

# Piste 5. Participate Brussels

*Aménager la vie professionnelle  
dans le cadre de la maladie chronique*

Pistes pour la personnalisation des soins

Mars 2021



**PARTICIPATE**  
**BRUSSELS**

**innoviris.brussels**   
empowering research

 **Haute École  
Léonard  
de Vinci**

 **UCLouvain**

**Marie Dauvrin, Julie Servais, Tyana Lenoble,  
Isabelle Aujoulat**

**Ont contribué à cette piste :**

Olivier Schmitz (UCLouvain), Raphaël Pagé (Mutualités  
Chrétiennes), Sandrine Ruppel (CESI), Christophe  
Janssens (KCE), Dominique Rozenberg et Thierry Lison  
(Ligue des Usagers des Services de Santé)

Cette piste est une des 11 pistes pour la personnalisation des soins issue du projet de recherche collaboratif **Participate Brussels**, mis en œuvre avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale (Innoviris), entre le 1er janvier 2018 et le 31 mars 2021, dans le cadre d'une collaboration entre l'UCLouvain-IRSS et la Haute Ecole Léonard de Vinci, accompagnés par 8 partenaires de recherche, nommés parrains du projet

- Piste 1. Ouvrir le dialogue sur la fatigue comme étape à la personnalisation des soins dans un contexte de maladie chronique
- Piste 2. Maladie chronique et personnalisation des soins : Ouvrir le dialogue sur la vie affective, relationnelle et sexuelle
- Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique
- Piste 4. Améliorer la littératie en santé digitale en vue de la personnalisation des soins
- **Piste 5. Aménager la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique**
- Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique
- Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie
- Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique
- Piste 9. Plateforme de concertation en maladies chroniques
- Piste 10. Formation des patients et des professionnels pour renforcer la personnalisation des soins pour les patients vivant avec une maladie chronique
- Piste 11. Réflexions autour de l'engagement bénévole des soignants dans un contexte de maladie chronique

Sont également disponibles les Cahiers liés à l'exécution et aux résultats du projet :

- Cahier 0. Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet.
- Cahier 1. Participate Brussels. Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois.
- Cahier 2. Participate Brussels. Méthodologie de l'enquête de terrain, des activités de croisement des savoirs et de la co-construction des pistes pour la personnalisation des soins.
- Cahier 3. Participate Brussels. Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs.
- **Cahier 4. Participate Brussels. Pistes pour l'amélioration de la personnalisation des soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique dans le contexte de la Région de Bruxelles-Capitale.**
- Cahier 5. Participate Brussels. Vivre et faire vivre le croisement des savoirs et la recherche collaborative. Retours d'expérience et perspectives.

Tous ces supports, ainsi que d'autres ressources et résultats du projet Participate Brussels, sont disponibles sur le site de l'UCLouvain – IRSS à l'adresse :

<http://www.uclouvain.be/participate-brussels>

**Pour citer ce document :** Dauvrin M, Servais J, Lenoble T, Aujoulat I. (2021). Participate Brussels. Piste 5. Aménager la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique. Pistes pour la personnalisation des soins. Bruxelles : UCLouvain & HE Vinci.

## Table des matières

Introduction.....	3
Contexte .....	4
Qu'en disent les patients et les professionnels ? .....	6
Comment aider les patients, les collègues et les employeurs ? .....	11
Qui est qui ?.....	14
Conclusion .....	15
Bibliographie.....	18

## Introduction

Cette piste est la **Piste 5** de la série des 11 pistes pour la personnalisation des soins issues de Participate Brussels pour les personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale. Ce document est conçu pour être utilisé de façon indépendante : les lecteurs souhaitant plus de détails sont invités à consulter les **Cahiers** du projet Participate Brussels.

Les **Cahiers 1 et 2** présentent respectivement le contexte du projet Participate Brussels et le processus méthodologique ayant donné lieu à l'émergence de ces pistes. Le **Cahier 3** présente les résultats de l'enquête de terrain, des séminaires d'analyse et groupes de discussion menés avec des personnes vivant avec une maladie chronique et des professionnels : les citations incluses dans cette piste proviennent de ces différentes activités. Le **Cahier 4** présente l'entièreté des 11 pistes pour la personnalisation en trois niveaux : 1) des pistes au niveau micro du système de santé, soit au plus proche du patient, 2) des pistes au niveau méso du système de santé, soit le niveau organisationnel ou institutionnel, 3) des pistes au niveau macro, soit le niveau du système de santé de façon plus large. Dans une seconde partie, il présente l'articulation de ces pistes de personnalisation entre elles et discute comment ces 11 pistes contribuent à la personnalisation des soins dans une perspective de promotion de la santé. Le **Cahier 5** reprend le processus participatif et de croisement des savoirs sous-jacent au développement de ces pistes. Enfin, la **synthèse – Cahier 0-** présente un aperçu global du projet Participate Brussels.

## Contexte

Comme l'illustre le **Cahier 3**, avoir une activité professionnelle, être « utile » à la société, donner du sens à ses journées, malgré la maladie, est un élément important de l'identité du patient chronique. Comme l'écrivent (Waser & Lenel, 2014) :

*« La maladie chronique fait voir ou imaginer aux personnes touchées par une telle maladie des situations dans lesquelles elles pourraient s'investir et travailler « compte tenu » de leur santé. Ce qui se joue alors pour elles semble moins la résolution de dilemmes face au « carrefour biographique imprévisible » (Bidart, 2006 ; Grossetti, 2006) devant lequel elles se trouveraient, que les forces qu'elles doivent opposer pour « se rendre le travail vivable maintenant » (Lhuillier, Waser, à paraître) et les risques qu'elles doivent prendre pour s'affranchir de normes sociales qui leur semblent contraires à un engagement dans le travail favorable à leur santé » (Waser & Lenel, 2014, pp. 63–64).*

En 2017, 3.776.365 travailleurs salariés et chômeurs indemnisables ont bénéficié d'une allocation d'incapacité primaire, soit pour une interruption de travail de plus de deux semaines dans le cas d'un ouvrier et de plus d'un mois dans le cas d'un employé, hors grossesse<sup>1</sup> (INAMI, 2018). Si l'absence dure plus d'un an, l'INAMI parle alors d'invalidité, soit 379.908 personnes – sous statut de salarié ou de chômeur indemnisable – pour toute la Belgique, au 31 décembre 2017 (Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail, 2017).

Du côté des indépendants, au 31 décembre 2017, ce sont 608.576 personnes qui étaient indemnisables dans le cadre d'une incapacité de travail : cela concerne donc les travailleurs indépendants actifs et les titulaires reconnus en incapacité de travail primaire (INAMI, 2017).

Une analyse transversale de l'INAMI a mis en évidence les troubles musculosquelettiques et les problèmes psychiques comme les deux motifs principaux d'absence au travail, pour les personnes en incapacité de travail durant la période 2011-2016 (Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail, 2017). L'INAMI pointe également la différence entre chômeurs et travailleurs actifs quant aux motifs d'entrée en incapacité : la proportion de chômeurs entrant en incapacité est toujours supérieure à celle des travailleurs actifs, que ce soit pour les problèmes de santé mentale, les troubles musculosquelettiques ou encore les tumeurs. De plus, indépendamment de la nature de leur problème de santé, les chômeurs restent plus longtemps absents que les travailleurs actifs : ces données montrent l'impact du chômage sur la qualité de vie et la santé des individus, entraînant un cercle vicieux autour de l'incertitude quant à la capacité à retravailler ou les conséquences d'une baisse de revenus. À l'issue de leur période d'incapacité, 84.11% des travailleurs actifs reprendront le travail et 63.80% des chômeurs seront à nouveau disponibles sur le marché (année de référence 2016).

Un gradient de genre et d'âge s'observe également : les femmes et les travailleurs les plus âgés sont plus souvent absents (Centre d'expertise en matière d'incapacité de travail, 2017). Le gradient d'âge s'observe également du côté de la reprise d'une activité après l'incapacité : la proportion de travailleurs et chômeurs passant sous statut d'invalidité augmentant avec l'âge, avec la persistance

---

<sup>1</sup> En deca de cette période, le salaire est garanti par l'employeur

d'un décalage entre les travailleurs actifs et les chômeurs. Chez les chômeurs, 34.13 % entreront en invalidité contre 13.62% chez les travailleurs actifs (année de référence 2016).

De même, les ouvriers sont plus souvent absents que les employés, après ajustement pour la période de salaire garanti, ce qui peut s'expliquer par la pénibilité de leur métier et la durée de carrière plus longue. L'INAMI montre, par ailleurs, qu'il existe une corrélation entre les absences au travail et les provinces où le niveau de formation, le revenu et les taux d'emplois sont les plus bas. Entre 2011 et 2016, le taux d'absentéisme chez les chômeurs bruxellois a évolué de 47.92% passant de 2,71% à 4,01% pour une augmentation moyenne nationale de 14.93%. En 2018, selon les données de l'enquête de santé par interview, 42,1% de la population active bruxelloise a été absente du travail pour raisons de santé, toutes causes confondues (Berete et al., 2018).

L'absence pour maladie, voire une reconnaissance d'une situation d'incapacité rendant la poursuite de la vie professionnelle impossible, a nécessairement des conséquences d'ordre économique pour le patient, qui voit ses ressources financières diminuées. Dans le même temps, la situation de maladie induit des coûts importants, qui pèsent sur un budget personnel ou familial. On assiste à une forme de « double peine » pour les patients, lorsque l'augmentation des dépenses liées à la santé s'accompagne d'une perte de revenus, malgré les allocations qui peuvent être versées. En effet, les allocations de remplacement n'ont pas le même statut qu'un revenu : en cas d'incapacité donnant lieu à une allocation de remplacement, le patient doit faire face à un remboursement majoré d'impôts l'année qui suit l'incapacité (idem pour les allocations versées durant la grossesse). De plus, tous les travailleurs ne sont pas égaux face à la maladie et aux possibilités d'aménagement de la vie professionnelle : les indépendants, par exemple, ont plus de possibilités d'aménager leur travail mais ils sont beaucoup plus dépendants de l'arrivée des revenus et seront plus réticents à se mettre en incapacité.

Les employeurs sont également « pénalisés », puisqu'ils continuent de payer des charges patronales en l'absence d'un travailleur. Cette situation rend difficile le remplacement d'une personne absente, surtout dans les petites structures ou les services dépendant de subsides. Par ailleurs, les ressources des employeurs permettent souvent difficilement de compenser ce que le travailleur ne peut plus faire et qui, *de facto*, peut se trouver reporté sur des collègues, qui voient leur charge de travail augmentée, au détriment d'un équilibre plus harmonieux qui permettrait de mieux intégrer la situation de maladie au niveau professionnel, pour la personne malade comme pour les collègues. À noter que la période de salaire garanti permet néanmoins une forme de responsabilisation de l'employeur dans le cadre de la réinsertion au travail (et des aménagements éventuels). Des différences s'observent ainsi au niveau européen entre les pays qui appliquent une période de salaire garanti ou non (et quelle durée) et si la rémunération est préservée ou non (et à quelle hauteur).

## Qu'en disent les patients et les professionnels ?

Sur les 26 personnes vivant avec une maladie chronique interviewées durant l'enquête de terrain (voir **Cahier 3**), 11 étaient encore actives sur le marché du travail, 10 étaient en incapacité totale de travail et 5 étaient pensionnées. La moitié des patients ont abordé spontanément la thématique du travail, ce qui illustre bien son importance au quotidien.

Les patients expriment largement leur désir de rester actif, de se sentir utile. Outre pourvoir à des revenus, le travail est source d'épanouissement personnel et vecteur de liens sociaux. Il est également important dans la structuration de l'identité et du temps.

*« Sinon, ce qu'on vous ne vous explique pas quand vous êtes malade, c'est qu'il faut occuper ses journées parce que passer de personne active et sociale à rien. On mesure notre valeur par rapport au travail, tout le monde demande ce qu'on fait dans la vie, on ne te demande pas quels sont tes points forts quand tu rencontres quelqu'un, et ben je ne fais rien, je ne fais plus. Et quand vous réalisez que le matin, vous vous levez ou non, vous vous lavez ou non, ça ne changera rien du tout à personne, c'est très démoralisant et votre foi en vous-même disparaît, tout part, et donc il faut se donner une raison de se lever le matin. »*

*Personne vivant avec le syndrome de fatigue chronique*

*« Donc voilà même si les gens ont l'air bienveillants au final, on est dans une société où il faut produire, où il faut apporter quelque chose à la société sinon on ne sert à rien, sinon on est celle qui est tout le temps malade. »*

*Personne vivant avec la maladie de Crohn*

L'absence – prolongée ou répétée – peut entraîner la dilution, voire la perte de ces liens sociaux et devenir une nouvelle source de souffrance pour la personne. Ces liens sociaux sont liés à la question identitaire, tout comme cette notion de « rester actif », qui renvoie également à l'identité et l'estime de soi.

L'absence ne protège pas le travailleur des licenciements. Si l'absence pour raisons de santé ne protège pas du licenciement, la justification du licenciement ne peut pas être « le congé maladie », à l'exception du non-respect de l'envoi régulier des certificats médicaux. Tout licenciement doit être motivé et tout salarié a le droit d'obtenir cette motivation s'il la demande (elle est rarement mentionnée d'emblée dans le courrier de licenciement), qui pourrait éventuellement être contestée. Cependant, parfois, ce licenciement peut apparaître comme une forme de « délivrance » : ce n'est pas au travailleur de prendre la décision qu'il n'est plus apte à fonctionner dans sa société.

*« Au bout de trois ans on m'a viré, soi-disant qu'il fallait virer des effectifs sauf que je m'étais déjà renseigné à l'avance, et mon contrat si j'étais en maladie restait en suspens, n'est plus considéré comme actif, donc je ne faisais plus partie des effectifs mais ils ont tout de même profité. J'ai quand même eu un package en partant, à savoir 13 mois d'indemnité mais à savoir que quand vous touchez des indemnités de départ comme ça, vous ne touchez plus vos remplacements de revenus de l'INAMI et vous perdez l'assurance maladie supplémentaire que vous avez et d'autres petits trucs que vous perdez »*

*Personne vivant avec un syndrome de fatigue chronique*

Le statut de malade, qu'il éloigne temporairement ou définitivement le patient du marché du travail, entraîne de la culpabilité dans le chef des patients.

*« Mais bon au début, je ne disais à personne que j'étais malade, j'avais vraiment honte de ne pas travailler, de ne pas servir à grand-chose, de profiter alors que finalement je profitais pas, je ne pouvais même pas prendre une douche à l'aise ».*

*Personne vivant avec un syndrome de fatigue chronique*

Si la maladie entraîne l'arrêt provisoire des activités professionnelles, les patients interrogés déplorent un retour souvent (trop) précoce au travail, pas toujours bien préparé, avec une pression implicite de la part des collègues à « produire ».

*« J'ai voulu reprendre, après le premier cancer j'ai voulu reprendre le travail très tôt, donc 6 mois après le premier traitement j'ai repris le boulot. Parce que je me sentais, ah non même pas ! 3 mois ou 2 mois après la fin de traitement j'ai voulu reprendre à mi-temps, mais euh, mais en fait ça m'a épuisée ! Et puis on m'a donné un poste qui était censé être moins stressant mais qui était beaucoup plus parce qu'il y avait plusieurs responsabilités en fait. Mais c'était valorisant au même temps parce qu'on sent que c'est, et moi je le ressentais qu'il y avait des capacités cognitives qui baissent. Et donc qu'on me fasse confiance dans le monde du travail et que justement qu'on reconnait nos compétences c'est aussi valorisant, parce qu'on se dit, bon voilà les autres ne m'assimilent pas non plus à « la malade » ».*

*Personne survivante de deux cancers*

Une étude sur le rapport au travail après un cancer abonde dans ce sens : si les patients ont besoin de retourner au travail, ils sont souvent démunis lorsqu'ils s'y retrouvent et vont enchaîner les absences (Désiron, 2016). Il est possible pour le patient de solliciter un rendez-vous de pré-reprise chez le médecin du travail, sans passer par l'employeur mais cela n'est pas toujours suffisant.

La situation de maladie, avec son cortège d'absences de durées variables, pouvant aller jusqu'à des absences de plusieurs mois, voire de plusieurs années, modifie profondément les liens avec les collègues. Une difficulté particulière réside dans le fait que, lorsqu'elle revient, la personne qui a été absente pour maladie n'est plus la même. Elle est transformée par le vécu de la maladie et n'est le plus souvent plus apte à reprendre la même place qu'avant mais ni elle, ni les collègues n'y sont suffisamment préparés, ce qui peut générer des incompréhensions et des tensions de part et d'autre, notamment face à une forme de pression sociale ressentie et/ou réelle.

*« La personne peut être considérée comme fainéante et puis, lorsqu'elle revient, est supposée rattraper le travail non fait pendant son absence ».*

*Personne survivante de deux cancers*

Certains patients font le choix de réduire leur temps de travail ou y sont forcés, lorsque la maladie ou son traitement empêchent un fonctionnement en accord avec le monde du travail. Une personne vivant avec la maladie de Parkinson, par exemple, rapporte qu'elle a retardé son traitement pour pouvoir continuer à travailler. D'autres vont cacher leur maladie (et ses conséquences) le plus

longtemps, quitte à faire un malaise sur le lieu de travail. Certains vont surcompenser, en s'astreignant à un présentéisme abusif.

Une personne vivant avec la maladie de Crohn a fait le choix de travailler à mi-temps : si ce choix lui assure d'avoir du temps pour elle, il ne l'exempte pas d'une forme de pression de la part de ses collègues.

*« Donc ça permet de souffler entre mais je crois aussi ce que, en tout cas ma supérieure n'a pas compris c'est que, ce n'est pas parce que je suis à mi-temps que je n'ai pas des jours où je ne vais pas bien. Je ne choisis pas le jour où je ne vais pas aller bien « je ne vais pas aller bien le lundi parce que le lundi, je ne travaille pas donc le mardi, c'est bon je peux aller au travail », ça ne change rien d'être à mi-temps, on peut quand même être absent, je veux dire. Peut-être qu'on le sera moins, même moi je ne sais même pas si ça m'aide, peut-être que oui, peut-être que non en tout cas psychologiquement ça m'aide, physiquement, je ne sais pas. Ça aussi on se dit « t'es quand même à mi-temps et t'es encore absente » ».*

*Personne vivant avec la maladie de Crohn*

Pour les travailleurs salariés, l'adaptation du milieu de travail est fortement variable d'un lieu à l'autre. La réceptivité des collègues et du supérieur hiérarchique et le regard des proches vont influencer le rapport au travail.

*« Dès que j'ai commencé à être en incapacité, j'avais des collègues pas du tout sympathiques [la personne fait une grimace et des gestes indiquant une attitude négative]*

*I: Qui vous renvoyaient cette image [de profiteuse]?*

*P : Oui de profiteuse, à chaque fois. Ils me posaient des questions, mais c'était pour savoir le diagnostic, pas pour m'aider. J'avais pas d'offre " est-ce qu'on peut t'aider ? " les seules fois c'était " qu'est-ce que tu as ? " [...] c'était juste pour alimenter les ragots, et ils inventaient et ça m'énervait. Et les ressources humaines ne m'appelaient jamais pour prendre de mes nouvelles. Ça devenait un autre stress supplémentaire que je n'en avais pas besoin. Des trucs malsains, c'était pas de l'aide ».*

*Personne vivant avec un syndrome de fatigue chronique*

*« Et même vis-à-vis des employeurs, ils ne se rendent pas compte non plus parce que je travaille... c'est surtout des médecins autour de moi et des infirmières, moi je ne le suis pas. Mais on se dit « eux vont comprendre », mais en fait non parce que je crois qu'on est un peu formaté par la société et qu'il y a un truc autour de ça. »*

*Personne vivant avec la maladie de Crohn*

Le rapport au travail souffre particulièrement dans les situations d'errance diagnostique. Dans certains cas, le diagnostic final, fait par un professionnel, permet de donner une forme de légitimité à l'arrêt de travail et de soulager la personne. C'est particulièrement le cas lorsque la personne passe par une longue phase d'exploration diagnostique ou que ses symptômes, tels que la fatigue, ne sont pas suffisamment sévères pour « mériter » un arrêt de travail. Les maladies « invisibles » comme le diabète ou les maladies avec une connotation de « faiblesse » comme la fatigue chronique sont difficiles à amener dans le monde du travail, selon les personnes qui la vivent.



La vie professionnelle et les adaptations de celle-ci voire son abandon par les patients en situation d'incapacité du fait de la maladie, est donc un sujet qui mériterait d'être plus systématiquement abordé dans le cadre d'un dialogue entre le patient, le médecin généraliste, le médecin du travail et même l'employeur. Trop souvent, ce dialogue arrive tardivement, dans des contextes émotionnellement chargés, où la maladie impacte toute la vie de la personne (et de ses proches).

*« Je crois que la relation avec le travail et la vie privée, c'est ça aussi qui est très compliquée et les médecins ce n'est pas forcément la ressource pour ça ».*

*Personne vivant avec la maladie de Crohn*

Le médecin-conseil, lui, joue un rôle perçu différemment selon les patients interrogés : pour certains, le médecin-conseil les pousse à retravailler, alors que d'autres patients ont trouvé, dans leur médecin-conseil, une nouvelle ressource et un soutien. Une personne ayant survécu à deux cancers témoigne, par exemple, que c'est le médecin-conseil qui a proposé d'ajouter un suivi psychologique dans la prise en charge de sa maladie.

*« Elle [la médecin-conseil] me disait aussi "oui, il serait temps de penser à recommencer à travailler". Et au début, elle m'a dit "oui mais vous n'avez pas un rhume hein quand même" et puis après elle m'a dit ça tandis que lui [le nouveau médecin-conseil], il m'a dit "prenez votre temps". »*

*Personne survivante de deux cancers*

Mais, les processus d'accompagnement des personnes malades, dans le rapport à leur vie professionnelle, pourraient être améliorés. Les médecins-conseils pourraient développer davantage un accompagnement plus personnalisé. Ils sont pointés à l'heure actuelle, par certains patients, comme ayant une attitude administrative et techniciste, trop éloignée de la réalité de vie des patients, et conduisant parfois à des décisions qui sont perçues comme arbitraires et donc injustes. Leurs évaluations se trouveraient probablement améliorées s'ils pouvaient visiter les lieux de vie et de travail des patients, pour se faire une idée plus juste de leur réalité. Une enquête menée par la LUSS a notamment mis en avant que certains médecins-conseils prennent des décisions *« de remise au travail (ou au chômage) des personnes en incapacité de travail sans avoir lu le dossier médical et sans en tenir compte, ce qui amène des patients à des situations très compliquées avec, comme seul recours, une action au tribunal du travail souvent aléatoire »* (LUSS, 2016).

Or, les missions du médecin-conseil sont clairement définies par la loi :

- 1) de conseiller, d'informer et de guider les assurés sociaux afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités ;*
- 2) d'informer les dispensateurs de soins afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, en veillant à l'utilisation optimale des ressources de cette assurance ;*
- 3) de contrôler l'incapacité de travail, conformément aux dispositions du titre IV, chapitre III, sections I et II et aux règles prises en application de l'article 86, § 3 de la présente loi ;*
- 4) de contrôler les prestations de santé, conformément aux dispositions de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution.*

Le paragraphe 2 de la même loi leur donne également un rôle d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle des travailleurs (§ 2). Le médecin-conseil a une mission de contrôle (qui reste essentielle) et que certains patients n'apportent pas toujours toutes les informations médicales nécessaires, ce qui rend parfois la prise de décision difficile). Sa décision est certainement une décision administrative lourde de sens, mais qui doit tenir compte de la législation en vigueur (Ministère des Affaires Sociales, 1971, 1994).

Ce cadre organise et contraint la pratique du médecin-conseil :

*« La législation actuelle ne prévoit pas que le médecin-conseil visite le lieu de vie du patient, même si des difficultés liées au lieu de vie peuvent être abordées lors de la consultation (qui pourraient être des causes, des éléments aggravants, ou des conséquences de problèmes médicaux). Ces consultations avec le médecin-conseil ont pour but premier d'identifier les éléments médicaux permettant de reconnaître une incapacité de travail au sens de la loi<sup>2</sup>. Les circonstances socio-familiales (bien qu'importantes) ne peuvent pas à elles seules justifier une incapacité de travail. Le service social des mutuelles a son rôle à jouer en ce qui concerne ces conditions particulières qui pourraient être difficiles, et d'envisager toutes les aides disponibles à cet égard. Les médecins-conseils doivent donc se conformer à ce qui est prévu par la loi et n'ont pas forcément les moyens (ni le rôle) d'accompagner de manière personnalisée chaque patient dans son trajet de soins et de retour vers le travail, ce qui prend beaucoup de temps. Le médecin-conseil a des consultations d'une durée de 15 minutes avec les patients et il n'a pas la possibilité de les multiplier à une fréquence élevée, en raison du nombre important de patients en incapacité de travail et du nombre restreint de médecins-conseils en fonction ».*

Médecin-conseil

En plus de l'étude précédemment citée et de ses recommandations pour améliorer la relation entre le patient et les médecins-conseils, la LUSS a développé une fiche d'information à l'attention des patients pour les aider à mieux communiquer avec les médecins-conseils (LUSS, 2016, 2018).

Rester en activité, continuer de faire partie de la société par le travail qu'on produit constitue un enjeu particulier pour les personnes vivant avec une maladie chronique.

*« C'est justement tout l'intérêt de permettre aux patients de pouvoir reprendre le travail le plus vite possible (tenant compte des problèmes de santé). La reprise à temps partiel est une solution dans certains cas. Dans d'autres, il y a le bénévolat ».*

Médecin-conseil

Les personnes présentes témoignent que certains patients en incapacité du fait de la maladie transforment cette nécessité ressentie par eux, en s'engageant bénévolement au service d'une ou plusieurs associations. Ce type d'engagement leur permet de compenser une « carence » du fait d'avoir perdu leur activité professionnelle, de « doser » leur investissement (temps, énergie) et de contribuer autrement à la société. Une étude réalisée par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes a d'ailleurs mis en avant que le bénévolat a un impact positif sur la santé, menant à une diminution de la consommation de soins et de médicaments (Mutualités Chrétiennes, 2019). Il aide à

---

<sup>2</sup> Se rapporter à l'art. 100 § 1er pour le régime général et art. 19 et 20 pour l'indépendant

maintenir ou développer un lien social et à (re)prendre confiance en soi. C'est, par exemple, l'expérience d'une ambulancière devenue formatrice bénévole pour les premiers secours et le secourisme. Le bénévolat peut également permettre de reprendre pied après l'incapacité ou le chômage : pour certains patients, c'est se découvrir une nouvelle vocation professionnelle.

Ces constats rejoignent la recommandation de la LUSS : « le *volontariat doit être valorisé comme vecteur de réinsertion professionnelle, permettant de maintenir les liens sociaux et de favoriser la mise en projet. Le volontariat constitue bien souvent l'amorce d'un retour à l'emploi* ».

L'engagement bénévole nécessite l'accord de la mutuelle. Une petite indemnité peut être allouée au travailleur bénévole, avec des maxima légaux (INAMI, 2019a).

## Comment aider les patients, les collègues et les employeurs ?

Face à cette thématique d'ampleur, différents leviers d'action ont été identifiés : clarifier le rôle du médecin-conseil, clarifier le rôle de la médecine du travail, mobiliser le bénévolat comme façon de se réapproprier certains avantages liés à la vie professionnelle (sentiment d'utilité, liens sociaux, etc.), clarifier et diffuser les informations concernant les possibilités et contraintes administratives (procédures).

De manière générale, les personnes vivant avec une maladie chronique patients souhaitent être mieux informées sur ce qu'elles peuvent faire / ce à quoi elles ont droit, en lien avec leur situation professionnelle. Une personne référente sur le lieu de travail, n'ayant pas de relations de travail avec le patient, pourrait être désignée pour les travailleurs qui se posent des questions. Ce concept de personne de référence existe déjà pour les personnes vivant avec des problèmes rhumatologiques : le ReumaCoach (Reumanet., 2017). Financé depuis 2017 par l'INAMI dans le cadre d'une collaboration avec ReumaNet, le ReumaCoach propose un accompagnement personnalisé aux personnes qui en font la demande. Le coach prépare le retour au travail, à temps partiel ou complet, en veillant au respect des droits et des préférences du patient-travailleur. Le coach évalue, avec les patients, leur état physique, leurs talents et intérêts et -identifie les possibilités d'adaptation du lieu de travail. Le coach aide également le patient à préparer les rencontres avec l'employeur et le médecin du travail.

Il existe également, toujours au sein de l'INAMI, des *Disability Managers*.

*« Le disability management est une méthode qui vise le maintien au travail ou un retour au travail de la personne en incapacité de travail. Au centre de cette méthode : les besoins individuels de la personne, les conditions de travail et le cadre législatif.*

*Le disability management s'appuie sur 2 piliers : une approche systématique au niveau de l'entreprise et des efforts coordonnés au niveau de la personne. Les personnes clés pour l'application pratique du disability management sont entre autres l'employé, l'employeur, les médecins du travail, les médecins conseils et les médecins traitants, chacun avec leur équipe multidisciplinaire. » (INAMI, 2019b).*

En plus des *Disability Managers*, l'INAMI propose un trajet de réinsertion pour travailleurs salariés/chômeurs en incapacité de travail, à la condition que la personne dispose de suffisamment de « capacités restantes », c'est-à-dire des capacités physiques et mentales leur permettant un retour sur le marché du travail (SPF Emploi, 2019b). Ce travail peut se faire à l'initiative du patient, de son employeur, du médecin généraliste du patient ou du médecin-conseil de la mutuelle (SPF Emploi,

2019c). Si le patient a un contrat de travail, après l'évaluation des capacités restantes, le trajet sera essentiellement géré par le médecin du travail (SPF Emploi, 2019a). Si le patient n'a pas de contrat de travail, c'est le médecin-conseil de la mutuelle qui assurera le suivi du patient. Cependant, il semblerait qu'à l'heure actuelle, cette pratique ne soit pas encore en place.

*« Les rendez-vous dits de « pré-reprise » avec le médecin du travail sont toujours possibles (à la demande du patient exclusivement, sans passer par l'employeur) et permettent parfois de trouver des solutions de réintégration élégantes sans se perdre dans des trajets administrativement chronophages et compliqués (reprise à un poste adapté, reprise à temps partiel, changement de poste, ...). »*

*Médecin-conseil*

Par ailleurs, la reprise et/ou l'aménagement du travail peut se faire sur décision du médecin du travail (appelé conseiller en prévention dans les récentes évolutions liées à la médecine du travail) : ce dernier examine la situation du patient et peut proposer plusieurs trajets de réintégration en fonction de l'état de santé et des capacités des patients (SPF Emploi, 2019a). Ce trajet a été critiqué par la LUSS, qui regrette que la décision de s'engager dans ce type de processus ne soit pas exclusivement entre les mains du patient, et par les syndicats, qui craignent des sanctions pour les patients qui ne souhaiteraient pas s'engager dans ce type de trajet. Il est également dénoncé comme un outil d'exclusion du régime d'assurance maladie invalidité, qui déresponsabilise l'employeur et renforce le contrôle sur les patients (Brodersen, 2019; LUSS, 2017).

Ces différents trajets sont vus comme très formels et très chronophages, les processus de réintégration plus informels donnant parfois de meilleurs résultats. Durant ces moments informels, l'employeur et le travailleur peuvent discuter de possibilités d'aménagements raisonnables sur le lieu de travail lors de la reprise du travail, que ce soit au niveau des horaires de travail, de la fonction exercée ou des conditions matérielles. Les services régionaux (IRISCARE/PHARE) peuvent être des relais pour aider à trouver des solutions pratiques aux besoins des différents intervenants. Ces aménagements peuvent consister en des dispositions très simples comme l'achat d'un fauteuil relax pour permettre à un travailleur de prendre un temps de repos dans un local dédié à cet effet. De plus, ces mécanismes formels peuvent avoir des effets pervers et être utilisés pour inciter les patients à arrêter de travailler ou à démissionner. Il arrive que, pour certains patients, le processus aboutisse à une fin de contrat pour force majeure médicale, au lieu d'une démission.

Dans une perspective d'aménagement du travail ou d'une reprise du travail après un arrêt, reprise qui devrait être progressive chaque fois que possible, l'entretien motivationnel peut aider les personnes à discerner ce qu'elles souhaitent dire et faire et se sentent capables de dire et faire. L'existence d'outils d'identification des prérequis chez la personne vivant avec la maladie chronique / sur le lieu de travail pour aménager la préparation d'une reprise du travail serait un atout, toujours dans le cadre d'un dialogue entre le médecin généraliste, le médecin du travail et d'un représentant de l'employeur. De même, les outils n'ont de sens que s'ils sont inclus dans une formation des professionnels et assortis de mesures concrètes pour les personnes.

La réforme récente de la médecine du travail a donné une plus grande place aux non-médecins et a mis, entre autres, l'accent sur l'adaptation des lieux de travail aux besoins des patients. Si, à ses

origines, la médecine du travail avait essentiellement un rôle de surveillance des risques chimiques, elle se centre sur les aspects qui façonnent la réalité du travail à l'heure actuelle comme la pression grandissante sur les travailleurs et employeurs, le télétravail ou encore le présentisme, ce dernier point étant particulièrement crucial pour les personnes vivant avec une maladie chronique (voir supra). Ce glissement des risques chimiques vers les risques psychosociaux dans le rôle de la médecine du travail nécessite que les médecins du travail et les autres acteurs de la médecine du travail développent leurs compétences pour évaluer au mieux les conséquences de la maladie et adapter les aménagements des postes de travail, tout en veillant à la sécurité de tous. Comme le souligne la LUSS, l'accompagnement psycho-social du travailleur en réinsertion est nécessaire et doit être mieux organisé, de même qu'il est important de prévoir un soutien psychologique des personnes en incapacité de travail pour préparer leur réinsertion et parfois, voire souvent les sortir d'un certain isolement.

Il apparaît donc qu'il existe actuellement plusieurs initiatives pour aider à l'insertion ou la réinsertion des personnes vivant avec une maladie chronique sur le marché du travail mais c'est la centralisation de l'information qui fait souvent défaut. Les mutuelles, le SPF Emploi, l'INAMI, les associations de patients ... sont autant de sources d'informations qui peuvent aider le travailleur dans sa reprise. Le SPP Intégration Sociale a également lancé un site internet où des patients partagent leur témoignage de reprise (SPP Intégration Sociale, 2021). Une étude conjointe de l'ULg et de la KULeuven recommandaient déjà en 2012 ce besoin de faire connaître les outils existants et de veiller à leur application (Mairiaux et al., 2012). De même, toutes les ressources ne sont pas accessibles dans toutes les langues, ne s'adressent pas à tout le public des travailleurs et excluent souvent les personnes au chômage. S'il peut paraître paradoxal de s'intéresser aux chômeurs, ils sont aussi considérés comme potentiellement actifs : l'expérience prolongée de maladie peut freiner leur retour sur le marché du travail et compliquer la reprise d'une activité similaire à leur activité antérieure à leur période de chômage. Le même phénomène s'observe également chez les travailleurs : au plus la personne reste éloignée de son lieu de travail, au plus son retour est compliqué, tant pour elle que pour ses collègues et ses supérieurs. Enfin, si l'accent est souvent mis sur le patient, peu d'attention est accordée aux collègues des personnes vivant avec une maladie chronique. Mairiaux recommandait également une clarification des différents concepts qui semble toujours nécessaire à l'heure actuelle : à titre d'exemple, l'INAMI parle de trajet de réinsertion tandis que le SPF Emploi parle de réintégration.

De même, les rôles et missions des médecins-conseils des mutuelles et des médecins du travail ne sont pas toujours compris par les patients et les autres professionnels, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'image de la discipline et son attractivité parmi les jeunes médecins. Certains médecins-conseils vont consacrer une partie de la consultation à expliquer leur rôle, au détriment de l'objectif de la rencontre avec le patient, sans que la durée de la consultation soit adaptée. Médecins du travail et médecins-conseils doivent œuvrer à une meilleure image de leur profession. Les groupes Trio, créés à l'initiative de la Fédération des Maisons Médicales, sont une des initiatives qui permettent aux différents médecins de mieux se connaître entre professionnels (Lenoir, 2017).

*« Nous [les médecins-conseils] ne pouvons améliorer cette image qu'auprès des patients en incapacité de travail que nous côtoyons. Certains sont parfois immensément reconnaissants de l'aide qu'on leur a apportée, mais pour le reste de la population, il faut d'autres acteurs (p. ex. les médecins généralistes, les assistants sociaux, ...) pour informer correctement les patients du rôle que nous avons... Sans oublier que la loi nous donne une mission de contrôle, qu'il convient de garder, pour éviter certaines dérives, et cela n'est pas toujours bien apprécié ».*

*Médecin-conseil*

Ce manque de reconnaissance du rôle joué par les médecins du travail et les médecins-conseils complique également le partage d'informations entre médecins : à l'heure actuelle, les médecins du travail et les médecins-conseils n'ont pas accès au dossier médical global des patients, cet accès étant laissé à l'appréciation du patient. Il n'existe pas de plateforme informatisée d'échanges entre les médecins-conseils, les médecins du travail et leurs confrères et, les rythmes des uns et des autres, font qu'il est parfois difficile pour les médecins d'arriver à se joindre par téléphone.

### Qui est qui ?

Employé par le service de prévention interne ou externe auquel l'employeur est affilié, le médecin du travail a premièrement un rôle de prévention : il surveille la santé et le bien-être des travailleurs au sein de l'entreprise. En cas d'absence et de maladie, le médecin du travail a un rôle d'évaluation de l'aptitude du travailleur à l'exécution de son travail habituel lors de la reprise du travail. Il n'a aucune mission de contrôle de l'absence du travailleur. Ses décisions sont prises indépendamment de l'employeur et du travailleur, conformément au code éthique des médecins du travail reconnu par l'International Commission on Occupational Health (BeSWIC, 2020).

Rémunéré par l'employeur, le médecin-contrôle, comme son titre l'indique, est chargé par l'employeur de vérifier si un travailleur est véritablement en incapacité de travail en raison d'une maladie ou d'un accident. Ce contrôle se fait tout au long de la période d'incapacité de travail, dès le premier jour d'absence. Dans la pratique, ce contrôle a souvent lieu dans la période de salaire garanti, payé par l'employeur. Le médecin-contrôle se rend au domicile du patient ou peut convoquer le patient à son cabinet (BeSWIC, 2020).

Employé par la mutuelle, au nom de l'INAMI, le médecin-conseil intervient lorsque prend fin la période de salaire garanti et donc lorsque l'incapacité s'étend au-delà de 2 ou 4 semaines, selon le statut du travailleur. Sa mission consiste à évaluer l'incapacité du patient et si, par conséquent, celui-ci peut bénéficier d'une indemnité de maladie de l'INAMI. Il peut également conseiller le patient, par exemple, dans le cadre d'une reprise progressive du travail, d'un recyclage professionnel ou toute autre adaptation de la vie professionnelle. C'est également le médecin-conseil de la mutuelle qui se prononce sur une reprise anticipée, à temps partiel ou non, du travail ou l'engagement dans une activité bénévole (BeSWIC, 2020).

## Conclusion

Comme l'illustre bien cette **Piste**, l'aménagement de la vie professionnelle est une thématique qui peut s'explorer sous de multiples perspectives. Ce qui ressort néanmoins est ce manque de connaissances des rôles et missions des uns et des autres, ce qui se traduit par des tensions, frustrations et autres incompréhensions entre les différents acteurs. De plus, certains acteurs semblent totalement absents ou peu mobilisés alors que leurs compétences seraient un atout indéniable pour l'aménagement de la vie professionnelle.

C'est ce constat qui sert de point de départ d'un des prolongements de cette piste. C. Sencie, ergothérapeute et étudiante à la faculté de santé publique de l'UCLouvain, propose d'interroger la place de l'ergothérapeute dans la préparation du retour au travail avec une absence de longue durée. En s'appuyant sur son expérience professionnelle en tant qu'ergothérapeute au Centre de Traumatologie et de Réadaptation du CHU Brugmann, C. Sencie se concentre sur la préparation du retour au travail pour des patients au départ du milieu hospitalier.

**Encadré :** Investigation de la contribution de l'ergothérapeute au retour au travail à partir de l'hôpital

Au cours de la vie, des accidents peuvent survenir entraînant différents types de traumatismes. Une affection de l'appareil locomoteur ou neuro-locomoteur en est un exemple. La personne est alors prise en charge dans un service aigu où les soins sont orientés vers une stabilisation de l'état de santé.

Par la suite, les patients qui présentent des difficultés les empêchant de fonctionner de manière sécuritaire et fonctionnelle dans leur environnement habituel peuvent être orientés vers des services ou des centres spécialisés en réadaptation fonctionnelle. L'équipe pluridisciplinaire établit un projet de soins personnalisé en collaboration avec le patient pour améliorer son indépendance en tenant compte de ses besoins, ses attentes et ses objectifs.

L'ergothérapeute, faisant partie de cette équipe, a comme mission principale de permettre aux patients de participer aux activités significatives qui composent leurs occupations quotidiennes. Le travail, qu'il soit rémunéré ou non, fait partie de ces occupations pour un grand nombre de personnes. Lors de l'hospitalisation, la participation au travail est souvent impossible, statuant la personne à une incapacité de travail allant de pair avec toutes les conséquences que cela implique. Le projet vers la réinsertion professionnelle dont la réadaptation professionnelle fait partie, doit ainsi être personnalisé et anticipé.

L'ergothérapeute semble être un acteur pertinent en réadaptation professionnelle (définie ici comme la préparation à la réinsertion professionnelle) mais son rôle n'est pas clairement défini. Ceci laisse place à des difficultés pour les ergothérapeutes désireux d'accompagner leurs patients dans ce domaine.

Ainsi, ce mémoire vise à répondre à la question de recherche suivante : « *Comment l'ergothérapeute peut-il intégrer à sa pratique en centre/service de réadaptation, la réadaptation professionnelle de la personne présentant une affection physique survenue dans un contexte traumatique ?* ».

Pour cela, des entretiens semi-directifs sont réalisés afin de récolter l'expérience d'ergothérapeutes accompagnant des patients présentant une affection du système locomoteur ou neuro-locomoteur sans troubles cognitifs. Ces ergothérapeutes ont déjà eu l'occasion d'aborder la question du retour au travail avec certains de leurs patients. Les informations tirées dans les entretiens feront l'objet d'une analyse permettant d'identifier les potentiels freins et leviers que peuvent rencontrer les ergothérapeutes dans leur pratique et proposer des pistes de réflexion et d'action

Parallèlement, M. Goffin, ergothérapeute et étudiante à la faculté de santé publique de l'UCLouvain, se concentre sur le retour au travail des personnes ayant connu une interruption de leur parcours professionnel à la suite d'un épisode de maladie chronique de longue durée. Ce travail s'intéresse aux interventions existantes ou à développer au départ des services externes pour la prévention et la protection au travail.

**Encadré :** Exploration du rôle des services externes de prévention dans le retour au travail des malades de longue durée

En Belgique, les affections chroniques font partie de la vie d'un nombre croissant de personnes actives. Etant donné que la population vieillit et que l'âge de la pension recule, les citoyens travaillent plus longtemps. En conséquence, les employeurs sont et seront de plus en plus confrontés à des absences prolongées ce qui encourage la nécessité de s'interroger sur les moyens de rendre le travail durable. De plus, les problèmes de santé de longue durée sont les principaux facteurs d'exclusion du marché du travail. En effet, la rencontre entre la maladie et l'emploi est un processus rude et complexe. D'une part, le travailleur concerné par la maladie ne sait pas vers qui il doit se tourner ou de quelles aides il pourrait bénéficier. D'autre part, les milieux de travail ne sont ni préparés ni enclins à aménager un environnement et des conditions de travail adaptés aux besoins spécifiques de chaque travailleur. De fait, les maladies chroniques se traduisent différemment chez chacun. L'évolution est imprévisible, les symptômes sont peu ou pas perceptibles et l'affection s'alterne de périodes critiques et de périodes stables. Dès lors, chacun a besoin d'un processus d'accompagnement professionnel unique qui dépend du type de la maladie, du traitement à suivre, du type de travail et du soutien de l'environnement personnel, médical et professionnel. Chaque parcours exige une coordination et une concertation entre tous les auteurs concernés. Cependant, il existe un manque cruel de soutien structurel auprès des personnes désireuses de reprendre le travail et auprès des employeurs. La reprise du travail est un processus qui se prépare, auquel il faut se préparer et qui devra se dérouler progressivement.

Pour prolonger cette réflexion autour de l'aménagement de la vie professionnelle dans le cadre d'une maladie chronique, ce mémoire vise à répondre à la question : « *Comment soutenir la reprise du travail des personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale ?* ».

Ainsi, les objectifs du mémoire sont de comprendre le processus d'accompagnement actuel pour un retour au travail, identifier les ressources et les obstacles de la reprise et du maintien du travail et explorer les stratégies de l'aménagement de la vie professionnelle des personnes ayant une maladie chronique en fournissant aux acteurs concernés des



informations essentielles pour élaborer, planifier, mettre en œuvre et évaluer les interventions qui favorisent le retour et le maintien au travail. Pour ce faire, un mémoire-recherche est élaboré dans le cadre du projet Participate Brussels. A l'aide d'un devis exploratoire qualitatif, des entretiens semi-directifs sont menés auprès de différents services externes pour la prévention et la protection au travail. Ces résultats seront traités et discutés pour approfondir la problématique et pour partager des pistes de réflexion et d'intervention pour y remédier.

## Bibliographie

- BeSWIC. (n.d.). *Rôles des différents médecins*. <https://www.beswic.be/fr/themes/retour-au-travail/roles-des-differents-medecins>
- Brodersen, M. (2019). *Quand la réintégration des malades de longue durée voile un certain contrôle*.
- Désiron, H. (2016). *Return to work in breast cancer patients : development of an occupational therapy intervention to bridge the gap between health care and work*. KU Leuven.
- INAMI. (n.d.). *Reprendre un travail adapté à votre état de santé en cours d'incapacité de travail*. 2020. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/reprendre-travail-adapte-incapacite-travail.aspx>
- INAMI. (2017a). *Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail : Analyse et facteurs explicatifs - 2011 - 2016*. [https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/etude\\_incapacite\\_si.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/etude_incapacite_si.aspx)
- INAMI. (2017b). *Statistiques monde du travail - invalidité*. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/2014/Pages/statistiques-invalidite.aspx>
- INAMI. (2017c). *Statistiques sur l'incapacité de travail primaire des travailleurs indépendants*. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/2017/Pages/statistiques-incapacite-travail-primaire-independant.aspx>
- INAMI. (2018). *Nombre de travailleurs salariés et de chômeur indemnissables dans le cadre de l'incapacité primaire*. <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/2017/Pages/statistiques-incapacite-travail-primaire-independant.aspx>
- INAMI. (2019). *Nos formations en disability management*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/reinsertion/Pages/disability-management-formations.aspx>
- INAMI. (2020). *Indemnité maximale autorisée pour un travail volontaire pendant votre incapacité de travail*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/montants/salaries-chomeurs/Pages/indemnite-autorisee-travail-volontaire.aspx>
- jeveuxrepandre.be. (n.d.). *Réussir un processus de réintégration*. <https://www.jeveuxrepandre.be/>
- Législation Belge. (1971). *Arrêté royal instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants*. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1971/07/20/1971072008/justel>
- Législation Belge. (1994). *Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994*. <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1994/07/14/1994071451/justel#LNK0086> , art. 100 § 1er ; législation relative à l'incapacité de travail de l'indépendant : <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/1971/07/20/1971072008/justel%23LNK0009> , art. 19
- LUSS. (2016). *Le patient et le médecin conseil, vers plus d'égalité?* <https://www.luss.be/wp-content/uploads/2016/12/Le-patient-et-le-mÇdecin-conseil-vers-plus-dÇgalitÇ-2016-1.pdf>
- LUSS. (2018). *Se préparer à la visite chez le médecin conseil*.
- Mairiaux, P., Schippers, N., Kéfer, F., Cornélis, S., Donceel, P., & Somville, P.-R. (2012). *Retour au travail après une absence de longue durée Werkhervatting na een lange afwezigheid Résumé du rapport de recherche*.

- Mutualités Chrétiennes. (2019). *Le volontariat, c'est bon pour la santé!* Communiqué de Presse. <https://www.mc.be/actualite/communiqué-presse/2019/engagement-social-et-sante>
- Reumanet. (2017). *Vragen over reuma en werk : raadpleeg de ReumaCoach van Reumanet.* <https://reumanet.be/maak-werk-van-je-werk-met-de-reumacoach>
- SPF Emploi. (n.d.-a). *Médecin-conseil, médecin-contrôle et médecin du travail.* <https://www.beswic.be/fr/themes/information-pour-les-medecins-traitants/cadre-legal-de-la-medecine-du-travail/medecin-conseil-medecin-contrôle-et-medecin-du-travail>
- SPF Emploi. (n.d.-b). *Réintégration des travailleurs en incapacité de travail.* <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs/reintegration-des>
- SPF Emploi. (n.d.-c). *Trajet de réintégration démarré à la demande du médecin-conseil de la mutualité.* <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs/reintegration-des-9>
- Waser, A.-M., & Lenel, P. (2014). Les transitions professionnelles des personnes touchées par une maladie chronique. *Sociologies Pratiques*, 28(1), 63–73. <https://doi.org/10.3917/sopr.028.0063>