la mise en place d'un travail en multidisciplinarité. Cela est très encourageant. La littérature préconise clairement une approche multidisciplinaire en matière d'évaluation de l'incapacité de travail et de retour au travail. La CIF pourrait servir de cadre à cette multidisciplinarité mais il apparaît nécessaire, et cela rejoint plusieurs commentaires, de développer des outils moins chronophages que ce que nous avons proposé compte tenu du contexte qui semble régner au sein de plusieurs organismes assureurs. Une réduction du nombre d'items CIF paraît aussi nécessaire. L'utilisation des core-sets en version intégrale permet de passer en revue le fonctionnement de la personne de manière complète mais le contenu de

certain items paraissait redondant tandis que d'autres ne semblaient pas avoir de réelle utilité pour les 4 personnes atteintes de dorsolombalgies que nous avons vues. Lorsque le nombre de catégories augmente, le ratio d'efficience par item diminue.(18) Les versions abrégées des core-sets risquent, elles, d'être trop réductrices dans la collecte d'informations.

Dans la 3<sup>ème</sup> dimension, nous nous sommes intéressés à l'impact de la CIF sur la communication. La moyenne des scores aux questions de cette dimension n'indique pas de tendance nette (moyenne = 2,64 et médiane = 2,6). A la question s'intéressant au fait que la CIF faciliterait la communication des médecins-conseils ou des paramédicaux avec l'assuré, 58,8 % des répondants ne sont pas d'accord. Le fait d'avoir abordé le thème de la communication dans notre questionnaire a peut-être pu être interprété comme une défiance par certains répondants supposant que l'on supputait que la communication n'est pas bonne actuellement influençant ainsi les réponses vers une tendance défavorable. De plus, le manque actuel de temps peut engendrer une crainte légitime par rapport à la réalisation d'un bilan basé sur la CIF qui se révèle chronophage. Cela rentre en conflit avec une communication efficace quand on sait que l'évaluateur dispose généralement de 15 minutes pour examiner un assuré.

Pour la 4<sup>ème</sup> et dernière dimension, nous avons posé des questions en lien avec la valorisation du rôle du médecin-conseil ou du paramédical. Trois quarts des répondants ont un score moyen reflétant un désaccord pour cette dimension. L'utilisation de la CIF ne valoriserait donc pas leur rôle (moyenne = 2,9 et médiane = 3). A la question portant sur le fait que l'usage d'un bilan CIF clarifierait le rôle des répondants, ils ne sont que 18,6 % à le penser. Cela peut probablement s'expliquer par la méconnaissance de la CIF au sein des répondants, par le fait que la CIF paraît encore trop abstraite et n'est pas opérationnelle en tant que telle et par le fait que les rôles de chaque professionnel ne soient pas clairement définis dans les équipes des médecins-conseils. Ces éléments participent très certainement au fait que ¾ des répondants estiment que la CIF ne valoriserait pas leur rôle respectif. Il est difficile de se projeter quand la multidisciplinarité n'existe pas encore.

Les résultats de la question portant sur la philosophie de la multidisciplinarité au sein des organismes assureurs nous indiquent que 27,47 % des répondants déclarent que, dans leur organisme assureur, des paramédicaux réalisent des évaluations à la place du médecin-conseil de sorte que ce dernier ne voit pas nécessairement l'assuré ! Ils ne sont que 55,88 % à déclarer travailler sur base d'une multidisciplinarité où le médecin décide sur base d'éléments provenant de chaque discipline moyennant éventuellement des

moments d'échanges entre chaque discipline. Et ce alors que la littérature préconise une approche réellement multidisciplinaire. Plusieurs commentaires laissés reflètent une certaine peur à l'idée que l'exécution du bilan CIF soit imposée aux médecins-conseils alors qu'ils manquent déjà de temps ou encore que leur rôle de médecin soit substitué par un paramédical. Pourtant, la démarche de réaliser ce bilan dans le cadre d'une véritable multidisciplinarité avait été explicitée en 1<sup>ère</sup> partie de l'exposé à la journée scientifique de l'ASMA le 19 février 2019 en précisant que l'étude s'inscrivait dans une démarche de complémentarité du rôle du médecin à celui de l'ergothérapeute ou d'éventuels autres professionnels.

Toujours au sein de cette quatrième dimension, seulement 27,4 % des répondants estiment que leur rôle serait valorisé en dehors de leur organisation si leur équipe produit un bilan augmenté de l'apport de la CIF alors que seulement 31,9 % estime que leur rôle de 'gate keeper' relatif à l'assurance 'incapacité de travail' serait renforcé par l'apport du bilan CIF. Ces résultats sont surprenants car cela va à l'encontre des bonnes pratiques qui recommandent une certaine standardisation des évaluations mais sont peut-être le reflet d'un certain dépit émanant du grand mal-être (67) qui règne au sein de plusieurs organismes assureurs. Il est possible que certains répondants aient assimilé la CIF à l'implémentation de la multidisciplinarité et ont dès lors vu une possible perte de ce rôle de 'gate keeper'.

La présence d'un 'disability manager' tel que défini dans l'introduction de ce travail pourrait, surtout dans le cadre des trajets de réintégration, avoir un intérêt certain pour coordonner les différents acteurs et professions. Cela permettrait aussi de valoriser chaque profession et chaque intervenant.

## 2) Analyse de la question portant sur la reconnaissance de l'incapacité de travail

Parallèlement aux résultats des 4 dimensions discutés ci-dessus, nous avons également voulu connaître l'intérêt de la CIF de façon plus directe et en lien avec le cas clinique présenté lors de la journée ASMA du 19 février 2019. Pour ce faire nous avons demandé aux répondants s'ils reconnaissaient l'assurée présentée dans le cas clinique comme répondant à l'article 100§1 de la loi coordonnée(10). Septante-neuf virgule septante-huit pourcents (79,78 %) ne reconnaissaient pas l'incapacité de l'assurée avant la présentation du bilan CIF. Un répondant sur 5 a donc un avis divergent. Les résultats vont dans le sens de la littérature qui met en avant une validité inter-juges faible en ce qui concerne les cas de lombalgies chroniques. Nous extrapolons nos résultats qui portaient sur des dorsalgies chroniques et non spécifiquement sur des lombalgies. Suite à la diffusion de la vidéo présentant le bilan CIF, 83,15 % des répondants ne reconnaissaient pas l'assurée en incapacité de travail. Cette différence est non

significative. Cela va à l'encontre de la littérature qui mentionne que lorsque le patient donne des informations complémentaires relatives à sa participation et aux limitations de ses activités, il obtient un score d'incapacité supérieur. Certes nous ne parlons pas ici de score mais nous nous attendions à une différence significative au niveau du nombre de répondants reconnaissant l'assurée en incapacité. Toutefois, ces résultats sont à interpréter avec des pincettes car nous avons identifié plusieurs biais possibles. Premièrement, les répondants ont vu les résultats s'afficher directement après le vote (contrairement aux 22 questions de perception). Ils ont donc probablement été influencés lorsqu'ils ont dû voter pour la 2<sup>ème</sup> fois après la présentation du bilan CIF. De plus, nous pensons qu'il y a aussi eu un biais de non-confrontation ainsi qu'un « effet de meute » à la suite de la révélation des résultats juste après le vote.

### 3) Analyse de la question portant sur la catégorie dans le cadre du trajet de réintégration

Nous avons demandé aux répondants de classer l'assurée dans une des 4 catégories telle que l'exige la législation(12) en prenant le parti de dire que les répondants passant de la catégorie 1, 2 ou 3 vers la catégorie 4 après la présentation du bilan CIF avaient vu un intérêt dans les informations livrées par le bilan CIF et étaient donc convaincus par l'intérêt de cette dernière. La différence avant/après est significative en faveur de la CIF pour le groupe de médecins-conseils et paramédicaux de moins de 55 ans. Les médecins-conseils de plus de 55 ans, qui rappelons-le représentent quasi la moitié de notre échantillon, n'ont pas été convaincus ( $p$ -valeur = 1). La  $p$ -valeur est de 0,077 pour l'entièreté du groupe de médecins-conseils et paramédicaux. Lorsque nous prenons l'entièreté des répondants en y incluant donc des médecins qui ne sont pas médecins-conseils mais médecins-inspecteurs de l'INAMI (dont la plupart connaissent la législation car ayant été médecins-conseils par le passé ou étant en charge de contrôler le travail des médecins-conseils), la  $p$ -valeur est la plus basse à 0,012. Cela nous renforce dans l'idée qu'un bilan CIF a un intérêt pour faciliter un trajet de réintégration. D'autant que nous avons vu que le retour au travail peut parfois avoir lieu avant la disparition des symptômes et que les capacités fonctionnelles peuvent s'améliorer malgré la persistance des douleurs. Cela nuance aussi les résultats discutés plus haut par rapport à la dimension relative au management et aussi, dans une moindre mesure, celle relative à la communication. En effet, l'intérêt de la CIF semble assez clair mais des mesures pour permettre un management et une communication adéquats sont nécessaires. Une des explications au fait que les médecins-conseils de plus de 55 ans n'ont pas été convaincus est peut-être que l'obligation

d'initier un trajet de réintégration publiée au Moniteur belge fin 2016 a davantage modifié les habitudes des médecins plus âgés car ils étaient habitués à travailler dans une approche « apte/inapte » au travail alors que la législation actuelle encourage des approches plus nuancées.

### *Limites à notre méthodologie*

A ce stade, nous pouvons dire que l'utilisation de la CIF, ou à tout le moins le recours à un bilan reflétant les aspects bio-psycho-sociaux, est pertinente. La CIF offre ce cadre bio-psycho-social et les core-sets permettent de ne s'intéresser qu'aux items pertinents pour telle ou telle pathologie ou situation. Il est cependant nécessaire d'ensuite recourir à des méthodes de collecte de données et des évaluations éprouvées et validées pour l'évaluation de chaque item. Pour la phase 1 de notre étude, nous avons proposé une façon d'utiliser la CIF parmi tant d'autres possibles. Le fait que seul l'ergothérapeute ait complété le bilan CIF constitue une 1<sup>ère</sup> limite car nous n'étions pas dans une réelle approche multidisciplinaire. D'une part c'est l'ergothérapeute qui a réalisé l'entièreté du bilan (en partie basé sur les éléments médicaux provenant du médecin et des protocoles) et deuxièmement car il n'y a pas eu d'autres professionnels impliqués tel qu'un psychologue par exemple.

Le fait que nous n'avons pu nous baser que sur les dires de l'assurée constitue une 2<sup>ème</sup> limite importante à notre méthodologie. Habituellement, l'ergothérapeute évalue le client de préférence en situation écologique et non pas sur base d'une situation théorique ou décrite. Pour des raisons pratiques et éthiques, l'ergothérapeute n'a pas réalisé d'examen de l'assurée ni en consultation ni dans ses environnements (travail, domicile, etc.) et n'a donc pas pu réaliser, non plus, d'évaluation des capacités fonctionnelles. Une telle évaluation est nécessaire. Plusieurs commentaires ont d'ailleurs mentionné, à juste titre, que l'entretien avec l'assurée s'était basé sur des données subjectives émanant de l'assurée. Le crédit à apporter à ce type d'informations est discutable.

L'utilisation de la CIF dans notre étude s'est finalement apparentée à une check-list et non à un instrument de mesure (ce qu'elle n'est d'ailleurs pas en tant que telle).

Nous pensons malgré tout avoir offert un cadre novateur à celui actuellement en place au sein des organismes assureurs reconnaissant qu'il est loin d'incarner une situation optimale.

## Perspectives

Ce travail nous invite maintenant à formuler des suggestions pour le futur dont certaines nécessiteraient des recherches préalables avant éventuellement d'être implémentées. Nous plaignons pour la mise en place des initiatives suivantes :

- 1) Introduction d'une **véritable multidisciplinarité** au sein des organismes assureurs en définissant les rôles de chaque professionnel (e.a. médecin, ergothérapeute, psychologue) et les moments où ils devraient intervenir. Cela permettra de diminuer la charge de travail des médecins-conseils et une évaluation plus complète des assurés.
- 2) Introduction d'un **cadre bio-psycho-social** pour l'évaluation et l'accompagnement des assurés en incapacité de travail où chaque discipline identifiée dans le 1<sup>er</sup> point est au courant de la valeur ajoutée de son propre rôle et de la valeur ajoutée des autres rôles.
- 3) Séparer structurellement l'évaluation de l'incapacité de travail et la mise en place du trajet de réintégration. Ces 2 aspects ne devraient pas avoir lieu lors d'une consultation unique. Ces 2 tâches, bien que complémentaires, demandent une prise en charge différente. Nous avons vu dans l'introduction que **le rôle de thérapeute et le rôle d'expert doivent se dissocier** et ce d'autant plus que l'incapacité de travail perdure.
- 4) Réalisations plus systématiques d'**évaluations des capacités fonctionnelles** afin de permettre des évaluations de l'assuré en situations écologiques (à réaliser en dehors des organismes assureurs). Celles-ci seraient complémentaires aux évaluations classiques pratiquées au sein des organismes assureurs et constitueraient un outil supplémentaire d'aide à la décision pour le médecin-conseil du fait que celui-ci ne peut pas sortir de son cabinet pour évaluer ses clients.
- 5) Impliquer davantage le **secteur des soins et de la revalidation** dans le retour au travail. Cela permettra d'offrir une approche de type '**retour thérapeutique au travail**' telle que définie dans l'introduction. Cela est nécessaire pour la réalisation du 4<sup>ème</sup> point.
- 6) Réalisation d'étude(s) permettant d'**identifier les items de la CIF** pertinents à prendre en compte lors de l'évaluation de l'incapacité de travail et des possibilités d'un trajet de réintégration pour tel ou tel groupe d'affections. Cela permettra d'avoir un équilibre entre un nombre d'items à évaluer pour avoir une évaluation suffisamment exhaustive et les moyens que l'on se donne pour les évaluations pratiquées au sein des organismes assureurs.
- 7) Déterminer **quels outils/quelles évaluations** permettront d'évaluer chaque item sélectionné au 6<sup>ème</sup> point afin de pouvoir se baser sur des informations plus objectives que les dires des assurés.

L'évaluation des capacités fonctionnelles (4<sup>ème</sup> point) pourra servir de source d'informations pour certains items de la CIF.

- 8) Afin de réaliser les 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> points, il apparaît nécessaire de **décloisonner** les rôles de chaque intervenant et organismes impliqués dans les trajets de réintégration en confiant davantage de responsabilités relatives au trajet de réintégration à des organismes spécialisés (AViQ, VDAB, organismes privés (sans but lucratif) spécialisés, centre de revalidation de référence, etc.) disposant d'équipes multidisciplinaires médicales et non-médicales. Cela permettra de décharger les médecins-conseils, d'offrir une prise en charge intégrée et ainsi d'offrir plus d'efficacité en évitant les va-et-vient entre les différents organismes.

Ces organismes spécialisés pourraient également réaliser des évaluations des capacités fonctionnelles (4<sup>ème</sup> point) lorsque le secteur des soins et de la revalidation n'est pas en mesure de les réaliser.

- 9) Créer un cadre légal pour les '**disability managers**' afin d'implémenter cette profession dans le paysage belge. Cela permettra de faciliter la coordination et la communication entre les différents acteurs susmentionnés et la gestion des dossiers.
- 10) Mise en place d'un cadre où chaque acteur impliqué dans l'évaluation de l'incapacité de travail et dans le retour au travail est responsabilisé par rapport au respect des bonnes pratiques. Les 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> points permettront d'augmenter le sentiment de **responsabilité de chaque acteur**.

## **Conclusion**

Notre étude fournit des informations relatives à la perception des médecins-conseils et des paramédicaux travaillant à leurs côtés par rapport à l'usage des core-sets CIF lié à l'évaluation de l'incapacité de travail due à des dorsolombalgies en Belgique.

Proposer un outil bio-psycho-social d'aide à la décision aux organismes assureurs belges permettra d'avoir une image plus exhaustive de l'assuré, améliorera la qualité du contenu des évaluations et favorisera le retour au travail des assurés. Les médecins-conseils plus âgés (la moitié de notre échantillon a plus de 55 ans) sont moins enthousiastes que leurs confrères plus jeunes par rapport à la pertinence d'utiliser la CIF.

Le recours à un tel outil soulève différents enjeux. Parmi ceux-ci, il y a le temps requis pour l'utiliser, les différentes spécialités de ressources humaines nécessaires à son utilisation – ce qui implique de disposer d'une équipe multidisciplinaire – et la coordination. Cette dernière semble indispensable tant au

sein même des organismes assureurs que pour coordonner entre elles les autres organisations impliquées dans le retour au travail.

Des recherches supplémentaires doivent être menées avant d'éventuellement implémenter l'utilisation de core-sets CIF : identifier les différents professionnels qui constitueraient les équipes multidisciplinaires et leur rôle respectif, identifier quels items de la CIF sont nécessaires pour telle ou telle situation en fonction des moyens dont on dispose et identifier quels outils permettront d'évaluer chaque item. L'intérêt d'évaluer les capacités fonctionnelles et le contexte dans lequel ces évaluations pourront être réalisées devraient également être mis en avant et étudiés.

### ***Conflits d'intérêt***

L'auteur (Thomas Otte) travaille au service des Indemnités de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie invalidité). La présente étude a pu être réalisée en partie durant les heures de travail de l'auteur. La co-promotrice (le Dr. Saskia Decuman) dirige le centre d'expertise en matière d'incapacité de travail du service des Indemnités de l'INAMI. Il n'y a pas de lien hiérarchique entre l'auteur et la co-promotrice. Tenant compte de la situation décrite ci-dessus, l'auteur déclare l'absence de conflit d'intérêt.

## Bibliographie

1. Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE-OECD). *OECD Statistics* [consulté le 12/03/2019]. Disponible à l'adresse: <https://stats.oecd.org/>.
2. La Libre. GÉRARD L. *L'incapacité de travail coûte désormais plus à l'Etat que le chômage* [consulté le 02/04/2019]. Disponible à l'adresse: <https://www.lalibre.be/actu/belgique/l-incapacite-de-travail-coute-desormais-plus-a-l-etat-que-le-chomage-56b1023c3570b1fc10e2217d>.
3. *Cahier 2018 relatif à la sécurité sociale - Gestions globales et institutions publiques de sécurité sociale*. Bruxelles: Cour des Comptes. Report No.: D/2018/1128/23.
4. ESCORPIZO R, GMUNDER HP, STUCKI G. (2011). Introduction to special section: advancing the field of vocational rehabilitation with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Occup Rehabil*, 21(2):121-5.
5. BICKENBACH J, CIEZA A, RAUCH A, STUCKI G. *ICF Core Set Manual for Clinical Practice*. Göttingen: Hogrefe; 2012. 141 p.
6. LOISEL P, CÔTÉ P. The Work Disability Paradigm and Its Public Health Implications. In LOISEL P, ANEMA JR (Eds.) *Handbook of Work Disability*. New York: Springer; 2013. p. 59-67.
7. KOHLER S, LÜCKENKEMPER M, FINGER ME, ESCORPIZO R. Survey of Patient-Reported Questionnaires Using the ICF as a Reference: An Illustration Using the ICF Core Set for Vocational Rehabilitation. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 437-52.
8. BRAGE S, KONRÁÐSDÓTTIR ÁD, LINDENGER G. Work Disability Evaluation. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Springer ed. Cham: Springer; 2015. p. 107-39.
9. BARTYS S, FREDERIKSEN P, BENDIX T, BURTON K. (2017). System influences on work disability due to low back pain: An international evidence synthesis. *Health Policy*, 121(8):903-12.
10. Moniteur belge. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Art.100§1/154.
11. Moniteur belge. Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.
12. Moniteur belge. Arrêté royal du 8 novembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnées le 14 juillet 1994 en ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle.
13. BARTH J, DE BOER WE, BUSSE JW, HOVING JL, KEDZIA S, COUBAN R, et al. (2017). Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ*, 356:j14.
14. HOMA DB. (2007). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in job placement. *Work*, 29 (2007):277-86.
15. JEGER J, TREZZINI B, SCHWEGLER U. Applying the ICF in Disability Evaluation: A Report Based on Clinical Experience. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 397-410.
16. ANNER J, SCHWEGLER U, KUNZ R, TREZZINI B, DE BOER W. (2012). Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*, 12:470.
17. SCHELLART AJ, MULDER H, STEENBEEK R, ANEMA JR, KRONEMAN H, BESSELING J. (2011). Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians. *BMC Public Health*, 11:864.
18. SCHWEGLER U, ANNER J, BOLDT C, GLASSEL A, LAY V, DE BOER WE, et al. (2012). Aspects of functioning and environmental factors in medical work capacity evaluations of persons with chronic widespread pain and low back pain can be represented by a combination of applicable ICF Core Sets. *BMC Public Health*, 12:1088.

19. SPANJER J, KROL B, POPPING R, GROOTHOFF JW, BROUWER S. (2009). Disability assessment interview: the role of detailed information on functioning in addition to medical history-taking. *J Rehabil Med*, 41(4):267-72.
20. Moniteur belge. Arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseil chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
21. TELLER M, RAEYMAEKERS P. (2017). *Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité : le point de vue des médecins et des employeurs*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin. Report No.: D/2848/2017/14.
22. SCHWEGLER U, SELB M, ESCORPIZO R, STUCKI G. Selection of ICF Core Sets for Functioning Assessment in Disability Evaluation Toward the Assignment to Return to Work Programs and/or Disability Benefits. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 413-35.
23. STUCKI G, BRAGE S, HOMA D, ESCORPIZO R. Conceptual Framework: Disability Evaluation and Vocational Rehabilitation. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 3-10.
24. FINGER ME, DE BIE R, NOWAK D, ESCORPIZO R. Development and Testing of an ICF-Based Questionnaire to Evaluate Functioning in Vocational Rehabilitation: The Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ). In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 495-520.
25. TOMPA E. Measuring the Burden of Work Disability: A Review of Methods, Measurement Issues and Evidence. In LOISEL P, ANEMA JR (Eds.) *Handbook of Work Disability*. New York: Springer; 2013. p. 43-58.
26. YOUNG AE. Return to Work Stakeholders' Perspectives on Work Disability. In LOISEL P, ANEMA JR (Eds.) *Handbook of Work Disability*. New York: Springer; 2013. p. 409-23.
27. ESCORPIZO R, EKHOLM J, GMUNDER HP, CIEZA A, KOSTANJSEK N, STUCKI G. (2010). Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *J Occup Rehabil*, 20(4):502-11.
28. DURAND M-J, HONG QN. Tools for Assessing Work Disability. In LOISEL P, ANEMA JR (Eds.) *Handbook of Work Disability*. New York: Springer; 2013. p. 229-51.
29. EDELAAR MJA, GROSS DP, JAMES CL, RENEMAN MF. (2018). Functional Capacity Evaluation Research: Report from the Third International Functional Capacity Evaluation Research Meeting. *J Occup Rehabil*, 28(1):130-4.
30. SOER R, VAN DER SCHANS CP, GROOTHOFF JW, GEERTZEN JH, RENEMAN MF. (2008). Towards consensus in operational definitions in functional capacity evaluation: a Delphi Survey. *J Occup Rehabil*, 18(4):389-400.
31. DE BAETS S, CALDERS P, SCHALLEY N, VERMEULEN K, VERTRIST S, VAN PETEGHEM L, et al. (2018). Updating the Evidence on Functional Capacity Evaluation Methods: A Systematic Review. *J Occup Rehabil*, 28(3):418-28.
32. WIND H, GOUTTEBARGE V, KUIJER PP, SLUITER JK, FRINGS-DRESEN MH. (2009). Effect of Functional Capacity Evaluation information on the judgment of physicians about physical work ability in the context of disability claims. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(9):1087-96.
33. KUIJER P. FCE in internationaal perspectief. s.l.n.d. (PowerPoint's presentation).
34. LE BOULER P. *La réadaptation écologique suite à un accident vasculaire cérébral : étude transversale de l'influence de la pratique en ergothérapie* [Mémoire en Ergothérapie non publié]. Rennes: Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes; 2013.
35. VOSKUIJL OF, VAN SLIEDREGT T. (2002). Determinants of Interrater Reliability of Job Analysis: A Meta-analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(1):52-62.

36. ESCORPIZO R, RENEMAN MF, EKHOLM J, FRITZ J, KRUPA T, MARNETOFT SU, et al. (2011). A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *J Occup Rehabil*, 21(2):126-33.
37. RENEMAN MF. State of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation in Chronic Musculoskeletal Pain Conditions. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 187-98.
38. BELIN A, DUPONT C, OULÈS L, KUIPERS Y, FIRES-TERSCH E. (2016). *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Report No.: 978-92-9240-925-8.
39. FINGER ME, SELB M, DE BIE R, ESCORPIZO R. (2015). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in Physiotherapy in Multidisciplinary Vocational Rehabilitation: A Case Study of Low Back Pain. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 20(4):231-41.
40. SELB M, GLÄSSEL A, ESCORPIZO R. ICF-Based Tools in Rehabilitation Toward Return to Work: Facilitating Inter-professional Communication and Comprehensive Documentation. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 471-93.
41. KAECH MOLL VM, ESCORPIZO R, PORTMANN BERGAMASCHI R, FINGER ME. (2016). Validation of the Comprehensive ICF Core Set for Vocational Rehabilitation From the Perspective of Physical Therapists: International Delphi Survey. *Physical therapy*, 96(8):1262-75.
42. INAMI-RIZIV. DE COCK J. (2017). *Disability Management - De la formation à la certification (brochure)*. p. 20. [consulté le 06/05/2019]. Disponible à l'adresse: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure\\_disability\\_management\\_formation\\_certification.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_disability_management_formation_certification.pdf).
43. HOMA D, DELAMBO D. Vocational Assessment and Job Placement. In ESCORPIZO R, BRAGE S, HOMA D, STUCKI G (Eds.) *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Handbooks in Health, Work, and Disability. Cham: Springer; 2015. p. 161-86.
44. DURAND M-J, LOISEL P, DURAND P. (1998). Le Retour Thérapeutique au Travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail: Description et fondements théoriques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2).
45. World Federation of Occupational Therapy (WFOT). *Position Statement - Occupational Therapy in Work-Related Practice* [consulté le 05/03/2019]. Disponible à l'adresse: <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-work-related-practice>.
46. Moniteur belge. Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques., (1996).
47. GEYH S, PETER C, MULLER R, BICKENBACH JE, KOSTANJSEK N, USTUN BT, et al. (2011). The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature - a systematic review and content analysis. *Disabil Rehabil*, 33(13-14):1089-102.
48. JONCKHEER P, DESOMER A, DEPREITERE B, BERQUIN A, BRUNEAU M, CHRISTIAENS W, et al. (2017). *Lombalgie et douleur radiculaire : éléments-clés d'un itinéraire de soins*. Bruxelles: KCE. Report No.: D/2017/10.273/85.
49. Association canadienne des Ergothérapeutes (ACE - CAOT). *Code de déontologie* [consulté le 28/12/2018]. Disponible à l'adresse: [https://www.caot.ca/site/pt/codeofethics?language=fr\\_FR&nav=sidebar](https://www.caot.ca/site/pt/codeofethics?language=fr_FR&nav=sidebar).
50. INAMI C. (2017). *Lombalgies aspécifiques Guide pratique pour l'approche en médecine d'assurance dans l'assurance soins de santé et indemnités*. Bruxelles: CSCMI INAMI. Report No.: Note CS 2018/06.
51. PLASMAN R, DIALLO H, PACOLLET J, DE CONINCK A, DE WISPELAERE F, PERL F, et al. (2017). *Rapport annuel d'analyse sur l'incapacité de travail 2014*. Bruxelles: INAMI ULB DULBEA KULeuven HIVA.

52. RENEMAN MF, BEEMSTER TT, EDELAAR MJ, VAN VELZEN JM, VAN BENNEKOM C, ESCORPIZO R. (2013). Towards an ICF- and IMPACT-based pain vocational rehabilitation core set in the Netherlands. *J Occup Rehabil*, 23(4):576-84.
53. FOSTER NE, ANEMA JR, CHERKIN D, CHOU R, COHEN SP, GROSS DP, et al. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, 391(10137):2368-83.
54. OMS. *Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*. Genève: Organisation mondiale de la Santé (OMS - WHO); 2001. 304 p.
55. PRODINGER B, REINHARDT JD, SELB M, STUCKI G, YAN T, ZHANG X, et al. (2016). Towards system-wide implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in routine practice: Developing simple, intuitive descriptions of ICF categories in the ICF Generic and Rehabilitation Set. *J Rehabil Med*, 48(6):508-14.
56. TESIO L. (2011). From codes to language: is the ICF a classification system or a dictionary? *BMC Public Health*, 11(Suppl 4):S2.
57. OMS. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. Organisation mondiale de la Santé (OMS - WHO).
58. MINIS MA, HEERKENS Y, ENGELS J, OOSTENDORP R, VAN ENGELEN B. (2009). Classification of employment factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health in patients with neuromuscular diseases: a systematic review. *Disabil Rehabil*, 31(26):2150-63.
59. ROSSIGNOL C. (2004). La "classification internationale du fonctionnement". Démarche normative et alibi scientifique pour une clarification de l'usage des concepts. *Gérontologie et Société*, 27(103):29-46.
60. CUISINIER L. *Développement d'une grille de lecture qualitative de l'incapacité de travail permanente - Enquête Delphi sur la pertinence d'items issus de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité de travail permanente* [Travail de fin d'études de la formation continue en évaluation des atteintes de santé non publié]. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles; 2017.
61. ESCORPIZO R, FINGER ME, GLASSEL A, GRADINGER F, LUCKENKEMPER M, CIEZA A. (2011). A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil*, 21(2):134-46.
62. SCHWEGLER U, PETER C, ANNER J, TREZZINI B. (2014). Toward standardised documentation in psychiatric evaluations: identifying functioning aspects and contextual factors in psychiatric reports of Swiss disability claimants with chronic widespread pain. *Swiss Med Wkly*, 144:w14008.
63. BRAGE S, DONCEEL P, FALEZ F, WORKING GROUP OF THE EUROPEAN UNION OF MEDICINE IN A, SOCIAL S. (2008). Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disabil Rehabil*, 30(18):1392-6.
64. ICF exchange among EPR (European Platform for Rehabilitation) members (réunion d'échange) (06/03/2019).
65. CIEZA A, OBERHAUSER C, BICKENBACH J, CHATTERJI S, STUCKI G. (2014). Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health*, 14:218.
66. GRAVIR. *Manuel de formation Processus ESAP Evaluation Systémique des Aptitudes Professionnelles*. Bruxelles: GRAVIR ASBL; 2015. 135 p.
67. RTBF. SCHMITZ B. (2019) 7 à la Une : Les médecins du burn-out... sont en burn-out. [consulté le: 24/02/2019]. Disponible à l'adresse: [https://www.rtbf.be/auvio/detail\\_les-medecins-du-burn-out-sont-en-burn-out?id=2463629](https://www.rtbf.be/auvio/detail_les-medecins-du-burn-out-sont-en-burn-out?id=2463629)

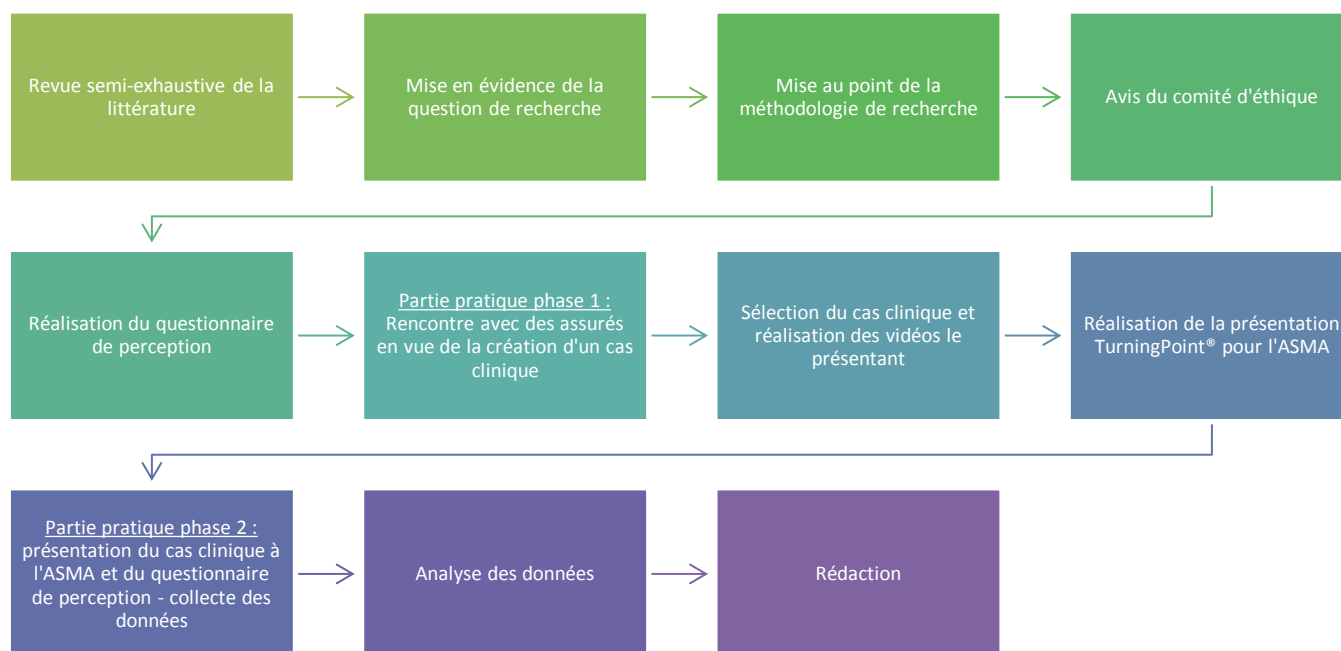
## **ANNEXES**



## ***Annexes***

1. *Workflow* de l'étude
2. Résultats statistiques complémentaires
3. Commentaires libre laissés par les répondants
4. Liste des items de la CIF abordés lors de la réalisation des cas cliniques
5. Protocole d'étude pour le comité d'éthique
6. Document d'information et de consentement pour le patient
7. Document d'information et de consentement pour le médecin-conseil

## **Annexe 1 : Workflow de l'étude**



## **Annexe 2 : Tableaux de résultats non intégrés dans le corps de l'article**

**Tableau 1.** Fonctions professionnelles des répondants (N = 131 (10 valeurs manquantes))

|                                         | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------------------|-----------|-------------|
| Médecin-conseil                         | 92        | 65,2        |
| Infirmier(ère)*                         | 4         | 2,8         |
| Ergothérapeute*                         | 1         | ,7          |
| Kinésithérapeute*                       | 4         | 2,8         |
| Médecin inspecteur INAMI                | 16        | 11,3        |
| Autre (médecin)                         | 11        | 7,8         |
| Autre (paramédical ou psychologue)      | 1         | ,7          |
| Autre                                   | 2         | 1,4         |
| Total valide                            | 131       | 92,9        |
| Personnes présentes n'ayant pas répondu | 10        | 7,1         |
| Total                                   | 141       | 100,0       |

\* travaillant dans le cabinet du médecin-conseil

**Tableau 5.** Analyse descriptive des 4 dimensions (N=98)

|                | Dimension 1: Pertinence clinique et diagnostique | Dimension 2: Management | Dimension 3: Communication | Dimension 4: Valorisation du rôle |
|----------------|--------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Moyenne        | 2,44116                                          | 2,76020                 | 2,64061                    | 2,89728                           |
| Médiane        | 2,33333                                          | 2,60000                 | 2,60000                    | 3,00000                           |
| Mode           | 2,000                                            | 2,400                   | 2,600                      | 3,000                             |
| Ecart type     | ,671389                                          | ,618568                 | ,626714                    | ,663298                           |
| Variance       | ,451                                             | ,383                    | ,393                       | ,440                              |
| Plage          | 2,667                                            | 2,800                   | 2,800                      | 3,000                             |
| Minimum        | 1,167                                            | 1,200                   | 1,200                      | 1,000                             |
| Maximum        | 3,833                                            | 4,000                   | 4,000                      | 4,000                             |
| Percentiles 25 | 2,00000                                          | 2,40000                 | 2,20000                    | 2,47500                           |
| 50             | 2,33333                                          | 2,60000                 | 2,60000                    | 3,00000                           |
| 75             | 3,00000                                          | 3,20000                 | 3,00000                    | 3,33333                           |

**Tableau 7.** Régressions multivariées pour l'âge et les années d'expérience pour les 4 dimensions

|                                    |                                              | Dimension 1:<br>Pertinence<br>clinique et<br>diagnostique |                                                | Dimension 2:<br>Management                     | Dimension 3:<br>Communication                  | Dimension 4:<br>Valorisation du<br>rôle |  |
|------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
| B [Intervalle de confiance à 95 %] |                                              |                                                           |                                                |                                                |                                                |                                         |  |
| Age et années d'expérience         | Constante                                    | 2,671                                                     | 2,905                                          | 2,712                                          | 3,002                                          |                                         |  |
|                                    | Agés de moins de 45 ans                      | -,282 [-,65 ; ,085]<br><i>p-valeur</i> = 0,131            | -,164 [-,512 ; ,184]<br><i>p-valeur</i> = ,352 | -,165 [-,188 ; ,519]<br><i>p-valeur</i> = ,355 | ,018 [-,358 ; ,394]<br><i>p-valeur</i> = ,924  |                                         |  |
|                                    | Agés entre 45 et 54 ans                      | -,285 [-,615 ; ,044]<br><i>p-valeur</i> = 0,089           | -,257 [-,569 ; ,055]<br><i>p-valeur</i> = ,105 | -,073 [-,389 ; ,244]<br><i>p-valeur</i> = ,65  | -,117 [-,454 ; ,22]<br><i>p-valeur</i> = ,493  |                                         |  |
|                                    | Agés de plus de 55 ans                       | Catégorie de référence                                    |                                                |                                                |                                                |                                         |  |
|                                    | Moins de 5 ans d'expérience dans la fonction | -,207 [-,527 ; ,113]<br><i>p-valeur</i> = ,202            | -,088 [-,391 ; ,215]<br><i>p-valeur</i> = ,565 | -,272 [-,58 ; ,035]<br><i>p-valeur</i> = 0,082 | -,218 [-,545 ; ,109]<br><i>p-valeur</i> = ,189 |                                         |  |
|                                    | Plus de 5 ans d'expérience dans la fonction  | Catégorie de référence                                    |                                                |                                                |                                                |                                         |  |

**Tableau 8.** Tableau croisé sur la reconnaissance en incapacité de travail avant/après présentation du bilan CIF (N = 89 (9 valeurs manquantes))

|               |     | Reconnu après |              |             |
|---------------|-----|---------------|--------------|-------------|
|               |     | Oui           | Non          | Total       |
| Reconnu avant | Oui | 13 (14,61%)   | 5 (5,62%)    | 18 (20,23%) |
|               | Non | 2 (2,25%)     | 69 (77,53%)  | 71 (79,78%) |
| Total         |     | 15 (16,86%)   | 74 (83,15 %) | 89          |

p-valeur McNemar = 0,453

**Tableau 9.** Tableau croisé sur le choix de la catégorie avant/après présentation du bilan CIF (N = 92 (6 valeurs manquantes))

|                                     |       | Catégorie après présentation CIF |       |       |       | Total |
|-------------------------------------|-------|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                                     |       | CAT 1                            | CAT 2 | CAT 3 | CAT 4 |       |
| Catégorie avant<br>présentation CIF | CAT 1 | 20                               | 0     | 0     | 11    | 31    |
|                                     | CAT 2 | 1                                | 0     | 0     | 0     | 1     |
|                                     | CAT 3 | 0                                | 0     | 2     | 1     | 3     |
|                                     | CAT 4 | 3                                | 0     | 1     | 53    | 57    |
| Total                               |       | 24                               | 0     | 3     | 65    | 92    |

p-valeur khi-carré de Pearson &lt; 0,001

**Tableau 11.** Tableau croisé sur le choix de la catégorie 4 avant/après présentation du bilan CIF auprès des médecins-conseils et paramédicaux (N = 92 (6 valeurs manquantes))

|                              |               | Catégorie après présentation CIF |              |              |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|--------------|--------------|
|                              |               | CAT 1, 2 ou 3                    | CAT 4        | Total        |
| Catégorie avant présentation | CAT 1, 2 ou 3 | 23 (25 %)                        | 12 (13,04 %) | 35 (38,04 %) |
| CIF                          | CAT 4         | 4 (4,35 %)                       | 53 (57,61 %) | 57 (61,96 %) |
| Total                        |               | 27 (29,35 %)                     | 65 (70,65 %) | 92           |

p-valeur McNemar = 0,077

**Tableau 12.** Tableau croisé sur le choix de la catégorie 4 avant/après présentation du bilan CIF auprès des médecins-conseils et paramédicaux de moins de 55 ans (N = 50)

|                              |               | Catégorie après présentation CIF |           |           |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|-----------|-----------|
|                              |               | CAT 1, 2 ou 3                    | CAT 4     | Total     |
| Catégorie avant présentation | CAT 1, 2 ou 3 | 12 (50 %)                        | 8 (16 %)  | 20 (40 %) |
| CIF                          | CAT 4         | 1 (2 %)                          | 29 (58 %) | 30 (60 %) |
| Total                        |               | 13 (26 %)                        | 37 (74 %) | 50        |

p-valeur McNemar = 0,039

**Tableau 13.** Tableau croisé sur le choix de la catégorie 4 avant/après présentation du bilan CIF auprès des médecins-conseils et paramédicaux de plus de 55 ans (N = 42)

|                              |               | Catégorie après présentation CIF |              |              |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|--------------|--------------|
|                              |               | CAT 1, 2 ou 3                    | CAT 4        | Total        |
| Catégorie avant présentation | CAT 1, 2 ou 3 | 11 (26,19 %)                     | 4 (9,52 %)   | 15 (35,71 %) |
| CIF                          | CAT 4         | 3 (7,14 %)                       | 24 (57,14 %) | 27 (64,29 %) |
| Total                        |               | 14 (33,33 %)                     | 28 (66,67 %) | 42           |

p-valeur McNemar = 1

**Tableau 14.** Tableau croisé sur le choix de la catégorie 4 avant/après présentation du bilan CIF auprès de l'ensemble des personnes présentes. (N = 119)

|                              |               | Catégorie après présentation CIF |               |               |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|---------------|
|                              |               | CAT 1, 2 ou 3                    | CAT 4         | Total         |
| Catégorie avant présentation | CAT 1, 2 ou 3 | 30 (25,21 %)                     | 16 (13,445 %) | 46 (38,655 %) |
| CIF                          | CAT 4         | 4 (3,36 %)                       | 69 (57,98 %)  | 73 (61,345 %) |
| Total                        |               | 34 (28,57 %)                     | 85 (71,43 %)  | 119           |

p-valeur McNemar = 0,012



### Annexes 3 : commentaires libres laissés par les répondants

| Profession                                 | Age             | Commentaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| médecin-conseil                            | plus de 55 ans  | Certaines questions manquaient de clarté                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| médecin-conseil                            | moins de 35 ans | Idée d'une multidisciplinarité est bonne et efficace sur le terrain mais pas de financement disponible pour élargir au bilan CIF surtout si prend autant de temps!!<br>De plus, difficile de repérer à l'avance quels patients pourraient faire l'objet d'un bilan CIF pouvant donner un réel rapport à la décision du médecin conseil. Je crois toutefois qu'il y a un intérêt du bilan CIF dans le cadre d'une réorientation socio professionnelle (ONEM,...) |
| médecin-conseil                            | 36-45 ans       | Je trouve cette étude très intéressante et j'aimerais bien avoir le temps de la mettre en pratique, mais 20 min/patient, c'est très peu pour pouvoir examiner un cas complexe.                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Médecin inspecteur INAMI                   | plus de 55 ans  | Le rapport CIF a permis de mettre en évidence des éléments qui n'avaient pas été soulevés lors de l'entretien avec le médecin-conseil mais: 1. ces éléments pour être intéressants n'auraient rien chargé à la décision que j'aurais prise sur base de l'examen médical 2. Ces éléments auraient certainement pu être évoqués à la consultation du médecin conseil si la consultation avait été plus longue.                                                    |
| infirmier(ère) travaillant dans le cabinet | moins de 35 ans | Ce bilan peut apporter beaucoup d'informations pertinentes mais il est très chronophage. En terme temps/gain d'information il n'est pas convainquant.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Médecin inspecteur INAMI                   | 46-55 ans       | Subjectif -> recueil propos dire des patients. Surcharge des patients. Toujours à confronter aux éléments objectifs (examen clinique - rapports médicaux).<br>Rapport coût/efficacité : quel est la réelle plus value par rapport à l'examen du médecin conseil (anamnèse + examen clinique)                                                                                                                                                                    |
| médecin-conseil                            | 46-55 ans       | Je voudrais signaler que j'utilise déjà les questions que vous posez dans votre enquête CIF lors de ma consultation. Il est évident que nous ne disposons pas de beaucoup de temps lors de notre consultation, mais nous demandons toujours quel travail fait le patient et si ça se passe bien. Nous demandons aussi l'ESP. Nous avons donc d'autres infos que nous approfondissons.                                                                           |
| médecin-conseil                            | 46-55 ans       | Je trouve la CIF dans l'ensemble intéressant comme outil intégré dans notre pratique mais essentiellement par le détail de l'anamnèse + notre timing de consultation ne permet pas ce type d'anamnèse aussi fouillée. Ceci se fait souvent lors d'une expertise.                                                                                                                                                                                                |
| médecin-conseil                            | moins de 35 ans | Je trouve la CIF intéressante à intégrer dans notre évaluation grâce à sa vue d'ensemble son niveau bio-psycho-social. Le problème est que la réalisation de ce bilan prend énormément de temps, temps dont nous ne disposons malheureusement pas . Serait-il possible d'envisager une version allégée et plus ciblée de ce bilan.                                                                                                                              |
| infirmier(ère) travaillant dans le cabinet | 46-55 ans       | Je fais déjà un mini bilan CIF lors de mon entretien avec l'assuré. J'essaie de poser des questions dans plusieurs domaines (travail, personnel, familial,...), mais j'ai du retard dans mes dossiers. Toutes ces informations me permettent de prendre une meilleure décision.                                                                                                                                                                                 |
| médecin-conseil                            | plus de 55 ans  | Sujet intéressant.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| médecin-conseil                            | plus de 55 ans  | Je n'ai pas répondu par rapport au niveau de qualité de l'examen par le médecin conseil de la vidéo, mais par rapport à l'anamnèse et l'examen que j'aurais fait personnellement.                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| médecin-conseil                            | 46-55 ans       | CIF: ne sert à rien!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| médecin-conseil                            | plus de 55 ans  | J'aurai aimé avoir une vision du core set rempli. Il n'a pas été insisté que la CIF permet un langage commun non médical mais fractionnel et permet d'échanger avec un non médecin. La CIF n'est pas assez vulgarisée vers les intervenants médicaux et non médicaux.                                                                                                                                                                                           |
| médecin-conseil                            | plus de 55 ans  | Le médecin-conseil est une race en extinction                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                 |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| médecin-conseil                                                 | plus de 55 ans  | Bilan CIF intéressant mais trop chronophage. Une anamnèse approfondie par le médecin conseil me paraisse une bonne alternative via une consultation de +/- 20 min par un médecin conseil expérimenté et avec un bon feeling.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| médecin-conseil                                                 | 46-55 ans       | 3 heures pour effectuer un bilan CIF = trop de temps/patient. Longueur du rapport rébarbative. Examen fonctionnel par un kiné + pertinent et utile pour le médecin conseil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| médecin-conseil                                                 | 46-55 ans       | Très utile pour un kiné, infirmière, psychologue, ... Peu de temps pour un médecin conseil de faire ce test. Pour le curatif: OK. Bon courage pour votre étude.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Médecin inspecteur INAMI                                        | plus de 55 ans  | Casus mal choisi car apport insignifiant de la "CIF"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| médecin-conseil                                                 | 36-45 ans       | Je trouve cette étude/ce travail très intéressant(e), pertinent(e) et potentiellement porteur(se) d'un nouvel outil pour notre travail. Mon avis est globalement favorable pour la CIF. Le problème principal et les moyens financiers limités pour pouvoir mettre en oeuvre un tel outil dans notre pratique quotidienne. Bonne continuation pour votre travail M. Otte et merci de nous avoir permis d'y participer.                                                                                                                                                      |
| médecin-conseil                                                 | 36-45 ans       | L'exercice aurait pu être intéressant pour d'autres cas cliniques (neurologique par exemple ou déficiences sensorielles). Les questions se ressemblent un peu trop, on aurait pu diversifier. Bel exercice de découverte d'approche en groupe professionnel.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| kinésithérapeute travaillant dans le cabinet du médecin-conseil | 36-45 ans       | Travail intéressant ouvrant à la discussion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Médecin inspecteur INAMI                                        | moins de 35 ans | La nuance des questions n'est pas claire (réponse biaisée). Ce n'est pas le bilan CIF qui fait la différence mais le temps nécessaire pour bien évaluer la situation. Utiliser un outil simplifié de la CIF? Paramètres que les CIF a abordé : situation bio-psycho-sociale - bénéfices secondaires qui sont une réelle plus value. Frein à la réinsertion: 1e année: certif.; une x invalidité médecin conseil qui n'a plus de prise sur la prise en charge thérapeutique et qui voit l'assuré 1x/an --> le temps que la situation se chronicise. Bilan CIF peu structuré. |
| médecin-conseil                                                 | 46-55 ans       | CIF: basé sur les dires du patient et donc subjectif. Système interactif = très bonne initiative.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| médecin-conseil                                                 | 46-55 ans       | CIF serait très intéressant pour la communication avec AVIQ, FOREM, ONEM et assistantes sociales. Mais difficile à appliquer sur le terrain.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| médecin-conseil                                                 | 36-45 ans       | Très bonne idée d'étude. Malheureusement manque de personnel et de temps pour l'appliquer sur le terrain.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| médecin-conseil                                                 | moins de 35 ans | Le temps et le personnel est insuffisant en pratique. Cet outil pourrait être utilisé si les questions sont ciblées pour limiter le temps nécessaire à la réalisation du rapport. Merci et bonne continuation.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| médecin-conseil                                                 | plus de 55 ans  | Test interprétable qui risque donc de ne pas refléter ce que les personnes interrogées souhaitent répondre. Dommage. On ne peut sans doute en retirer aucune conclusion.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Médecin inspecteur INAMI                                        | plus de 55 ans  | Dans quelle catégorie - proposition insuffisante, doit reprendre directement sans attendre 6 mois - travail adapté ne peut être proposé qu'à 6 mois. Entre proposition 1 et 4 aucune n'est satisfaisante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| médecin-conseil                                                 | plus de 55 ans  | Sujets intéressants. Etude ANMC en rapport avec ma pratique.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| médecin-conseil                                                 | plus de 55 ans  | Cas particulier: notre mutuelle OA ne s'occupe que des soins de santé. Mes réponses sont probablement à moduler. J'ai fait une erreur de réponse concernant la participation multidisciplinaire avec les paramédicaux c'est pour le médecin conseil qui décide.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ergothérapeute travaillant dans le cabinet du médecin-          | moins de 35 ans | La CIF n'est pas encore connue chez les médecins conseils. A l'heure actuelle, l'utilisation de la CIF ou du score set n'est pas possible dans le temps imparti des consultations. Toutefois, l'évaluation paramédicale est selon moi importante dans l'incapacité de travail. Bon courage pour les statistiques et la suite du mémoire.                                                                                                                                                                                                                                    |

|                          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| conseil                  |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | L'inclusion de la CIF dans l'évaluation qui doit être fait par le médecin conseil est totalement inapproprié et non contributive. Le temps imparti dans une consultation du médecin conseil ne permet pas d'utiliser la CIF. La crainte principale de l'utilisation de la CIF est de nous imposer son utilisation dans l'évaluation médicale de l'incapacité par l'INAMI, afin de réaliser des statistiques.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| médecin-conseil          | 46-55 ans       | Lors de la consultation qui devrait comporter plus d'1/4 h ! --> la dimension reprise dans le bilan CIF --> doit faire partie de la consultation de tous les médecins conseils pour cerner les problèmes du patient devant nous! Pas besoin d'une grille pour faire notre consultation --> cette anamnèse (CIF) devrait être une anamnèse normale du médecin conseil --> bien sur peut-être dans moins de détails. Il faut arrêter de "sectionner" la consultation car le médecin conseil a besoin d'un côté médical mais aussi humain et social pour comprendre la personne devant nous! Pour prendre une bonne décision --> c'est au médecin conseil de le prendre --> d'avoir le temps de cerner toute la consultation, mais on n'a pas le temps de remplir des grilles ou tableaux. On a besoin du temps pour parler et écouter le patient dans sa totalité: médicale - professionnelle - familiale - sociale - psychologique,... --> On a besoin de plus de 15 min. d'intégrer les notions du bilan CIF par nous même! --> C'est cela être médecin. On doit nous même 'sentir' le patient. Il est clair que l'on sentait à la consultation qu'il y avait une extra dimension ou problème de la patiente et cela fait partie du rôle du médecin conseil de creuser. Il faut du temps au médecin conseil --> Si non quoi! le médecin conseil va juste devenir un 'robot' dénué de sensibilité, d'humanité. Cette vision est effrayante pour un médecin. On pourra alors remplacer les médecins conseils par des ordinateurs où le patient entrera ses données et le résultat art. 100 ou pas sortira comme un ticket! Vu la manque de temps que l'on donne aux médecins conseils --> j'ai l'impression que beaucoup (cf. réponse à la 1ère question) ont perdu une partie de leur dimension humaine --> on prends des décisions rapides sans avoir tous les éléments en main de la souffrance du patient et on ne donne pas la boîte à outils au patient pour qu'il s'en sorte (reconnaissance - écouté et stimulation - négociation). |
| Médecin inspecteur INAMI | plus de 55 ans  | Ce bilan CIF se fonde sur des données anamnestiques sans aucun moyen de s'assurer de la véracité, de la sincérité des propos recueillis (le risque de surcharge, (sur)simulation, la recherche de bénéfices secondaires ne sont pas évaluables.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | Même qu'on sait comment faire une consultation convenable, on n'a pas le temps. Ordinateur prend déjà 40% du temps prévu. 1 1/2 h de consultation de plus apporte évidemment plus d'info + clarté. CIF trop subjective.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | Bravo pour l'interactivité avec le vote real time.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| médecin-conseil          | 36-45 ans       | Bravo d'avoir "affronté" le horde des médecins conseils pas toujours facile à gérer. Personnellement, j'aimerais juste éviter d'avoir à participer à faire des bilans CIF en plus du reste et j'ai l'inquiétude que le bilan CIF soit instrumentalisé par les médecins de recours/syndicats pour maintenir les gens en incapacité de travail.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Autre                    | moins de 35 ans | Etudiant master 3 médecine, ULB, futur médecin conseil. La CIF peut être un outil utile, l'entretien dans le cadre devrait permettre de mieux connaître les patients (assurés) pour mieux les accompagner. Malgré ces outils, ne jamais oublié notre perception de soignant. Tout ne peux pas se résumer à des outils fussent-ils intéressants?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Médecin inspecteur INAMI | 46-55 ans       | J'ai été > 10 ans médecin-conseil de mutuelle et je suis actuellement médecin inspecteur depuis plusieurs années. Le bilan CIF me paraît intéressant si l'on veut transmettre ce bilan à des externes, asseoir notre décision. L'intérêt du bilan CIF est l'aspect global bio-psycho-social circonstancié. Mon travail de médecin conseil me permettait de faire ce bilan au fur et à mesure des entretiens et dont la durée revient à ce bilan réalisé par l'ergothérapeute durant 3 heures. Au fur et à mesure de mes années de médecin conseil la réduction du temps accordé à chaque patient rendait de plus en plus difficile cette évaluation complète, le temps réduit à 15 minutes ne suffit pas. En ce sens, le bilan CIF a tout son intérêt s'il complète le temps que le médecin conseil n'a plus pour faire cet évaluation. J'ai trouvé votre approche du patient dans le vidéo présenté tout à fait parfait et neutre. J'estime que vous avez toutes les qualités requises pour exercer comme paramédical dans un OA même si je regrette que le médecin conseil n'ait plus le temps pour effectuer cette évaluation globale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                          |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | Investissement trop lourd pour bénéfice très modéré. D'autres actions me semblent plus pertinentes - meilleur rapport coûts/bénéfices. Un aide extérieure peut bien évidemment dans certains cas aider le médecin conseil à mieux cerner une situation et donc à prendre in fine sa décision, ces cas doivent être à mon avis ..... par le médecin conseil lui même. L'exemple pris ici me semble inadapté car il semble plutôt évident à gérer, et donc la nécessité par rapport à un tel investissement pour prendre une décision. Par ailleurs, je suis personnellement désolée de la tournure qu'a pris la discussion. Les reproches vis-à-vis de l'étudiant me semblent tout à fait incorrects.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | Présentation du cas de l'ergothérapeute, affection d'ordre mental et non d'ordre musculo squelettique. Le bilan kiné n'est donc d'aucun utilité car il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Les plaintes sont subjectives et ne peuvent être corrélées à aucune affection somatiques particulière. --> bilan psychiatrique requis - désir de maternité - conflit au travail. Etude biaisée car elle met en opposition un bilan CIF et une consultation médecin conseil badé, ne ressemblant à rien, évidemment par rapport à la consultation médecin conseil, la CIF tel que présentée c'est génial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| médecin-conseil          | moins de 35 ans | Je pense que le bilan CIF aurait, un intérêt principalement pour des cas compliqués voire en préambule à la consultation du médecin conseil pour faciliter et libérer la consultation mais la faisabilité d'une telle mesure est fort douteuse, surtout si vous nous montrer un exemple où au final la divergence de quantité d'informations entre la 1ère et la 2ème vidéo était faible. (je pense qu'il y a un biais lié au cas clinique utilisé et au fait peut-être que le médecin conseil se savant filmé et a mené une consultation déjà très complète en 15 min). Au final, il y a eu 3h de travail en plus pour récolter 2-3 informations supplémentaires qui n'auront pas un grand impact sur l'attitude, mais avec un patient plus renfermé ou avec une situation médico-légale très compliquée qu'on n'a pas le temps d'explorer en tant que médecin conseil, ce bilan pourrait être une plus-value certaine. Cela pourrait aussi être un avantage d'avoir un bilan aussi complet en cas de tribunal du travail contre la décision du médecin conseil. |
| Autre (médecin)          | plus de 55 ans  | Certaines questions ne sont pas très claires (ex. ↑ la qualité de mon rapport en "intégrant" le bilan CIF - que veut dire "intégrer": "en tenir compte" ou "l'annexer"?). Certaines questions donnent l'impression d'être orientées, parfois il faudrait "autre" comme choix. Je suis inquiète à l'idée qu'un rapport contenant des données aussi intimes et sensibles serait livré "in extenso" à des services ou des intervenants, même médecins, de différents bords et qui pourraient les interpréter et les utiliser en étant orientés par leurs enjeux institutionnels respectifs. C'est pourquoi paradoxalement j'ai répondu "pas d'accord" à la question faisant allusion au fait que ce rapport serait communiqué à des institutions tels que FOREM etc. Je reconnais qu'il y a là un paradoxe, puisque d'autre part il faut bien que les partenaires aient connaissance de ces données afin d'en tenir compte (ou en espérant qu'elles en tiennent compte), avec lequel je ne suis pas à l'aise.                                                        |
| Autre                    | plus de 55 ans  | Médecin expert. La patiente semble aimer son travail. Elle n'a aucun intérêt à s'éloigner de son travail. Elle n'a pas de problème de couple or ses difficultés sont présentes à domicile. Elle a un fils de 14 ans sans doute d'une autre union avec son compagnon il y a un désir de maternité. C'est sans doute les effets secondaires des traitements (FIV? - chirurgie réouverture des trompes) qui sont la cause de ses problèmes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| médecin-conseil          | plus de 55 ans  | Polyalgies diffuses sans substrat. Bilan fonctionnel ne montre pas de limitation fonctionnelle. Pas de suivi médical (Algologue, rhumatologue, etc). Ne peut pas sortir sauf pour aller chercher son enfant à l'école. Problème unique: conflit avec le N+1. Peut exercer la même activité professionnelle dans un autre cadre professionnel. To do: demander un rendez-vous rapide chez le médecin du travail. C4 1 an pour force majeure si pas d'autres postes identique chez l'employeur prévoir - 66%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Médecin inspecteur INAMI | plus de 55 ans  | Je trouverais intéressant d'intégrer dans le bilan CIF des questions sur le 'ressenti' de la patiente. Comment se perçoit-elle? A quoi attribue-t-elle ses douleurs? Que veut-elle? Comment se voit-elle idéalement dans 1 an, dans 2 ans? Pense-t-elle qu'elle est une victime? Si oui, victime de qui, de quoi? Si elle pourrait changer quelque chose, que changerait-t-elle? Son travail? Sa chef? Son compagnon? Sa grossesse à 16-17 ans? Sa maison? Son niveau d'études (primaires)? Ses revenus?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Autre (médecin)          | plus de 55 ans  | Médecin expert. La CIF permet surtout de modifier les évaluations en matière d'handicap. Dans le but de parler le même langage d'un juge à l'autre. D'avoir la même conception du ..... de pouvoir faire des analyses statistiques. Le médecin expert peut arriver à avoir plus d'info à condition d'avoir le temps pour réaliser une anamnèse exhaustive.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

#### **Annexe 4 : Liste des items de la CIF abordés lors de la réalisation des cas cliniques**

|      |                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------|
| b110 | Fonctions de la conscience                                               |
| b114 | Fonctions d'orientation                                                  |
| b117 | Fonctions intellectuelles                                                |
| b126 | Fonctions du tempérament et de la personnalité                           |
| b130 | Fonctions de l'énergie et des pulsions                                   |
| b134 | Fonctions du sommeil                                                     |
| b140 | Fonctions de l'attention                                                 |
| b144 | Fonctions de la mémoire                                                  |
| b147 | Fonctions psychomotrices                                                 |
| b152 | Fonctions émotionnelles                                                  |
| b156 | Fonctions perceptuelles                                                  |
| b160 | Fonctions de la pensée                                                   |
| b164 | Fonctions cognitives de niveau supérieur                                 |
| b167 | Fonctions mentales du langage                                            |
| b180 | Expérience de soi-même et fonctions du temps                             |
| b210 | Fonctions visuelles                                                      |
| b230 | Fonctions de l'audition                                                  |
| b235 | Fonctions vestibulaires                                                  |
| b240 | Sensations associées à l'audition et aux fonctions vestibulaires         |
| b260 | Fonctions proprioceptives                                                |
| b270 | Fonctions sensorielles associées à la température et à d'autres stimuli  |
| b280 | Sensation de douleur                                                     |
| b289 | Autres sensations de douleurs précisées et non précisées                 |
| b410 | Fonctions du cœur                                                        |
| b440 | Fonctions respiratoires                                                  |
| b455 | Fonctions de tolérance à l'effort                                        |
| b460 | Sensations associées aux fonctions cardio-vasculaires et respiratoires   |
| b530 | Fonctions de maintien de poids                                           |
| b535 | Sensations associées au système digestif                                 |
| b620 | Fonctions urinaires                                                      |
| b640 | Fonctions sexuelles                                                      |
| b710 | Fonctions relatives à la mobilité des articulations                      |
| b715 | Fonctions relatives à la stabilité des articulations                     |
| b720 | Fonctions de mobilité des os                                             |
| b730 | Fonctions relatives à la puissance musculaire                            |
| b735 | Fonctions relatives au tonus musculaire                                  |
| b740 | Fonctions relatives à l'endurance musculaire                             |
| b750 | Fonctions relatives aux réflexes moteurs                                 |
| b760 | Fonctions relatives aux mouvements volontaires                           |
| b765 | Fonctions relatives aux mouvements involontaires                         |
| b770 | Fonctions relatives au type de démarche                                  |
| b780 | Sensations relatives aux fonctions des muscles et aux fonctions motrices |
| b810 | Fonctions protectrices de la peau                                        |
| s120 | Structure de la moelle épinière et structures connexes                   |
| s740 | Structure de la région pelvienne                                         |
| s750 | Structure du membre inférieur                                            |
| s760 | Structure du tronc                                                       |
| s770 | Structures supplémentaires de l'appareil locomoteur liées au mouvement   |
| d110 | Regarder                                                                 |
| d115 | Écouter                                                                  |
| d155 | Acquérir un savoir-faire                                                 |

|      |                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------|
| d160 | Fixer son attention                                       |
| d163 | Penser                                                    |
| d166 | Lire                                                      |
| d170 | Écrire                                                    |
| d172 | Calculer                                                  |
| d175 | Résoudre des problèmes                                    |
| d177 | Prendre des décisions                                     |
| d210 | Entreprendre une tâche unique                             |
| d220 | Entreprendre des tâches multiples                         |
| d230 | Effectuer la routine quotidienne                          |
| d240 | Gérer le stress et autres exigences psychologiques        |
| d310 | Communiquer – recevoir des messages parlés                |
| d315 | Communiquer – recevoir des messages non verbaux           |
| d335 | Produire des messages non verbaux                         |
| d350 | Conversation                                              |
| d360 | Utiliser des appareils et des techniques de communication |
| d399 | Communication non précisée                                |
| d410 | Changer de position corporelle de base                    |
| d415 | Garder la position du corps                               |
| d420 | Se transférer                                             |
| d430 | Soulever et porter des objets                             |
| d440 | Activités de motricité fine                               |
| d445 | Utilisation des mains et des bras                         |
| d450 | Marcher                                                   |
| d455 | Se déplacer                                               |
| d460 | Se déplacer dans différents lieux                         |
| d465 | Se déplacer en utilisant des équipements spéciaux         |
| d470 | Utiliser un moyen de transport privé ou en commun         |
| d475 | Conduire un véhicule                                      |
| d498 | Autres activités précisées relatives à la mobilité        |
| d510 | Se laver                                                  |
| d520 | Prendre soin de parties de son corps                      |
| d530 | Aller aux toilettes                                       |
| d540 | S’habiller                                                |
| d550 | Manger                                                    |
| d570 | Prendre soin de sa santé                                  |
| d620 | Acquérir des produits et des services                     |
| d630 | Préparer les repas                                        |
| d640 | Faire le ménage                                           |
| d650 | S’occuper des effets ménagers                             |
| d660 | S’occuper des autres                                      |
| d710 | Interactions de base avec autrui                          |
| d720 | Interactions complexes avec autrui                        |
| d740 | Relations formelles                                       |
| d750 | Relations sociales informelles                            |
| d760 | Relations familiales                                      |
| d770 | Relations intimes                                         |
| d820 | Éducation scolaire                                        |
| d825 | Formation professionnelle                                 |
| d830 | Éducation supérieure                                      |
| d840 | Apprentissage (préparation au travail)                    |
| d845 | Obtenir, garder et quitter un emploi                      |
| d850 | Emploi rémunéré                                           |

|       |                                                                                                                            |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| d855  | Emploi non rémunéré                                                                                                        |
| d859  | Autres domaines précisés ou non précisés relatifs au travail et à l'emploi                                                 |
| d870  | Autosuffisance économique                                                                                                  |
| d910  | Vie communautaire                                                                                                          |
| d920  | Récréation et loisirs                                                                                                      |
| e110  | Produits ou substances pour la consommation personnelle                                                                    |
| e1101 | Médicaments                                                                                                                |
| e115  | Produits et systèmes techniques à usage personnel dans la vie quotidienne                                                  |
| e120  | Produits et systèmes techniques destinés à faciliter la mobilité et le transport à l'intérieur et à l'extérieur            |
| e125  | Produits et systèmes techniques pour la communication                                                                      |
| e130  | Matériels et systèmes techniques didactiques                                                                               |
| e135  | Produits et systèmes techniques pour le commerce, l'industrie et l'emploi                                                  |
| e150  | Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements des bâtiments d'utilité publique |
| e155  | Produits et systèmes techniques de l'architecture, de la construction et des aménagements de bâtiments à usage privé       |
| e165  | Patrimoine                                                                                                                 |
| e225  | Climat                                                                                                                     |
| e240  | Lumière                                                                                                                    |
| e250  | Son                                                                                                                        |
| e255  | Vibration                                                                                                                  |
| e260  | Qualité de l'air                                                                                                           |
| e310  | Famille proche                                                                                                             |
| e315  | Famille élargie                                                                                                            |
| e320  | Amis                                                                                                                       |
| e325  | Connaissance, pairs, collègues, voisins et membres d'une communauté                                                        |
| e330  | Personnes en position d'autorité                                                                                           |
| e340  | Prestataires de soins personnels et assistants personnels                                                                  |
| e355  | Professionnels de santé                                                                                                    |
| e360  | Autres professionnels                                                                                                      |
| e410  | Attitudes individuelles des membres de la proche famille                                                                   |
| e425  | Attitudes individuelles des connaissances, pairs, collègues, voisins et membres de la communauté                           |
| e430  | Attitudes individuelles des personnes ayant une position d'autorité                                                        |
| e450  | Attitudes individuelles des professionnels de santé                                                                        |
| e455  | Attitudes individuelles des professionnels de domaines associés à la santé                                                 |
| e460  | Attitudes sociétales                                                                                                       |
| e465  | Normes sociales, pratiques et idéologiques                                                                                 |
| e525  | Services, systèmes et politiques relatifs au logement                                                                      |
| e535  | Services, systèmes et politiques relatifs à la communication                                                               |
| e540  | Services, systèmes et politiques relatifs aux transports                                                                   |
| e550  | Services, systèmes et politiques relatifs au droit                                                                         |
| e555  | Services, systèmes et politiques relatifs aux associations et aux services d'entraide                                      |
| e565  | Services, systèmes et politiques relatifs à l'économie                                                                     |
| e570  | Services, systèmes et politiques relatifs à la sécurité sociale                                                            |
| e575  | Services, systèmes et politiques relatifs aux services sociaux généraux                                                    |
| e580  | Services, systèmes et politiques relatifs à la santé                                                                       |
| e585  | Services, systèmes et politiques relatifs à l'éducation et à la formation                                                  |
| e590  | Services, systèmes et politiques relatifs au travail et à l'emploi                                                         |

## **Annexe 5 : protocole d'étude pour le comité d'éthique**

Cfr. pages suivantes

NB. : les annexes mentionnées dans le protocole ne sont pas fournies ici à l'exception des documents d'information et de consentement pour le patient et le médecin-conseil (annexes 6 et 7 du mémoire).

# PROTOCOLE RELATIF AU MÉMOIRE DE OTTE THOMAS (FSP – UCL)

*Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.*

*Ce document a été rédigé par Thomas Otte. Le « je » a parfois été utilisé pour faciliter la compréhension de la méthodologie.*

## **1. Renseignements généraux**

### **1.1 Titre du protocole et version**

Protocole relatif au mémoire de fin d'études du Master en Sciences de la Santé publique (120 ECTS) de l'UCL de OTTE Thomas dont le titre est :

Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?

### **1.2 Nom et adresse des promoteurs**

- Dr Saskia DECUMAN : Avenue de Tervueren 249 à 1150 Bruxelles
- Dr Corentin DUYVER : CAMG Tour Laennec Avenue Hippocrate 57 à 1200 Bruxelles

### **1.3 Nom et titre de l'investigateur responsable de la réalisation de l'expérimentation**

- Thomas OTTE (ergothérapeute)

### **1.4 Adresse et N° de téléphone des services dans lesquels se déroulera l'expérimentation**

L'étude est susceptible de se dérouler dans un ou plusieurs des six organismes assureurs (OA) belges suivants :

- Les mutualités chrétiennes
- Les mutualités neutres
- Les mutualités socialistes
- Les mutualités libérales
- Les mutualités libres
- La CAAMI (caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité)

Ces derniers disposent de bureaux régionaux. Il n'est pour le moment pas possible de préciser quels seront les lieux exacts de l'expérimentation. Ceux-ci dépendront de l'intérêt des médecins directeurs de chaque organisme assureur et de l'intérêt de leurs médecins-conseils.

## **2. Rationnel de l'expérimentation**

### **2.1 Enoncé de la question de recherche**

Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux-conseils en charge de l'évaluation de l'incapacité de travail au sein d'organismes assureurs belges quant à l'intérêt d'utiliser des core-sets\* de la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) pour servir de base lors de la rédaction du bilan relatif à l'incapacité de travail ou à la mise en place d'un trajet de réintégration d'un assuré

souffrant de dorsolombalgies lors de sa première évaluation intervenant dans les premiers mois d'incapacité de travail ?

\* un core-set est un groupement de certains items de la CIF à utiliser pour une pathologie ou une situation spécifique

## 2.2 Description de la population choisie pour participer à l'étude

Personnes en incapacité de travail souffrant de dorsolombalgies âgées entre 18 et 64 ans. Le genre n'a pas d'importance. (Cfr. point 5.2 pour plus de détails)

## 2.3 Références bibliographiques et résultats ou données obtenus antérieurement ayant un lien avec l'expérimentation

Principales références bibliographiques nous ayant amenés à justifier la nécessité de notre étude :

1. Anner, J., et al., *Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 470.
2. Teller, M. and P. Raeymaekers, *Réintégrer le travail après une incapacité/invalidité : le point de vue des médecins et des employeurs*. Fondation Roi Baudouin, 2017(3513).
3. De Baets, S., et al., *Updating the Evidence on Functional Capacity Evaluation Methods: A Systematic Review*. J Occup Rehabil, 2017.
4. Barth, J., et al., *Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies*. BMJ, 2017. **356**: p. j14.
5. Schellart, A.J., et al., *Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians*. BMC Public Health, 2011. **11**: p. 864.
6. INAMI, *Lombalgies aspécifiques Guide pratique pour l'approche en médecine d'assurance dans l'assurance soins de santé et indemnités - Note CS 2018/06*, CSCMI, Editor. 2017.
7. Foster, N.E., et al., *Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions*. The Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2368-2383.
8. OMS, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. 2001: Genève. p. 304.
9. Le Boulter, P., *La réadaptation écologique suite à un accident vasculaire cérébral : étude transversale de l'influence de la pratique en ergothérapie*. 2013, Institut de Formation en Ergothérapie de Rennes. p. 49.
10. Rossignol, C., *La "classification internationale du fonctionnement" Démarche normative et alibi scientifique pour une clarification de l'usage des concepts*. 2004.
11. Escorpizo, R., et al., *A systematic review of functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health*. J Occup Rehabil, 2011. **21**(2): p. 134-46.
12. Tesio, L., *From codes to language: is the ICF a classification system or a dictionary?* BMC Public Health, 2011. **11**(Suppl 4):S2.
13. Cuisinier, L., *Développement d'une grille de lecture qualitative de l'incapacité de travail permanente - Enquête Delphi sur la pertinence d'items issus de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) de l'OMS pour l'évaluation de l'incapacité de travail permanente*. 2017, Université Libre de Bruxelles: Bruxelles. p. 80.
14. Minis, M.-A., et al., *Classification of employment factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health in patients with neuromuscular diseases: A systematic review*. Disability and Rehabilitation, 2009. **31**(26): p. 2150-2163.

15. Brage, S., P. Donceel, and F. Falez, *Development of ICF core set for disability evaluation in social security*. Disabil Rehabil, 2008. **30**(18): p. 1392-6.
16. Bickenbach, J., et al., *ICF Core Set Manual for Clinical Practice*. 2012, Göttingen: Hogrefe. 141.
17. WFOT, *Position Statement - Occupational Therapy in Work-Related Practice*. 2016. p. 2.

### 3. Objectifs et buts de l'essai

Il y a en Belgique une volonté politique d'implémenter à moyen terme l'utilisation de la CIF dans l'évaluation de l'incapacité de travail. Dès lors, il nous a semblé pertinent de mener une étude préliminaire dans le but de mesurer **la perception** qu'auront les médecins-conseils (MC) et les paramédicaux-conseils (PC) de l'intérêt de structurer les informations bio-psycho-sociales de l'assuré social dans un bilan basé sur la CIF lorsqu'il s'agit de prendre une décision par rapport à la capacité ou à l'incapacité de travail ou à la pertinence d'un trajet de réintégration (e.a. articles 100§1 et 100§2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, articles 20 et 23 de l'Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants).

Nous mesurerons la perception des MC et PC en lien principalement avec les axes suivants : les moyens nécessaires, les plus-value intellectuelles et la communication. Cela dans le but d'identifier les obstacles et facilitateurs relatifs à l'éventualité d'une future implémentation de la CIF similaire à ce qui leur aura été présenté (cfr. point 4) préalablement avec la vignette clinique (structure CIF, items, temps de passation, etc.). Des commentaires libres permettant aux MC et PC de s'exprimer seront également récoltés et analysés.

### 4. Conception de l'essai et méthodologie appliquée

#### 4.1 Description du type d'expérimentation à réaliser et schéma de la conception, de la marche à suivre et des étapes de l'étude

La première partie du travail consistera à identifier les CS et les items de la CIF pour répondre à notre contexte d'évaluation (le retour au travail, l'évaluation de l'incapacité de travail et les dorsolombalgies). Cette sélection se fera sur base d'une revue de littérature semi-exhaustive. La plupart des CS ont déjà été validés par un protocole assez poussé.

Dans un deuxième temps, nous nous rendrons auprès des six OA afin de rencontrer un de leurs assurés souffrant de dorsolombalgies dans le but de créer une vignette clinique. Le but étant de collecter les informations bio-psycho-sociales permettant de compléter le plus grand nombre d'items des CS qui auront été sélectionnés. Sur base de cette vignette clinique, nous compléterons les CS CIF. Ensuite, nous sélectionnerons sur base des six vignettes cliniques, celle ayant permis de compléter un maximum d'items des CS CIF (en étant conscient qu'il peut s'agir d'un cas plus complet que dans d'autres situations).

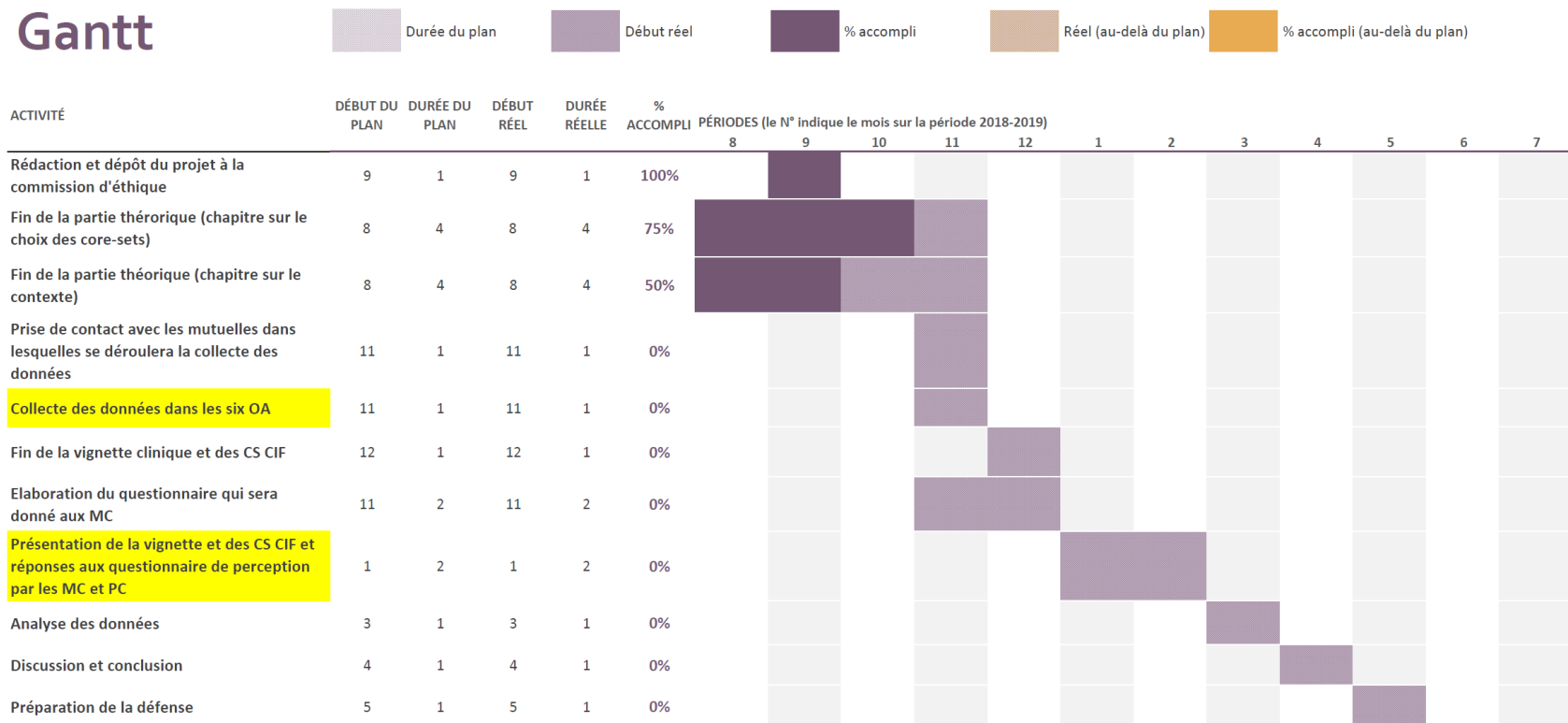
Ensuite, la vignette clinique et le bilan CIF s'y rapportant seront présentés aux MC et PC lors d'une séance spécifique qui sera organisée plusieurs fois. Il leur sera aussi explicité comment le bilan CIF a été complété (conditions de passation, temps, sources requises pour permettre de compléter les items, etc.). Dans la foulée, un questionnaire de perception leur sera soumis par voie électronique (cfr. point 3 pour plus de détails).

L'étudiant a reçu l'autorisation de contacter les médecins directeurs des six OA afin de débiter la partie pratique (sous réserve d'approbation du comité d'éthique).

Le « n » sera défini en fonction des possibilités matérielles que le cadre de ce travail permet et des exigences au niveau statistique. Nous interrogerons des MC et PC francophones de tous les OA belges avec une volonté de soumettre l'étude de perception à des MC et PC issus des 5 provinces wallonnes et de Bruxelles afin d'avoir un panel représentatif. Au cas où il n'est pas possible de réunir suffisamment de MC et PC francophones, nous n'excluons pas de traduire la vignette clinique et le questionnaire de perception en néerlandais. Ensuite, les données provenant des différents MC et PC seront analysées selon une méthode quantitative. Des commentaires ouverts seront également récoltés et analysés.

## Gantt du déroulement du mémoire :

### Gantt



Le protocole de la collecte des données se déroulera comme suit :

- 
- Sélection d'un assuré correspondant aux critères d'inclusion par chaque organisme assureur (OA).
  - L'OA transmet le document de consentement et la note explicative à l'assuré en même temps que sa convocation. Une enveloppe neutre contenant les documents d'informations et de consentement aura été préalablement remises aux secrétariats des mutuelles participantes afin que celles-ci l'envoie à l'assuré sélectionné.
  - Si l'assuré est d'accord de participer, il en informe sa mutuelle par email ou téléphone et leur envoie le formulaire de consentement signé. L'assuré peut également directement me prévenir (facultatif).
  - Le secrétariat de la mutuelle me renvoie l'attestation de consentement signée par l'assuré et son dossier médical complet avant le jour du rendez-vous.

**STOP ?**

Si l'assuré ne désire pas participer à l'étude, il en informe le secrétariat de sa mutuelle (et éventuellement moi s'il le désire). Dans ce cas, la mutuelle est invitée à sélectionner un nouvel assuré entrant dans les critères d'inclusion.

En cas d'accord et de consentement signé :

- 
- Je dispose du dossier médical le plus complet possible qui m'aura été fourni par le secrétariat de la mutuelle de l'assuré. J'en prends connaissance avant le rendez-vous de l'assuré avec son MC et ou PC. A défaut, j'en prendrai connaissance le jour du rendez-vous lors de l'entrevue.
  - Le jour du rendez-vous, l'assuré voit le MC pour un examen tel qu'il se déroule habituellement (j'assiste passivement à cet examen afin de collecter déjà des données).
  - Le MC me confie l'assuré pour que je puisse l'interroger pour compléter les items CIF qui n'auraient pas pu trouver réponse grâce au dossier médical ou à l'examen médical du MC et/ou du PC.

A aucun moment, je ne manipulerai l'assuré.

Les points ci-dessus seront donc exécutés au sein des six OA dans le but d'obtenir six vignettes cliniques.

L'examen médical et l'interview entre moi et l'assuré seront filmés. Le visage de l'assuré sera masqué si nécessaire (càd dans le cas où il serait identifiable) par après dans un logiciel prévu à cet effet. S'il le désire, le MC pourra aussi être masqué.

Ensuite, les six vignettes cliniques seront transposées dans un rapport ayant comme structure les core-sets de la CIF. Cette étape se fera plus tard, hors des locaux des mutuelles. Vous trouverez à l'annexe 2 à titre d'illustration un exemple de rapport CIF vierge.

- **Dans une seconde phase**, la vidéo, les CS CIF complétés et les conditions de passation seront exposés à des MC et PC par groupes de cinq à dix personnes au sein de divers OA et de diverses provinces. C'est lors de cette phase que le questionnaire de perception leur sera donné et ensuite collecté.

**4.2 Critères de sélection des sujets à inclure dans l'expérimentation**

Les assurés seront sélectionnés par leur mutuelle sur base de la pathologie renseignée dans le certificat médical établi par le médecin généraliste/traitant à l'attention du médecin conseil. Cfr. point 5.2 pour le détail des pathologies et les critères d'inclusion.

C'est le secrétariat de la mutuelle qui identifiera l'assuré et le sélectionnera après que le MC ait décidé qu'il devait être convoqué.

Sur base des certificats établis par les médecins généralistes/traitants, les mutuelles procèdent habituellement à un screening. Certains assurés sont vus tandis que d'autres ne sont pas vus (e.a. car le diagnostic laisse présager un retour à l'emploi à plus ou moins court terme soit au contraire car le diagnostic en soi est clairement péjoratif pour un retour à l'emploi).

Les assurés sont prévenus par la poste 2 semaines à l'avance. Il sera demandé au secrétariat, lorsqu'ils reçoivent le nom d'un assuré à convoquer, de vérifier s'il rentre bien dans les critères d'inclusion. Il est important que l'assuré sélectionné soit convoqué pour un rendez-vous avec le MC, et pas uniquement avec un PC.

Il ne sera pas demandé aux mutuelles de convoquer un assuré pour l'étude s'il ne l'aurait pas été en temps normal.

#### ***4.3 Enoncé précis des principales données à évaluer durant l'expérimentation***

La collecte de données se déroulera donc en deux phases. La première phase consiste à récolter des données d'assurés sociaux dans le but de créer des vignettes cliniques. La seconde phase consiste à présenter une vignette clinique à des MC et PC et à ensuite mesurer leur perception au moyen d'un questionnaire.

##### **Première phase**

Premièrement, lorsque l'assuré aura signé le formulaire de consentement et transmis ce dernier au secrétariat de sa mutuelle, je recevrai de cette dernière l'ensemble de son dossier médical. J'en prendrai connaissance.

Deuxièmement, l'assuré sera vu par le MC lors d'une visite médicale classique au sein de sa mutuelle. J'assisterai passivement à cette visite.

A l'issue de la visite médicale avec le MC, je m'entretiendrai avec l'assuré seul à seul afin de lui poser d'éventuelles questions me permettant de compléter les items de la CIF. Les items de la CIF serviront donc de trame pour mener cette entrevue. Des items des core-sets « Lombalgies », « Réadaptation professionnelle », « Générique » ainsi que le core-set publié par l'EUMASS seront abordés. Quelques items non repris dans l'un de ces quatre core-sets pourront également être abordés.

Vous trouverez le détail des items susceptibles d'être abordés à l'annexe 2 (Exemple questionnaire CIF). Les définitions des items sont intégrées à l'annexe. Afin de ne pas surcharger le présent document, il vous est demandé de consulter l'annexe.

## Deuxième phase

La deuxième phase de collecte de données consistera en la présentation à plusieurs groupes de MC et de PC d'une des vignettes cliniques et du bilan CIF s'y rapportant. Je pense réunir les MC et PC par groupe de 5 à 10 personnes. Les conditions de la récolte des données de la première phase leur seront explicitées.

Ensuite ils recevront un questionnaire de perception dans la foulée qu'ils seront priés de compléter et de me remettre juste après sous enveloppe anonyme.

Il s'agira d'échelle de type Likert. Les items n'ont pas encore été définis mais cette deuxième phase d'analyse n'implique pas le patient. Une partie davantage qualitative sera également intégrée au questionnaire afin de permettre au MC et PC de faire des suggestions ou de faire part d'éléments non repris dans les items mesurés par l'échelle de Likert.

Par la suite, les données relatives aux perceptions du MC et PC seront analysées au niveau statistique et également au niveau qualitatif. Il est important de noter que cette analyse ne s'inscrit pas dans une véritable démarche d'analyse qualitative puisqu'il ne sera pas possible d'arriver à une saturation des données.

### ***4.4 Durée prévue de la participation des sujets***

Généralement un assuré reste environ 15 minutes avec le MC. L'entrevue entre moi et l'assuré est estimée à environ une heure.

### ***4.5 Méthodes d'analyse des données y compris des données manquantes, inutilisées ou erronées***

Les données seront analysées sur base de tests statistiques (non-)paramétriques et de statistiques descriptives.

Les données manquantes seront codées spécifiquement et apparaîtront de manière spécifique dans les résultats. Les commentaires ouverts seront également analysés et ce d'une manière qualitative (mais non itérative).

### ***4.6 Description des « règles d'arrêt » concernant la participation des sujets à l'expérimentation, en partie ou en totalité***

L'assuré pourra se retirer de l'étude à tout moment avant l'entrevue ou durant cette dernière.

### ***4.7 Critères d'abandon de l'expérimentation***

Il n'y a pas de critère spécifique identifié qui engendrerait l'interruption de l'entrevue entre moi et l'assuré.

L'expérimentation pourrait ne pas être menée à son terme si une collaboration satisfaisante entre moi et les OA n'était pas possible. Dans ce cas, la méthodologie pour créer la vignette clinique sera revue et une nouvelle demande sera introduite au comité d'éthique.

Si la situation le permet/le nécessite, les critères d'abandon des six assurés pourront être également analysés en détail. Dans ce cas, une nouvelle demande au comité d'éthique sera introduite préalablement.

## 5. Public cible

### 5.1 Nombre de sujets prévus

Pour la première phase, six sujets (assurés sociaux) serviront à réaliser les vignettes cliniques.

Pour la deuxième phase, le nombre de MC et PC qui seront inclus dans l'étude est encore inconnu. Le « n » minimum sera calculé préalablement. Nous espérons pouvoir donner le questionnaire de perception à plusieurs dizaines de MC et PC. Il dépendra en partie de l'intérêt des OA et de leur personnel d'y participer.

La ventilation entre les différents OA est impossible à préciser actuellement. Nous comptons interroger des MC et PC des six OA et se rendre dans l'ensemble des provinces francophones et à Bruxelles afin d'avoir une certaine hétérogénéité dans notre échantillon. Chaque MC et PC pourra me contacter s'il désire répondre au questionnaire de perception dans le cas où ils n'auraient pas eu l'occasion de participer à une session de groupe au sein de leur mutuelle. Dans ce cas j'organiserai un rendez-vous.

### 5.2 Critères d'inclusion des sujets

Un critère d'inclusion par défaut est le fait d'être affilié à un organisme assureur belge et d'être reconnu en incapacité de travail suite à une des pathologies suivantes :

| Pathologies                           | Code ICD-10 |
|---------------------------------------|-------------|
| Cyphose et lordose                    | M40         |
| Scoliose                              | M41         |
| Ostéochondrite vertébrale             | M42         |
| Autres dorsopathies avec déformation  | M43         |
| Spondylarthrite ankylosante           | M45         |
| Autres spondylopathies inflammatoires | M46         |
| Spondylarthrose                       | M47         |
| Autres spondylopathies                | M48         |
| Atteintes des disques cervicaux       | M50         |

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Atteintes d'autres disques intervertébraux | M51 |
| Autres dorsopathies, non classées ailleurs | M53 |
| Dorsalgies                                 | M54 |

Cette liste de termes issus de la classification ICD-10 n'est pas exhaustive. Une liste sera fournie aux OA afin de faciliter la sélection des participants. Cette liste inclura des termes plus génériques tels que « mal au dos », « douleurs dorsales », « lombalgies », « iscialgies », « lombosciatalgies », etc. En effet, le certificat médical fourni par le médecin généraliste/traitant comporte parfois des termes assez vagues concernant la raison de l'incapacité de travail.

Les personnes convoquées devront avoir au minimum 18 ans. La genre n'a pas d'importance. Les assurés auront de facto maximum 64 ans puisqu'au-delà, ils ne bénéficient plus de l'assurance indemnités de l'INAMI.

### *5.3 Critères d'exclusion des sujets*

Les assurés souffrant d'une pathologie autre que des dorsolombalgies (ou de ses éventuelles comorbidités) et qui seraient la raison principale de l'incapacité de travail.

Les assurés, qui, juste avant leur mise en incapacité de travail, bénéficiaient de l'assurance chômage.

Les assurés ne sachant pas s'exprimer en français, néerlandais ou anglais avec un niveau suffisant.

## *6. Confidentialité des données*

L'identité et la participation des sujets à l'expérimentation demeureront strictement confidentielles conformément à la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.

Les données à caractère personnel seront anonymisées à la suite de la première phase de collecte des données. Les sujets ne seront pas identifiés par leur nom, ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'expérimentation en ce compris dans la vidéo, la vignette clinique et les items CIF complétés.

L'investigateur et les établissements autoriseront la surveillance, les vérifications, l'examen et les inspections réglementaires des autorités compétentes liés à l'expérimentation, en permettant l'accès direct aux données/documents de base et ce en toute confidentialité.

L'étudiant chercheur est agent à l'INAMI. Les données relatives aux assurés ainsi qu'aux médecins-conseils et paramédicaux-conseils ne seront en aucun cas communiquées à l'INAMI.

## *7. Comité d'Éthique*

L'expérimentation est soumise à l'approbation du « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCL ».

#### **8. Assurance**

Coordonnées de l'assureur :

Amlin Europe, Boulevard du Roi Albert II 9 à 1210 Bruxelles

Une copie du certificat d'assurance couvrant la responsabilité est présentée à l'annexe 3.

#### **9. Suppléments – annexes**

Annexe N°2 : Bilan CIF reprenant l'ensemble des items qui sont susceptibles d'être abordés lors de notre première phase de collecte de données.

Annexe N°3 : Copie du certificat d'assurance couvrant la responsabilité même sans faute (art. 29 de la loi du 7 mai 2004 sur l'expérimentation humaine)

Annexe N°4 : Document d'information destiné aux patients et document de consentement destiné au patient

Annexe N°4bis : Document d'information destiné aux médecins-conseils et document de consentement destiné au médecin-conseil

Annexe N°5 : Résumé de l'étude

Annexe N°6 : CV de l'étudiant (moi)

Annexe N°7 : CV du promoteur (l'investigateur principal)

Annexe N°8 : CV du copromoteur

## **Annexe 6 : document d'information et de consentement pour le patient**

Bruxelles, le 21 janvier 2019

Madame, Monsieur,

Je suis ergothérapeute et étudiant à la faculté des sciences de la santé publique à l'Université catholique de Louvain.

Vous êtes en incapacité de travail pour cause de douleurs au dos et vous êtes prochainement convoqué chez le médecin-conseil de votre mutuelle. Vous trouverez ci-joint le document d'information au patient concernant une étude à laquelle vous pouvez participer. Veuillez le lire attentivement et, si vous êtes d'accord d'y participer, compléter le formulaire de consentement éclairé. Veuillez renvoyer ce document le plus rapidement possible (de préférence demain ou le prochain jour ouvrable) au secrétariat de votre mutualité dont les coordonnées sont indiquées au bas de ce courrier. Vous pouvez également m'envoyer un email ou me téléphoner afin que je sois rapidement au courant du fait que vous êtes d'accord de participer à l'étude. Mes coordonnées sont également présentes en bas du courrier. Si vous n'êtes pas d'accord de participer, vous pouvez prévenir votre mutuelle de votre refus. Dans ce cas, je ne serai pas au courant de votre identité. Vous aurez alors rendez-vous avec votre médecin-conseil pour une visite médicale classique. Le fait que vous acceptiez ou non de participer n'influencera en rien la gestion future de votre dossier d'incapacité de travail par votre mutuelle.

Je suis également disponible pour répondre à toute question éventuelle, dès maintenant par email ou téléphone, ou éventuellement lors de votre arrivée à la mutuelle le jour de la convocation. Je suis là pour vous expliquer des mots ou du contenu que vous ne comprendriez pas. Les éléments les plus importants sont surlignés en vert.

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à la lecture des documents.

Bien à vous,

Thomas Otte  
Ergothérapeute diplômé  
Étudiant en sciences de la santé publique à  
l'UCL  
[thomas.otte@student.uclouvain.be](mailto:thomas.otte@student.uclouvain.be)

Adresse du secrétariat de votre mutuelle  
(à compléter par celui-ci) :

## INFORMATION AU PATIENT

### Titre du projet de recherche :

Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une expérimentation. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation.

### **Objectif et description de l'expérimentation**

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure 6 patients.

L'objectif de cette expérimentation consiste principalement à identifier les facilitateurs et les obstacles relatifs à l'utilisation d'un bilan basé sur la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) pour servir de base à la rédaction d'un rapport destiné à documenter une décision par rapport à la capacité de travail ou à la pertinence d'un trajet de réintégration.

La perception quant à l'intérêt d'un bilan basé sur la CIF pour communiquer entre les différents acteurs (e.a. médecin-conseil, médecin de famille, médecin du travail) intervenant dans un processus de retour au travail sera également mesurée.

Cette étude permettra aussi d'identifier pour chaque items de la CIF la qualité et la provenance des informations dont l'ergothérapeute a pu disposer pour compléter l'évaluation (informations médicales provenant du médecin-conseil, rapports médicaux externes, rapports paramédicaux externes, données subjectives provenant de l'assuré (vous) ou absence d'information).

**Si vous acceptez de participer à cette expérimentation, il vous sera demandé de réaliser un entretien avec un ergothérapeute (= l'étudiant de master en sciences de la santé publique à l'UCL) pendant environ une heure.** Cet entretien aura lieu seul à seul entre vous et l'ergothérapeute. L'ergothérapeute aura pris préalablement connaissance de votre dossier médical dont dispose le médecin-conseil de votre mutuelle. Cet entretien aura lieu juste après que vous ayez rencontré le médecin-conseil pour la visite médicale classique (à laquelle l'ergothérapeute assistera en tant qu'observateur).

Lors de l'entretien avec l'ergothérapeute à l'issue de votre visite-médicale avec le médecin-conseil, il vous posera des questions relatives à votre état de santé, à l'origine de vos douleurs et à votre situation socio-professionnelle.

La visite médicale avec le médecin-conseil ainsi que l'entretien avec l'étudiant seront filmés avec la garantie que vous ne soyez pas reconnaissable ni identifiable.

L'ergothérapeute qui vous posera les questions est un ergothérapeute diplômé agréé par le SPF Santé Publique qui ne travaille pas pour votre mutuelle. Cet ergothérapeute est étudiant en dernière année pour le master en sciences de la santé publique à l'Université catholique de Louvain. Pour votre information, cet ergothérapeute travaille aussi pour l'INAMI mais cette étude est réalisée en tant qu'étudiant dans le cadre de son mémoire. Aucune information permettant de vous identifier ne sera transmise à l'INAMI, ou à d'autres instances, de quelques manières que ce soit.

Les données récoltées lors des étapes expliquées ci-dessus serviront à créer une « vignette clinique », c'est-à-dire que votre situation servira d'exemple pour la suite de l'étude.

L'ergothérapeute en charge de l'étude va réaliser 6 entretiens afin de réaliser 6 vignettes cliniques dans chacune des 6 familles de mutuelles belges (mutualités chrétiennes, neutres, socialistes, libérales, libres et la CAAMI). Seule une seule de ces 6 vignettes sera utilisée pour la suite de l'étude (2<sup>ème</sup> partie).

La 2<sup>ème</sup> partie de l'étude pour laquelle une des 6 vignettes cliniques sera utilisée consiste en la présentation de votre situation au moyen de la vidéo et d'un descriptif de votre situation médicale et socio-professionnelle au moyen d'un bilan basé sur la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) à plusieurs groupes de médecins-conseils et paramédicaux-conseils de diverses mutuelles belges. Toutes les données permettant de vous identifier auront été préalablement entièrement supprimées (en ce compris le masquage de votre visage sur la vidéo). Seules les vidéos dans lesquelles vous serez non-reconnaissables seront gardées. Les vidéos originales avant masquage de votre visage seront supprimées dans les 60 jours maximum suivant l'enregistrement.

A la suite de cette présentation, les médecins-conseils et paramédicaux-conseils recevront un questionnaire afin de mesurer leur perception relative aux facilitateurs et aux obstacles par rapport à l'implémentation d'un bilan CIF. Leur perception relative à l'intérêt d'un bilan CIF pour faciliter la communication entre les différents acteurs impliqués dans la réintégration professionnelle sera aussi

mesurée. Cette 2<sup>ème</sup> phase représente le cœur de l'étude. La 1<sup>ère</sup> phase (création des 6 vignettes cliniques) dans laquelle vous êtes impliqué n'est qu'un préalable pour mener la 2<sup>ème</sup> phase de l'étude.

### **Promoteur de l'expérimentation**

Les promoteurs de l'expérimentation sont le Dr Saskia Decuman (INAMI) et le Dr Corentin Duyver (UCL).

### **Participation volontaire**

**Votre participation à cette expérimentation est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer.** Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'expérimentation font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette expérimentation n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Le suivi effectué par votre mutuelle et par le médecin-conseil ne sera pas affecté par votre décision.

### **Bénéfices**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette expérimentation, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

### **Assurance**

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette expérimentation, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur :

Amlin Europe, Boulevard du Roi Albert II 9 à 1210 Bruxelles

## **Protection de la vie privée**

**Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles.**

Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi en vigueur du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur.

Les coordonnées du Data Protection Officer de l'UCLouvain sont : [privacy@uclouvain.be](mailto:privacy@uclouvain.be)

## **Comité d'éthique**

**Cette expérimentation est évaluée par un comité d'éthique indépendant**, à savoir le comité d'Éthique hospitalo-facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles (Université catholique de Louvain) qui a émis un avis favorable le 17 janvier 2019.

## **Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation/enquête**

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'expérimentation ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Thomas OTTE (ergothérapeute)

Téléphone : 0485-525-908

E-mail : [thomas.otte@student.uclouvain.be](mailto:thomas.otte@student.uclouvain.be)

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PATIENT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'expérimentation intitulée :

Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au patient (à défaut, les copies me seront données lors de mon arrivée à ma mutuelle le jour du rendez-vous). J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'expérimentation et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'expérimentation; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette expérimentation a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'expérimentation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.

7. Je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.
8. Je suis d'accord que les résultats de l'étude soient publiés dans le mémoire de l'étudiant et/ou dans un article scientifique tout en garantissant mon anonymat.

---

Nom et Signature du (de la) patient(e)

---

Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) patient(e) mentionné(e) ci-dessus.

---

Signature de la personne qui procure l'information

---

Date (jour/mois/année)

**Annexe 7 : Document d'information et de consentement pour le médecin-conseil**

**INFORMATION DESTINÉE AUX MÉDECINS-CONSEILS  
PARTICIPANT À LA PREMIÈRE PHASE DE L'ÉTUDE DÉCRITE CI-  
DESSOUS**

Titre du mémoire (projet de recherche) :

Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ?

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une expérimentation. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette expérimentation.

Cette étude est menée par Thomas Otte, ergothérapeute diplômé, dans le cadre de son mémoire en sciences de la santé publique à l'UCL.

**Objectif et description de l'expérimentation**

Il s'agit d'une expérimentation qui devrait inclure 6 patients.

L'objectif de cette expérimentation consiste principalement à identifier les facilitateurs et les obstacles relatifs à l'utilisation d'un bilan basé sur la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) pour servir de base à la rédaction d'un rapport destiné à documenter une décision par rapport à la capacité de travail ou à la pertinence d'un trajet de réintégration (e.a. articles 100§1 et 100§2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, articles 20 et 23 de l'Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants).

La perception quant à l'intérêt d'un bilan basé sur la CIF pour communiquer entre les différents acteurs (e.a. médecin-conseil, médecin de famille, médecin du travail) intervenant dans un processus de retour au travail sera également mesurée.

Cette étude permettra aussi d'identifier pour chaque item de la CIF la qualité et la provenance des informations dont l'ergothérapeute a pu disposer pour compléter l'évaluation (informations médicales provenant du médecin-conseil, rapports médicaux externes, rapports paramédicaux externes, données subjectives provenant de l'assuré (vous) ou absence d'information).

Si vous acceptez de participer à cette expérimentation en tant que médecin-conseil, il vous sera demandé les choses suivantes :

- Permettre à l'ergothérapeute d'assister passivement à la visite-médicale de l'assuré participant à l'étude. (L'ergothérapeute aura reçu préalablement du secrétariat de votre mutuelle le dossier médical de l'assuré. A défaut, vous en remettrez une copie ou en donnerez l'accès à l'ergothérapeute le jour de sa venue.) Cette visite médicale sera filmée. Le visage de l'assuré sera masqué par la suite afin qu'il ne soit pas identifiable. Si vous le désirez, le vôtre pourra l'être également.
- Laisser l'ergothérapeute réaliser un entretien seul à seul (après que vous ayez réalisé l'examen médical) avec l'assuré afin de collecter des informations dans le but de créer une vignette clinique et par la suite de compléter les items de core-sets de la CIF.

L'ergothérapeute en charge de l'étude va réaliser 6 entrevues afin de réaliser 6 vignettes cliniques dans chacun des 6 organismes assureurs belges (mutualités chrétiennes, neutres, socialistes, libérales, libres et la CAAMI). Seule une seule de ces 6 vignettes sera utilisée pour la suite de l'étude (2<sup>ème</sup> partie).

La 2<sup>ème</sup> partie de l'étude pour laquelle une des 6 vignettes cliniques sera utilisée consiste en la présentation de la situation d'un assuré au moyen de la vidéo et d'un descriptif de sa situation médicale et socio-professionnelle au moyen d'un bilan basé sur la CIF (classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) à plusieurs groupes de médecins-conseils et paramédicaux-conseils de diverses mutuelles belges. Toutes les données permettant d'identifier l'assuré (et vous si vous en avez émis le souhait) auront été préalablement entièrement supprimées (en ce compris le masquage du (des) visage(s) sur la vidéo). Seules les vidéos dans lesquelles vous serez non-reconnaissables seront gardées. Les vidéos originales avant masquage de votre visage seront supprimées dans les 60 jours maximum suivant l'enregistrement. A la suite de cette présentation, les médecins-conseils et paramédicaux-conseils recevront un questionnaire afin de mesurer leur perception relative aux facilitateurs et aux obstacles par rapport à l'implémentation d'un bilan CIF. Leur perception relative à l'intérêt d'un bilan CIF pour faciliter la communication entre les différents acteurs impliqués dans la réintégration professionnelle sera aussi mesurée. Cette 2<sup>ème</sup> phase représente le cœur de l'étude. La

première phase (création des 6 vignettes cliniques) dans laquelle vous êtes impliqué n'est qu'un préalable pour mener la 2<sup>ème</sup> phase de l'étude.

Pour votre information, l'ergothérapeute menant l'étude travaille pour l'INAMI mais cette étude est réalisée en tant qu'étudiant dans le cadre de son mémoire. Aucune information permettant de vous identifier, ni d'identifier l'assuré, ne sera transmise à l'INAMI, ou à d'autres instances, de quelques manières que ce soit.

### **Promoteurs de l'expérimentation**

Les promoteurs de l'expérimentation sont le Dr Corentin Duyver et le Dr Saskia Decuman.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette expérimentation est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'expérimentation à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'expérimentation font partie intégrante de celle-ci.

### **Bénéfices**

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette expérimentation, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

### **Assurance**

Une assurance couvrant les risques pour le patient conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004 a été souscrite.

Noms et coordonnées de l'assureur :

Amlin Europe, Boulevard du Roi Albert II 9 à 1210 Bruxelles

## **Protection de la vie privée**

Votre identité et votre participation à cette expérimentation demeureront strictement confidentielles.

Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

La protection des données personnelles est assurée par la loi en vigueur du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par la réglementation européenne (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur.

Les coordonnées du Data Protection Officer de l'UCLouvain sont : [privacy@uclouvain.be](mailto:privacy@uclouvain.be)

## **Comité d'éthique**

Cette expérimentation est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le comité d'Éthique hospitalo-facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles (Université catholique de Louvain) qui a émis un avis favorable le 17/01/2019.

## **Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'expérimentation/enquête**

Si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Thomas OTTE (ergothérapeute)

Téléphone : 0485-525-908

E-mail : [thomas.otte@student.uclouvain.be](mailto:thomas.otte@student.uclouvain.be)

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE MÉDECIN-CONSEIL

9. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),

.....

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'expérimentation intitulée :

|                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quelle est la perception des médecins-conseils et des paramédicaux par rapport à l'usage des core-sets CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorsolombalgies ? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information (à défaut, les copies me seront données lors de mon arrivée à ma mutuelle le jour du rendez-vous). J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'expérimentation et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'expérimentation; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

11. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

12. Je sais que cette expérimentation a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire des Cliniques universitaires Saint-Luc.

13. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'expérimentation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

14. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.

15. Je consens de mon plein gré à participer à cette expérimentation.

16. Je suis d'accord que les résultats de l'étude soient publiés dans le mémoire de l'étudiant et/ou dans un article scientifique tout en garantissant mon anonymat.

17. Je désire que mon visage apparaisse masqué dans la vidéo de la vignette clinique (dans le cas où la vignette dans laquelle vous apparaissez est sélectionnée).

OUI / NON

\_\_\_\_\_  
Nom et Signature du médecin-conseil

\_\_\_\_\_  
Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/M. (NOM, Prénoms) ..... confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au médecin-conseil mentionné ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui procure l'information

\_\_\_\_\_  
Date (jour/mois/année)



