

Faculté de santé publique

Étude exploratoire de la fonction de disability case-manager : le cas de la lombalgie chronique

Mémoire réalisé par
Clément MINNITI

Promoteur
Sophie THUNUS

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

Faculté de santé publique

Étude exploratoire de la fonction de disability case-manager : le cas de la lombalgie chronique

Mémoire réalisé par
Clément MINNITI

Promoteur
Sophie THUNUS

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

Je tiens d'abord à remercier, ma promotrice, Mme Sophie Thunus qui m'a accompagné dans la réalisation de ce travail. Ses précieux conseils ont été extrêmement utiles.

Je souhaite également remercier Mr Christophe De Letter et Mr Jean Macq pour avoir accepté d'être lecteurs de ce mémoire et pour leur participation à ma soutenance.

Je souhaite aussi grandement remercier les disability case-managers interrogées pour le temps et les précieuses informations qu'ils m'ont transmises pour permettre la finalisation de ce travail.

Mes remerciements vont aussi à l'organisme Prévent et au service d'indemnité de l'INAMI et tout particulièrement à Mme Saskia Decuman pour son implication dans mon étude.

Je souhaite également remercier Mr Damiano Salvi et Mr Philippe Mairiaux, deux personnes ressources dans le cadre de la production de ce travail.

Enfin, un grand merci à ma famille, mes proches et particulièrement à Marie Turmel ; pour leur soutiens et l'aide qu'ils m'ont apportée tout au long de la réalisation de mon master qui se conclue par ce travail.

Le plagiat

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

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION	1
1-CADRE THEORIQUE.....	2
1.1-LA LOMBALGIE.....	2
1.1.1-Définition	2
1.1.2-Épidémiologie de la lombalgie	2
1.1.3-Une haute consommation en soins de santé	3
1.1.4-Un coût social élevé	3
1.1.5-Identification de la population d'étude	4
1.2-UNE PATHOLOGIE COMPLEXE NECESSITANT UNE APPROCHE GLOBALE.....	4
1.3-UN SYSTÈME DE SOINS FRAGMENTÉ	6
1.4- DES CRITERES DE QUALITE DES SOINS QUI FONT DEFAUT.....	7
1.4.1-Globalité des soins.....	7
1.4.2-Discontinuité des soins	9
1.4.3-Une communication inefficace.....	10
1.5-COORDINATION	10
1.6-CADRE THEORIQUE DU CASE MANAGEMENT.....	11
1.6.1-Définition	11
1.6.2 -Les trois dimensions du case-management	12
1.6.3- Le développement du case-management en Belgique.....	12
1.7-LE DISABILITY MANAGEMENT	13
1.7.1-Définition	13
1.7.2-Origine et développement du modèle en Belgique	13
1.7.3-Principes du disability management.....	14
1.7.4-Les professionnels exerçant le disability management en Belgique.....	15
1.7.5-Intérêt et efficacité du modèle d'intervention du disability management.....	15
1.8-SYNTHESE	16
2-METHODOLOGIE	17
2.1-CHOIX DE LA METHODE	18
2.2-COLLECTE DES DONNEES	18
2.2.1-Création d'un guide d'entretien	18
2.2.2-Caractéristiques du chercheur.....	18
2.2.3-Contexte des entretiens.....	19
2.2.4-Considérations éthiques	19
2.2.5-Échantillonnage	19
2.2.6-Critique méthodologique.....	21
2.3-ANALYSE DES DONNEES COLLECTEES	22
3- RESULTATS	23
A) EXPERIENCE OBJECTIVE DU DISABILITY CASE-MANAGER.....	23
3.1-QUI EST LE DISABILITY CASE-MANAGER ?	23
3.1.1- Parcours professionnel	23
3.1.2-Formation spécifique en disability management	24
3.1.3-Poste occupé et structures de rattachement	25
3.1.4-Population bénéficiant de disability management	26
3.1.5-Compétences.....	27
3.1.5.1- Savoir-être.....	27
3.1.5.2- La communication	27
3.1.5.3-Le disability case-manager, un avocat.....	28
3.1.5.4-Une vision holistique	29
3.1.5.5-Vision réseaux	30
3.1.5.6-Vision positive	31
3.1.5.7-Le patient acteur	31

3.1.5.8-Le disability case-manager, un leader	32
3.2-QUE FAIT LE DISABILITY CASE-MANAGER ? COMMENT LE FAIT-IL ?	32
3.2.1-Formalisation de la pratique initiale.....	32
3.2.2-Aspect financier	33
3.2.2.1-Financement des prestations	33
3.2.2.2-Subsidiarité de l'intervention du disability case-manager	35
3.2.3 Différentes tâches qui se matérialisent au travers d'un processus commun.....	36
3.2.3.1-Évaluation du patient	36
3.2.3.2-Identification des exigences liées à l'emploi	36
3.2.3.3-Confrontation des points de vue et interventions.	37
3.2.4-Fréquence du suivi	38
CONCLUSION DE L'EXPERIENCE OBJECTIVE DU DISABILITY CASE-MANAGER	38
B) EXPERIENCE SUBJECTIVE DU DISABILITY CASE-MANAGER	39
3.2.-FREINS, DIFFICULTES ET LIMITES DANS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS	39
3.2.1-Une fonction qui n'existe nullement sur un plan formalisé	39
3.2.2-Une intervention réactive et tardive.....	40
3.2.3-La responsabilité de l'employeur	41
3.2.4-La responsabilité du patient.....	42
3.2.5-Limites financières	42
3.2.6-Un manque d'outils favorisant la communication	43
3.2.-DEVELOPPEMENTS ET LEVIERS FAVORISANT L'IMPLEMENTATION DU DISABILITY MANAGEMENT	44
3.2.1-Formation	44
3.2.2-Cadre légal	44
3.2.2.1-Légiférer en faveur du métier	44
3.2.2.2-Légiférer en faveur d'une intervention précoce.....	45
3.2.2.3-Légiférer en faveur d'une intervention proactive	46
3.2.2.3.1-Par l'implémentation du disability management en entreprise	46
3.2.2.3.2-Par l'implémentation du disability management au sein des services externes.....	48
3.2.2.4-Légiférer au niveau des outils	49
3.2.3-UNE VOLONTE DE REGROUPEMENT	49
3.2.3.1-Positionnement des ergothérapeutes.....	49
3.2.3.2-Association.....	50
CONCLUSION DE L'EXPERIENCE SUBJECTIVE DU DISABILITY CASE-MANAGER.....	50
5- DISCUSSION	50
5.1-PISTES ET RECOMMANDATIONS.....	50
5.1.1-Le disability case-management au sein des mutualités et des hôpitaux.....	51
5.1.2-Le disability management en entreprise	52
5.1.3-Recommandations conjointes ou opposées ?.....	54
5.2-LE PROFIL ET LES PRATIQUES DU DISABILITY CASE-MANAGER	56
5.3-DISABILITY CASE-MANAGER, LE PASSAGE D'UNE FONCTION A UN METIER	58
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61

Liste des abréviations

DCM : Disability case-manager

DM : Disability management

FEDRIS: Agence fédérale des risques professionnels

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

LCNS : Lombalgie chronique non-spécifique

NIDMAR : Institut national du disability management et de la recherche

Introduction

Ayant été sensibilisé au manque d'intégration des soins et services que reçoivent les patients lombalgiques, j'ai choisi de mobiliser les connaissances acquises dans le cadre du master en science de la Santé Publique et plus particulièrement celles reliées à l'option coordination et réseau de soin, pour rédiger un mémoire visant à analyser cette problématique de santé publique majeure.

En effet, le mal de dos est considéré comme le mal du siècle comme on a coutume de l'entendre. Cependant la résolution de cette problématique reste ambiguë et incertaine. La complexité de cette atteinte et l'inadéquade réponse offerte par le système de soins de santé belge favorisent la chronicisation des douleurs chez les patients lomabalgiques (Van Wambeke et al., 2017). Dès lors que cette pathologie devient chronique, elle se manifeste par une incapacité de travail dommageable tant pour le patient, que pour la société.

L'augmentation des patients atteints de lombalgie chronique et les coûts sociaux qui y sont liés s'accompagnent d'une diminution de la population active (Jonckher et al., 2017).

Parallèlement, il apparaît que dans les pays industrialisés, l'espérance de vie est en constante augmentation (Souza & Cruz, 2018). Le vieillissement de la population a pour conséquence d'augmenter le coût relatif aux retraites (OCDE, 2010).

La population active diminuée doit alors supporter un coût social en constante augmentation. Le retour au travail du patient lombalgique chronique est donc une préoccupation majeure en santé publique. Ainsi, la présente étude visera à explorer une solution particulière afin de répondre aux besoins que rencontre le patient lombalgique chronique dans son processus de retour au travail. En ce sens, la fonction de disability case-manager qui émane du modèle d'intervention du case-management sera explorée. L'ensemble de ces réflexions ont abouti à la formulation de la question de recherche suivante : « Quel est le profil, quelles sont les pratiques, quelle est l'expérience des disability case-managers exerçant en Belgique, et comment ces professionnels répondent-ils aux besoins que rencontre le patient lombalgique chronique non-spécifique dans sa réinsertion professionnelle ? » Pour répondre à cette question de recherche, le cadre théorique visera d'abord à définir les notions et concepts liés à la problématique étudiée. Ensuite, la méthodologie permettant de récolter les données qualitatives de cette étude exploratoire sera explicitée. Dans un troisième temps, les résultats obtenus grâce au recueil d'expérience, récolté durant différents entretiens semi-directifs auprès de disability case-manager, seront présentés et analysés. Pour terminer, ces résultats seront discutés et enrichis par la littérature en vue de répondre à la question de recherche.

1-Cadre théorique

1.1-La lombalgie

1.1.1-Définition

La lombalgie est une douleur ou gêne fonctionnelle qui est située entre la douzième côte et le pli fessier, des irradiations dans les membres inférieurs peuvent y être associées (Elleuch et al., 2015). Cette douleur trouve son origine selon qu'elle soit « médicale spécifique » comme c'est le cas pour une fracture pour une tumeur, une infection localisée entre la première et la cinquième vertèbre, pour une maladie rhumatismale ou un trouble du métabolisme. Dans ce cas, la douleur est qualifiée de « lombalgie spécifique ». Cependant, 85% à 90% de douleurs ne sont pas consécutives aux symptômes subventionnés, ces affections sont alors qualifiées de « lombalgies communes » ou « non spécifiques » (Elleuch et al., 2015). La lombalgie présente trois stades d'évolution au cours du temps : « lombalgie aiguë », « lombalgie subaiguë » et « lombalgie chronique ». Les durées associées sont respectivement de : moins de six semaines, entre six semaines et trois mois et plus trois mois (Mairiaux & Mazina, 2008). Selon le rapport du KCE datant de 2017, les douleurs du bas du dos représentent un problème de santé publique majeur puisque cette problématique combine à la fois une haute prévalence, une consommation en soins de santé importante ainsi qu'un coût social élevé (Jonckher et al., 2017).

1.1.2-Épidémiologie de la lombalgie

La récente revue de la littérature menée par Hartvigsen et al. (2018) a montré que la lombalgie est la première cause d'invalidité dans le monde, environ 540 millions de personnes ont été impactés par cette pathologie à un moment de leur vie. Au niveau de la population belge, la prévalence correspondante à la vie entière est de 59% alors que la prévalence annuelle est de 42% (Mairiaux & Mazina, 2008). D'après Van der Heyden et Charafeddine (2013) la lombalgie apparaît comme la maladie chronique la plus fréquente en Belgique puisque 18,7% des hommes et 22,7% des femmes déclarent en souffrir.

Les chiffres mettant en lien la lombalgie et le travail sont aussi particulièrement marquants. En effet, l'enquête réalisée en 2010 sur les conditions de travail des européens montre qu'environ 46% des travailleurs européens (44% pour les travailleurs belges) se plaignent de douleurs au niveau du bas du dos (Demaret et al., 2013).

Il apparaît alors que cette pathologie présente une haute prévalence tant à l'échelon national que mondial, qui se traduit par une consommation importante en soins de santé.

1.1.3-Une haute consommation en soins de santé

Les douleurs du bas du dos engendrent une haute consommation de soins, selon l'enquête de santé par interview datant de 2013, 21% des personnes de 15 ans et plus déclarent avoir souffert de douleurs au niveau du bas du dos dans les 12 derniers mois (Van der Heyden & Charafeddine, 2013). Selon le rapport du KCE, environ 40 000 patients lombalgiques ont été hospitalisés et environ 46 .000 ont été admis en hôpital sur l'année 2006 en raison de ces douleurs du bas du dos (Nielens et al., 2006).

Il convient maintenant de s'intéresser à l'importance du coût social généré.

1.1.4-Un coût social élevé

La lombalgie chronique apparaît selon Delépine, Levert, Meyer et Zana (2011) comme la première cause de handicap au travail avant 45 ans. Le KCE a tenté d'évaluer le coût direct total annuel de la lombalgie chronique en Belgique, il en ressort qu'il s'élèverait au moins à 83,8 millions d'euros par an. Cette somme ne représenterait pourtant que 10 à 30 % de l'ensemble des coûts provenant de la prise en charge de cette pathologie. Bien que difficilement évaluable, le KCE fournit une estimation du coût total annuel de la lombalgie qui oscillerait entre 270 millions et 1,6 milliard ; cette somme réunit le coût supporté par l'État, les patients, ainsi que celui des entreprises (Nielens et al., 2006) . L'incapacité de travail est identifiée comme un indicateur fort quant aux pronostics de réinsertion professionnelle du patient lombalgique, une invalidité de plus six mois réduirait les chances de retour au travail de 50%. Un patient en arrêt depuis deux ans verrait son pronostic de réinsertion professionnelle se rapprocher de zéro (Henchoz, 2011).

Cette incapacité de travail a des conséquences sur le plan économique puisque selon l'organisation de coopération et de développement économiques : "les dépenses au titre des prestations d'invalidité représentent désormais un poids important pour les finances publiques dans la plupart des pays de l'OCDE et freinent la croissance économique en diminuant l'offre effective de la main-d'œuvre" (OECD, 2010, p. 10). Bien que les épisodes de mal de dos soient fréquemment passagers et disparaissent sans aucune intervention médicale pour 75% d'entre eux, un tiers des patients présentent un mal de dos persistant, se traduisant par une utilisation extrêmement importante de soins de santé. Environ 10% des patients lombalgiques demeurent absents du travail un an après l'apparition de la maladie. Ces mêmes patients représentent entre 75 et 90 % des coûts totaux de la lombalgie (Fassier, 2005 ; Hartvigsen et al., 2018).

1.1.5-Identification de la population d'étude

La faible proportion de patients chez qui les douleurs du bas du dos persistent depuis plus de trois mois représente plus des trois quarts des coûts générés par cette pathologie. Il est donc aisé de comprendre qu'une fraction de patients utilise une part extrêmement importante des ressources. Cependant, l'investissement très important dans les soins de santé de ce groupe de population s'avère inefficace puisqu'il n'est que très faiblement profitable (Hartvigsen et al., 2018). En effet, l'état de santé est rarement amélioré, ce sous-groupe de patient se retrouve bien souvent exclu tant sur le plan social que professionnel (Hartvigsen et al., 2018 ; Jonckher et al., 2017). L'importante utilisation des ressources sociales montre à quel point la réinsertion professionnelle de ce patient est un défi éminemment important tant pour le patient que pour la société qui l'entoure (Jonckher et al., 2017). C'est en ce sens que ce travail aura pour population d'étude les patients atteints de lombalgie chronique non spécifique, que l'on retrouve tout au long du travail sous l'abréviation : « LCNS ».

1.2-Une pathologie complexe nécessitant une approche globale

La lombalgie chronique est une pathologie complexe, il convient d'abord de définir le terme de « douleur chronique » pour tenter de comprendre le cas de la LCNS. La douleur chronique est une expérience complexe et multifacette tant sur le plan physique que psychologique qui influe grandement la sphère sociale par un impact sur la qualité de vie et le bien-être (Fisher et al., 2007 ; Perfontaine & Rochette, 2013).

En effet, différentes composantes sont associées aux douleurs que présente le patient LCNS. Lorsque le corps est exposé à la douleur de manière prolongée, les récepteurs responsables de l'envoi de l'information douloureuse au cerveau peuvent dysfonctionner et amplifient le signal douloureux, ce dysfonctionnement est appelé l'hypersensibilisation (D'Mello & Dickenson, 2008 ; Tracey & Bushnell, 2009).

Cette douleur persistante engendre alors selon Pincus & Morley (2001) une modification cognitive se traduisant par une focalisation sur la douleur. Cette modification cognitive s'accompagne aussi selon Ossipov, Dussor, et Porreca (2010) d'une modification émotionnelle. La douleur est génératrice d'anxiété et favorise l'apparition de la dépression. De plus, selon Henchoz (2011) ces modifications cognitives et comportementales se traduisent par une perception erronée des situations risquant de provoquer des douleurs. En effet, la perception dite de "catastrophisme" peut engendrer un retrait du patient lombalgique chronique face à des activités ne lui provoquant pourtant pas de douleurs et ainsi limiter son

rendement dans ses occupations (Leeuw et al., 2007). Cette hyper vigilance se traduisant par la kinésiophobie, favorise le déconditionnement tant au niveau physique que psychosocial. La douleur biologique du patient lombalgique est directement reliée à sa douleur morale, le mal-être psychique est à la fois cause et conséquence du mal-être physique. La douleur chronique que présente le patient LCNS est donc un véritable cercle vicieux qui est entretenu et amplifié par la composante biologique, psychologique et sociale.

Les différents facteurs de risques favorisant la chronicisation de l'atteinte qui viennent d'être mentionnés ont été regroupés, par le Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires réalisé par le KCE, en différentes catégories appelées « drapeaux de couleurs ». D'abord les drapeaux jaunes regroupent : « les croyances et les perceptions », « les réactions émotionnelles » et les « comportements face à la douleur » (Van Wambeke et al, 2017, p.11). Ensuite, les drapeaux orange regroupent les « symptômes psychiatriques » (Van Wambeke et al, 2017, p.11). Aussi, les drapeaux noirs mettent en avant les « obstacles contextuels ou liés au système » et enfin les bleus ciblent : « la perception entre travail et santé » (Van Wambeke et al, 2017, p.11). À ceux-ci vient s'ajouter les drapeaux rouges visant à déceler la présence d'une pathologie sous-jacente à laquelle peut être attribuée les douleurs, on parle alors de lombalgie spécifique comme mentionnée plus haut (Van Wambeke et al, 2017).

Ces différents « drapeaux » doivent être objectivés durant l'examen clinique du médecin généraliste selon le KCE. Il s'agit de la première étape de l'accompagnement du patient visant à stratifier le risque de chronicisation de l'atteinte. Deux outils sont mentionnés par le KCE pour réaliser cette évaluation, à savoir les questionnaires : « STarT Back screening tool » et « Orebro Musculoskeletal Pain Screinig » (Van Wambeke et al, 2017, p.11). Le premier outil a spécifiquement été validé et traduit en français pour le patient souffrant de lombalgie. Selon le KCE ces outils d'évaluation doivent être utilisés environ deux semaines après l'apparition de douleurs chez le patient. Cette temporalité permet d'une part d'enrayer précocement le processus de chronicisation de douleurs, d'autre part elle laisse la possibilité au patient de voir sa pathologie évoluer favorablement de manière spontanée. Cette identification précoce permettant une stratification amène à une répartition plus efficace des ressources en fonctions des besoins des patients (Buchbinder et al., 2018 ; Foster et al., 2018).

Ainsi, le KCE explique que la présence de faible risque doit donner lieu à une un accompagnement de basse intensité, visant d'une part à rassurer le patient et d'autre part à l'inciter à rester en mouvement. Cependant, l'identification de risque élevé relatif aux patients susceptibles de devenir des patients LCNS, amène à un plus haut niveau d'intensité dans

l'accompagnement. Un soutien plus complexe et intensif basé sur une approche multimodale composée : « d'un programme d'exercices supervisés avec ou sans addition de techniques manuelles et/ou d'une approche psychologique de type cognitivo-comportementale doit être proposé au patient » (Van Wambeke et al, 2017, p.11).

Ces propos appuient le large consensus identifié dans la littérature, quant au fait que le patient LCNS nécessite une approche globale via un accompagnement pluridisciplinaire basé le modèle biopsychosocial qui prend en compte les différents déterminants de la douleur et leurs interconnexions (Buchbinder et al., 2018 ; Cherin & de Jaeger, 2011 ; Foltz, Laroche, & Dupeyron, 2013 ; Hartvigsen et al., 2018 ; Petit & Roquelaure, 2014).

Le modèle biopsychosocial intégré de la CIF caractérisé par la corrélation réciproque existante entre les facteurs physiques, psychologiques et sociaux, largement influencé par les facteurs environnementaux et personnels (Organization World Health, 2001) peut être utilisé par les professionnels accompagnant le patient LCNS. En effet, l'utilisation de ce modèle permet de favoriser la collaboration au sein du réseau du patient, mais aussi de répondre de manière globale et intégrée à cette pathologie complexe (Cieza et al., 2004).

Pour favoriser l'utilisation du modèle la CIF, la collaboration entre professionnels et patient du monde entier a permis le développement d'un « core set » spécifique pour la lombalgie chronique. En effet, une sélection d'items pertinents directement reliés à la pathologie a été réalisée dans la CIF complète (plus de 1400 items) afin de déterminer les items qui doivent spécifiquement être mesurés chez un patient lombalgique, pour que l'accompagnement soit basé sur une approche bio-psycho-sociale (Bagraith, Strong, Meredith, & McPhail, 2017 ; Mullis, Barber, Lewis, & Hay, 2007 ; Wormgoor, Indahl, van Tulder, & Kemper, 2006).

1.3-Un système de soins fragmenté

Fassier (2005) explique que la causalité complexe de la lombalgie engendre que ses déterminants sont répartis dans différents secteurs qui interagissent : le secteur de l'emploi (employeur, collègues, syndicats, médecin du travail, médecin-conseil), le secteur des assurances, le secteur médical (médecin généraliste ou spécialiste, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ergonomes, psychologues et des praticiens non conventionnés) et le secteur privé (entourage, famille). Il apparaît alors une multitude d'acteurs gravitant autour du patient LCNS, exerçant au sein d'organisation distincte qui se différencient par leurs fonctions particulières et leurs spécificités propres à ces fonctions (Fassier, 2005).

Bien que l'approche globale, soit reconnue comme nécessaire dans l'accompagnement du patient LCNS, il apparaît selon Foster et al., (2018) un écart important entre les recommandations et la pratique clinique à l'échelle mondiale. Buchbinder et al. (2018) mettent en avant le fait que cet écart est consécutif au fait que le système de soins de santé est encore trop largement influencé par un modèle biomédical fragmenté et ce dans les pays faisant pourtant office de référence en matière de soins de santé à l'échelle internationale. Il convient maintenant de s'intéresser au contexte belge.

Il a été montré dans la note d'orientation : Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique (2013) et dans le plan conjoint en faveur des malades chroniques : Soins intégrés en faveur des malades chroniques - INAMI (2015) que le système de soins de santé actuel est un système réactif, passif, peu adapté à l'accompagnement du patient présentant une maladie chronique, comme c'est le cas du patient LCNS. Il se caractérise par une hyperspécialisation dans les soins qui amène à un cloisonnement des logiques professionnelles aboutissant à une fragmentation des soins. Cet état consiste en une différenciation tellement importante des soins apportés au patient qu'elle ne permet plus aux professionnels qui l'accompagnent de travailler conjointement pour répondre efficacement à la demande de ce dernier (Axelsson & Axelsson, 2006). Aussi, cet état de fragmentation des soins est favorisé par le mode de paiement majoritaire en Belgique, celui du paiement à l'acte. Ce mode de financement segmente encore une fois l'intervention de chacun des prestataires (Van Durme et al., 2017).

La fragmentation de ce système est dommageable dans l'accompagnement du patient LCNS et différents problèmes en découlent. En effet, les critères de qualité tels que la globalité des soins et la continuité des soins ne sont que rarement pris en compte. De plus, cette fragmentation dans les soins met avant un problème majeur, celui d'une communication devenue inefficace entre les soignants (Jonckheer et al., 2017).

1.4- Des critères de qualité des soins qui font défaut

1.4.1-Globalité des soins

Il apparaît alors que l'approche globale issue du modèle biopsychosocial précédemment prôné se heurte dans la pratique à une prise en charge trop largement influencée par une vision biomédicale parcellaire.

Celle-ci répond exclusivement aux besoins physiques et biologiques du patient LCNS aux dépens des facteurs psychosociaux et professionnels et ce à une échelle nationale (Jonckheer et al., 2017) comme internationale (Buchbinder et al., 2018).

Concernant la dimension psychologique, le manque de psychologues formés à la gestion de la douleur chronique en Belgique rend l'accompagnement par ces deniers difficile. Aussi, les consultations en psychologie ne sont en général pas remboursées par la sécurité sociale belge. À ces deux freins, s'ajoute fréquemment un refus de la part du patient LCNS lorsqu'il lui est proposé de recevoir un accompagnement psychologique, ce dernier le juge stigmatisant (Jonckheer et al., 2017). Selon le KCE, une intervention psychologique cognitivo-comportementale est un élément pourtant important qui peut venir se combiner à l'approche multimodale nécessaire à l'accompagnement d'un patient LCNS (Van Wambeke et al., 2017). Bien que cet accompagnement ne soit pas toujours nécessaire et plutôt que de fragmenter et de réduire l'accompagnement psychologique du patient au seul accompagnement par un psychologue, c'est davantage une approche, une philosophie d'intervention qui doit être adoptée par chacun des soignants en contact avec le patient LCNS (Jonckheer et al., 2017). En effet, il est recommandé que les professionnels adoptent une approche intégrant l'empathie dans leur accompagnement (Cherin & de Jaeger, 2011).

Cette philosophie de soins doit accorder une place centrale à l'éducation thérapeutique (Foltz et al., 2013) et au développement de l'autogestion (Buchbinder et al., 2018 ; Foster et al., 2018 ; Van Wambeke et al., 2017). La perspective du patient doit être prise en compte par le prestataire de soin afin que les prises de décisions soient partagées et négociées. Aussi, de l'information, des conseils personnalisés et spécifiquement reliés au besoin du patient LCNS doivent lui permettre de favoriser l'autogestion de sa maladie afin qu'il devienne acteur de son propre problème de santé (Buchbinder et al., 2018 ; Foltz et al., 2013 ; Foster et al., 2018). Cette approche permet alors de renforcer le pouvoir d'agir du patient sur sa maladie, cette notion est appelée l'empowerment (Gibson, 1991).

Concernant la dimension sociale du patient lombalgique, le contexte professionnel est rarement pris en compte dans le processus de soins du patient comme énoncé précédemment. Il est a pourtant été largement prouvé que le retour au travail est générateur de santé (Durand, Coutu, Nastasia, & Bernier, 2016) mais qu'il favorise tout autant l'intégration et la participation sociale (Lefever, Decuman, Perl, Braeckman, & Van de Velde, 2018). Aussi, il existe de fortes preuves que le travail a une influence positive sur qualité de vie (Lefever et al., 2018), l'épanouissement personnel et l'estime de soi (Foltz et al., 2013). Selon Läubli et al. (2008) un accompagnement répondant aux critères de globalité des soins du patient LCNS

doit être composé à la fois d'un accompagnement thérapeutique au niveau du patient, mais aussi d'une intervention au niveau de l'environnement de travail. Foster et al. (2018) expliquent que les services de soins de santé et les interventions visant le maintien et le retour au travail doivent être conjoints pour les patients LCNS.

Cependant, Kergresse, Roche-Leboucher, François, Petit-LeManach, et Roquelaure (2010) mettent en avant la très fréquente absence d'intervention d'un ergothérapeute ou d'un ergonome pour l'adaptation du poste de travail du patient lorsqu'une adaptation est pourtant nécessaire. FEDRIS propose pourtant un programme qui comprend une visite du lieu de travail par un ergonome ainsi que 36 séances de rééducation pour les employés en incapacité de travail (entre 4 semaines et 6 mois) consécutivement à des douleurs lombaires (Agence fédérale des risques professionnels, [Fedris], 2017). Cependant, selon le rapport du KCE, cette initiative est sous-utilisée, car les patients LCNS ainsi que les professionnels qui les accompagnent ignorent bien souvent son existence (Jonckheer et al., 2017). Aussi, l'employeur, acteur clé dans le processus de réinsertion professionnelle est très rarement impliqué, alors que sa présence maximise pourtant les chances de retour au travail de son employé (Cherin & De Jager, 2011). Les auteurs insistent sur le fait que la collaboration avec ce dernier est difficile dans l'accompagnement du patient LCNS. Selon Petit et Roquelaure (2014) ce manque d'implication de l'employeur illustre l'absence de collaboration évidente entre le secteur professionnel et le secteur médical.

1.4.2-Discontinuité des soins

La dimension temporelle des soins présente également différentes problématiques inhérentes à la fragmentation des soins. En effet, la manière dont les soins se suivent dans le temps n'est pas formellement définie pour un patient lombalgique (Jonckheer et al., 2017). Selon le dernier rapport du KCE, aucun itinéraire clinique standardisé n'est mis en place pour la prise en charge complète de la lombalgie. Il existe cependant différents parcours de soins proposés à ces patients, mais dans chacun d'entre eux l'absence de fil conducteur dans la prise en charge est criante. Cette continuité peine en effet à être assurée, car aucun professionnel n'en prend réellement les commandes (Jonckheer et al., 2017). Le médecin généraliste, véritable porte d'entrée du processus de soins du patient apparaît selon Belche, Buret, Duchesnes, et Giet (2016) comme le coordinateur naturel du réseau de par sa place hiérarchique et sa connaissance de l'histoire de vie du patient. Ce professionnel est alors responsable de la continuité relationnelle des soins cependant, les activités de coordination

visant à adapter le processus de soins au patient en fonction de ses différents épisodes de soins s'avèrent être chronophages et paradoxalement le médecin généraliste ne dispose pas de temps spécifiquement dédié à cette fonction (Kergresse et al., 2010 ; Paulus et al., 2012).

La seconde continuité appelée continuité managériale est liée à la manière dont les différents prestataires vont articuler mutuellement leur prise en charge. Cette continuité s'avère difficile dans le processus de soins du patient LCNS, puisque le développement d'un outil de partage d'informations fait défaut (Jonckheer et al., 2017). Ces difficultés dans la continuité des soins se traduisent donc par le recouvrement dans les activités des professionnels accompagnant le patient LCNS ou à l'inverse des absences de prise en charge de certains aspects comme illustrés précédemment tant au niveau psychologique que socioprofessionnel.

1.4.3-Une communication inefficace

Selon le KCE, la grande majorité des itinéraires de soins proposés aux patients lombalgiques sont uniquement centrés sur la prise en charge thérapeutique du patient. Ils ne prenant nullement en compte l'environnement de travail de la personne. En Belgique, une totale absence de communication entre le système de santé et la sphère professionnelle est observée (Jonckheer et al., 2017). Cette distance est symbolisée selon Kergresse et al. (2010) par un manque de communication évident entre trois acteurs clés dans la réinsertion professionnelle du LCNS à savoir le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin rééducateur. La communication est également difficile au sein même du système de santé. Cette inefficacité s'explique en partie par la méconnaissance du réseau des praticiens eux-mêmes impliqués dans la prise en charge du patient LCNS. L'extrême spécialisation des professionnels gravitant autour du patient LCNS amène à ce que le médecin généraliste reconnaisse lui-même ne pas connaître la spécificité de chacun des acteurs médicaux intervenant dans le processus de soins du patient (Kergresse et al., 2010).

1.5-Coordination

L'accompagnement du patient LCNS est particulièrement marqué par un manque de coordination entre les acteurs impliqués dans le processus de retour au travail de ce dernier (Hamer, Gandhi, Wong, & Mahomed, 2013). Selon le KCE, les patients lombalgiques expliquent présenter d'importantes difficultés à réaliser eux même leur propre coordination des soins et services qu'ils leurs sont nécessaires. : “ les patients, perdus dans les méandres du

système de santé, ont déclaré avoir besoin d'un « coach personnel en lombalgie » (Jonckheer et al., 2017, p29). Petit et Roquelaure (2014) expliquent que ce manque de coordination est un facteur qui affecte négativement le pronostic de retour au travail du patient LCNS, Hamer et al. (2013), ajoutent que cette absence de coordination agirait comme un frein pour le retour au travail. Les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé, inhérente à la réinsertion professionnelle des patients LCNS appuient ces propos en expliquant que la reprise de l'activité professionnelle dépend grandement de la qualité de la coordination menée entre les acteurs impliqués dans le processus (Petit & Roquelaure, 2014). Il apparaît un certain consensus quant aux besoins d'un référent responsable de la coordination et de la collaboration dans le processus de retour au travail du patient LCNS (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2010 ; Franche et al., 2005 ; Mairiaux, Schippers, Vanootighem, Faymonville, & Nyssen, 2015). Ces professionnels sont appelés dans la littérature : « Return to work coordinator » (coordinateur de retour au travail) (Durand et al., 2016 ; Fisker, Langberg, Petersen, & Mortensen, 2013 ; Shaw et al., 2008) ; « case-manager » (Lindena, Marnitz, Hartmann, & Müller, 2012 ; Stapelfeldt et al., 2011) ou « disability case-manager » par (Decuman, 2014 ; Gobet, Galster, Repetti, Scherer, & Constantin, 2012 ; Gensby, Labriola, Irvin, Amick, & Lund, 2014).

Bien, qu'il n'y ait pas une manière unique de qualifier les professionnels spécifiquement responsables de la coordination du processus de retour au travail du patient LCNS, la nature de l'activité de ces professionnels est largement soutenue par un modèle d'intervention, celui du case-management.

Avant de s'intéresser au modèle d'intervention du case-management dans la partie suivante, il convient de préciser que les professionnels que l'on retrouve sous les trois appellations susmentionnées sont responsables de la coordination des activités accompagnant le processus de retour au travail du patient, mais ne sont nullement des coordinateurs de soins.

1.6-Cadre théorique du case management

1.6.1-Définition

Le case-management est un modèle d'intervention originaire du Québec, des États-Unis et de la Grande-Bretagne proposant un cadre de référence utile à l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques (Deloitte, 2013). Deloitte (2013) propose la définition suivante construite et enrichie à partir des différentes définitions proposées à l'échelle internationale : Le case management est un processus de gestion holistique et intégrée

permettant d'organiser, de coordonner et d'optimiser les ressources humaines / financières/ matérielles et les soins et les services requis par les individus et leur entourage afin de :

- satisfaire leurs besoins spécifiques en matière de santé et support psychologique et social,
- améliorer la qualité de leur prise en charge,
- améliorer leur qualité de vie. (Deloitte, 2013, p.15)

1.6.2 -Les trois dimensions du case-management

Le case management est une notion composée de trois dimensions en interaction constante. Gobet et al. (2012) met d'abord en avant la notion de « programme », correspondant à la volonté politique de mettre en place différentes actions visant à répondre aux besoins d'une population spécifiques. Cette notion est intégrable au sein d'un modèle, il s'agit ici du modèle d'intervention du case-management et de sa philosophie d'intervention qui lui est propre. Enfin, ces deux notions permettent la mise en place du processus d'intervention qui renvoie à la manière concrète dont le professionnel responsable du case-management structure son intervention pour répondre aux besoins du patient (Gobet et al, 2012, p.21).

1.6.3- Le développement du case-management en Belgique

Selon Deloitte (2013) en Belgique les standards de pratique permettant l'implémentation du modèle d'intervention du case-management à une échelle nationale ne sont pas précisément définis. Cependant depuis une trentaine d'années ce modèle se matérialise au travers de différents projets (Deloitte, 2013, p.33). En effet, les premiers projets belges impliquant des case-managers, mises en place par l'état fédéral, se sont tous révélés inefficaces en raison d'un manque de clarté au niveau de la définition des tâches que devait réaliser le case-manager. Durant les dix années suivantes, le case management trouve des domaines d'application en gériatrie en oncologie et diabétologie. Ainsi différentes professions issues du modèle telles que les référents hospitaliers, le coordinateur de soins en oncologie, les équipes de liaisons gériatriques ainsi que les coordinateurs du réseau multidisciplinaire local se sont développées dans les hôpitaux (Deloitte, 2013). La fonction de case-manager émerge lentement en Belgique depuis environ dix ans sous l'influence d'une dynamique de "virage ambulatoire" (Macq, Barbosa, Ces, Jeanmart & Van Durme, 2011, p.4). Cette fonction trouve sa place au sein de programmes visant à répondre à des personnes vulnérables ou à des patients atteints de maladies identifiées comme prioritaires (Macq et al., 2011). Cependant, il apparaît que le développement de ce modèle est lent puisqu'il ne se matérialise

en Belgique qu’au travers de certains projets pilotes, tels que les projets liés à l’article 107 ou de différents projets du protocole 3 (Fiche pratique composante 3: Case management, 2016). Van Durme et al., (2014) expliquent que le rôle du case-manager tout comme son niveau d’intervention dans le système de santé belge y sont pour le moment mal définis, un travail est à réaliser dans ce sens pour que cette fonction puisse se développer efficacement.

Enfin, Deloitte (2013) met en avant une application concrète du modèle d’intervention du case-management qui est mis en place en Belgique au travers du disability-management. Il s’agit en effet d’une branche du case management spécialement orientée sur le processus de maintien et de retour au travail de l’individu (Gobet et al., 2012). Il convient alors de s’intéresser à ce modèle d’intervention spécifiquement relié à la problématique de ce travail.

1.7-Le disability management

1.7.1-Définition

Le disability management est défini comme : « Une approche systématique, proactive et ciblée sur le lieu de travail qui vise à faciliter la réintégration des personnes en situation de handicap grâce à un effort coordonné qui prend en compte les besoins individuels, les conditions de travail et le cadre législatif. L'un des facteurs de succès les plus importants du DM est l'existence d'une personne permanente (disability case-manager, coordinateur de retour au travail) qui rassemble et soutient toutes les parties impliquées dans un processus de réintégration ». [traduction libre] (Decuman, 2014, p17.). Cette définition recouvre la définition avancée par (Gobet et al., 2012).

1.7.2-Origine et développement du modèle en Belgique

Ce modèle a émergé il y a environ 80 ans au Canada consécutivement à la prise de conscience du fait que le suivi des atteintes liées à un accident de travail permettait à l’entreprise de limiter leurs dépenses. Le National Institute of Disability management Research (NIDMAR) fut créée en 1994 afin de favoriser la recherche, la formation et le développement du concept (Decuman et al., 2015).

Ce modèle d’intervention s’est développé en Belgique grâce à l’organisme « Prevent » qui a coordonné de 2005 à 2008, le projet : « DM@work » lui-même financé par le fond social européen. Ce projet a permis le développement d’une formation spécifiquement dédiée au DM de 10 journées aboutissant à la certification des premiers « Disability case manager » en 2009. De même, ce projet a permis la création d’outils pratiques visant à favoriser le

développement de ce modèle en Belgique (Tijtgat, Verjans, Vlerick, & Bruyninx, 2009). Cinq années plus tard, l'INAMI a signé un contrat qui le lie à l'organisme NIDMAR afin de mettre en place la formation et la certification développées par l'organisme susmentionné sur le territoire Belge. Cette formation vise à soutenir les professionnels impliqués dans le domaine de la réinsertion professionnelle (Decuman et al., 2015). En février 2016, le premier cycle de cours a débuté à l'INAMI (Decuman et al., 2015). Cette formation comprend vingt-cinq modules directement basés sur dix principes que NIDMAR utilise pour définir le DM, ceux-ci seront présentés plus bas. À l'issue de la formation, les professionnels passent un examen lié à leur formation spécifique en DM. En effet, la formation de l'INAMI permet d'obtenir deux certifications relatives aux deux grands piliers du DM. Le premier, concerne la mise en place de politique de retour au travail au sein de l'entreprise relative au certificat : « Certified disability management professional ». Le second centré sur l'accompagnement individualisé du patient visant son retour au travail relative au certificat: « Certified return to work coordinator » (Nos formations en disability management - INAMI, 2017).

1.7.3-Principes du disability management

NIDMAR s'appuie sur les dix principes de Russo et Innes (2002), pour définir les grands aspects du disability management, lesquels ont été vérifiés et approuvés (Toelen, Van Vooren et Devesse, 2009 ; Verjans, Rommel, 2008). Ces auteurs, mettent d'abord en avant l'importance d'une intervention rapide et précoce qui permet de réduire la durée de l'incapacité de travail et les coûts qui y sont liés. Le second principe énonce que chacune des parties concernées dans les processus du patient doit intervenir en lien avec sa profession. Troisièmement, le DM vise tant le maintien que le retour au travail du patient.

Les auteurs expliquent aussi que le lieu de travail est reconnu comme le lieu le plus efficace pour la réinsertion de l'employé. De plus, la réinsertion doit permettre le maintien de la dignité de ce dernier tout en assurant sa participation active durant tout processus. Il est mis en avant que la communication entre chacune des personnes concernées est l'un des principaux vecteurs qui favorisent le retour au travail. Ce retour doit correspondre autant que possible à la profession antérieure de l'employé. Les tâches attribuées au patient doivent lui être significatives. Son retour doit être graduel et progressif. Enfin, la réinsertion du travailleur doit correspondre aux politiques de promotion, d'absentéisme et de sécurité au travail déjà mises en place dans l'entreprise, ou à défaut les susciter (Russo & Innes, 2002 ; Toelen, Van Vooren & Devesse, 2009 ; Verjans & Rommel, 2008).

1.7.4-Les professionnels exerçant le disability management en Belgique

Il convient maintenant de s'intéresser aux structures dans lequel travaillent les professionnels qui exercent le DM en Belgique. Selon l'INAMI, la formation en DM vise les professionnels paramédicaux qui exercent au sein des hôpitaux, mais aussi les professionnels qui exercent au sein des mutualités et des services externes comme c'est le cas des médecins-conseils, des médecins du travail et de leurs équipes multidisciplinaires. De même, la formation vise les employeurs et les membres des ressources humaines (INAMI, 2017). Tijtgat, Verjans, Vlerick et Bruyninx (2009) partagent ces propos et expliquent que les disability case-manager peut-être un membre d'une entreprise mais il peut également être un consultant externe comme c'est le cas pour un employé d'une caisse d'assurance maladie, un prestataire de soins d'un hôpital, ou encore un professionnel indépendant.

1.7.5-Intérêt et efficacité du modèle d'intervention du disability management

La revue systématique de Lefever et al. (2018) visant à rendre compte de l'efficacité et de l'efficience du programme de DM selon les principes énoncés par NIDMAR montre que de manière générale, les programmes de DM se révèlent efficaces pour les travailleurs atteints de troubles musculo-squelettiques, dont fait largement partie la LCNS. Les auteurs montrent l'efficacité du DM qui se traduit par un retour au travail plus rapide des patients, mais aussi par une amélioration simultanée de leur qualité de vie ainsi que de leur satisfaction. Les auteurs ajoutent que la présence d'un acteur responsable de la coordination du retour au travail appelé disability-case manager est une des composantes majeures de l'efficacité d'un tel programme.

Cependant, il apparaît selon les auteurs qu'il est difficile de trouver un consensus internationalement reconnu sur l'efficacité/efficience d'un tel concept, car ce dernier se révèle très large et non défini de manière univoque, ce qui en rend la comparaison difficile (Lefever et al., 2018). L'étude commandée par le SPF emploi travail et concertation sociale, menée par Mairiaux et Schippers (2012) corrobore les propos susmentionnés, les auteurs ont mis en évidence l'intérêt de la mise en place du DM en Belgique, mais ils insistent sur la nécessité de clarifier le rôle et les pratiques du DCM afin que le concept soit reconnu et admis par toutes les personnes que le modèle impacte.

1.8-Synthèse

Il convient maintenant de synthétiser les différents éléments mis en avant dans ce travail, afin d'aboutir à un questionnement auquel cette étude tentera de répondre.

La lombalgie est une pathologie présentant une haute prévalence qui engendre une consommation en soins de santé importante, générant ainsi un coût social extrêmement élevé consécutif à l'inefficience dans l'accompagnement vers le retour au travail d'une fraction des patients LCNS. C'est pourquoi la réinsertion professionnelle de ce sous-groupe de la population est un défi éminemment important en santé publique. Différents éléments expliquent les difficultés de ce patient dans son processus de retour au travail.

Il a été montré que la LCNS est une pathologie complexe, l'ensemble des dimensions de la personne sont impactées par la maladie, ce patient nécessite une approche globale via un accompagnement pluridisciplinaire basé le modèle biopsychosocial qui prend en compte les différents déterminants du patient et leurs interconnexions. Cependant, il apparaît que l'organisation du système de santé actuel amène à une fragmentation des soins caractérisée par un cloisonnement des logiques professionnelles qui ne permet pas au patient de bénéficier de l'accompagnement susmentionné. Le patient reçoit un accompagnement largement influencé par une vision biomédicale parcellaire qui répond majoritairement à ses besoins physiques aux dépens des besoins psychosociaux et professionnels. De plus, le manque de communication au sein du secteur médical rend difficile la continuité des soins que reçoit le patient. Face à ce constat, il apparaît essentiel que le patient bénéficie d'une meilleure intégration dans son processus de retour au travail. Deux formes d'intégration font particulièrement défaut dans ce processus, à savoir la coordination entre les acteurs impliqués et la collaboration entre le secteur médical et le secteur professionnel.

Il a été montré la nécessité d'un référent unique responsable d'assurer cette coordination tout en favorisant la collaboration, afin d'améliorer le processus de retour au travail du patient LCNS. Les professionnels responsables de cette coordination basent largement leurs intentions sur le modèle du case-management. En effet, ce modèle est caractérisé par une vision intégratrice des soins que reçoit le patient. Il s'appuie tant sur son pilier central qui est la coordination que sur son approche holistique pour offrir au patient l'accompagnement qui lui est nécessaire au moment le plus opportun. En Belgique, le case-management trouve une application concrète au travers du DM.

Bien que le modèle du DM se révèle efficace pour le patient LCNS quant à la rapidité de son retour au travail favorisé par la présence d'un DCM ; il est difficile de reconnaître l'efficacité d'un tel concept sur le plan international du fait de sa complexité, mais aussi, car le concept

n'est aujourd'hui pas défini manière univoque. Le constat est particulièrement marquant en Belgique où il apparaît que ni le modèle d'intervention du case-management ni sa branche centrée sur le maintien et le retour au travail n'est formellement défini. Le concept du DM est en cours de construction grâce à l'organisme Prevent et à l'INAMI, la fonction de DCM qui en découle est naturellement en pleine construction.

Cette profession émergente fait donc partie des nouvelles professions intermédiaires qui se développent dans le secteur de la santé en réponse au manque d'intégration du système de santé. Ces professionnels visent à favoriser la collaboration au sein du réseau de patients présentant une pathologie complexe, afin d'optimiser la réponse qui est offerte par le système de santé à ces patients (Darcis & Thunus, 2019). La caractéristique centrale de ces fonctions intermédiaires est leur capacité à garantir le transfert de connaissance entre deux domaines distincts. Cette capacité est permise par la neutralité inhérente à leur positionnement intermédiaire, cependant cette force n'en est pas moins une limite puisque cette position ne leur donne pas la légitimité et le pouvoir d'imposer une directive. Le pouvoir de ces professionnels réside plutôt dans leurs capacités à rassembler des connaissances par la connections des parties prenantes impliquées dans une situation (Darcis & Thunus, 2019).

Bien que ces professions gagnent en importance dans le secteur des soins de santé, un consensus se dessine quant au fait que leur activité et leurs missions propres sont mal définies (Darcis & Thunus, 2019). C'est en ce sens que cette étude exploratoire visera à réaliser un état des lieux de la pratique du DM en Belgique en identifiant comment les professionnels exerçant la fonction de DCM se définissent au niveau de leur profil, de leur pratique et de la manière dont ils vivent leurs expériences liées à cette fonction. Enfin, les profils, les pratiques et les expériences de ces professionnels seront analysées en fonction des besoins du patient LCNS afin d'identifier s'ils permettent actuellement d'y répondre.

2-Méthodologie

Question de recherche : Quel est le profil, quelles sont les pratiques, quelle est l'expérience des disability case-managers exerçant en Belgique, et comment ces professionnels répondent-ils aux besoins que rencontre le patient lombalgique chronique non-spécifique dans sa réinsertion professionnelle ?

2.1-Choix de la méthode

Pour répondre à notre questionnement, la méthode qualitative a été utilisée. Elle a été choisie puisqu'elle permet d'explorer en profondeur un sujet mal défini, comme c'est le cas de la pratique du disability case-management. Une méthode qualitative par entretien a été utilisée. Les données ont ainsi été collectées grâce à différents entretiens semi-directifs basés sur un même guide d'entretien. Cette méthode permet de laisser une liberté de parole au participant, dans un cadre préalablement défini par le chercheur. Cet échange imprévisible entre le chercheur et le participant laisse place à l'innovation et à l'émergence de nouvelles hypothèses utiles à la compréhension d'un sujet novateur comme celui étudié (Paillé & Mucchielli, 2012).

2.2-Collecte des données

2.2.1-Création d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien (**annexe 1**) basé sur le cadre théorique a été créé par l'étudiant chercheur. La création d'un guide d'entretien nécessite que la question de recherche soit d'abord déconstruite en différentes sous-questions (Kivits, Balard, Fournier, & Winance, 2016). Différents thèmes ont été dégagés de la partie théorique avant d'être détaillés en sous-questions. Les sous-questions qui ont découlé de la question de recherche initiale ont ensuite été regroupées. Un nombre limité de questions ouvertes ont été retenues. Les quatre grandes rubriques : "Qui est l'enquête ? Que fait-il et comment le fait-il ? comment le vit-il ? que pense-t-il ? » (Kivits et al., 2016, p. 63) ont servi de structure à cette recherche.

2.2.2-Caractéristiques du chercheur

La recherche a été menée par l'étudiant en Master en Science de la Santé publique à l'Université Catholique de Louvain. Ce dernier ne dispose d'aucune expérience dans le domaine de la recherche si ce n'est les cours suivis dans le cadre du master et les différents travaux qui en ont découlés ainsi que le travail de fin d'études ponctuant sa formation en ergothérapie. En effet, l'étudiant exerce parallèlement à ses études la fonction d'ergothérapeute depuis deux ans. C'est d'ailleurs de sa pratique clinique et des observations relatives à l'accompagnement des patients LCNS qu'a émergé le questionnement qui guide cette étude, cette activité peut alors être considérée comme une force. Bien que l'étudiant ait veillé à adopter un positionnement neutre dans l'étude, sa subjectivité professionnelle peut aussi être considérée comme une limite.

2.2.3-Contexte des entretiens

Un climat de confiance propice à la collecte de données par entretien semi-dirigé a été instauré avant chaque rencontre entre le chercheur et le participant.

Pour cela, une « lettre d'information » (annexe 2) a été rédigée. Cette lettre a été envoyée par mail aux différents professionnels. Il s'en est suivi différents échanges informels en vue de clarifier les modalités pratiques des rencontres. Chacun des entretiens a été planifié à l'avance, les répondants étaient prévenus de sa durée ils s'assuraient ainsi d'être disponibles durant cette période. Les différents entretiens ont été réalisés dans un endroit calme à la convenance des participants. Chacune des rencontres a été audio-enregistrée avant d'être retranscrite intégralement afin d'être analysée.

2.2.4-Considérations éthiques

Différentes mesures ont été prises afin de respecter les droits et les libertés des participants à l'étude. En effet, la lettre d'information (**annexe 2**) a été transmise aux participants. De plus, cette lettre décrit l'objectif de la recherche, son cadre, l'auteur de la recherche, les modalités de la participation, les risques et avantages de l'étude ainsi que les droits des participants. Ces derniers ont eu le temps de prendre connaissance de ce document, de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes en lien avec l'étude. Cette lettre fournit les coordonnées du chercheur pour toutes questions supplémentaires. De même, un formulaire de consentement (**annexe 3**) a été transmis aux participants. Après avoir été expliqué, ce document a été signé par le chercheur et par le participant. Enfin, une attention particulière est portée à la confidentialité et l'anonymat des participants et des données récoltées. Les données ont servi exclusivement à la réalisation de ce travail de mémoire, celles-ci seront détruites dès l'obtention du master.

2.2.5-Échantillonnage

Il convient maintenant de s'intéresser à la manière dont a été constitué l'échantillon de cette recherche qualitative par entretien. Un nombre limité de personnes a été choisi, lesquelles ont fait l'objet d'une étude détaillée, afin que les données récoltées permettent d'explorer en profondeur le sujet étudié (Curtis, Gesler, Smith, & Washburn, 2000). L'échantillon de cette étude est de type sélectif. En effet, le cadre théorique a permis de mettre en avant différents éléments qui ont guidé la sélection des participants. Il a été montré précédemment que la fonction de DCM n'existe nulle part sur un plan formalisé en Belgique.

En ce sens, il a été difficile de déterminer quels professionnels exercent spécifiquement cette fonction dans sa pratique professionnelle. Pour cela différents critères ont guidé ce choix.

Critères d'inclusion

- Le premier critère fait référence aux diplômes, ce qui permet de légitimer les compétences des professionnels. Les personnes incluses dans l'étude doivent avoir suivi une formation diplômante spécifiquement dédiée au disability-management ou avoir suivi une formation universitaire de niveau master incluant une formation à la pratique du DM.
- Le second critère fait référence à l'expérience. Les personnes incluses dans l'étude doivent avoir une expérience d'au moins cinq années de pratique professionnelle dans le domaine de la réinsertion professionnelle.

Critères d'exclusion :

- Les personnes qui ne travaillent plus depuis 2 ans dans le domaine de la réinsertion professionnelle ont été exclues de l'étude.

La revue de la littérature a permis de mettre en avant différentes structures et organismes dans lesquels des professionnels exercent la fonction de DCM et sont impliqués dans le retour au travail des patients LCNS : Les services externes pour la prévention et la protection au travail, les entreprises privées de DM, les mutualités, les assurances et les hôpitaux.

Bien que l'échantillon en recherche qualitative n'ait fondamentalement pas pour visée d'être représentatif de l'ensemble de population étudiée, il a tout de même paru pertinent dans le cadre de ce travail de réaliser la collecte de données auprès de professionnels exerçant la fonction de DCM au sein de chacun des grands types d'organismes identifiés. Cette sélection vise à répondre favorablement au critère de diversité et permet ainsi d'avoir une vision d'ensemble de la pratique du DM en Belgique. En ce sens, cette étude est multicentrique puisque les professionnels interrogés proviennent d'institution distincte.

Cependant, la sélection des participants à cette étude vise également à répondre au critère d'homogénéité, comme énoncé grâce aux critères d'inclusion, chacun des professionnels interrogés exerce une fonction de DCM, possède un diplôme inhérent à cette fonction et présente une expérience significative dans le domaine de la réinsertion professionnelle. Ainsi, cet échantillon répond aux critères de comparaison « par strates ». En effet pour chaque type d'organismes identifiés (les services externes pour la prévention et la protection au travail, les entreprises privées, les mutualités, les assurances privées et les hôpitaux), l'étudiant a choisie d'interroger deux personnes, ce qui permet la comparaison

entre chaque strate, mais aussi au sein de chaque strate.

Afin de répondre au premier critère d'inclusion, à savoir d'inclure dans l'étude des professionnels bénéficiant d'une formation en DM, les deux organismes proposant une formation en DM ont été contactés. Une rencontre a été organisée avec les responsables de la formation en DM à L'INAMI. Après que le projet de recherche ainsi que les modalités de collecte de données souhaitées furent présentés, les responsables de la formation ont pu contacter la première et la deuxième promotion de professionnels ayant été diplômés. De la même manière, l'organisme PREVENT a également été approché afin que l'organisme puisse mettre le chercheur en contact avec des professionnels ayant suivi la formation au sein de cet organisme. Enfin, l'agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS) a été contactée afin que l'organisme puisse mettre l'étudiant en lien avec des professionnels exerçant une fonction de DCM qui collabore avec l'agence FEDRIS.

Parallèlement aux prises de contact avec les organismes « ressources » précédemment cités, l'étudiant-chercheur s'est appuyé sur son cadre théorique dans lequel les différentes structures et organismes où des professionnels exercent la fonction de DCM ont été mentionnés. Chacun de ces organismes a alors été identifié avant d'être contacté. Le tableau **(Annexe 4)** présente d'une part l'échantillon théorique des personnes contactées dans le cadre de l'étude et d'autre part l'échantillon final obtenu, à savoir les personnes qui ont participé à l'étude.

2.2.6-Critique méthodologique

Il convient de mentionner les potentielles limites dans la démarche d'étude précédemment décrite. D'abord dans la strate : « structure hospitalière », un seul professionnel a d'une part répondu favorablement et était éligible aux critères de l'étude d'autre part. La comparaison au sein de cette strate n'a pas pu être réalisée de manière optimale. Ensuite, dans le « secteur des assurances », la comparaison a également été difficile puisque l'un des répondants interrogés intervenait par des actions de DM auprès des affiliés d'une première société d'assurance, alors que la seconde proposait son intervention aux employés d'une seconde société d'assurance. Les réponses de ce professionnel ont plutôt permis d'illustrer la fonction du DCM embauché directement par une entreprise. Ainsi, étant donné la difficulté de trouver des professionnels exerçant la fonction de DCM en Belgique et plus particulièrement dans le domaine « des assurances » et « des centres hospitaliers », il convient de mentionner que les deux professionnels occupants cette fonction n'interviennent pas spécifiquement auprès de patient LCNS. Ces professionnels ont tout de même été inclus

dans l'étude afin d'envisager un potentiel développement de cette fonction dans ces organismes.

Enfin, la grande majorité des répondants sont des professionnels qui exercent plus particulièrement un des aspects du DM consacré spécifiquement à l'accompagnement individualisé du patient, ces professionnels sont appelés DCM dans l'étude. Seuls deux professionnels exercent le DM par la mise en place de politiques de retour au travail au sein de l'entreprise, les résultats de cette étude traitent donc principalement du premier aspect du métier de DM.

2.3-Analyse des données collectées

Au total onze entretiens semi-directifs ont été réalisés individuellement entre le 19 novembre 2018 et le 1er mars 2019. Le temps moyen des entretiens est de 49 minutes. À noter que cinq entretiens ont été brièvement interrompus, car les répondants concernés avaient reçu un appel téléphonique. Une retranscription intégrale sur des documents word distincts a été réalisée pour chaque enregistrement vocal correspondant. Les questions de l'étudiant-chercheur étaient inscrites en vert et les réponses du participant, en noir. Chaque retranscription d'entretien a ensuite été imprimée. Les différents entretiens retranscrits ont reçu un code d'identification : (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 et R11).

L'analyse thématique a été retenue par l'étudiant en vue d'analyser les données collectées. Cette technique consiste à : « transposer d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique) » (Pierre Paillé & Alex Mucchielli, 2008, p.162). Pour réaliser cette analyse, l'étudiant a choisi de combiner une analyse déductive et une analyse inductive des matériaux. Les données brutes obtenues ont alors été déconstruites en différentes unités d'analyse. Concernant la démarche déductive, les grandes catégories thématiques qui ont servi à l'élaboration du guide d'entretien ont été utilisées pour structurer la présentation des résultats.

Les unités d'analyse prédéfinies sur base du cadre théorique qui ont servi à orienter les entretiens sont présentées en **(Annexe 5)**. À noter qu'un code couleur a été défini par l'étudiant en vue de classer les différentes unités d'analyse.

Après avoir fait une analyse approfondie des matériaux de manière déductive selon les thématiques précédemment présentées, une analyse en profondeur des entretiens a permis de manière inductive de faire surgir de nouvelles dimensions au sein même des grandes thématiques. En ce sens, cette démarche inductive avec catégories émergentes vient s'ajouter

à la démarche déductive pour l'enrichir. Chacune des nouvelles unités d'analyse émergentes a également reçu un code couleur.

Concernant le niveau d'analyse des résultats obtenus, cette étude a respecté un processus itératif qui consiste en une alternance d'analyse descriptive et d'analyse interprétative.

En effet le premier niveau d'analyse, à savoir descriptif a permis de représenter fidèlement les propos des répondants et une analyse interprétative est venue compléter l'étude en vue d'expliquer les résultats obtenus (Paillé & Mucchielli, 2012). En complément du tableau **(annexe 5)** reprenant les thèmes prédéfinis, différents tableaux détaillant l'ensemble des rubriques émergentes de ces thèmes ont été créés (**l'annexe 6** présente un exemple de ces tableaux). Enfin les rubriques ont pu être subdivisées en sous-rubriques émergentes (**annexe 7**). À noter que certaines sous rubriques ont fusionné ou ont été regroupées. Grâce à ces tableaux, les différents points de vue ont pu être rapprochés, comparés ou confrontés pour finalement être présentés sous forme d'un texte fluide et ordonné. Finalement, les résultats ont été synthétisés en vue de tirer une conclusion spécifiquement reliée à chacun des thèmes étudiés dans un troisième temps, une lecture transversale de chacune des conclusions respectives a permis de construire une conclusion globale de cette partie empirique.

3- Résultats

A) Expérience objective du disability case-manager

3.1- Qui est le disability case-manager ?

3.1.1- Parcours professionnel

Il apparaît une grande hétérogénéité quant à la formation initiale des répondants, cinq professions du secteur médical sont représentées : deux médecins généralistes devenus respectivement médecin-conseil et médecin du travail, un médecin du travail, quatre ergothérapeutes, deux assistants sociaux, une infirmière sociale un psychologue de travail.

Les personnes interrogées présentaient toutes une solide expérience professionnelle dans le domaine de la réinsertion professionnelle. La plupart d'entre eux sont en activité depuis plus de 20 ans. Ainsi, la majorité des répondants ont témoigné d'une évolution dans leur carrière qui leur a permis d'exercer la fonction de DCM. En effet, cette fonction est pour l'ensemble des répondants le résultat d'une construction professionnelle progressive. L'un des répondants explique : « j'ai l'impression que toutes mes expériences m'ont un peu amené vers ça comme quelque chose d'évident » (R5). La majorité des médecins interrogés expliquent avoir d'abord exercé comme généraliste avant de se spécialiser dans le domaine de la

médecine du travail ou comme médecin-conseil en vue de devenir expert dans le domaine de la réinsertion professionnelle.

Une autre logique se dégage chez les professionnels exerçant leurs fonctions dans le secteur privé. Fort de leur expertise clinique approfondie dans le domaine de la réinsertion professionnelle, ils ont identifié dans leur pratique un besoin auquel l'organisation actuelle des soins de santé ne permettait pas de répondre ou répondaient de manière partielle. Les professionnels ont répondu localement à ce besoin via une approche "bottom-up". À cette expérience professionnelle sont venues s'ajouter pour la grande majorité des répondants différentes formations diplômantes de niveau universitaire. Quatre répondants sont détenteurs d'un certificat respectivement en expertise médicale et médecin d'assurance, en case-management et en conseiller en prévention. Quatre autres professionnels sont détenteurs d'un master respectivement dans le domaine des sciences médico-sociales, de la santé publique, des sciences du travail et enfin de la gestion des risques et du bien-être au travail. Deux professionnelles ont même obtenu leur doctorat en réinsertion professionnelle. Les trois professionnels qui ne disposent pas d'un diplôme universitaire complémentaire ont étoffé leurs connaissances par de nombreuses formations continues, principalement en ergonomie et en législation sociale.

3.1.2-Formation spécifique en disability management

Concernant la formation en disability management deux groupes de professionnels se distinguent dans l'étude selon qu'ils aient réalisé leur formation à l'INAMI ou à l'organisme Prévent. D'une part, quatre professionnels ont reçu le certificat de l'INAMI, parmi eux trois ont reçu le certificat de : « certified return to work coordinator » et une quatrième a reçu le certificat de « certified disability management professional ». D'autre part, cinq professionnels de l'étude ont suivi la formation en disability case-management à l'organisme Prévent. Aussi, un professionnel exerçant en Suisse a obtenu un certificat of advanced studies en case-management. Enfin, un professionnel s'est formé à la pratique du case-management au cours de sa formation en master santé publique, spécialité médecine du travail et durant l'obtention de son doctorat en réinsertion professionnelle.

3.1.3-Poste occupé et structures de rattachement

Cette hétérogénéité dans la formation initiale comme dans la formation spécifique en DM ainsi que la disparité de la construction professionnelle amène à ce que les participants occupent des postes différents au sein d'organismes et de structures distincts.

Les deux professionnels interrogés dans les services externes sont deux médecins du travail. Au sein des mutualités, il s'agit d'un médecin-conseil et d'un conseiller paramédical. Dans le secteur privé en Belgique un conseiller en management indépendant ainsi qu'un ergothérapeute indépendant ont pris part à l'étude. Un ergothérapeute case-manager exerçant en tant qu'un indépendant en Suisse a aussi été interrogé. Au sein du secteur des assurances, il s'agit d'une consultante well-being exerçant au sein d'une première société d'assurance, cette professionnelle intervient auprès des employés de sa propre entreprise dans sa fonction de DCM. Toujours dans le secteur des assurances, une DCM a été interrogée, celui-ci exerce dans une société d'assurance et intervient dans le suivi des personnes affiliées à cette société assurance. De même, au sein du secteur hospitalier une coach en réintégration travaillant dans un hôpital universitaire a pris part à l'étude. Enfin, une experte en DM exerçant à l'INAMI a complété l'étude.

Il convient maintenant de s'intéresser à la localisation géographique des organisations dans lesquels les personnes interrogées travaillent. Ainsi, cinq proviennent de la Région Flamande et exercent respectivement dans quatre provinces différentes. Il est à noter que les deux professionnels indépendants exercent en Flandre. Trois autres professionnels qui ont été interrogés travaillent au sein de la région Bruxelles Capitale et enfin deux professionnels interrogés exercent en Wallonie.

Parmi les onze répondants exerçant au sein des six structures subventionnées, ceux-ci expliquent qu'il se dégage deux manières de mettre en place le modèle d'intervention du disability management dans leurs pratiques. En effet, l'un des répondants explique :

Il y a d'une part le disability case-management, moi je suis formé au disability case management, je suis disability case-manager, j'accompagne spécifiquement le patient dans son retour au travail, et d'autre part il y a les disability-managers ou les professionnels mettent en place des politiques au niveau des entreprises pour permettre le retour au travail des employés (R3). Ainsi dans l'étude un professionnel exerçant comme indépendant ayant reçu la certification de l'INAMI :« certified disability management professional » intervient exclusivement au niveau des entreprises. Une seconde répondante intervient tant au niveau politique que dans l'accompagnement des employés de la société d'assurance dans laquelle elle travaille. À l'exception de ces deux répondants et du professionnel qui exerce au niveau

de la formation en DM, les répondants interviennent spécifiquement dans l'accompagnement des patients dans leur processus de retour au travail.

3.1.4-Population bénéficiant de disability management

Il convient maintenant de s'intéresser aux patients que les professionnels rencontrent dans leur pratique de DCM.

Au sein des services externes le premier répondant met en avant les deux grands groupes de pathologie les plus fréquemment rencontrées : « Il y a eu des études et les deux grandes pathologies qui ressortent pour l'incapacité de travail ce sont les pathologies de l'appareil locomoteur en particulier la lombalgie chronique et d'autre part la deuxième grande cause sont les troubles psychosociaux » (R9). Le constat est similaire au sein des mutualités, selon l'un des répondants : « le gros quorum, c'est les pathologies de santé mentale modérées pour 35% et les maladies ostéo-articulaires pour environ 30 à 35%, à eu deux ils font 70% de tout ce qu'on voit et c'est beaucoup du chronique, un gros versant de lombalgie chronique » (R2). Il apparaît alors qu'au sein de ces deux structures la LCNS est, avec les problématiques de santé mentale la pathologie la plus représentée au niveau des patients accompagnés par les DCM. Ce constat est encore plus marqué au sein du secteur privé. En effet, un répondant explique : « Il y a pas mal de personnes qui souffrent de mal de dos, la plupart ce sont des personnes qui ont des souffrances physiques au niveau du dos, mais parfois les douleurs psychiques viennent s'y s'ajouter » (R3). Enfin, l'un des répondants explique s'être spécifiquement spécialisé dans les atteintes du rachis : « C'est principalement des rachialgies chroniques et du coup plutôt du bas du dos, principalement des lombalgies, c'est vraiment la patientèle type (...) c'est notre spécificité, le cabinet est connu et spécialisé pour ça » (R1). Il apparaît alors un large consensus entre les professionnels interrogés quant au fait que la LCNS est une des pathologies les plus présentes chez les patients qu'ils accompagnent. Les répondants expliquent ainsi accompagner une grande proportion de patients présentant des problématiques de santé mentale, selon eux ces atteintes se combinent fréquemment à la LCNS et apparaissent tant comme des causes que des conséquences de cette pathologie.

Seuls deux professionnels expliquent ne pas travailler spécifiquement avec des patients présentant une LCNS. La première est DCM en assurance, sa société prévoit qu'elle intervienne conformément à la loi sur les accidents de travail dans laquelle la LCNS ne rentre pas en ligne de compte. La seconde répondante exerce au sein d'un hôpital universitaire. Elle explique qu'elle ne rentre pas en contact avec ces patients pour la raison suivante :

« L'orientation des patients dans le service est faite par différents docteurs qui travaillent dans le centre de réhabilitation, les personnes qui ont une lombalgie c'est un autre docteur qui les reçoit dans un autre service, mais ils ne bénéficient pas de disability management pour l'instant, c'est une histoire de division de l'hôpital en différentes spécialités » (R11). Les différents entretiens des répondants permettant de récolter les résultats suivants traitent alors très largement de la LCNS. C'est en ce sens qu'ils seront directement mis en lien avec cette pathologie.

3.1.5-Compétences

3.1.5.1- Savoir-être

La grande majorité des répondants met en avant l'intelligence émotionnelle comme une compétence faisant office de prérequis obligatoires pour créer une relation adéquate tant avec le patient qu'avec les professionnels qui gravitent autour de ce dernier.

La bienveillance, l'empathie et le respect permettent selon les répondants la création progressive d'une relation de confiance avec le patient. Ces différentes compétences humaines liées à la notion de savoir-être sont essentielles selon les répondants, l'un d'eux illustre ces propos et énonce que : « on peut être extrêmement bon technicien s'il n'y a pas ces qualités humaines pour mobiliser les gens, ça va être compliqué » (R1).

3.1.5.2- La communication

L'intelligence émotionnelle permet le développement de la première compétence énoncé par les répondants, à savoir la communication. Ceux-ci expriment la nécessité d'avoir : « un contact facile » (R9) et « des aptitudes communicationnelles assez importantes » (R1). L'un des professionnels explique que cette notion est à l'origine de sa fonction : « mon métier existe par la communication ! » (R6). À cette capacité d'aller vers l'autre s'ajoute une composante que cinq professionnels énoncent comme la capacité à : « bien communiquer » (R1) (R2) (R6) (R7) (R9). En effet, selon l'un des répondants : « le case-manager doit avoir cette capacité à faire consensus, s'il ne laisse pas de place pour le compromis ça va être compliqué de communiquer avec d'autres professionnels qui ont parfois des sensibilités différentes » (R1). Les répondants expliquent que la communication présente trois fonctions pour le DCM.

Elle permet d'abord de recueillir l'information auprès des différentes parties prenantes impliquées dans le processus de retour au travail du patient. Les répondants insistent sur le

fait que cette compétence est d'autant plus centrale dans l'accompagnement du patient LCNS étant donné le nombre particulièrement important d'acteurs impliqués dans son réseau.

De plus, cette compétence est utile pour transmettre l'information qui concerne le patient à ces mêmes membres en vue de maintenir une certaine cohérence dans l'accompagnement de ce dernier. Enfin, la communication est utilisée afin de susciter les liens entre chacun des différents membres du réseau.

La majorité des répondants mettent en avant la grande nécessité de favoriser le maintien ou le rétablissement du lien entre l'employeur et son employé. Les professionnels qui interviennent spécifiquement dans l'accompagnement du patient expliquent d'une part que l'employé présente des difficultés à maintenir ce contact durant son incapacité de travail. Dans le cas de la LCNS, les répondants mettent en avant le fait que ce patient craint bien souvent de ne pas être écouté et pris au sérieux par son employeur.

D'autre part, l'employeur quant à lui a souvent des réticences à contacter son employé par crainte de ne pas respecter la vie privée de ce dernier. Un répondant explique que l'employeur attend que ce contact soit pris par l'employé : « pour les employés qui ont indiqué la volonté de retravailler et qui l'ont montré par un coup de fil ou par un mail, là on a vraiment une grande possibilité de réussir, l'indicateur le plus important pour avoir un trajet positif c'est qu'ils indiquent quelque part qu'ils veulent travailler » (R7). Face à cette situation, il paraît extrêmement important que le DCM ait de bonnes compétences dans ce domaine afin de maintenir ou de rétablir cette communication citée comme un vecteur essentiel au retour au travail.

3.1.5.3-Le disability case-manager, un avocat

La seconde compétence majoritairement mise en avant par les professionnelles est d'avoir la capacité à « convaincre », il apparaît que ce terme a été utilisé par chacun des répondants. Cette compétence est citée comme nécessaire dans le dialogue avec l'employeur afin de l'amener à accepter et favoriser le retour au travail de son employé. La grande majorité des répondants expliquent qu'ils se basent sur des arguments d'ordre législatif, c'est en ce sens que le DCM doit aussi avoir des compétences en matière de législation sociale. Il doit être au fait du cadre réglementaire en matière de retour au travail et doit connaître les droits du patient, ainsi que les textes légaux qui concernent sa sécurité au travail.

Au-delà de cette capacité à convaincre, le DCM présente d'autres compétences proches de celle d'un avocat, selon trois répondants il doit être un médiateur en cas de conflit potentiel entre l'employeur et son employé.

Les professionnels intervenant spécifiquement dans la mise en place de politique au sein des entreprises expliquent que les compétences susmentionnées sont centrales dans leurs pratiques : « Il faut être capable de lire et d'interpréter des textes légaux, il faut avoir des compétences de négociation avec les syndicats, avec les patronats et surtout avoir la capacité à comprendre la direction d'une entreprise, savoir comment un patron pense ou réfléchit pour pouvoir le convaincre » (R7). La grande majorité des répondants reconnaissent défendre les intérêts du patient auprès de son employeur. Cependant, une nuance est apportée par les personnes qui travaillent dans les services externes, ceux-ci mettent en avant leur devoir de neutralité. Ils expliquent devoir défendre tant l'employeur que l'employé. D'autres répondants exerçant dans le secteur privé en Belgique expliquent plutôt venir en aide à l'employeur : « l'organisation est primordiale, c'est l'entreprise qui doit survivre justement pour pas que tout le monde soit au chômage » (R7). Selon un répondant, l'aide aux employeurs est à l'origine de la création de son entreprise :

On s'est lancé comme consultant en entreprise pour les assister (les employeurs), au moment où l'un de leurs employés a un souci, une incapacité ou des difficultés dans son travail. Donc l'idée c'est d'assister l'employeur, parce qu'en Belgique on a pas mal d'organisation qui assiste la personne handicapée, mais au moment où la personne se trouve à la porte de l'entreprise en disant : « oui je pense que je peux reprendre », l'employeur a d'autres questions auxquelles il faut apporter une réponse pour permettre le retour au travail (R3)". Il apparaît alors un large consensus quant aux compétences de négociation que les DCM doivent avoir, cependant une nuance est avancée quant à la position que ces professionnels prennent dans la négociation.

3.1.5.4-Une vision holistique

Les répondants expliquent unanimement que le DCM doit avoir des compétences fines d'analyse et d'expertise, et ce tout particulièrement dans l'accompagnement du patient lombalgique. Selon eux, le DCM doit pouvoir recueillir et centraliser l'information utile concernant le patient afin d'évaluer sa situation dans son ensemble. Le DCM cherche à comprendre les besoins, les attentes, les forces et limites du patient, ainsi que l'impact que l'environnement du patient peut avoir sur ce dernier. Les répondants parlent d'une vision globale, l'un des répondants utilise la métaphore suivante : « Je dirais que le disability case-manager doit avoir un peu une vue hélicoptère de la situation du patient lombalgique » (R9). Cinq professionnels vont encore plus loin et prônent la vision holistique du DCM. Ceux-ci expliquent s'intéresser à chacun des éléments constitutifs de la personne en lien avec sa

situation, mais aussi à l'interaction de chacun de ses éléments entre-deux. Le parallèle avec la situation de la lombalgie est directement réalisé par ces mêmes répondants, ceux-ci expliquent que cette vision permet de particulièrement bien répondre à l'atteinte chronique du patient lombalgique. L'un d'eux explique : « Sur 100 patients 75 reprennent spontanément, c'est l'aigu, et 25% c'est de la chronique et à partir de là on sait bien que ce n'est pas la pathologie elle-même qui entretient nécessairement l'incapacité de travail, mais ce sont les facteurs psychosociaux » (R2). Les répondants expliquent que cette approche globale permet de répondre aux besoins du patient LCNS, selon eux la douleur du bas du dos est souvent renforcée par le contexte socioprofessionnel, mais aussi fréquemment lié à la somatisation des problématiques d'ordre psychologique.

3.1.5.5-Vision réseaux

Il apparaît que la vision globale et holistique en regard de la situation du patient permet au DCM : « d'orienter » (R8), « aiguiller » (R5), « guider » (R6) et d'être « l'interface entre le médical et le secteur professionnel » (R9), « une charnière » (R3), « un point de contact » (R11). Ces différentes terminologies utilisées par les répondants illustrent la compétence que le DCM doit avoir d'être un relais entre chacun des acteurs du réseau centré sur le patient. Cette vision réseau est prégnante dans le discours des répondants selon l'un d'eux : « il faut une personne dont la mission c'est d'avoir un télescope et de voir la constellation du patient » (R5). Chacun des répondants explique que ce réseau qui s'articule autour du patient doit être coordonné par le DCM. Cette capacité d'articulation est identifiée par la majorité des répondants comme une solution permettant de répondre aux problèmes de discontinuité des soins observés dans l'accompagnement du patient LCNS.

Cependant, il apparaît des différences dans la manière d'exercer le leadership dans ce réseau selon la profession initiale. Le médecin-conseil de par sa place hiérarchique explique pouvoir vraiment donner la direction et coordonner un réseau. D'autres professionnels tels que les DCM qui travaillent à l'hôpital et en assurance expliquent exercer sous l'autorité du médecin du travail. Ils expliquent travailler en support à ce dernier, mais c'est à lui que reviennent les prises de décision concernant le patient. Paradoxalement, les médecins du travail expliquent eux aussi avoir des difficultés à coordonner le réseau, car ils estiment être méconnus et peu reconnus par les membres du réseau : « On est méconnu, on n'a pas l'information ou du moins pas toute l'information (...), le médecin généraliste on le connaît, le médecin du travail on ne le connaît pas en général, il est quelque part exclu du réseau » (R9). Ce même répondant ajoute : « Il serait important que les médecins connaissent aussi le rôle du

médecin du travail, qu'on soit connu et reconnu par nos pairs » (R9). Ces professionnels expliquent pourtant être bien placés dans le processus de réinsertion professionnel, ceux-ci sont forcément en contact avec le patient présentant une incapacité de travail, mais sont également amenés à échanger avec les employeurs.

Enfin, il apparaît que les indépendants présentent aussi d'importantes difficultés à coordonner le réseau du patient. Selon eux une grande partie de leurs temps est consacré à la prise de contact et à l'échange entre chacun des répondants : « C'est très difficile de les mettre autour d'une table (les membres du réseau), parce qu'on se trouve dans le domaine des soins à domicile alors ce que je fais c'est que je vais les rencontrer ou je leur téléphone avec l'accord du patient et avec son aide pour les coordonnées ce qui n'est pas toujours facile » (R3).

3.1.5.6-Vision positive

Les quatre ergothérapeutes ayant participé à l'étude mettent en avant une compétence propre à leur fonction initiale qui fait sens dans la pratique du DCM, à savoir de baser leur intervention sur les forces du patient. Ces répondants expliquent devoir traduire les éléments médicaux en éléments fonctionnels afin de faire transparaître les capacités concrètes du patient. L'un d'eux explique : « Je crois qu'une compétence vraiment clé est qu'il faut avoir un point de vue une mentalité en mettant le « dys » de dysability entre parenthèses, parce qu'il faut dès le premier contact identifier où sont les aptitudes du patient, ses possibilités, on va se baser sur ce qu'il est capable de faire, personne n'est engagé à partir de ce qu'il ne sait pas faire » (R3).

3.1.5.7-Le patient acteur

Différentes compétences sont directement liées à la vision positive précédemment avancée par les répondants. En effet, il a été question plus haut de « convaincre » l'employeur du retour au travail de son employé, les répondants avancent unanimement qu'il est tout autant nécessaire de convaincre le patient de ses capacités d'agir en regard de sa pathologie. Plus de la moitié des répondants cite « l'empowerment » comme une notion centrale qu'ils tentent de susciter chez le patient dans leur accompagnement. Pour permettre cette prise de conscience, trois répondants présentent le DCM comme un éducateur, qui se base largement sur « l'éducation thérapeutique » notamment au vu des fausses croyances que le patient peut avoir vis-à-vis de la pathologie. Les répondants expliquent que la « kinesiphobie » et « le catastrophisme » sont particulièrement prégnants chez les patients LCNS. Ces croyances

erronées sont renforcées par les discours contraires et discordants des différents acteurs, d'où la nécessité que le DCM informe et éduque précocement le patient.

La majorité des professionnels expliquent aussi que le DCM doit avoir les aptitudes d'un coach qui doit savoir se positionner et encourager le patient dans le passage à l'action. Deux de ces professionnels insistent sur la notion de collaboration avec le patient. Selon eux, le DCM ne fait en aucun cas à la place du patient, l'autonomie finale du patient est visée est se prépare au fur et à mesure du processus de retour au travail. L'un des répondants appuie ces propos : « Je donne au patient l'ensemble des cartes utile dans son processus de retour au travail à lui de les mobiliser » (R6).

3.1.5.8-Le disability case-manager, un leader

Enfin, deux répondants font le parallèle entre les compétences du DCM et celle d'un manager. Le premier répondant est un médecin-conseil. Il avance que : « ces compétences (celle du DCM) sont plutôt des compétences d'un manager, d'un bon gestionnaire, je pense qu'on a besoin de ça pour être un bon disability case-manager » (R2). Le second répondant, ergothérapeute, complète ces propos : « en gros je pense que c'est beaucoup de qualité proche d'un bon manager, d'un bon leader » (R1). Cette forme de leadership est particulièrement nécessaire selon les répondants pour coordonner le réseau des prestataires gravitant autour du patient, cependant comme énoncé plus haut la profession initiale des DCM fait varier leur autorité sur le réseau du patient.

3.2-Que fait le disability case-manager ? Comment le fait-il ?

3.2.1-Formalisation de la pratique initiale

L'ensemble des répondants définissent l'exercice du DM comme une fonction plutôt que comme une profession. Cette nuance s'explique selon les répondants par le fait que la profession de DCM n'existe nulle part sur un plan formalisé en Belgique. Ceci justifie alors la grande difficulté du chercheur à identifier et à entrer en contact avec les personnes qui exercent une fonction de DCM. Cependant, l'ensemble des répondants mentionnent que leurs formations respectives en DCM sont justement venues formaliser une partie des tâches qu'ils réalisaient déjà au sein de leurs professions.

La philosophie n'a nullement été découverte durant la formation, mais a plutôt permis un ancrage, une base, un socle de connaissance utile au développement de compétences qu'il possédait déjà. Deux répondants présentent même le DM comme une « philosophie

d'intervention » (R3, R5), un troisième parle : « d'un cadre souple dans lequel sa pratique initiale vient s'inscrire » (R1).

Les ergothérapeutes exerçant la fonction de DCM qui ont été interrogés vont même plus loin et explique unanimement que le DM est très proche du processus d'intervention de l'ergothérapie. L'un des ergothérapeutes avance que : « pour nous c'est très clair, ça fait partie de notre ADN, c'est quelque chose que les ergothérapeutes, en tout cas dans les domaines où j'ai travaillé faisait déjà c'est une évidence. » (R1). Un second répondant partage ces propos et explique que cette fonction de DCM lui a permis d'aller plus loin dans le processus de réinsertion professionnelle du patient, pratique que les ergothérapeutes abordent, mais ne peuvent pleinement exploiter (R5).

Selon lui, les activités liées au DM viennent s'ajouter à l'ensemble des tâches des ergothérapeutes cependant, ces derniers n'ont pas le leadership dans la coordination du réseau du patient. Les deux ergothérapeutes qui exercent leurs activités en tant qu'indépendants partagent ces avis et expliquent avoir développé leur pratique dans le secteur privé pour répondre pleinement à un besoin, auquel ils ne pouvaient répondre de manière optimale dans leur pratique de salarié au sein du secteur public. Ces deux répondants mettent en avant le fait que la pratique comme indépendants a permis un décloisonnement de leurs professions. Ceux-ci font tous deux le lien avec les patients LCNS. Ainsi ils estiment désormais répondre aux besoins de ces patients de manière plus intégrée.

3.2.2-Aspect financier

3.2.2.1-Financement des prestations

Concernant la manière dont les professionnels sont financés pour leur intervention il apparaît deux groupes qui se dégagent selon que les répondants exercent comme indépendants ou comme salariés.

Pour les indépendants, il existe deux possibilités en Belgique. En effet, les prestations qu'offre le DCM peuvent être financées par une entreprise qui est demandeuse d'un service. Le DCM est alors payé pour une mission, un projet ou pour le nombre de jours et d'heures qu'il a prestés pour cette entreprise. Ces répondants parlent d'un système de devis où ils font des propositions d'intervention que l'entreprise valide.

Par ailleurs, il existe une autre source de financement pour l'accompagnement spécifique d'un patient dans sa réinsertion professionnelle. En effet, les assurances privées d'accident : routier, de travail ou liées au revenu garanti peuvent financer l'intervention du

DCM. L'un des répondants exerçants comme indépendant explique que les sources de financement de son entreprise sont les suivantes : « je pense qu'environ 60% viens des assureurs, 20% viens d'une combinaison assureur-employeur lorsque l'employeur se retourne vers son assureur en lui expliquant le problème pour que l'assurance intervienne et finalement 20% ou c'est les entreprises qui nous contactent directement » (R3).

Enfin, une dernière solution a été identifiée dans le secteur libéral en Suisse. Le professionnel interrogé intervient sur prescription du médecin généraliste. Après sa consultation médicale, ce dernier réalise les prescriptions en fonction des besoins particuliers du patient. Le patient peut intégrer le programme mis en place et coordonné par le DCM. Chacune des prestations médicales qui composent le programme de soins est alors prise en charge par l'assurance obligatoire des soins suisses (où l'ergothérapie est remboursée au patient dans le cadre de l'assurance obligatoire). Une grande similitude apparaît entre ces trois professionnels qui travaillent en tant qu'indépendants, ces derniers ont dû constituer leurs réseaux localement avec les entreprises, les assurances ou les médecins généralistes afin d'expliquer leur intervention et l'intérêt de celle-ci sur le pronostic de réinsertion professionnelle du patient.

Le fonctionnement est tout à fait différent dans le secteur public. Les répondants sont employés par leur organisation de rattachement, laquelle leur verse un salaire relatif à leur emploi. Il semble tout de même pertinent de s'intéresser à la manière dont les prestations qu'effectuent ces professionnels dans leur fonction de DCM sont financées.

Concernant les mutualités, leur intervention est financée par l'organisme qui les emploie elle-même financée par ses différents affiliés. Le financement de l'intervention des médecins du travail dans les services externes est différent : « tout employeur doit avoir un service de médecin du travail, celui-ci peut être interne à l'entreprise ou externalisé lors que l'entreprise n'a pas les ressources en interne nous lui fournissons ces prestations » (R9). Il apparaît donc que les services sont financés par l'entreprise affiliée au différent service externe.

Pour le coach en réintégration qui travaille en hôpital, ses prestations font partie des services dont un patient peut bénéficier dans le cadre de sa réhabilitation, l'enveloppe qui y est allouée est forfaitaire. Concernant la DCM interne à la société d'assurance qui offre des prestations aux employés de cette même société, l'organisme finance de manière autonome les services offerts à ses employés. Enfin, la DCM exerçant au sein d'une société d'assurance explique que son intervention est financée par les cotisations des différents affiliés.

3.2.2.2-Subsidiarité de l'intervention du disability case-manager

Il apparaît que la fonction de DCM est assurée à la fois par des médecins (médecin-conseil et médecins du travail), mais aussi par des ergothérapeutes, des assistants sociaux ou des infirmiers sociaux. Ces deux groupes se distinguent par le coût relatif à leur expertise. Les médecins expliquent que leur coût est bien largement supérieur à celui des autres professionnels. Face à ce constat, il apparaît que dans une approche de subsidiarité les médecins tendent à déléguer la fonction de DCM ou une partie de ces fonctions.

En Suisse, le médecin généraliste à l'origine des prescriptions médicales qui financent les différentes activités du programme mis en place par le DCM, délègue la coordination de l'aspect thérapeutique de la prise en charge du patient. Le DCM concerné explique que : « s'il (le médecin généraliste) passait tout ce temps à faire cette coordination, ça coûterait une fortune et surtout c'est un temps qu'il n'a pas, donc il n'adopte actuellement pas cette approche » (R1). Un second professionnel partage ces propos et explique que :

Les médecins généralistes font actuellement office de case-manager forcément parce qu'ils reçoivent les rapports des patients, envoient les personnes vers les spécialistes, mais je me pose la question si c'est suffisant en termes de case-management, est-ce que c'est du case-management le fait de simplement recevoir et renvoyer le patient sans qu'il n'y ait une logique de concertation derrière, évidemment ceux-ci n'ont pas le temps pour être aussi présent et ce temps coûte trop cher (R5). De même, l'un des médecins interrogés exerçant la fonction de DCM au sein d'un service externe insiste sur le fait que son temps est précieux, celui-ci est donc exclusivement responsable dans sa fonction de DCM de la partie évaluation du patient et des demandes de subsides. Les interventions concrètes comme l'adaptation de poste de travail sont réalisées par l'ergonome, lui-même formé au DM par le médecin.

Le constat est similaire au sein des mutualités où le professionnel interrogé qui travaille auprès des médecins-conseils a remplacé lors de son arrivée un médecin-conseil parti à la pension. Le professionnel avance les propos suivants :

Les médecins n'ont pas eu le temps jusqu'à présent de proposer l'approche du disability case-management, à ce stade on est occupé à développer davantage d'approches allant dans ce sens au niveau des mutualités, un peu stimulé par le ministère et par l'INAMI et donc oui l'idée c'est aussi de réformer un petit peu ce qui se faisait jusqu'à présent et donner plus d'utilité et de service aux gens (R5). Cette restructuration qui émane des autorités compétentes a permis d'une part de faire diminuer les coûts relatifs à l'intervention du professionnel tout en permettant aux patients de bénéficier d'interventions en DM.

Ce répondant insiste néanmoins sur le fait que ce cas de figure est très peu répandu au sein des mutualités. Selon les répondants, le manque de temps des médecins et le coût relatif à leur intervention pourraient alors justifier un transfert de responsabilité du médecin vers le DCM quant à la coordination des activités visant le retour au travail du patient, d'autant que ce dernier dispose des compétences liées à cette fonction.

3.2.3 Différentes tâches qui se matérialisent au travers d'un processus commun

3.2.3.1-Évaluation du patient

Il apparaît un processus composé de différentes étapes clés dans l'accompagnement du patient LCNS partagé unanimement par répondants. La première étape découle directement de la vision globale du DCM, il s'agit d'une tâche de type évaluative.

Les répondants parlent de : « phase d'évaluation » (R3), « d'assesment » (R11), « de centralisation de l'information » (R4) ou encore de « recueil » (R5). L'évaluation est largement basée sur le modèle biopsychosocial. En effet, l'aspect biologique et médical est d'abord investigué, les répondants expliquent évaluer l'état de santé actuel du patient ainsi que l'évolution de sa pathologie, avant de centraliser les différents rapports médicaux relatifs aux accompagnements déjà réalisés. Dès lors, une évaluation des capacités résiduelles du patient est systématiquement réalisée. L'aspect psychologique est lui aussi exploré puisque les professionnels expliquent recueillir les besoins, les attentes, le sentiment, les craintes et les perspectives propres du patient vis-à-vis de sa situation. Enfin, les professionnels s'intéressent au versant social tant au niveau personnel que professionnel.

3.2.3.2-Identification des exigences liées à l'emploi

La seconde tâche majeure du DCM consiste à observer et analyser le travail réel de l'employé. La grande majorité des professionnels se rendent avec le patient directement sur le lieu de travail de ce dernier. Les DCM observent les conditions de travail, le fonctionnement de l'entreprise et surtout la manière dont le patient est capable de réaliser les tâches relatives à sa profession dans son propre environnement de travail.

De la même manière que pour le patient, les attentes, les souhaits, l'avis, les craintes de l'employeur sont recueillies par le DCM. Ce dernier tente d'abord d'identifier les exigences que l'employeur peut avoir vis-à-vis de son employé.

En parallèle, le DCM analyse avec l'employeur les ressources potentielles que l'entreprise peuvent mettre à disposition de l'employé.

Les répondants expliquent collaborer avec l'employeur, ils lui transmettent tant l'information concernant les capacités réelles du patient que les informations liées à la législation et aux procédures relatives à la réinsertion professionnelle de l'employé. De plus, les répondants expliquent que l'environnement physique de travail ainsi que l'environnement social sont analysés. En effet, les DCM mettent largement en avant le fait que l'insatisfaction au travail et les conflits sont des facteurs de risque de chronicisation de l'atteinte au niveau du bas du dos. En ce sens, les répondants sont particulièrement attentifs à ces problématiques dans l'accompagnement du patient LCNS.

3.2.3.3-Confrontation des points de vue et interventions.

Une fois ces tâches à visée d'évaluation et de recueil d'information réalisés, les répondants expliquent qu'ils vont : « comparer » (R3), « évaluer l'adéquation » (R9), « faire correspondre » (R10), « identifier le meilleur compromis acceptable pour les deux parties » (R10). Ces différentes terminologies montrent que le DCM confronte les visions des deux principaux protagonistes. Sur base de cette comparaison, le DCM tente d'identifier une solution permettant le retour au travail du patient en prenant en compte les conséquences de cette dernière sur chacun des acteurs impliqués. Le DCM planifie ensuite les différentes tâches à réaliser pour arriver à cette solution. Il apparaît en Belgique que seuls les professionnels exerçant comme indépendants planifient de manière formelle leur intervention, par le biais des devis signés et validés par les entreprises qui rémunèrent les interventions.

Concernant la nature des interventions, il s'agit fréquemment de proposition d'adaptation concrète du lieu de travail au niveau ergonomique, organisationnel ou au niveau des horaires. De plus, différentes tâches administratives telles que les demandes de subside ou l'initiation des procédures d'indemnisation peuvent être réalisées par le DCM. Cependant, la tâche principalement citée par les répondants est une tâche d'orientation du patient vers le service adéquat, qui permet de répondre spécifiquement aux besoins de ce dernier, lesquels ont préalablement été déterminés dans la phase évaluative.

Enfin, il apparaît que seuls les professionnels exerçant comme indépendants mentionnent l'existence d'une étape formellement définie consacrée à l'évaluation du présent processus et de son résultat.

3.2.4-Fréquence du suivi

La fréquence et l'intensité du suivi du patient varient selon les répondants. Les médecins du travail expliquent que la fréquence est laissée à leur propre appréciation en fonction des besoins du patient. Les sociétés d'assurance expliquent également avoir une forme d'autonomie dans la décision de la fréquence du suivi. Le constat est similaire au sein de l'hôpital où la fréquence est laissée à l'appréciation du DCM tant que l'accompagnement est réalisé durant la réhabilitation réalisée à l'hôpital. Dans le secteur indépendant en Belgique c'est le devis préalablement signé par les entreprises qui définit la fréquence du suivi.

Le professionnel exerçant en Suisse explique que cette fréquence est déterminée en concertation avec le médecin généraliste en fonction des besoins du patient. L'ensemble de ces professionnels intervient par un suivi allant de plusieurs rencontres par semaine à une rencontre par mois en fonction des besoins du patient.

Le suivi est différent au sein des mutualités où les professionnels rencontrent en général une seule fois le patient avant de l'orienter vers les services adéquats, ils réalisent majoritairement un suivi à distance et de la concertation sur dossier, mais sont peu amenés à rencontrer de nouveau le patient. En ce qui concerne le suivi spécifique des patients LCNS, ces professionnels expliquent que l'intervention sur le lieu de travail est déléguée à l'organisme FEDRIS. Le programme mis en place pour cette pathologie est souvent méconnu par les patients. Bien que son contenu soit structuré pour répondre aux besoins du patient LCNS, il n'existe pas en amont une dynamique de concertation permettant d'orienter précocement les patients LCNS nécessitant un accompagnement particulier vers ce type de programme.

Conclusion de l'expérience objective du disability case-manager

Il apparaît que le professionnel exerçant la fonction de DCM a une formation initiale médicale ou paramédicale. Grâce à différentes formations majoritairement universitaires ce professionnel a ajouté à son expérience professionnelle significative tant une expertise pointue dans un des domaines de la réinsertion professionnelle qu'une vision transversale du secteur médical et de ses interconnexions avec les domaines qui l'entourent.

Enfin, une formation spécifiquement liée au modèle d'intervention du DM lui a permis de formaliser sa pratique au travers la fonction de DCM.

Ce professionnel est largement amené à accompagner le patient LCNS grâce aux compétences propres à sa fonction qui se rapportent directement aux besoins de ceux-ci.

Il s'agit majoritairement des compétences « soft » : relationnelles et émotionnelles. En premier lieu, l'intelligence émotionnelle, prérequis à la création du lien. Cette première compétence permet la communication visant le recueil, la transmission de l'information ainsi que le maintien du lien dans l'ensemble du réseau. De même, sa vision globale, holistique et positive vise la compréhension du problème à l'origine des douleurs du patient LCNS. Ensuite, le DCM présenter des habilités à négocier et à convaincre tant le patient que son employeur. Il s'appuie d'une part sur l'éducation thérapeutique pour convaincre le patient et d'autre part il use de solides connaissances législatives pour convaincre l'employeur.

Enfin, le DCM doit développer un certain leadership lui permettant de coordonner le réseau du patient.

Bien que les professionnels se différencient selon leurs organismes de rattachement, le financement y afférant ainsi que le suivi qui en découle, il apparaît un certain consensus quant au processus qui structure leurs accompagnements. La première étape vise à évaluer le patient de manière globale, avant que les exigences de l'employeur et de l'environnement de travail soient investiguées. La confrontation de ces éléments recueillis vise à identifier des solutions permettant le retour au travail du patient, duquel découle l'intervention du DCM. Celles-ci sont majoritairement basées sur une orientation du patient vers le service adéquat au moment opportun.

B) Expérience subjective du disability case-manager

3.2.-Freins, difficultés et limites dans la pratique des professionnels

3.2.1-Une fonction qui n'existe nullement sur un plan formalisé

L'ensemble des répondants insistent sur le fait que le système de santé actuel ne permet pas de répondre aux besoins que présentent les patients qu'ils accompagnent. Selon eux ce constat est particulièrement alarmant pour les patients atteints de LCNS.

Les professionnels mettent en avant la nécessité d'une fonction permettant d'accompagner spécifiquement le patient dans son processus de retour au travail, et ce tout particulièrement pour le patient LCNS. Face à l'absence de structuration formelle d'une telle profession, les professionnels interrogés ont tenté de répondre de manière locale en développant dans leurs professions respectives la fonction de DCM.

En effet, dans les institutions comme les mutualités, les services externes, les assurances ou les hôpitaux, les professionnels interrogés, se sont volontairement formés au DM. Le constat est encore plus flagrant dans le secteur privé où chacun des répondants explique avoir

développé son activité d'indépendant pour répondre spécifiquement au manque d'intégration des soins et services que reçoivent les patients en incapacité de travail et tout particulièrement les patients LCNS. Cependant, une limite est unanimement évoquée par ces professionnels : leurs interventions sont des réponses locales dans un contexte particulier, l'un des professionnels parle de : « produits de niches » (R1). Ces rares approches issues d'une approche bottom-up, ne permettent actuellement de répondre que localement à une problématique de grande ampleur qu'est la LCNS.

3.2.2-Une intervention réactive et tardive

Bien qu'il apparaisse un consensus clair quant à la nécessité d'une intervention précoce et proactive du DCM, et ce tout particulièrement dans l'accompagnement du patient LCNS, la majorité des répondants expliquent que leurs interventions sont réactives et tardives.

En effet au sein des mutualités, le patient est rencontré dans les six premiers mois après que le patient ait rentré son certificat d'invalidité. Au sein des services externes, c'est l'entreprise qui contacte le service auquel elle est affiliée pour demander l'intervention de ces derniers afin d'accompagner un employé en incapacité de travail. Les deux répondants qui travaillent au sein de ces services expliquent pourtant avoir deux autres missions dans leur profession de médecin du travail pour lequel les entreprises ne les mandatent que très rarement, à savoir la prévention et le maintien au travail. La porte d'entrée de leurs interventions est similaire pour les répondants qui exercent la fonction de DCM comme indépendants, ils sont contactés par l'entreprise en cas d'incapacité de travail d'un employé.

Bien qu'elle ne concerne pas spécifiquement l'accompagnement du patient LCNS, l'approche est également réactive au sein des assurances et de l'hôpital. Le paradigme du maintien au travail, pilier central du DM est très rarement observé aux dépens du paradigme du retour au travail largement majoritaire. Les répondants expliquent que leur fonction vise à compenser la complexité d'un système de santé non maîtrisé et surtout mal compris par les patients et les professionnels qui y sont inscrits. La majeure partie de leur temps est consacré à la transmission d'informations concernant les procédures et les possibilités légales de base en matière de retour au travail.

L'intervention réactive de la grande majorité des répondants amène à une prise en charge tardive du patient LCNS chez qui les douleurs sont bien installées et pour qui le pronostic de retour au travail se réduit dangereusement lorsque la durée de l'incapacité de travail augmente. Il apparaît alors une incohérence entre le paradigme du DM qui prône une

approche précoce et proactive et l'organisation de soins de santé qui amène à ce que les rares personnes qui exercent cette fonction sont contraintes d'intervenir tardivement par une approche réactive.

3.2.3-La responsabilité de l'employeur

L'ensemble des répondants explique que l'implication de l'employeur est un facteur qui favorise grandement les chances de retour de l'employé. Cependant, il apparaît que dans la majorité des cas, l'employeur est plutôt cité comme un frein au retour au travail, et ce particulièrement pour le patient LCNS. Il est largement mis en avant que la volonté de l'employeur pose souvent problème dans le processus de retour au travail de son employé : « Les employeurs qui veulent permettre à leurs employés de revenir au travail le font, ceux qui ne veulent pas le faire ne le font pas, ça ne donne pas de résultats de les obliger, ça dépend de leur volonté, d'où l'intérêt de les convaincre » (R3).

Les répondants expliquent que les employeurs sont réticents à réintégrer des patients en incapacité de travail tel que les patients LCNS, d'une part parce qu'ils ignorent les procédures légales relatives à ce retour au travail et d'autre part, parce que le fait de devoir adapter l'environnement de travail les effraie bien souvent. En effet, un répondant explique : « quand on dit adaptation de poste de travail ça peut faire peur, l'employeur pense à une transformation qui nécessite beaucoup de choses : un investissement financier, du temps, la plupart du temps on parle simplement d'adaptation de l'horaire ou des temps de pauses » (R3).

D'ailleurs, selon les répondants le caractère invisible de l'atteinte, l'impact réciproque du versant psychologique sur le versant biologique ainsi que l'accumulation des accompagnements médicaux et paramédicaux ne donnant aucun résultat amènent une incompréhension de l'employeur.

La moitié des répondants explique qu'il ne s'agit pas seulement d'une absence de volonté de l'employeur, mais aussi de différentes valeurs humaines fondamentales qui font défaut au sein des entreprises. La recherche d'efficacité a formalisé une vision axée sur le savoir-faire au détriment du savoir-être. Selon les répondants, le manque de prise en compte du facteur humain a pour conséquence de réduire le sentiment d'appartenance de l'employé envers l'entreprise, ce dernier se sent moins impliqué dans l'entreprise et adhère d'autant moins à son projet. Les professionnels font alors référence sans le nommer au manque de management humain dans les entreprises. La grande majorité des répondants font le lien entre

l'intervention tardive que reçoit le patient LCNS et le manque de considération du monde de l'entreprise à l'égard du bien-être et de la santé au travail des employés. Selon eux, la notion de bien-être au travail est seulement investiguée lorsqu'elle fait tellement défaut qu'elle a entraîné l'incapacité de travail.

3.2.4-La responsabilité du patient

Sans minimiser la responsabilité de l'employeur, les répondants s'intéressent également à la responsabilité du patient dans son propre processus de réinsertion. Le constat est particulièrement marquant quant à la responsabilité que le patient LCNS endosse. Les répondants expliquent que les fausses croyances qu'un patient LCNS a vis-à-vis de sa propre pathologie le poussent à rester inactif. Selon eux, les fausses croyances sont largement renforcées par l'absence de réponse efficace à ces douleurs, comme par la présence de message discordant entre les spécialistes. Celles-ci limitent d'autant plus la perception que le patient peut avoir de sa capacité d'agir vis-à-vis de sa maladie.

La majorité des répondants insistent sur l'importance d'identifier ce qui provoque et entretient les douleurs du patient, bien souvent le patient lui-même n'en connaît pas la raison. Il est alors nécessaire que les patients puissent réaliser un travail afin d'identifier l'origine de ces douleurs. Les répondants qui accompagnent des patients LCNS font alors le lien avec la notion de bénéfice secondaire qu'un patient LCNS peut éprouver de manière consciente ou non, vis-à-vis de son incapacité. L'un des répondants ajoute que la faible distance entre les allocations sociales au sens large et le salaire le plus bas renforcerait le bénéfice secondaire des personnes en incapacité de travail (R2). Le parallèle entre ces deux points de vue quant à la responsabilité illustre le fait que le processus de retour au travail dépend en premier lieu du patient et de son employeur indépendamment du rôle et de l'intervention du DCM, ce qui limite grandement son intervention.

3.2.5-Limites financières

L'argument financier est cité tant par l'employeur que par le DCM comme une limite. L'employeur n'est pas favorable à l'intervention du DCM lorsque l'intervention de ce dernier coûte directement à l'entreprise. L'un des DCM exerçant au sein des services externes explique : « Il y a déjà peu d'employeurs qui sont ouverts à laisser travailler quelqu'un avec un handicap, donc pour payer notre intervention il y en a encore moins » (R4). Comme expliqué précédemment les entreprises s'abonnent à un service externe de prévention et

protection, cependant certaines interventions doivent être payées en supplément de l'abonnement. Concernant ces abonnements, l'un des répondants parle d'une forme de « shopping » (R2) des employeurs visant à s'affilier au service qui lui permet de limiter au maximum ses dépenses. Les deux professionnels qui exercent comme indépendants expliquent pour leur part devoir faire comprendre aux entreprises avec lesquelles ils collaborent qu'ils représentent un investissement plutôt qu'un coût, au regard de l'économie que leur intervention fait économiser à l'entreprise.

Les répondants expliquent bien souvent être confrontés à la vision économiste où le retour au travail doit être le plus rapide possible aux dépens parfois de la résolution de la problématique initiale du patient. Étant donnée la complexité de la LCNS, les professionnels indiquent se heurter fréquemment à une réalité économique ne leur permettant pas d'accompagner de manière adéquate ces patients vers une résolution de la problématique à l'origine des douleurs. Sans remettre en cause la nécessité de préparer le retour au travail de manière précoce, l'un des répondants explique la notion suivante :

C'est le côté schizophrénique du disability case management et du case-management, on s'intéresse à quoi ? On s'intéresse au fait que la personne retourne au boulot et qu'elle continue à avoir mal ou on s'intéresse au problème en le prenant à la source ? Est-ce qu'on veut un retour au travail ou est-ce qu'on veut une solution ? (R5).

L'un des répondants enrichit ces propos et explique :

Le disability case manager ça vaut la peine qu'il soit simplement un case-manager au départ, le « disability » pour moi peut être mis entre parenthèses, parce qu'avant de s'intéresser au professionnel intéressons-nous d'abord au problème à la réelle souffrance et à son origine et à la coordination des interventions qui permet d'y répondre (R5). Un second professionnel complète ces propos en citant la notion de « présentéisme » (R10) qui exprime selon lui l'idée que le patient lombalgique est bien souvent remis au travail sans pour autant que sa problématique soit résolue. Il en découle alors une perte d'efficacité de ce dernier dans sa pratique professionnelle et d'important risque de rechute, ces deux causes feront alors augmenter le coût relatif à l'incapacité de travail.

3.2.6-Un manque d'outils favorisant la communication

Les répondants mettent unanimement en avant que la communication fait défaut dans le processus de retour au travail du patient LCNS. Il s'agit d'ailleurs de la première compétence citée par les DCM. Cependant, ces professionnels n'ont pas de moyens technologiques

efficaces pour permettre la communication entre les membres du réseau du patient. Face à l'absence de prise de position des autorités compétentes, les professionnels ont une nouvelle fois développé des réponses locales telles que la mise en place de carnet de communication ou la création d'un outil de partage d'informations.

3.2.-Développements et leviers favorisant l'implémentation du disability management

Il convient maintenant de s'intéresser aux différents solutions et leviers énoncés par les répondants qui se rapportent directement aux limites précédemment mentionnées.

3.2.1-Formation

Il apparaît que parmi les onze professionnels interrogés cinq sont impliqués dans la formation. En effet, trois ergothérapeutes donnent cours en ergothérapie. Un médecin du travail donne cours au sein de la formation en DM à L'INAMI et forme les membres de son service externe au DM. Enfin, deux médecins expliquent former des confrères et des étudiants en médecine à la réinsertion professionnelle et plus spécifiquement au DM.

Selon les répondants la formation est un levier très important qui permet de favoriser le développement de la fonction de DCM.

3.2.2-Cadre légal

3.2.2.1-Légiférer en faveur du métier

La grande majorité des professionnels expliquent que le développement du DM passe par une formalisation de la fonction de DCM en un métier, l'un des répondants explique : « Il faut légiférer sur le métier de disability case-manager, bien définir un cadre de travail, les activités, que ce soit reconnu comme un métier à part entière » (R2). Selon les répondants, peu de personnes portent le nom de DCM, mais différentes personnes exercent déjà cette fonction de manière locale au travers de missions connexes à leur métier. La formalisation du métier amènerait selon les répondants, la possibilité de se consacrer pleinement à cette activité. L'un des répondants illustre ces propos avec le cas de la LCNS :

Les membres du réseau du patient lombalgique constatent qu'il y a un cloisonnement de la situation, un manque de communication entre les professionnels, chacun souhaite une vision plus intégrée, mais personne n'en prend vraiment la responsabilité, parce que personne n'est

vraiment financé pour cela, cette activité est chronophage, personne ne peut y consacrer son temps aux dépens de sa pratique initiale (R5).

En Belgique comme en Suisse, deux répondants expliquent être impliqués dans différentes études visant à évaluer leurs interventions réalisées dans leurs contextes particuliers afin qu'elle soit potentiellement généralisable à plus grande échelle. Selon eux, il est nécessaire que des écrits scientifiques puissent étayer l'intérêt de cette fonction afin de favoriser son expansion. Ces publications pourront selon eux servir à solliciter les pouvoirs publics à jouer un rôle dans la création d'une gouvernance visant à développer cette pratique de manière à ce qu'elle soit réglementée et financée.

3.2.2.2-Légiférer en faveur d'une intervention précoce

Les répondants proposent différentes pistes de développement pour favoriser une approche précoce et proactive. Deux répondants mettent en avant l'intérêt du rapport du KCE concernant les itinéraires cliniques des patients lombalgiques, pour favoriser l'intervention précoce des DCM. Ils voient à travers le système de « flags », une opportunité de réaliser un triage des patients susceptible de voir leur pathologie devenir chronique. L'un des répondants explique : « Pour la lombalgie je suis convaincu que le case-management doit suivre un tri pour les patients, tout patient ne doit pas en bénéficier, le trajet de soins développés par le KCE pourrait aider à déterminer des recommandations politiques basées sur les systèmes des drapeaux pour dire que pour tel patient le case-management pourrait être intéressant » (R10). Cette proposition rejoint la pratique qui est mise en œuvre de manière locale en Suisse par le DCM qui exerce comme indépendant. En effet, ce professionnel propose une approche innovante à visée proactive. Ce dernier explique que c'est le médecin généraliste qui oriente sa consultation médicale avec le patient lombalgique sur l'identification des « flags ». L'identification des patients présentant le risque de voir leur pathologie devenir chronique permet au médecin d'orienter précocement le patient vers le programme mis en place par le DCM. Cette phase d'identification est même formalisée dans sa pratique, le professionnel parle alors de « phase d'intake » (R1). Ce dernier explique que cette application est une initiative locale. Selon lui un positionnement des autorités compétentes est nécessaire pour voir cette pratique s'étendre : « Si c'était étatique avec un vrai pouvoir opérationnel on pourrait arriver à ce que le médecin dise : votre patient présente ce type de difficultés, il mériterait cette approche, elle est scientifiquement validée donc on va la financer pour ce

patient qui en a besoin » (R1). Ce même répondant explique que le médecin généraliste qui initie ce triage sur base du de l'outil STarT Back screening tool.

Les professionnels ayant participé à l'étude expliquent utiliser chacun leurs propres outils pour évaluer le patient LCNS, plus de cinq outils différents sont ainsi cités par les répondants. Deux professionnels mettent en avant la nécessité d'avoir un outil de « screening commun » afin de réaliser ce triage. L'un d'eux explique : « si on veut être disability case-manager il faut pouvoir parler le même langage et avoir les mêmes outils (...) il serait intéressant qu'il y ait un outil commun d'évaluation qui soit validé et reconnu » (R9). Deux répondants expliquent que le « core-set » de la CIF spécifiquement dédié à la lombalgie chronique pourrait être utilisé comme un outil commun validé permettant d'évaluer le patient de manière globale en vue d'identifier l'origine de ses douleurs. Cette récolte d'information permettrait selon eux de décider s'il est nécessaire que le patient bénéficie spécifiquement de l'intervention d'un DCM (R8, R9).

Cette proposition pourrait être directement compatible avec la précédente proposition. En effet, conscients qu'il n'est pas réaliste que chaque mutualité et que chaque hôpital présente un DCM au sein de sa structure un professionnel propose plutôt la mise en place de pôles de références au sein des mutualités et des hôpitaux de manière à orienter les patients LCNS qui doivent bénéficier de l'intervention d'un DCM, vers ces pôles de référence spécialisée (R2, R8). Cette solution implique une collaboration des organismes mentionnée.

3.2.2.3-Légiférer en faveur d'une intervention proactive

3.2.2.3.1-Par l'implémentation du disability management en entreprise

Différentes solutions sont proposées par les répondants pour favoriser l'implication des employeurs en faveur de la santé de leurs employés, une partie des répondants sont favorables aux mesures promises par la ministre de la Santé visant à sanctionner tant les employeurs ne favorisant pas le retour au travail de leurs employés en incapacité de travail, que les employés qui ne réalisent pas les démarches nécessaires à leur réinsertion. Cependant selon la moitié des répondants le développement de la santé et du bien-être au travail passe par la présence de DCM au sein des entreprises, lesquels pourraient spécifiquement embaucher leur propre DCM pour répondre aux besoins de leurs employés. L'un des répondants rentre d'ailleurs dans le cadre de cette pratique.

Ce dernier est embauché par une société d'assurance dans laquelle il intervient comme DCM auprès des employés. Il explique qu'au sein de la société, l'approche réactive vient

suppléer l'approche préventive : « il y a 32 ans quand j'ai débuté au service médico-social c'était un service qui faisait plutôt des actions curatives de manière réactive, quand les gens avaient un problème de dos on résolvait le problème, la profession a évolué, maintenant je suis dans une fonction préventive » (R10). Selon le répondant, cette évolution a été induite par la loi bien-être au travail de laquelle sont nées les politiques de disability management au sein de l'entreprise. Lors de la rénovation du bâtiment de la société d'assurance, l'environnement physique et organisationnel a été redéfini consécutivement aux besoins des employés : « On s'est rendu compte que de plus en plus de collaborateurs venaient nous trouver avec des problèmes de dos, la lombalgie c'est le mal du siècle, les personnes avec ou sans incapacité de travail avaient mal sur leur chaise. » (R10). Face à ce constat, le répondant explique que la société a sélectionné du matériel ergonomique en collaboration avec des ergonomes pour que chacun des postes de travail puisse être adapté. Par ailleurs, l'organisation de l'espace de travail a été repensée pour répondre au mieux aux besoins des collaborateurs. Les travailleurs ne disposent pas d'un bureau fixe, mais plutôt de différentes zones de travail en fonction de leurs besoins. De plus, deux jours de « home-working » (R10) sont proposés à chacun des professionnels. Conscientisée par les atteintes psychologiques qui peuvent tant induire les douleurs au dos qu'en résulter, différentes mesures de prévention des risques psychosociaux ont aussi été développées. À ces actions préventives s'ajoutent des actions similaires aux actions présentées précédemment, visant l'accompagnement spécifique de l'employé dans son processus de retour au travail.

Il apparaît que l'entreprise a identifié un besoin particulièrement prégnant chez une majorité de ses employés qui présentait une problématique au niveau du bas du dos. Après avoir analysé son environnement, l'entreprise a réagi en instaurant une politique de DM au moment de la restauration de ces locaux. Par l'investissement qui était nécessaire pour la société, cette dernière a répondu aux besoins de ses employés. Le coût engendré par l'adaptation s'est révélé être un investissement qui engendre une grande économie quant à la rétention au travail selon la répondante. Cette initiative émane de la volonté de l'entreprise. Conscient que cette prise d'initiative est rare chez les employeurs, il semble nécessaire selon les répondants de légiférer de manière à valoriser les entreprises qui s'impliquent en faveur de la santé de leurs employés comme dans le cas présent. Selon les répondants, bien que cet exemple soit rare il n'est pas pour autant isolé. Un second répondant explique qu'au sein de grande société comme Volvo ou Proximus des professionnels exercent déjà la fonction de DCM. Par exemple, au sein de l'organisme Actiris, un répondant explique que le personnel bénéficie d'un accompagnement similaire à celui qui vient d'être présenté grâce à

l'intervention du personnel des ressources humaines de l'organisme qui a été formé à l'INAMI.

Deux autres répondants nuancent ces propos en expliquant que les petites et moyennes entreprises n'auront pas la capacité à embaucher un DCM. Pour eux, les interventions en entreprise des DCM exerçant comme indépendants est beaucoup plus pertinente. L'un des répondants interrogés exerce justement cette pratique comme indépendant. Sa pratique est semblable à l'approche précédemment présentée, puisque ce dernier explique : « Je donne des avis stratégiques au niveau des ressources humaines et au niveau de la sécurité du travail » (R7). Ce professionnel intervient tant par des actions préventives liées à la sécurité du lieu de travail que par des actions réactives liées au processus de réintégration des travailleurs.

Concernant les tâches que doit réaliser le DCM au sein de l'entreprise, il apparaît un certain consensus quant aux besoins mutuels des professionnels « Certified disability management professional » qui vise à mettre en place des politiques de retour au travail en entreprise, mais aussi l'intervention de professionnels : « Certified return to work coordinator », à savoir les professionnels qui interviennent dans l'accompagnement individualisé du patient visant son retour au travail.

3.2.2.3.2-Par l'implémentation du disability management au sein des services externes

Une autre solution est mise en avant par trois professionnels, ceux-ci estiment que les services externes sont idéalement placés pour jouer un rôle dans le développement du DM. Ces organismes ont en effet des contacts privilégiés avec les employeurs par l'affiliation obligatoire des entreprises. Deux répondants expliquent que les employeurs ont une certaine réticence à payer l'intervention de ces derniers. Il apparaît selon les répondants que pour les petites et moyennes entreprises, la pression financière de rentabilité est une réalité. L'un des répondants explique : « C'est dur d'être indépendant, ça coûte cher d'avoir des employés, alors forcément à partir du moment où il y a une pression financière comment réussir à rester bienveillant » (R5). Un autre répondant complète ces propos en expliquant que le chef d'entreprise est responsable de sa société et de son chiffre d'affaires, il n'a pas nécessairement le temps pour réfléchir aux adaptations potentiellement nécessaires à la réinsertion de ses employés. En ce sens, cette dernière finance et sous-traite cette intervention aux services externes et aux secrétariats sociaux pour favoriser le retour au travail de ses employés. Pourtant, très peu de professionnels exerçant au sein des services externes ou au sein des secrétariats sociaux sont formés au DM selon les répondants. Ce n'est nullement une obligation. Les professionnels interrogés dans ces services expliquent avoir réalisé ces

formations de manière volontaire pour répondre de manière efficace aux besoins rencontrés dans leurs pratiques. Deux répondants mettent en avant la nécessité de légiférer de manière à impliquer les services externes et les secrétariats sociaux à développer le DM au sein de leurs organismes de manière à répondre de façon efficace à la demande des entreprises tout en imposant un système de rémunération qui répartirait équitablement les actions de prévention de maintien et de retour au travail (R5, R7).

3.2.2.4-Légiférer au niveau des outils

La majorité des répondants explique qu'il serait souhaitable de bénéficier d'un outil informatique permettant de faciliter la communication au sein du réseau du patient.

L'un d'entre eux propose la mise en place d'une boîte mail sécurisée, un second propose la mise en place d'un réseau social permettant de regrouper l'ensemble des professionnels impliqués dans le processus de retour au travail du patient. Cet outil est lui aussi dépendant du positionnement des pouvoirs publics, afin qu'il puisse permettre à chacun des acteurs impliqués d'avoir accès de manière sécurisée à l'information qui le concerne dans le processus de retour au travail du patient.

3.2.3-Une volonté de regroupement

3.2.3.1-Positionnement des ergothérapeutes

Les ergothérapeutes majoritairement représentés dans l'étude voient au travers la fonction de DCM, une perspective de développement pour leur profession. En effet, ils expriment unanimement la nécessité que les ergothérapeutes se positionnent comme les professionnels les plus à même de devenir des DCM. Si la pratique du DM se démocratise, ils devraient être en première ligne pour occuper ces postes. Ils expliquent que la philosophie ainsi que les compétences essentielles pour devenir un DCM existent déjà dans la formation en ergothérapie. Les ergothérapeutes ciblent cependant trois domaines où la formation en ergothérapie doit être étoffée. D'abord l'aspect travail en réseau et coordination des réseaux de soins doit être développé. Par ailleurs, la formation doit être complétée au niveau de la législation sociale et plus précisément de la législation du travail. Enfin, les ergothérapeutes doivent également avoir des compétences de base en gestion financière.

3.2.3.2-Association

Deux répondants ont mis en avant la nécessité d'une association regroupant l'ensemble des DCM exerçant en Belgique afin de favoriser son développement. Un troisième répondant explique avoir déjà entrepris avec d'autre DCM la création du statut de cette association afin de regrouper les professionnels de manière à échanger sur les pratiques respectives, favoriser la formation de ceux-ci et informer sur la pratique des DCM. En effet, ce dernier explique que cette association pourra permettre d'intervenir au sein des formations en management et en gestion pour sensibiliser les étudiants qui deviendront prochainement managers, à la problématique du retour au travail.

Conclusion de l'expérience subjective du disability case-manager

L'absence de structure formelle qui définit la profession de DCM a amené à ce que les répondants développent cette fonction dans leurs pratiques de manière locale pour répondre aux besoins des patients qu'ils accompagnent et tout particulièrement pour les patients LCNS. Cependant, cette réponse locale apparaît comme insuffisante face à l'ampleur de la problématique. Une nouvelle fois, la formation, l'information, la création d'une association et la participation aux études démontrant l'efficacité de leurs pratiques sont des interventions issues d'une approche bottom-up visant à favoriser l'expansion de la fonction de DCM. Cependant, cette expansion passe par un positionnement des pouvoirs publics visant à légiférer en faveur de la création d'une profession réglementée. Cet appui législatif est aussi nécessaire pour que les professionnels puissent tenter de résoudre spécifiquement la problématique à l'origine de l'incapacité de travail de manière précoce, proactive.

5- Discussion

5.1-Pistes et recommandations

Les répondants ont mis en avant deux pistes de recommandations permettant de faire bénéficier au patient LCNS de l'intervention du DCM. L'implémentation de ces recommandations sera d'abord synthétisée et mise en lien avec la littérature avant d'être discutée. **L'annexe 8** résume les pistes de recommandation avancée par les répondants alors que les **annexes 9** et **10** les illustrent par des schémas.

5.1.1-Le disability case-management au sein des mutualités et des hôpitaux

Il convient de s'intéresser à la première piste de recommandation visant l'implémentation du disability case-management au sein de pôles de références dans les mutualités et les hôpitaux. Cette piste présente d'abord l'avantage de s'inscrire dans la continuité des recommandations énoncée par le KCE, elles même visant à proposer un guide de pratique clinique pour la prise en charge du patient LCNS (Van Wambeke et al., 2017).

Foster et al. (2018) montrent justement que le parcours de soins du patient lombalgique doit être reconfiguré du premier contact avec le médecin généraliste jusqu'au retour au travail du patient. Ainsi, la présente piste recommandation s'appuie sur les dernières évidences scientifiques pour proposer un prolongement à l'itinéraire clinique du KCE intégrant la pratique du DM. De même, cette recommandation met en avant l'utilisation du « core-set » de la CIF. En effet, cet outil est proposé afin d'identifier les patients qui doivent bénéficier de l'intervention du DCM. Une étude actuellement menée par l'INAMI vise justement à identifier la perception des médecins-conseils et des paramédicaux en regard de l'utilisation des « core-set » de la CIF lors de l'évaluation de l'incapacité de travail liée aux dorso-lombalgies (Otte, 2019). L'implémentation de cette piste de recommandation pourrait s'appuyer sur les résultats de l'étude menée par l'INAMI afin de justifier ou non la pertinence de l'utilisation d'un tel outil pour réaliser le triage des patients devant bénéficier de l'intervention du DCM.

Malgré les avantages susmentionnés cette piste de recommandation présente aussi différentes limites lorsqu'elle est mise en regard avec les dix principes du DM énoncé par Russo et Inness (2002). La principale limite réside dans le caractère réactif de l'intervention du DCM. Celui-ci intervient lorsque le patient est en incapacité de travail, le principe du maintien au travail n'est nullement respecté. En conséquence, les professionnels offrent exclusivement aux patients un accompagnement individualisé visant son retour au travail alors que, la mise en place de politique de retour au travail au sein de l'entreprise n'apparaît pas.

Il convient maintenant de s'intéresser à l'organisme de rattachement du DCM dans l'exercice de sa fonction. Si celui-ci fait partie de l'hôpital, il est nécessaire d'être vigilant à ce que l'accompagnement ne soit pas majoritairement centré sur les besoins médicaux du patient, chacune des parties prenantes doivent être impliquée dans le processus selon Russo et Inness (2002). Une attention particulière doit alors être apportée aux liens entretenus avec le secteur professionnel. Il a également été proposé que le DCM travaille au côté du médecin-conseil au sein des mutualités ainsi cette proximité favoriserait la collaboration entre ces deux

acteurs. Cette neutre localisation pourrait permettre de trouver le juste milieu entre le secteur professionnel et le secteur médical. Aussi, Le DCM pourrait se baser sur les données récoltées grâce au « core-set » de la CIF pour garantir un accompagnement global visant à cibler la problématique à l'origine des douleurs du patient.

Concernant le financement d'une telle intervention, il apparaît que c'est le système de santé qui devrait assumer les dépenses relatives à l'intervention du DCM. Lefever et al. (2018) expliquent que l'efficacité du DM n'a pas pu être spécifiquement démontrée. De même, il apparaît selon Mairiaux et Schippers (2012) que les mutualités pourraient avoir des difficultés à assumer ces dépenses sans une intervention de l'état. Cependant, il serait intéressant d'évaluer spécifiquement l'économie directe ainsi que les répercussions économiques indirectes d'un tel parcours de soin afin d'identifier si l'accompagnement spécifique du DCM permettrait de réduire la très importante consommation de ressource de cette fraction de la population lombalgique.

5.1.2-Le disability management en entreprise

Il convient maintenant de s'intéresser à la seconde recommandation proposée visant l'implémentation du DM en entreprise. Celle-ci est également mise en regard avec les 10 principes du DM de Russo et Inness (2002). Cette piste de recommandation présente l'avantage de proposer une intervention rapide, précoce et proactive aux employés de l'entreprise. Il a largement été montré que cette temporalité est tout particulièrement profitable au patient LCNS. De plus, une telle intervention vise tant le maintien que le retour au travail. Ainsi le lieu de travail est reconnu ici comme le lieu le plus efficace pour la réinsertion de l'employé. En effet, les interventions sont réalisées directement au sein de l'entreprise. Dès lors, la participation active de l'employé durant tout le processus est largement favorisée par un retour graduel et progressif. Il apparaît également que la nature du travail de l'employé a de grandes chances de correspondre à sa profession antérieure. Enfin, cette recommandation permet de combiner à la fois un accompagnement spécifique et individualisé de l'employé à différentes politiques de DM profitable à toute l'entreprise. La force de cette recommandation est donc son intense proximité avec l'entreprise qui permet de favoriser la collaboration en son sein.

Cependant, cette force peut aussi être considérée comme une faiblesse. En effet, la notion de participation de toutes les parties concernées et la communication entre chacune d'entre elles à tout stade du processus (Russo & Inness, 2002), semble difficilement réalisable. Cette

intervention est centrée sur l'environnement de travail de l'employé. L'employeur, les syndicats et le médecin du travail sont centralisés, la communication et la collaboration entre ces professionnels est alors favorisée par cette proximité. Cependant, une telle intervention présente le risque d'hypertrophier la sphère professionnelle aux dépens de la sphère médicale, extérieur à l'entreprise.

Aussi, cette piste de recommandation est centrée sur le retour au travail du patient. Le DCM est financé par l'entreprise en vue de permettre le maintien et le retour au travail des employés de la manière la plus rapide possible. L'origine de ce financement amène à ce que l'entreprise détienne le pouvoir sur les ressources qu'elle offre au DCM dans l'accompagnement du patient. Cependant, le DCM est d'abord un case-manager (Gobet et al., 2012) qui doit s'intéresser à la problématique globale du patient afin d'identifier l'origine de la chronicisation des douleurs de ce dernier. Bien que le retour au travail soit reconnu par toutes les parties comme le but final à atteindre l'intervention doit être centrée sur le patient plutôt que sur son retour au travail. Or, la perspective et les besoins de ce dernier diffèrent parfois de la réalité économique d'efficacité de l'entreprise. Alors, il est nécessaire de trouver un équilibre, afin de viser un retour au travail conformément aux demandes de l'entreprise en offrant une approche holistique prenant en compte les besoins individuels du patient comme l'énonce Decuman (2014) dans la définition même du DM.

Il convient maintenant de distinguer le DCM interne à l'entreprise du DCM externe. Wendt et al. (2011) montrent d'abord que le ratio d'un DCM interne pour 1000 employé est recommandé. Cependant, selon Bauser (2005) la position interne du DCM questionne sur le plan de la confidentialité. En effet, ce dernier a accès à l'information concernant le patient qui ne peut être partagé avec l'entreprise. L'affiliation du DCM à l'entreprise ne l'exempte pas de son statut d'agent médical et des obligations en matière de confidentialité qui y sont liées.

Concernant le financement de cette recommandation, il apparaît que l'intervention des DCM serait assumée par les entreprises elles-mêmes ou par l'assurance de ces entreprises. Or il a été montré tout au long de ce travail que la santé des employés n'est pas aujourd'hui la préoccupation première de la majorité des employeurs. En ce sens, il semble nécessaire que les pouvoirs publics soutiennent et valorisent les entreprises qui ont eu la volonté de mettre en place les interventions susmentionnées. La note politique générale de la ministre de la Santé montre justement que l'un des objectifs poursuivis est de : « veiller à un soutien financier dans l'entreprise afin de promouvoir des conditions favorables à la reprise du travail » (De Block, 2017, p.12). La pratique du DM en entreprise pourrait alors être favorisée par un tel soutien.

Cependant, toute entreprise rencontre déjà l'obligation d'offrir à ses employés un service de médecin du travail. Or, la majorité des structures qui prestent ces services n'offre pas aux entreprises des interventions basées sur le DM, alors que l'efficacité de ce modèle d'intervention a pu être mise en avant par Lefever et al. (2018). Il semble nécessaire que les pouvoirs publics se positionnent en impliquant tant les employeurs que les services externes et les secrétariats sociaux à développer le métier de DM. Ainsi, l'entreprise pourrait financer les interventions des services externes, ces derniers offriraient en réponses des prestations basées sur les dernières évidences scientifiques en matière de retour au travail. De plus, il est nécessaire que les rares sociétés indépendantes offrant déjà des services de DM aux entreprises se développent pour permettre de répondre à l'ampleur du besoin. Ainsi, l'entreprise pourrait choisir de faire appel soit à un service externe soit aux secrétariats sociaux ou encore à une société indépendante.

Il convient enfin de s'intéresser au processus de triage permettant d'identifier les patients qui peuvent ou non bénéficier des interventions du DCM dans chacune de ces deux pistes de recommandations. Selon Gobet et al. (2012) ce triage est généralement réalisé en entreprise sur dossier par un gestionnaire qui applique de manière systématique des critères préalablement définis, avant que le DCM rencontre l'employé durant une entrevue. Dans le cas de la première piste de recommandation, il apparaît que c'est le médecin conseil qui grâce au « core-set » de la CIF spécifiquement relié à la lombalgie, pourrait décider si il est nécessaire que le suivi soit réalisé par le DCM. Cependant, cette étape de sélection est délicate, lorsque l'intervention du DCM est refusée au patient car elle ne laisse présager qu'une faible économie alors qu'une telle intervention est pourtant nécessaire à son retour au travail, la notion de justice est soulevée. À l'inverse lorsque le patient refuse l'intervention du DCM qui lui est imposée, c'est la notion de la liberté individuelle qui est bafouée (Gobet et al., 2012, p.27). Il apparaît alors nécessaire de clarifier explicitement les critères permettant à un patient de bénéficier de l'intervention d'un DCM, tout en favorisant la promotion et la compréhension d'une telle approche auprès des patients (Gobet et al., 2012).

5.1.3-Recommandations conjointes ou opposées ?

Ces deux pistes de recommandations ne sont pas opposées mais plutôt complémentaires. D'abord, l'implémentation du DM en entreprise n'étant pas une obligation, rares sont les entreprises qui favorisent sa mise en place, cette intervention serait alors un complément à l'intervention du DCM au sein des mutualités. De même, la seconde recommandation ne peut

se suffire à elle-même puisqu'elle ne prend pas en compte les patients sans-emploi. Ces deux recommandations impliquent nécessairement une collaboration réciproque. Ainsi, il apparaît qu'elles doivent s'additionner de manière adéquate et compléter les initiatives déjà existantes en Belgique. Le programme dos mis en place par l'organisme FEDRIS a été évalué et il se révèle concluant (De Block, 2017). Paradoxalement, il a été montré précédemment que ce programme se caractérise par une sous-utilisation (Jonckher et al., 2017).

Les données empiriques récoltées ont largement confirmé le fait que les procédures légales permettant le retour au travail des patients ne sont ni maîtrisées par le patient ni par les prestataires qui l'accompagnent. Ainsi, le DCM apparaît comme le professionnel le mieux placé pour orienter précocement le patient pouvant bénéficier de ce programme, grâce à sa fonction principale d'orientation. De plus, il est important que le DCM coordonne les activités du programme afin que celles-ci s'articulent avec l'ensemble de soins et service reçu par le patient.

Les DCM ont largement mis en avant le besoin d'un outil permettant la centralisation de l'information concernant le patient ainsi que la mise en contact entre les différentes professions impliquées dans le processus de retour au travail de ce dernier. En ce sens, le développement du BelRAI pourrait être tout particulièrement profitable aux professionnels qui accompagnent le patient LCNS. Cet outil informatique permet en effet d'évaluer de manière globale et multidisciplinaire les besoins en soins et service d'un patient (Belrail, 2018). Cet instrument centralise et structure de manière uniforme les données qui concernent le patient afin que soient partagées entre les différentes parties prenantes impliquées dans l'accompagnement du patient, les informations qui les concernent, de manière sécurisée. Il apparaît que cet outil favorise la collaboration entre les professionnels. Six instruments distincts ont déjà été créés pour répondre spécifiquement aux patients présentant une problématique complexe particulière (Belrail, 2018). Il pourrait alors être intéressant qu'un instrument dédié aux patients en incapacité de travail soit créé, un tel outil pourrait être utile au DCM tant au niveau de l'évaluation, de la collecte de données que du partage de l'information, à condition que le DCM s'y forme. Aussi il pourrait permettre le suivi du patient ainsi que la planification et l'adaptation du processus aux besoins de ce dernier. Après avoir discuté des modalités de l'implémentation des pistes de recommandations proposées par les répondants, il convient de s'intéresser dans la partie suivante aux compétences de ces professionnels.

5.2-Le profil et les pratiques du disability case-manager

Les compétences et les pratiques du DCM ont été largement décrites puis synthétisées dans les résultats, celles-ci seront maintenant discutées.

Différents acteurs exercent la fonction de DCM, la section suivante visera à analyser les points forts et les limites des compétences propres aux différents métiers, que les professionnels développent au travers de la fonction de DCM.

Il apparaît d'une part que la vision globale, holistique et positive favorisant l'empowerment du patient sont des caractéristiques propres à la profession d'ergothérapeutes qui sont largement présentes dans les compétences du DCM. D'autre part, le plan d'intervention ergothérapeutique est semblable au processus d'intervention des DCM.

Ainsi, le concept central de l'ergothérapie : « l'occupation » se matérialise dans le modèle du DM par le maintien de la « productivité », grâce au retour au travail du patient. Toelen et al. (2009) appuient ces propos en expliquant que les ergothérapeutes ont déjà acquis durant leur formation d'importantes notions propres au DM. Russo et Inness (2002) ajoutent que les patients ayant bénéficié de l'intervention d'un DCM, ergothérapeute de formation voient leur pronostique de réinsertion au sein de leur entreprise, augmenter. Par ailleurs, le large panel de compétences que les ergothérapeutes partagent avec d'autres professionnels favorise la création de ponts entre les métiers. Ce professionnel semble donc être le plus à même d'exercer la fonction de DCM. Cependant, ce dernier ne dispose pas d'une connaissance suffisante quant à la notion de travail en réseau pour permettre d'orienter le patient vers le service adéquat au moment opportun. De plus les ergothérapeutes bénéficient de peu de compétences législatives. Mais c'est surtout le manque de pouvoir et la légitimité qui font défaut chez ces professionnels ne permettant pas à ces derniers d'exercer le leadership sur le réseau du patient. En effet, à la différence des médecins généralistes et des médecins-conseils qui disposent de pouvoir et d'autorité sur le réseau du patient, l'ergothérapeute peut difficilement fédérer autour de lui. Le manque de reconnaissance de cette fonction en Belgique favorise d'autant moins l'exercice du leadership sur le réseau.

Bien qu'il soit moins criant, le constat est similaire pour les médecins du travail. Ceux-ci peinent à avoir un réel impact sur le processus de retour au travail du patient. La position intermédiaire entre le secteur de la santé et le secteur professionnel apparaît tant comme une force qui lui permet d'avoir une vision d'ensemble sur la situation du patient que comme une faiblesse consécutive au fait qu'il ne peut pas, dans un domaine comme dans l'autre, imposer des directives.

S'il est admis de manière unanime que le médecin généraliste n'a nullement le temps ni le financement pour endosser la fonction qu'exercent les DCM (Kergresse et al., 2010 ; Paulus, Van Den Heede, & Mertens, 2012) et que le médecin-conseil ne peut endosser l'entièreté de cette fonction (Mairiaux & Schippers, 2012), le transfert de cette responsabilité implique une forme de transfert de pouvoir afin que le DCM puisse légitimement coordonner le réseau du patient et exploiter les compétences propres à sa fonction.

Il convient maintenant de montrer que le modèle d'intervention du DM permis par la fonction du DCM a été amené comme une forme de solution aux différents problèmes précédemment mentionnée dans le processus de retour au travail, d'une population cible qui représentait un défi éminemment important en santé publique. En effet, le profil et les pratiques de ces professionnels répondent directement aux besoins du patient LCNS. Cependant, ses compétences pourraient être profitables à une plus large échelle. Elles semblent répondre de manière plus générale aux besoins de tous patients présentant une situation complexe ayant causé tant des difficultés dans le maintien de son emploi qu'un arrêt de travail. Macq et al. (2011) expliquent justement que la mise en place de programme d'accompagnement de groupes cibles spécifique pourrait amener une spécialisation des professionnels responsable de l'intervention (ici le DCM). Cette spécialisation serait dommageable puisqu'elle favoriserait la segmentation du système de santé alors que paradoxalement son objectif est l'intégration. La notion de programme rejoint la manière dont Gobet et al. (2012) définissent le case-management. Selon ces auteurs, ce concept présente d'abord une volonté politique par le biais de programmes visant à répondre aux besoins d'une population. Cette volonté se matérialise par un modèle. De ces deux notions découle alors un processus d'intervention. Dans la présente étude, il a été montré qu'il est nécessaire que les autorités compétentes s'engagent à soutenir une population spécifique à savoir les patients en incapacité de travail consécutivement à une pathologie chronique. Le modèle du DM permet justement de répondre aux besoins de ce dernier, un processus directement relié à ce modèle a également pu transparaître de la pratique des DCM. En ce sens, l'appui politique en faveur du DM est une notion faisant actuellement défaut qui détermine pourtant l'implémentation de sa pratique. Différents répondants vont encore plus loin dans l'implication des pouvoirs publics et proposent la création d'une nouvelle fonction, celle de DCM qui sera discutée dans la partie suivante.

5.3-Disability case-manager, le passage d'une fonction à un métier

L'exercice du DM par les DCM apparaît comme une fonction plutôt que comme une profession. Les DCM développent de manière locale et volontaire, au travers du DM une partie de leurs compétences et des tâches propres à leurs professions initiales afin de répondre de manière bottom-up aux besoins rencontrés dans leurs pratiques. Le manque de structure formelle caractéristique des fonctions intermédiaire amène à une disparité au niveau du parcours professionnel, des structures de rattachement, du financement et du suivi qui en découle. Aussi l'absence de formalisation de ces professions intermédiaires entraîne un manque de pouvoir et d'autorité chez ces professionnels (Darcis & Thunus, 2019), les DCM ne dérogent pas à la règle puisque ceux-ci peinent à asseoir leur autorité sur le processus de retour au travail du patient.

La formalisation de la fonction de DCM en un métier est largement défendue par les répondants, il convient alors d'analyser grâce au : rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire la genèse de leur implémentation et ses conditions (Henart, Berland, & Cadet, 2011). Différentes propositions ont ainsi été énoncées par les auteurs, celles-ci seront successivement discutées pour les DCM. La première vise à inverser le paradigme de l'obtention du diplôme qui permet l'exercice de la profession, par un paradigme appelé démarche métier qui : « consiste à penser le métier à partir du besoin en compétences, lui-même assis sur les besoins de la population, puis en déduire les référentiels de formations et les diplômes nécessaires » (Henart, Berland et Cadet, 2011, p.8). Dans le cas présent, les besoins d'une population cible à savoir la lombalgie (généralisable aux pathologies chroniques), la formation et le diplôme sont déjà existants tandis que les activités et les compétences sont en cours de création. Ainsi, ces éléments pourraient à l'avenir permettre la potentielle création du métier.

La seconde proposition vise à stabiliser et développer les métiers existants en faisant évoluer au besoin leur définition formelle et leur formation afin d'en exploiter pleinement le potentiel (Henart et al., 2011). Il apparaît ici que la fonction d'ergothérapeute pourrait être complétée par les différents éléments susmentionnés faisant actuellement défaut, ainsi le développement de compétences au sein d'un métier existant serait préférable à la création d'une nouvelle profession. Ensuite, il est mentionné que les métiers intermédiaires doivent répondre à une problématique de santé prioritaire (Henart et al., 2011), l'incapacité de travail apparaît belle et bien comme une priorité de santé, tant pour le patient que pour la société qui l'entoure (Jonckher et al., 2017). Dès lors, il est avancé que ces métiers émergents ont pour but d'intervenir : « en seconde intention, c'est-à-dire en relais du médecin » (Henart et al., 2011,

p.9). Là encore, le DCM répond pleinement à ce critère puisque la visée même de son intervention est de réaliser des tâches que le médecin généraliste ne parvient pas à assumer faute de temps et de financement. Selon les auteurs, un travail sur la légitimité de ces métiers émergents est à réaliser afin de définir leur place propre, qui ne doit pas avoir pour visée de remplacer les métiers existants, mais plutôt de venir les compléter. La rémunération doit se baser sur les nouvelles responsabilités qu'endosse ce professionnel par rapport aux professions existantes (Henrart et al., 2011). Le DCM s'inscrit pleinement dans cette vision de complément. Cette fonction tente actuellement, à une échelle locale, de faire office de chaînon manquant afin de lier les professionnels et les organisations. Enfin, le processus permettant la mise en place de ces métiers doit être encadré afin que : « leur champ, leurs finalités, leurs conditions d'exercice et leurs responsabilités répondent à de besoins identifiés » (Henrart, Berland et Cadet, 2011, p.12). Il apparaît ici qu'un important travail reste à être effectué pour les DCM ou la notion de responsabilité et de légitimité doit être particulièrement bien définie pour leur permettre d'exercer leur profession de manière adéquate. Les auteurs expliquent également qu'il est d'une part nécessaire d'étudier la manière dont cette nouvelle profession est acceptée par les acteurs impactés par sa création. D'autre part, il convient de s'intéresser à la manière dont cette profession sera financée (Henrart et al., 2011). Si différentes pistes de recommandation ont pu être avancées dans ce travail quant au mode de financement et à la manière dont les employeurs accueillent les DCM, il reste nécessaire d'analyser spécifiquement ces domaines. Les auteurs proposent aussi de développer les initiatives locales en matière de fonction émergente par des programmes nationaux afin d'évaluer leur généralisation à plus large échelle (Henrart et al., 2011). Ici encore cette proposition s'inscrit pleinement dans la mouvance observée quant à l'apparition des DCM, il a justement été montré dans les résultats que certaines initiatives locales font déjà l'objet d'étude visant à identifier leur généralisation.

Ces différentes propositions mettent en avant la nécessité d'un positionnement visant soit à étoffer les compétences des professions existantes comme l'ergothérapie, qui avec un ajout de compétence et une autorité suffisante pourrait endosser ce rôle, soit de créer formellement un nouveau métier intermédiaire. Cependant, il a été montré à que la création d'un métier soulève de nombreuses questions et implique un important travail afin de définir le cadre de cette profession. Il convient de nuancer ces propos quant à l'immédiate création d'une telle profession au regard du caractère novateur du DM en Belgique. Toutefois les applications de ce modèle d'intervention semblent prometteuses et laissent présager un bel avenir à ce concept à condition qu'il soit clairement défini pour être pleinement exploité.

Conclusion

La présente étude visait à répondre à la problématique suivante : « Quel est le profil, quelles sont les pratiques, quelle est l'expérience des disability case-managers exerçant en Belgique, et comment ces professionnels répondent-ils aux besoins que rencontre le patient LCNS dans son processus de réinsertion professionnelle ? »

La collecte de données qualitatives par le biais d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de professionnels exerçant la fonction de disability case-manager en Belgique a permis de mettre en avant que les DCM présentent une vision globale holistique et positive permettant d'impliquer le patient et son employeur ainsi que chacune des parties prenantes dans le processus de retour au travail du patient. Ce dernier use de ses compétences en communication et en négociation ainsi que de ses connaissances fines du cadre législatif afin d'orienter le patient vers le service qui lui est nécessaire au moment adéquat. Ces compétences sont mobilisées par les DCM à échelle locale via une approche bottom-up au travers d'un processus d'intervention spécifique. Ces compétences répondent spécifiquement aux besoins que rencontrent les patients présentant une pathologie complexe telle que la LCNS, dans leur maintien et leur retour au travail. Cependant, celle-ci se manifeste au travers d'une fonction qui n'est pas formellement définie, ce qui rend d'autant plus difficile l'intervention globale, précoce et proactive des DCM. La faible implication des employeurs ainsi que le difficile travail qu'il est nécessaire d'effectuer pour rendre actifs les employés dans leur processus de maintien et de retour au travail rend la tâche d'autant plus complexe au DCM. Cette difficulté est majorée par le pouvoir et l'autorité variable que ces dernières peuvent exercer sur le réseau du patient. Les présents résultats ont permis d'avancer la possibilité qu'un tri basé sur le système des « red flags » du KCE et du « core-set » de la CIF soit systématiquement réalisé pour déterminer les patients qui doivent bénéficier de l'intervention d'un DCM. De même, l'implémentation du DM au sein des entreprises a été étudiée. Parallèlement, le manque de formalisation et l'autorité variable, caractéristique des fonctions intermédiaires invitent à la réflexion quant à la création formelle du métier de DCM. Enfin, il convient de mentionner d'une part que cette étude a des limites qui tiennent à l'étendue de ce travail dans le cadre d'un mémoire ainsi que des limites qui ont été décrites dans la méthodologie, d'autre part il est important de souligner que les pistes de recommandations mentionnées doivent être explorées de manière plus spécifique. Cependant la clarification du concept et les perspectives de développement avancées dans la présente étude visent à contribuer modestement au développement en Belgique du concept prometteur du disability-management.

Bibliographie

- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Bagraith, K. S., Strong, J., Meredith, P. J., & McPhail, S. M. (2017). Rasch analysis supported the construct validity of self-report measures of activity and participation derived from patient ratings of the ICF low back pain core set. *Journal of Clinical Epidemiology*, 84, 161-172. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.12.016>
- Bauser, R. (2005) Internes oder externes Case-Management ? : Systemvertrauen als Schlüsselkriterium. *Manager care*, 2005(1), 32-34
- Belche, J. L., Buret, L., Duchesnes, C., & Giet, D. (2016). Coordination des soins en première ligne de soins: et Mme Dupont? *Santé Conjuguée*, 74. Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/195806>
- BelRai. (s. d.). Consulté 29 avril 2019, à l'adresse BelRai website: <https://www.belrai.org/fr>
- Buchbinder, R., Tulder, M. van, Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., ... Woolf, A. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, 391(10137), 2384-2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, 32(8), 607-621. <https://doi.org/10.3109/09638280903186301>
- Cherin, P., & de Jaeger, C. (2011). La lombalgie chronique : actualités, prise en charge thérapeutique. *Médecine & Longévité*, 3(3), 137-149. <https://doi.org/10.1016/j.mlong.2011.08.002>

- Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., van der Linden, S., ... de Bie, R. (2004). ICF Core Sets for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, (44 Suppl), 69-74. <https://doi.org/10.1080/16501960410016037>
- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health. *Social Science & Medicine*, 50(7), 1001-1014. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00350-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00350-0)
- De Block, M. *Note de politique générale.* , Pub. L. No. DOC 54 2708/007, 22 (2017)
- Darcis, C., & Thunus, S. (2019), The Work of coordinators: meetings and writing documents. Unpublished document, ULiège, UCLouvain, Bruxelles.
- Decuman, S. (2014). *Arbeidsparticipatie van mensen met systemische sclerose* (Dissertation, Ghent University). Consulté à l'adresse <http://hdl.handle.net/1854/LU-5814358>
- Decuman, S., De Keyser, F., Durez, P., Janssens, X., Perl, F., Van De Velde, D., & Vermeulen, K. (2015). Allen actief... ook met reuma - FWRO-expert rapport betreffende de bevordering van de re-integratie in een betaalde job van personen met een chronische reumatische aandoening in België: Disability Management. Opgeroepen op November 1, 2017, consulté à l'adresse <http://www.fwro.be/publication/allen-actief-ook-met-reuma-deel-3>
- Delépine, A., Levert, C., Meyer, J.-P., & Zana, J.-P. (2011). *Travail et lombalgie du facteur de risque au facteur de soin* (N° 6087). Consulté à l'adresse <https://docplayer.fr/5110417-Travail-et-lombalgie-du-facteur-de-risque-au-facteur-de-soin.html>
- Deloitte. (2013). *Case management - Coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes : Rapport final présenté à l'IUIL suite à l'étude menée par Deloitte*. Consulté à l'adresse <http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/etude-deloitte.pdf>

- Demaret, J.-P., Gravray, F., Freddy, G., Freddy, W., Lieven Eeckelaert, Op De Beeck, R., & Gallez, B. (2013). *Prévention des troubles musculosquelettiques dans le secteur de l'HORECA*.
- D'Mello, R., & Dickenson, A. H. (2008). Spinal cord mechanisms of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 8-16. <https://doi.org/10.1093/bja/aen088>
- Durand, M. J., Coutu, M.-F., Nastasia, I., & Bernier, M. (2016). *Pratiques de retour au travail dans de grandes entreprises au Québec* (N° R-934; p. 369). Consulté à l'adresse <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1775878516300467>
- Elleuch, M., El Maghraoui, A., Griene, B., Nejmi, M., Ndongo, S., & Serrie, A. (2015). [Formalized consensus: clinical practice recommendations for the management of acute low back pain of the African patient]. *The Pan African Medical Journal*, 22, 240. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.240.8120>
- Fassier, J.-B. (2005). Lombalgies et réadaptation au travail. *Laennec*, Tome 53(2), 35-44.
- Fiche pratique composante 3: Case management. (2016, juin 30). Consulté 11 mai 2019, à l'adresse Integreo website: <https://www.integreo.be/fr/soins-integres/composantes>
- Fisher, G. S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J., & Bartolacci, G. (2007). Chronic pain and occupation: an exploration of the lived experience. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 61(3), 290-302.
- Fisker, A., Langberg, H., Petersen, T., & Mortensen, O. S. (2013). Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 93. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-93>

- Foltz, V., Laroche, F., & Dupeyron, A. (2013). Éducation thérapeutique et lombalgie chronique. */data/revues/18786227/v80i3/S1878622713000568/*. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/817728>
- Foster, N. E., Anema, J. R., Cherkin, D., Chou, R., Cohen, S. P., Gross, D. P., ... Woolf, A. (2018). Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet*, 391(10137), 2368-2383. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Gensby, U., Labriola, M., Irvin, E., Amick, B. C., & Lund, T. (2014). A classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 220-241. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9437-x>
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Gobet, P., Galster, D., Repetti, M., Scherer, F. & Constantin, E. (2012). Le case management en contexte. Bases conceptuelles et applications d'un dispositif de prise en charge intégratif. Lausanne : Edition EESP.
- Hamer, H., Gandhi, R., Wong, S., & Mahomed, N. N. (2013). Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 63(4), 253-259. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt019>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Henart, L., Berland, Y., & Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* (N° 2). Consulté à l'adresse <https://solidarites.sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d>

Henchoz, Y. (2011). Lombalgies non spécifiques : faut-il recommander l'exercice et les activités sportives ? *Revue Médicale Suisse*, p. 612-616.

Jonckher, P., Desomer, A., Depreitere, B., Berquin, A., Bruneau, M., Christiaens, W., ... Demoulin, C. (2017). *Lombalgie et douleur radiculaire : éléments-clés d'un itinéraire de soins* (N° KCE Reports 295B). Consulté à l'adresse [/fr/lombalgie-et-douleur-radiculaire-%C3%A9l%C3%A9ments-cl%C3%A9s-dun-itin%C3%A9raire-de-soins](#)

Kergresse, M., Roche-Leboucher, G., François, A., Petit-LeManach, A., & Roquelaure, Y. (2010). Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71(2), 95-101.
<https://doi.org/10.1016/j.admp.2010.02.002>

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C., & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin.

Läubli, T., Bagdasarianz, R., Klipstein, A., Kern, F., Canjuga, M., Joronen, H., & Danuser, B. (2008). Traitement des problèmes de dos et place de travail. *Forum Médical Suisse*, 8(48), 939-941. <https://doi.org/10.4414/fms.2008.06667>

Leeuw, M., Goossens, M. E. J. B., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., & Vlaeyen, J. W. S. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 77-94.
<https://doi.org/10.1007/s10865-006-9085-0>

- Lefever, M., Decuman, S., Perl, F., Braeckman, L., & Van de Velde, D. (2018). The efficacy and efficiency of Disability Management in job-retention and job-reintegration. A systematic review. *Work (Reading, Mass.)*, 59(4), 501-534.
<https://doi.org/10.3233/WOR-182709>
- Lindena, G., Marnitz, U., Hartmann, P., & Müller, G. (2012). „Rücken-Coach“. *Der Schmerz*, 26(6), 677-684. <https://doi.org/10.1007/s00482-012-1251-4>
- Macq, J., Barbosa, V., Ces, S., Jeanmart, C., & Van Durme, T. (2011). Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence ? *Fédération des maisons médicales*, (55). Consulté à l'adresse <https://www.maisonmedicale.org/-Du-futur-des-metiers-aux-metiers-du-futur-.html>
- Mairiaux, P., & Mazina, D. (2008). Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail. Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.
- Mairiaux, P., Schippers, N., Vanootighem, V., Faymonville, M.-E., & Nyssen, A.-S. (2015). *Etude concernant les possibilités de réinsertion socioprofessionnelle de personnes atteintes de douleurs chroniques* (N° RIZIV/INAMI/SIDU-2014-03). Consulté à l'adresse INAMI website: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/189120>
- Mairiaux, & Schippers. (2012). Retour au travail après une absence longue durée pour raison médicale. Prévention et réintégration - Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse <http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=47818>
- Mullis, R., Barber, J., Lewis, M., & Hay, E. (2007). ICF core sets for low back pain: do they include what matters to patients? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(5), 353-357.
<https://doi.org/10.2340/16501977-0059>
- Nguyen, C., Poiraudau, S., Revel, M., & Papelard, A. (2009). Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. */data/revues/11698330/v76i6/S1169833009000878/*. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/218687>

- Nielens, H., Van Zundert, J., Mairiaux, P., Gailly, J., Van Den Hecke, N., Mazina, D., & Camberlin, C. (2006). *Lombalgie chronique* (N° 48B). Consulté à l'adresse [/fr/lombalgie-chronique](#)
- Nos formations en disability management - INAMI. (s. d.). Consulté 11 mai 2019, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/disability-management-formations.aspx>
- Note d'orientation « Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique ». (2016, juillet 15). Consulté 11 mai 2019, à l'adresse SPF Santé Publique website: <https://www.health.belgium.be/fr/note-dorientation-une-vision-integree-des-soins-aux-malades-chroniques-en-Belgique>
- OCDE. (2010). *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles : Canada Des possibilités de collaboration: Des possibilités de collaboration*. OECD Publishing.
- Otte, T. (2019), 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 ?. Unpublished document, UCLouvain, Bruxelles.
- Organization World Health. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Consulté à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42418>
- Ossipov, M. H., Dussor, G. O., & Porreca, F. (2010). Central modulation of pain. *The Journal of Clinical Investigation*, 120(11), 3779-3787. <https://doi.org/10.1172/JCI43766>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Paulus, D., Van Den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België* (N° 190A). Consulté à l'adresse [/nl/position-paper-organisatie-van-zorg-voor-chronisch-zieken-in-belgi%C3%AB](#)

- Perfontaine, K., & Rochette, A. (2013). *A Literature Review on Chronic Pain: The Daily Overcoming of a Complex Problem. The British Journal of Occupational Therapy*, 76(6), 280–286. <https://doi.org/10.4276/030802213X13706169932905>
- Petit, A., & Roquelaure, Y. (2014). Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. /data/revues/17758785/v75i1/S1775878513004414/. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2013.11.005>
- Pincus, T., & Morley, S. (2001). Cognitive-processing bias in chronic pain: a review and integration. *Psychological Bulletin*, 127(5), 599-617.
- Programme de prévention des maux de dos | Agence fédérale des risques professionnels. (s. d.). Consulté 11 mai 2019, à l'adresse <https://www.fedris.be/fr/professionnel/maladies-professionnelles-secteur-prive/prevention/programme-de-prevention-des-maux-de>
- Russo, D., & Innes, E. (2002). An organizational case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia. *Occupational Therapy International*, 57-75.
- Shaw, W., Hong, Q.-n., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A Literature Review Describing the Role of Return-to-Work Coordinators in Trial Programs and Interventions Designed to Prevent Workplace Disability. *J Occup Rehabil*.
- Soins intégrés en faveur des malades chroniques - INAMI*. (s. d.). Consulté à l'adresse https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/soins-integres.aspx#Un_plan_conjoint_en_faveur_des_malades_chroniques
- Souza, O. R. de L., & Cruz, I. C. F. da. (2018). Evidence-based practice guidelines for the nursing intervention Cardiac care - acute phase in ICU: Systematic Literature Review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 10(1). Consulté à l'adresse <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2975>

- Stapelfeldt, C. M., Christiansen, D. H., Jensen, O. K., Nielsen, C. V., Petersen, K. D., & Jensen, C. (2011). Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 112. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-112>
- Tijtgat, E., Verjans, M., Vlerick, P., & Bruyninx, K. (2009). Disability Case Management: een meerwaarde bij arbeidsreïntegratie. Gedrag en Organisatie.
- Toelen, N., Van Vooren, P., & Devesse, A. (2009). Disability Management, een taak voor de ergotherapeut? (I. V. (Red.), Red.) Jaarboek ergotherapie 2009, 29-50.
- Tracey, I., & Bushnell, M. C. (2009). How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 10(11), 1113-1120. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.001>
- Van der Heyden, & Charafeddine. (2013). *Enquête de santé 2013 Rapport 1: Santé et bien-être résumé des principaux résultats* (N° PHS Report 2014-031).
- Van Durme, T., Lopez-Hartmann, M., Anthierens, S., Remmen, R., Flusin, D., & Macq, J. (2017). *Scientific evaluation of the 25 projects of the second call – implementation analysis*. Consulté à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:187818>
- Van Durme, T., Macq, J., Anthierens, S., Symons, L., Schmitz, O., Paulus, D., ... Remmen, R. (2014). Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms. *BMC Health Services Research*, 14, 179. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-179>
- Van Wambeke, P., Desomer, A., Ailliet, L., Berquin, A., Demoulin, C., Depreitere, B., & Dewachter, J. (2017). Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires (No 287B). Consulté à l'adresse [/fr/guide-de-pratique-clinique-pour-les-douleurs-lombaires-et-radiculaires](https://www.fgov.be/fr/guide-de-pratique-clinique-pour-les-douleurs-lombaires-et-radiculaires)

Verjans, M., & Rommel, A. (2008). Disability Management als meerwaarde bij jobbehoud en re-integratie. Prevent.

Wendt, R., Löcherbach, P., Baur, W., Best, D., Bohrke-Petrovic, S., Ewers, M., ... Schu, M. (2011). Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis (2., überarbeitete Auflage 2011). Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Wormgoor, M. E. A., Indahl, A., van Tulder, M. W., & Kemper, H. C. G. (2006). Functioning description according to the icf model in chronic back pain: disablement appears even more complex with decreasing symptom-specificity. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(2), 93-99. <https://doi.org/10.1080/16501970510044052>

