

Le maintien en emploi du patient lombalgique : un objectif commun

Si le maintien dans l'emploi requiert la participation active du travailleur souffrant de lombagie, la réussite de cet objectif à part entière de la prise en charge, et partagé entre le médecin traitant et le médecin du travail, réside dans la qualité de la coordination des acteurs concernés (employeur, collectif de travail). La reprise du travail au stade subaigu est facilitée par ces approches intégrant le milieu de travail.

La prévalence des lombalgies communes dans la population active est très élevée, qu'elles soient liées ou non à l'activité professionnelle. Ainsi, à l'échelle d'une région française de 5 millions d'habitants comme les Pays de la Loire, environ 150 000 hommes et 120 000 femmes salariés ont souffert de lombalgies au cours des sept derniers jours (source InVS, données 2002-2005). Même si elles ne représentent qu'une faible fraction de 2 à 7 % des cas de lombalgies, les lombalgies chroniques (c'est-à-dire évoluant depuis au moins trois mois) sont source d'altérations des capacités de travail, d'absentéisme, de rupture des parcours professionnels et de répercussions socioéconomiques importantes. Ainsi, elles représentent la deuxième cause d'invalidité (23 %) pour les salariés du régime général de la Sécurité sociale et la première cause pour les travailleurs indépendants (29 %) (données 2006-2007).

C'est l'une des deux premières causes d'exclusion prématurée du travail, avec les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs. Plus que l'intensité de la douleur, c'est l'incapacité qu'elle génère qui fait toute la gravité de la lombalgie, car son pronostic fonctionnel est conditionné majoritairement par la durée de l'arrêt de travail : la proportion de travailleurs retournant au travail est estimée à 50 % après six mois d'arrêt et proche de zéro après deux ans.

La prévention du risque lombaire en milieu de travail reste un enjeu majeur de santé au travail en 2013. Elle s'inscrit réglementairement dans les obligations de l'employeur (C. trav., Art. L4121-1) et repose sur une approche intégrée et globale de la prévention associant les trois niveaux classiques de prévention : primaire (limiter en priorité l'incidence des lombalgies par la réduction des risques à la source) ; secondaire

Pr Yves Roquelaure

(yves.roquelaure@chu-angers.fr),

Dr Audrey Petit,

centre de consultations de pathologie professionnelle et maintien en emploi, CHU, Angers.

Pr Marie-José

Durand,

centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), université de Sherbrooke, Canada,

Dr Jean-Baptiste

Fassier,

université Claude-Bernard, Lyon I.

(faire en sorte que ceux qui en souffrent déjà ne s'aggravent pas ou ne récidivent pas) ; tertiaire (faciliter le maintien durable dans l'emploi de ceux qui ont des douleurs chroniques).

Les déterminants des lombalgies sont nombreux et relèvent à la fois de facteurs de susceptibilité individuelle non modifiables (patrimoine génétique, sexe, âge, comorbidités, antécédents de lombalgies, etc.) ou éventuellement modifiables (surpoids, tabagisme) et de facteurs liés à l'activité professionnelle (charge physique lourde de travail, port de charges, posture du tronc, vibrations du corps entier, facteurs psychosociaux), éventuellement modifiables par des interventions en milieu de travail. La prévention primaire/secondaire des lombalgies en milieu de travail demeure une priorité, mais elle doit être combinée à des interventions visant à réduire les conséquences médicales, professionnelles, sociales et économiques des lombalgies.

Le concept de « paradigme de prévention de l'incapacité lombalgique » avancé au Québec dans les années 1990 a fait évoluer la conception de la réadaptation des lombalgiques⁽¹⁾. Selon ce paradigme, le problème n'est plus la lésion anatomique, mais l'incapacité du travailleur. La vision du problème n'est plus centrée sur l'individu, mais devient systémique. Le but de la prise en charge est le retour du travailleur à son poste pour recouvrer la réalisation de son rôle social. Les intervenants sont multiples, incluant le travailleur, les professionnels du système de soins, le milieu de travail (employeur, syndicat, collègues) et le système des assurances.

Programmes multidimensionnels de maintien en emploi

Le maintien dans l'emploi consiste à prévenir la perte d'une activité professionnelle pour des

raisons de santé ou de situation de handicap. La démarche peut aboutir à un maintien au poste, à une formation, à un reclassement en interne ou en externe. Pour une meilleure efficacité, le signalement d'une situation susceptible de conduire à la désinsertion professionnelle auprès du médecin du travail doit être précoce.

D'après les recommandations de la HAS de juin 2011 sur la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle, le premier acteur du maintien en emploi est le travailleur lui-même, dont la participation active est indispensable au processus de retour au travail et au partage des informations entre les différents acteurs. De nombreux acteurs peuvent intervenir dans le processus de maintien dans l'emploi, et la réussite de cette recherche réside dans la qualité de leur collaboration et de coordination. La participation de l'employeur ou son représentant, de l'encadrement de proximité et du collectif de travail, est également indispensable à la réussite du retour au travail à court et moyen terme, et du maintien en emploi à plus long terme.

Des revues systématiques de la littérature ont mis en évidence la supériorité des approches de réadaptation intégrant le milieu de travail comparativement aux approches exclusivement biomécaniques pour faciliter la reprise du travail au stade subaigu de la lombalgie⁽²⁾. Ces programmes comportent plusieurs dimensions : une intervention médico-psychologique ciblant les individus ; une intervention ciblant le travail (encadré), associant dans des proportions variées un programme de réentraînement à l'effort pour améliorer les capacités fonctionnelles et réduire le déconditionnement physique secondaire à la lombalgie chronique, un programme de type cognitivo-comportemental afin de lutter contre les représentations négatives de la maladie, contre les « peurs et croyances » et d'aborder les difficultés de la réinsertion sociale et professionnelle, une action en milieu de travail, allant de la simple visite sur le lieu de travail (favorisant l'interaction étroite des partenaires) à la conduite d'un projet ergonomique.

Des programmes efficaces et rentables

L'efficacité et la rentabilité de ces programmes multidimensionnels de « retour au travail » pour réduire la durée d'incapacité ont été prouvées à la phase subaiguë et à la phase chronique

(en cas d'arrêt de travail de plus de trois mois) de la lombalgie. Cependant, l'implantation de l'intervention en entreprise reste particulièrement délicate. L'efficacité et la pérennité des programmes structurés de « retour au travail » nécessitent la coordination et le décloisonnement des acteurs et des institutions concernées : médecins de soin, services de santé au travail, entreprises, caisses de Sécurité sociale, organismes de maintien en emploi, etc. Pour cela, le travail en réseau peut être une solution intéressante, sous réserve d'un financement pérenne et d'une formation adaptée.

En conclusion, la prévention de la chronicité des lombalgies et de l'incapacité qui en résulte est un enjeu majeur de santé au travail qui ne pourra que croître dans les années à venir en Europe du fait de l'effet conjugué du vieillissement de la population active, de l'allongement des carrières et de l'intensification du travail. Le maintien en emploi des travailleurs lombalgiques doit s'inscrire dans la politique de gestion des risques professionnels de l'entreprise intégrant les trois niveaux de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, afin de coordonner les actions et de les planifier en fonction de l'évaluation des risques.

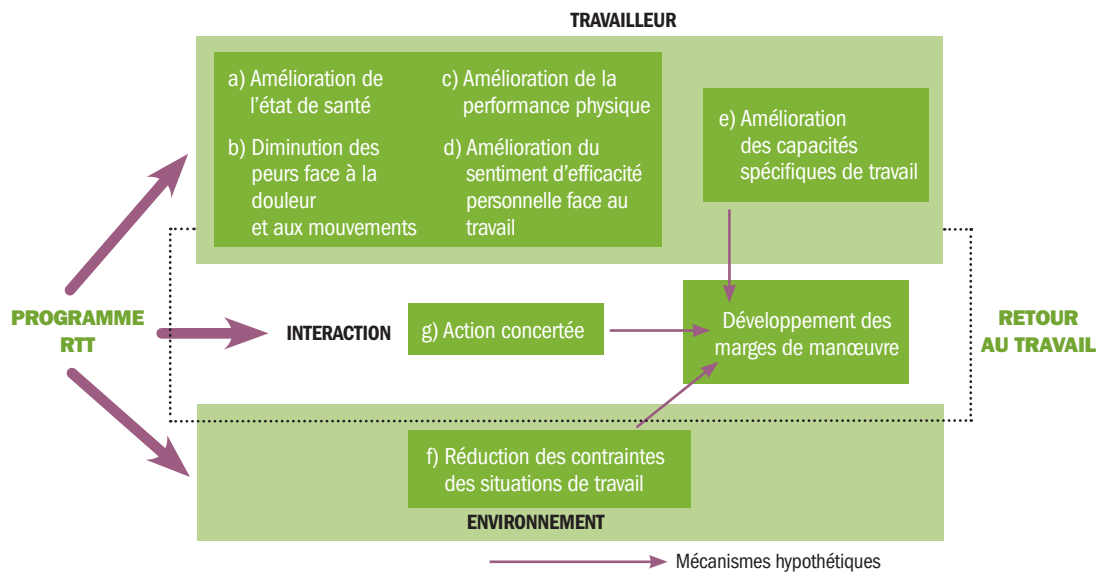
Même si la prévention primaire des lombalgies en entreprise a une efficacité limitée, il est possible de réduire la sévérité des cas et d'améliorer leur pronostic par des actions de prévention intégrée à tous les stades de la lombalgie. Cette prévention collective intégrée nécessite la coordination des prises en charge médico-sociales et des actions sur le milieu de travail. Pour

Les principes des interventions ciblant le travail

- Identifier précocement (après deux à trois mois d'arrêt) les salariés lombalgiques à risque d'évoluer vers l'incapacité au travail.
- Intervenir rapidement dans l'entreprise pour faciliter la reprise du travail au stade subaigu de la lombalgie en démedicalisant la prise en charge autant que possible et en aménageant le poste de travail si nécessaire.
- Mettre en œuvre une reprise graduelle (intervention mixte de réadaptation et retour thérapeutique au travail) au stade chronique de la lombalgie.
- Favoriser l'harmonisation et la cohérence des interventions, et la coopération des différents acteurs (médecin du travail, médecins de soins, organismes d'assurance maladie, entreprises, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), opérateurs d'insertion, etc.).

Fig. 1. Modèle théorique des programmes de prévention de l'incapacité lombalgique.

Le modèle conceptuel d'intervention de retour thérapeutique au travail (RTT) ⁽³⁾ combine plusieurs mécanismes d'action : l'accroissement des capacités de travail du travailleur, la réduction des contraintes des situations de travail et la promotion d'actions concertées entre les partenaires impliqués dans la problématique d'incapacité au travail afin d'accroître les marges de manœuvre des travailleurs, c'est-à-dire leur latitude pour faire face aux contraintes de leurs situations de travail.



cela, il est recommandé d'étudier les modalités et les conditions d'une coopération territorialisée, pérenne et efficace, des acteurs et institutions impliqués dans le retour au travail et le maintien en emploi. Étant donné l'impact négatif du chômage sur la santé et la conjoncture économique défavorable, le maintien en emploi d'un patient lombalgique doit être considéré comme un objectif à part entière de sa prise en charge. Il est nécessaire pour la qualité des pratiques médicales et leur efficacité que cet objectif soit partagé explicitement entre le patient, son médecin

traitant et son médecin du travail dans le respect de la déontologie. •

Yves Roquelaure déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (activités de conseil et conférences) pour l'entreprise Abbott France. Audrey Petit, Marie-José Durand, Jean-Baptiste Fassier déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

- Loisel P., et al. Disability prevention: new paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 2001. 9(7):351-60.
- Schaafsma F., et al. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010 (Issue 1).
- Durand M.J., et al. Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 2003. 21(3):233-42.

concoursmmedical.fr

Nouveau site

Découvrez le site et l'abonnement en version numérique **INTÉGRALE**

Votre numéro en ligne sur ordinateur, smartphone et tablette

- + des tests inédits
- + des articles originaux
- + vos archives

