

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE DU TRAVAIL

ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ET DES OBSTACLES AU RETOUR AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS LOMBALGIQUES CHRONIQUES DANS UN PROGRAMME DE RÉENTRAÎNEMENT A L'EFFORT

MICHEL Clotilde

Née le 05 août 1986 à Malestroit (56)

Sous la direction de Mme PETIT Audrey

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves | Président

Madame le Docteur PETIT Audrey | Directeur

Madame le Professeur RICHARD Isabelle | Membre

Monsieur le Docteur CAMUS René | Membre

Soutenue publiquement le :
13 mai 2016



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) MICHEL Clotilde.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 25/03/2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury, Madame le Professeur Isabelle Richard, Madame le Docteur Audrey Petit, Monsieur le professeur Yves Roquelaure et Monsieur le Docteur René Camus de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je remercie plus particulièrement Audrey Petit d'avoir accepté d'assurer la direction de ce projet.

Je remercie Eliane Michon qui m'a apporté son aide, plus particulièrement pour la partie statistique.

Je remercie également toute les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce projet et leur laisse le soin de se reconnaître!

LISTE DES ABREVIATIONS

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

Programmes de réadaptation à l'effort

Recueil des données relatives à la situation professionnelle

Echange entre les centres de MPR et la médecine du travail

Transition des patients entre le milieu de soins et le milieu de travail

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Evaluation de l'activité de travail et des obstacles au retour au travail des travailleurs lombalgiques chroniques dans un programme de réentraînement à l'effort

Clotilde Michel¹, Eliane Michon¹, Vincent Guéné¹, Yves Roquelaure^{1,2}, Audrey Petit^{1,3}

1. Laboratory of Ergonomics and Epidemiology in Occupational health (LEEST), LUNAM University, University of Angers, France
2. Department of family medicine, Faculty of medicine of Angers, France
3. Department of occupational health, University hospital of Angers, France

RÉSUMÉ

Introduction

L'incapacité prolongée liée à la lombalgie chronique entraîne de lourdes répercussions socioéconomiques. Le retour au travail de ces patients est un processus complexe, nécessitant la coordination des différents acteurs impliqués dans leur prise en charge. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des centres de réadaptation fonctionnelle concernant le retour au travail des lombalgiques chroniques.

Méthodes

L'étude a été réalisée par questionnaire auprès des référents des programmes de réentraînement à l'effort à destination des patients lombalgiques chroniques proposés en France. Les outils et méthodes d'analyses de la situation professionnelle ainsi que les modalités d'échanges avec le milieu de travail ont été recueillis. Des analyses quantitatives et qualitatives des données ont été réalisées.

Résultats

A partir des 56 réponses obtenues (taux de réponse = 81%), il apparaît que peu d'équipes comptent un médecin du travail ou un ergonome parmi leurs intervenants et que peu de centres proposent un programme de réadaptation au travail ou adaptent leur programme au vu des données de l'analyse du travail. De plus, les échanges d'informations avec la médecine du travail sont jugés difficiles dans la moitié des cas, y compris dans les centres bénéficiant d'un partenariat avec l'association Comète France. Enfin, la majorité des professionnels estiment intervenir trop tard dans la prise en charge.

Conclusion

L'analyse de la situation professionnelle et des obstacles au retour au travail se fait majoritairement sans contact direct avec le monde du travail. Un décloisonnement de la prise en charge et l'élaboration d'un référentiel commun entre les différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail permettraient d'augmenter son efficacité.

INTRODUCTION

La lombalgie chronique commune est un problème majeur de santé publique et de santé au travail. Même si la majorité des épisodes lombalgiques évolue favorablement en quatre à six semaines, une minorité de travailleurs est absente du travail après un an d'évolution(1-3). La chronicisation et l'incapacité prolongée liée à la lombalgie peuvent avoir un impact sur les parcours professionnels des travailleurs et entraîner des répercussions socioéconomiques lourdes (4,5). La prévention de la chronicisation de la lombalgie et de ses conséquences en termes d'arrêts de travail répétés et/ou prolongés, voire de désinsertion professionnelle, est un enjeu majeur.

Les obstacles au retour au travail des patients lombalgiques chroniques sont plus liés à l'incapacité résultant de la douleur, qu'à l'intensité de la lombalgie elle-même (6-8). Or, cette incapacité est d'origine multifactorielle. Elle est notamment liée aux représentations (« peurs et croyances ») du patient vis-à-vis de la lombalgie (9). Elle est également liée à l'environnement de travail du patient et à son appréhension vis-à-vis du retour au travail (10) qui peuvent être influencés par les professionnels de santé(11,12). Ainsi, une intervention efficace pour faciliter le retour au travail des patients lombalgiques chroniques doit impliquer une amélioration des capacités fonctionnelles, une lutte contre les représentations erronées de la lombalgie, mais également une action en milieu de travail (4,13,14). En effet, une prise en charge globale aboutissant à la réassurance du travailleur diminue l'incapacité prolongée au travail (5).

Il est donc nécessaire que les professionnels intervenant dans le cadre du soin, de la santé au travail, de l'entreprise et dans le champ médico-social partagent une vision commune de la problématique et des enjeux de la prise en charge afin de délivrer un discours cohérent en direction des travailleurs-patients et de favoriser la transition entre le milieu de soins et le milieu professionnel (15,16). Un meilleur accompagnement lors de la transition entre le milieu de soins et le milieu professionnel pourrait faciliter un retour au travail durable (17). Cependant, il n'existe pas de référentiel commun concernant le partage des données de la situation de travail qui permettrait une vision commune des objectifs de la prise en charge et d'améliorer la coordination des actions des différents intervenants

(médicaux, sociaux et de l'entreprise) en vue du retour au travail. Ainsi, l'élaboration d'outils appréhendant l'activité professionnelle, accessibles et compréhensibles par tous, pourrait favoriser le processus de retour au travail des patients lombalgiques chroniques en rupture de parcours professionnel.

Des méthodes d'analyse du travail sont déjà utilisées en milieu du travail. Il serait nécessaire de les adapter ou de proposer de nouveaux outils afin de les rendre accessibles aux professionnels extérieurs au monde de l'entreprise. Ainsi, pour favoriser la mise en place de tels outils, il est dans un premier temps nécessaire de recenser les pratiques et méthodes actuelles des praticiens des centres de réadaptation fonctionnelle. Il est également nécessaire d'évaluer la fréquence et le contenu des échanges entre le milieu de soins et le milieu du travail, et les éventuels freins ressentis pour ceux-ci. L'objectif principal de cette étude est de recenser les pratiques, outils et méthodes d'évaluation de la situation de travail dans les centres de réadaptation fonctionnelle proposant un programme de réentraînement à l'effort (RAE) à destination des travailleurs lombalgiques chroniques. L'objectif secondaire est d'évaluer l'échange entre le milieu de soins et le milieu du travail (existence d'un échange, freins ressentis, ...).

MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête prospective, réalisée par questionnaire, auprès des centres de médecine physique et réadaptation (MPR) français proposant un programme de RAE à destination des patients lombalgiques chroniques. Cette enquête est une étude descriptive. Elle a été menée entre avril 2014 et janvier 2015. Elle a été conduite par le Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail (LEEST) d'Angers, en partenariat avec la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (SFR).

La Section Rachis de la SFR a recensé les centres proposant un programme de RAE à destination des patients lombalgiques chroniques en France, de janvier à avril 2011 (18). Pour ce faire, un mail a été envoyé à tous les chefs de service de rhumatologie adulte, après avoir colligé leurs coordonnées auprès du secrétariat de la SFR. Les chefs de service ont alors renseigné si leur service proposait un programme de RAE à destination des patients lombalgiques chroniques ou s'ils connaissaient une ou des structure(s) proposant ce type de programme. D'autres centres ont été recensés par le biais de données disponibles dans les publications françaises ou sur Internet. Chaque centre a ensuite été contacté pour confirmer qu'il proposait bien un programme de RAE. Etaient exclues les écoles du dos, proposant uniquement un programme d'éducation, à la différence des programmes de RAE prenant en charge la situation physique, psychosociale et socio-économique des patients. Soixante-deux centres ont été retenus, dont sept qui proposaient deux programmes différents. Au total, 69 programmes de RAE ont été recensés.

Un questionnaire [Annexe] a été réalisé par un groupe pluriprofessionnel : deux enseignants chercheurs en santé au travail, un médecin rééducateur, un intervenant en prévention des risques professionnels, un médecin du travail, un cadre ergothérapeute et un psychologue de centre de MPR encadrant des programmes de RAE. Ce questionnaire était composé de 32 questions (28 questions à choix multiples avec une ou plusieurs réponses possibles et 4 questions ouvertes). Etaient recueillies les données suivantes :

- le nombre de patients pris en charge par an,

- les professionnels intervenant lors du programme de RAE et ceux abordant les questions relatives au travail,
- les méthodes et outils d'analyse du travail utilisés,
- les données socioprofessionnelles recueillies au cours du programme,
- l'existence d'un programme de réadaptation au travail,
- les méthodes d'échanges d'informations avec la médecine du travail,
- le ressenti des référents des programmes de RAE concernant la prise en charge réalisée vis-à-vis du retour au travail.

Le questionnaire a été envoyé en avril 2014 par voie postale aux différents centres recensés, accompagné d'un courrier explicatif. Il a été adressé aux référents des programmes de RAE. Les questionnaires remplis étaient renvoyés par courrier. Une relance a été réalisée en septembre 2014 par voie postale. Enfin, une deuxième relance a été menée en novembre 2014 par mail, après contact téléphonique des secrétariats des centres non répondeurs. Les questionnaires pouvaient alors être renvoyés par voie postale ou par mail.

Les réponses aux questionnaires ont été saisies grâce au logiciel Excel® 2010, avec l'aide d'un masque de saisie. Une relecture a été effectuée. Pour les questions à choix multiples, les données ont été saisies de manière binaire (oui/non). Les réponses non cochées ont été considérées comme « non ».

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce aux logiciels Excel® 2010 et SAS® 9.4. Les résultats des analyses qualitatives ont été exprimés en valeurs absolues ou en pourcentages. Le test du Khi-2 et le test exact de Fischer ont été utilisés pour comparer les données. Une valeur de $p \leq 0,05$ était retenue comme statistiquement significative. Pour la réalisation des tests de comparaison, certaines données ont été regroupées (« médecin du travail » et « ergonomiste » à la question 14, « systématique » et « fréquent » à la question 16, « rare », « exceptionnel » et « n'a jamais lieu » à la question 16, et « oui, sous une forme d'une unité dédiée » et « oui, sous une forme de convention de financement » à la question 20). Une analyse qualitative complémentaire a été effectuée pour les questions ouvertes.

RÉSULTATS

Cinquante-six centres ont répondu à l'enquête parmi les 69 interrogés (dont 9 de manière anonyme), soit un taux de réponse de 81 %.

Les difficultés de maintien en emploi concernaient la moitié voire la totalité des patients bénéficiant des programmes de RAE dans les centres interrogés.

Programmes de réadaptation à l'effort:

Concernant le recrutement, il est essentiellement locorégional, et les patients sont le plus souvent adressés par leur médecin traitant (74 %) ou un spécialiste du rachis (68 %), et plus rarement par leur médecin du travail (25 %).

La majorité des centres accueille entre 25 et 99 patients par an pour ce type de programme (Tableau I). La plupart des centres propose une prise en charge en groupe, en hôpital de jour. Les programmes se déroulent principalement dans des services de soins de suite et réadaptation. Dix centres n'ont pas précisé dans quel type de service se déroulait leur programme.

Tableau I Caractéristiques des programmes de réentraînement à l'effort

Caractéristiques du programme de RAE	Nombre de centres, n (%)
Nombre de patients pris en charge/an	
10-24 patients	5 (9)
25-49 patients	20 (37)
50-99 patients	17 (32)
100-199 patients	7 (13)
≥ 200 patients	5 (9)
Type de prise en charge	
Individuel	3 (5)
Groupe	38 (68)
Individuel et groupe	15 (27)
Type de Service	
Soins de suite et réadaptation (SSR)	43 (93)
Médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique (MCO)	3 (7)
Type d'hospitalisation*	
Hospitalisation de jour	43
Hospitalisation de semaine	22
Hospitalisation complète	27

*Le choix du type d'hospitalisation n'était pas unique. Chaque centre pouvait donner plusieurs types d'hospitalisation

Concernant le contenu des programmes, trente et un centres proposent un programme d'éducation thérapeutique. En revanche, peu de centres (29 %) proposent un programme de réadaptation au travail. Les centres qui ne proposent pas de programme de réadaptation au travail évoquent un manque de moyens humains et de temps, mais également le manque de formalisation d'un tel programme. Un quart des centres bénéficie d'un partenariat avec l'Association Comète France, sous forme d'une unité dédiée ou d'une convention de financement. Cependant, il n'existe pas de lien significatif entre l'existence d'un programme de réadaptation au travail et le partenariat avec l'association Comète France.

Concernant les professionnels intervenant, un peu plus de la moitié des programmes de RAE (55 %) ont plusieurs référents. Il s'agit majoritairement de médecins de MPR. Dans une faible proportion des programmes (37 %), les référents ont suivi une formation sur le maintien en emploi des lombalgiques chroniques au cours des deux dernières années, principalement dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) ou développement personnel continu (DPC) (70 %).

Recueil des données relatives à la situation professionnelle:

Les questions relatives au travail sont abordées, la plupart du temps, au moment de l'inclusion (89 %) et à la fin du programme (66 %), lors d'un entretien individuel (91 %) par le biais d'auto-questionnaires (71 %). Ce sont majoritairement les médecins de MPR, les assistantes sociales et les ergothérapeutes qui composent les équipes de prise en charge et traitent des questions relatives au travail (Figure 1). Les kinésithérapeutes, les professeurs d'activité physique adaptée (APA) et les psychologues, largement représentés dans les équipes, traitent cependant très peu des questions relatives au travail. Moins de 20 % des équipes compte un médecin du travail ou un ergonomiste parmi leurs intervenants.

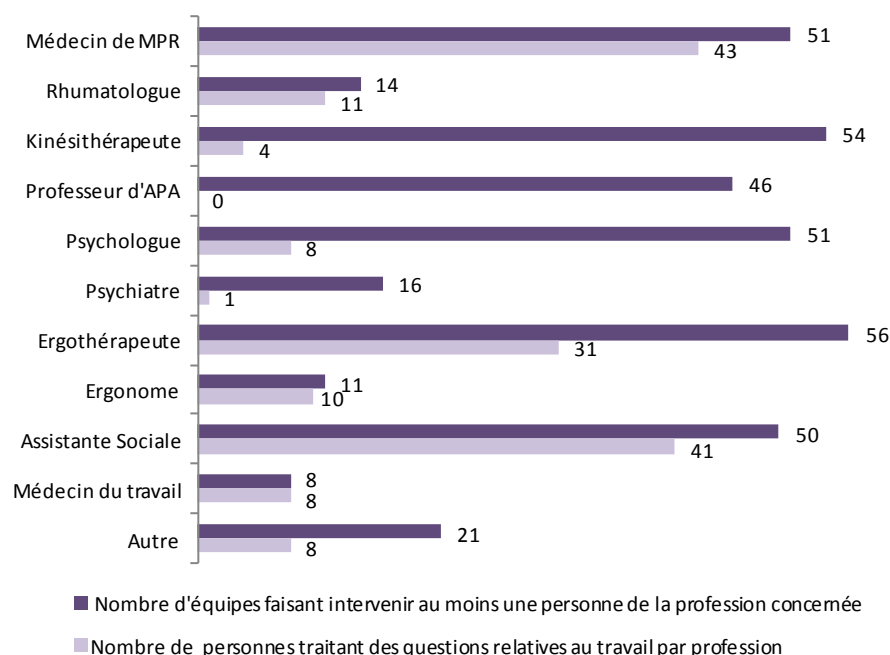


Figure 1 Professionnels intervenant dans les équipes de RAE et traitant des questions relatives au travail

Concernant le contenu des données relatives au travail, Les principales données recueillies portent sur la situation socioprofessionnelle actuelle (Tableau II). Dans moins de la moitié des cas, l'avis d'aptitude est recueilli. L'aspect le moins souvent abordé concerne l'entreprise. Dans tous les centres, le projet professionnel du patient est interrogé. Les obstacles au retour/maintien à l'emploi, les aménagements de poste envisageables et les éventuelles tentatives de reprise du travail sont également fréquemment abordés avec le patient dans respectivement 84 %, 90 % et 77 % des cas. Le lien entre la symptomatologie lombaire et l'activité professionnelle est également fréquemment questionné, en particulier si une reconnaissance en maladie professionnelle (96 %) ou une déclaration d'accident de travail (100 %) ont été réalisées.

Tableau II Données socioprofessionnelles recueillies au cours des programmes de RAE

Données recueillies	Proportion de centres en % (n = 56)
Situation socioprofessionnelle actuelle	
Situation professionnelle	100
Statut professionnel	100
Travail à temps plein/temps partiel	98
Accident du travail	100
Maladie professionnelle	98
RQTH	98
Durée de l'arrêt de travail	95
Position du médecin conseil	45
Invalidité	89
Durée du mi-temps thérapeutique	71
Visite de pré- reprise	61
Avis d'aptitude	48
Parcours professionnel	
Niveau d'étude/diplômes	73
Formation professionnelle	71
Expérience professionnelle	56
Profession actuelle	95
Ancienneté dans l'entreprise	71
Ancienneté au poste actuel	60
Type de contrat	82
Parcours dans l'entreprise	38
Description de la rupture professionnelle, le cas échéant	69
Poste de travail	
Sentiment d'efficacité au travail	45
Horaires et cycles de travail	76
Description du poste de travail	71
Contraintes organisationnelles du poste	64
Contraintes physiques du poste	87
Autres contraintes du poste	31
Contraintes psychosociales du poste	80
Aménagements du poste et/ou du temps de travail effectué	85
Intervention du service d'aide au maintien en emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)	36
Entreprise	
Nom de l'entreprise	67
Effectif	42
Présence de délégués de personnel	7
Climat social	55
Nom du médecin du travail	65
Nom du service de santé au travail	25
Conjoncture économique	36

Données manquantes (DM) = 1 pour parcours professionnel, poste de travail et entreprise

Echange entre les centres de MPR et la médecine du travail:

L'échange d'informations entre l'équipe de RAE et la médecine du travail du patient-travailleur est systématique ou fréquent dans 31 programmes, rare ou exceptionnel dans 20 programmes et n'a jamais lieu dans 4 programmes. Il se fait majoritairement par courrier, remis au patient et/ou adressé au médecin du travail, dans respectivement 72 % et 57 % des cas. Cet échange est jugé « difficile » pour 34 centres, et cela, principalement pour des raisons de manque de disponibilité du médecin du travail ou des raisons médico-légales.

La composition des équipes de RAE semble influencer les échanges. Ainsi, il existe une relation proche de la significativité entre la fréquence des échanges avec la médecine du travail et la présence d'un ergonome ou d'un médecin du travail dans l'équipe ($p = 0,0537$) et également entre la présence de ces derniers et la facilité des échanges avec la médecine du travail ($p = 0,0746$). Le partenariat des programmes de RAE avec l'association Comète France augmente la fréquence de ces échanges ($p = 0,0014$), mais ne les facilite pas.

Concernant le contenu des informations échangées, un peu moins de la moitié des référents (47 %) estime les informations concernant le travail insuffisantes, par manque de précisions sur les contraintes de travail (90 %) et/ou sur les éléments du contexte social (55 %) lorsque les patients sont adressés par la médecine du travail.

Transition des patients entre le milieu de soins et le milieu de travail:

Les principales actions mises en place pour favoriser la transition du patient entre le milieu de soins et le milieu de travail sont par ordre décroissant : l'adressage vers le médecin du travail pour une visite de pré-reprise (94 %), un contact avec le médecin du travail (89 %), une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (66 %) et l'adressage vers l'assistante sociale ou d'autres acteurs du maintien en emploi (62 %). Une minorité des centres (18 %) adapte leur programme au vu des données de l'analyse du travail.

Les référents ayant renseigné les questionnaires estiment tous intervenir trop tard dans la prise en charge des patients et pensent que leur intervention devrait être plus précoce. Beaucoup disent qu'il serait adapté d'agir à la phase subaigüe de la lombalgie, afin d'intervenir avant la phase de

chronicisation et de déconditionnement ; ceci, dans le but de faciliter le retour/maintien en emploi.

Un parcours de soins trop long, voire trop complexe est régulièrement mis en avant.

La médecine du travail est mise au premier plan des acteurs pouvant faciliter la transition entre le milieu de soins et le milieu de travail. Certains référents estiment que la présence d'un médecin du travail au sein de l'équipe de prise en charge dans les centres de RAE serait une solution. D'autres proposent une prise en charge pluriprofessionnelle avec une facilitation de la communication entre les différents acteurs locaux.

DISCUSSION

Les résultats de notre enquête réalisée auprès d'un large échantillon de centres de MPR français montrent que les difficultés de maintien en emploi concernent la majorité des patients participant aux programmes de RAE. Cependant, les patients inclus dans ces programmes sont probablement adressés lorsque la situation professionnelle devient préoccupante, suite à des arrêts de travail de longue durée ou répétés ; ce qui pourrait expliquer que la majorité des patients participant aux programmes rencontrent des difficultés de maintien en emploi. Le recueil des données relatives à la situation professionnelle des patients lombalgiques chroniques inclus dans ce type de programme est, le plus souvent, réalisé lors d'un entretien individuel, au moment de l'inclusion dans le programme, par le médecin de MPR ou l'assistante sociale de l'équipe. Les informations concernant les tentatives de retour au travail, les aménagements de poste et les éventuels obstacles au maintien/retour en emploi sont abordées avec le patient au cours de cet entretien ou pendant le programme. Pourtant, peu de centres adaptent le contenu du programme après analyse de ces données professionnelles. En effet, un peu moins d'un tiers des centres proposent un programme de réadaptation au travail, malgré le partenariat de certaines structures avec l'association Comète France et ce, par manque de temps ou de moyens humains. Les principales actions mises en place dans les programmes en vue du retour au travail se font par l'intermédiaire du patient (adressage vers le médecin du travail ou une assistante sociale, envoi d'un courrier au médecin du travail) sans contact direct avec le milieu professionnel. Enfin, très peu de centres proposent une visite du poste de travail en vue d'une action concertée sur le lieu de travail. Les échanges avec la médecine du travail pour les questions relatives à la situation professionnelle des patients-travailleurs sont jugés difficiles par plus de la moitié des professionnels des centres qui mettent en avant des obstacles médico-légaux ou le manque de disponibilité. Parallèlement, presque la moitié des enquêtés estime que les informations données par le médecin du travail, lorsqu'il adresse un patient, sont insuffisantes, par manque de précisions sur les contraintes de travail ou sur les éléments du contexte social. Aussi, afin de favoriser la transition entre le milieu de soins et le milieu de travail, les référents interrogés proposent une collaboration

plus étroite avec les services de médecine du travail des entreprises. La complexité du processus de désinsertion professionnelle des patients-travailleurs lombalgiques chroniques nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle pour un retour au travail réussi et durable au sein de l'entreprise (19,20).

La collaboration des acteurs du retour en emploi favorise le processus de réadaptation.

Concernant le bénéfice d'avoir un médecin ou un ergonome dans l'équipe de prise en charge afin de faciliter les échanges avec la médecine du travail en entreprise, les résultats sont proches de la significativité. Aussi, on peut imaginer que la puissance du test aurait été plus grande avec un nombre de centres plus important et qu'un lien aurait pu être mis en évidence entre la facilité de l'échange avec la médecine du travail et la présence d'un médecin du travail ou d'un ergonome dans l'équipe de prise en charge rééducative. En effet, d'une part, la présence d'un médecin du travail ou d'un ergonome dans l'équipe pluridisciplinaire implique très probablement une meilleure considération des facteurs professionnels favorisant la chronicité et l'incapacité prolongée liés à la lombalgie ; la prise en compte de ces éléments étant indispensable pour favoriser un retour au travail efficace et durable (21). Et d'autre part, la formation initiale et les réseaux collaboratifs des médecins du travail et des ergonomes facilitent sûrement l'initiative et la démarche de mise en relation avec le médecin du travail du patient pour l'échange de ce type d'informations.

Finalement, notre étude met en évidence que le temps consacré à la mise en place d'une action en milieu professionnel reste limité dans le cadre du programme de RAE et ce, même si les questions relatives au travail sont abordées précocement. Or, l'intérêt de la mise en place d'une intervention ergonomique sur le lieu du travail a largement été démontré pour favoriser le processus de retour au travail (14,22-25). Ainsi, le modèle de Sherbrooke qui fait référence pour la prise en charge préventive de l'incapacité au travail, propose avec l'accord des entreprises, un repérage précoce des salariés en arrêt de travail du fait de lombalgies. Une intervention d'ergonomie participative sur le lieu du travail est alors débutée. L'équipe d'intervention est composée du salarié, d'un ergonome, d'un collègue de travail et du supérieur hiérarchique du travailleur. Après concertation, les aménagements de poste sont alors proposés à l'employeur qui décide de suivre partiellement, totalement ou de ne pas suivre les recommandations. L'efficacité du modèle de Sherbrooke a été démontrée et

l'importance de l'implication de tous les acteurs du retour au travail a été soulignée (5,14,22). Par ailleurs, notre enquête met en évidence un consensus entre les référents des programmes de RAE sur la nécessité d'une prise en charge plus précoce des patients lombalgiques chroniques. Ce principe est également un des piliers du modèle de Sherbrooke (26).

La majorité des patients pris en charge dans les programmes de RAE ne sont pas adressés par le médecin du travail, mais plutôt par le médecin traitant ou un médecin spécialiste du rachis. Il est pourtant recommandé au médecin du travail d'évaluer les facteurs pronostiques d'une incapacité prolongée en cas de lombalgie persistante ou récidivante, lors des différentes visites avec le salarié (27), permettant ainsi d'identifier des sous-groupes de personnes à risques de chronicisation et d'incapacité prolongée (28-30) et de proposer une prise en charge adaptée. En effet, pour la plupart des soignants, le retour au travail est perçu comme le résultat de la prise en charge médicale et fonctionnelle. C'est pourquoi les soignants sont considérés comme des acteurs importants de la préparation au retour au travail d'un travailleur blessé. D'une manière générale, les soignants ont pour objectif la reprise d'activité (y compris professionnelle) de leurs patients, mais ils souhaitent que cela puisse se faire sans compromettre leur santé ni réduire leurs droits aux soins (31). Les professionnels de santé au travail bénéficient d'une formation spécifique sur l'incapacité au travail et peuvent avoir un objectif explicite de retour au travail pour leurs patients (32).

Ainsi, à l'instar du modèle de Sherbrooke au Québec, on pourrait imaginer un parcours formalisé pour les travailleurs lombalgiques en France afin d'éviter un délai trop important, et potentiellement délétère, avant la prise en charge dans les programmes de RAE pour ces patients (33). Une étude de Fassier et al. montre que l'implantation en France d'un programme équivalent au modèle de Sherbrooke serait envisageable sous couvert de certaines adaptations du système français (34). Il faut cependant rester prudent quant à la généralisation d'un tel programme qui peut ne pas être adapté à toutes les situations (35).

Le questionnaire de notre enquête a été réalisé par un groupe pluriprofessionnel sensibilisé au travail en réseau interdisciplinaire, incluant les professionnels du milieu de travail. Cette particularité a pu constituer un biais pour le sondage de centres n'ayant pas ce type de pratique en routine. De plus,

afin de faciliter le recueil de l'ensemble des données concernant les programmes de RAE, notre questionnaire s'adressait aux personnes référentes des programmes qui sont, dans la majorité des cas, des médecins rééducateurs. De ce fait, on peut s'interroger sur l'exhaustivité des éléments concernant les échanges avec le milieu de travail qui est régulièrement réalisé par d'autres intervenants. Des résultats complémentaires auraient sans doute pu être obtenus par le sondage des différents intervenants des programmes de RAE. Cependant, il est à supposer que les référents des programmes qui ont répondu à l'enquête étaient au fait des actions menées par leurs collaborateurs. De même, nous avons principalement évoqué l'échange avec l'entreprise par l'intermédiaire du médecin du travail. Or, le contact avec le monde du travail peut également avoir lieu avec d'autres acteurs.

CONCLUSION-PERSPECTIVES

Les résultats de ce travail soulignent que l'analyse de la situation professionnelle et des obstacles au retour au travail se fait majoritairement sans contact direct avec le monde de l'entreprise. Or, le succès des interventions de retour au travail repose notamment sur la coordination des prises en charge par les professionnels du champ médical et socioprofessionnel dont les objectifs doivent être partagés avec le travailleur lui-même et l'entreprise. Ce manque de coopération et d'échange d'informations est probablement lié à des divergences de « représentations » de la situation du patient-travailleur par les différents acteurs du retour au travail qui le perçoivent comme un patient ou un salarié. La construction d'un référentiel commun entre les acteurs du champ médico-social et de l'entreprise concernant les capacités fonctionnelles du travailleur, la situation de travail « réelle » dans l'entreprise, ainsi que les obstacles et facilitateurs au retour au travail permettrait d'améliorer la cohérence des pratiques et de potentialiser leur efficacité dans un objectif commun (36).

BIBLIOGRAPHIE

1. Derriennic F, Leclerc A, Mairiaux P, Meyer JP, Ozguler A. Lomalgies en milieu professionnel. INSERM; 1999 p. 1–149.
2. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2007 Nov;50(8):640–4.
3. INRS. Les lomalgies [Internet]. INRS Santé et sécurité au travail. 2015 [cited 2016 Mar 28]. Available from: <http://www.inrs.fr/risques/lomalgies/statistique.html>
4. Spitzer WO, Leblanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. *Spine*. 1987;12(7S):1–59.
5. Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2002;59(12):807–15.
6. Loisel P, Corbière M, Durand MJ, Coutu MF, Désorcy B, Nha Ong Q, et al. Évolution comparée de la douleur et du statut de travail à la suite d'un programme de réadaptation pour des travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques. IRSST; 2012 p. 1–31. Report No.: R-744.
7. Mngoma N, Corbière M, Stevenson J. Pain Profiles and Psychosocial Distress Symptoms in Workers with Low Back Pain. *Physiotherapy Canada*. 2008 Jul;60(3):239–45.
8. Besen E, Young AE, Shaw WS. Returning to Work Following Low Back Pain: Towards a Model of Individual Psychosocial Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2015 Mar;25(1):25–37.
9. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2007 Nov 21;65(8):507–17.
10. Durand MJ. Incapacité prolongée et retour au travail. [cited 2015 Sep 16]; Available from: <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/073-075MT0808.pdf>
11. Dupeyron A, Ribinik P, Gélis A, Genty M, Claus D, Hérisson C, et al. Education in the management of low back pain. Literature review and recall of key recommendations for practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011 Jul;54(5):319–35.
12. Poiraudreau S, Rannou F, Baron G, Henanff LA, Coudeyre E, Rozenberg S, et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low back pain: *Pain*. 2006 Oct;124(3):305–11.
13. Loisel P, Gosselin L, Durand P, Lemaire J, Poitras S, Abenhaim L. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*. 2001;53–60.
14. Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HCW, Loisel P, van Mechelen W. Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both? *Spine*. 2007;32(3):291–8.

15. Coutu MF, Baril R, Durand M-J, Charpentier N, Rouleau A, Côté D, et al. Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail. IRSST; 2008 p. 47. Report No.: R-581.
16. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain: Pain. 2006 Oct;124(3):330–7.
17. Nastasia L, Coutu MF, Cibotaru N. Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques. IRSST; 2014 p. 1–77. Report No.: R-841.
18. Roure F. Réentraînement à l'effort dans la lombalgie chronique en France: analyse descriptive de 35 centres. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2011.
19. Durand MJ, Baril R, Loisel P, Gervais J. Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail: étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé [Internet]. 2008 [cited 2015 Sep 13];(10-2). Available from: <http://pistes.revues.org/2223>
20. Fassier JB, Durand MJ, Loisel P. De la recherche à l'amélioration des pratiques en prévention d'incapacité au travail. Douleur et Analgésie. 2009 Dec;22(S1):24–8.
21. Durand MJ, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard MC, Ngomo S. Margin of Manoeuvre Indicators in the Workplace During the Rehabilitation Process: A Qualitative Analysis. Journal of Occupational Rehabilitation. 2009 Jun;19(2):194–202.
22. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile J, Suissa S, Gosselin L, et al. A Population-Based, Randomized Clinical Trial on Back Pain Management. Spine. 1997;22:2911–8.
23. Anema JR. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occupational and Environmental Medicine. 2004 Apr 1;61(4):289–94.
24. Rivilis I, Cole DC, Frazer MB, Kerr MS, Wells RP, Ibrahim S. Evaluation of a participatory ergonomic intervention aimed at improving musculoskeletal health. American Journal of Industrial Medicine. 2006 Oct;49(10):801–10.
25. Schaafsma F, Schonstein E, Ojajärvi A, Verbeek J. Physical conditioning programs for improving work outcomes among workers with back pain. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2011 Jan;37(1):1–5.
26. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. Occupational and Environmental Medicine. 1994;51(9):597–602.
27. Petit A, Roquelaure Y, les 22 membres u groupe de travail. Recommandations de bonnes pratiques pour la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Arch Mal Prof et Environ. 2013;74:663–4.
28. Steenstra IA, Ibrahim SA, Franche RL, Hogg-Johnson S, Shaw WS, Pransky GS. Validation of a Risk Factor-Based Intervention Strategy Model Using Data from the Readiness for Return to Work Cohort Study. Journal of Occupational Rehabilitation. 2010 Sep;20(3):394–405.
29. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. The Lancet. 2011;378(9802):1560–71.

30. Jensen OK, Stengaard-Pedersen K, Jensen C, Nielsen CV. Prediction model for unsuccessful return to work after hospital-based intervention in low back pain patients. *BMC musculoskeletal disorders*. 2013;14(1):140.
31. Franche RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005 Dec;15(4):525–42.
32. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability & Rehabilitation*. 2002;24(16):867–74.
33. Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, Matz S, Tacci JA, Christiani DC. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2000;42(12):1178–87.
34. Fassier JB, Durand MJ, Caillard JF, Roquelaure Y, Loisel P. Results of a feasibility study: barriers and facilitators in implementing the Sherbrooke model in France. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2015 May;41(3):223–33.
35. Loisel P, Durand MJ, Shapiro S, Contandriopoulos AP, Beaudet J, Imbeau D. Evaluation de l'efficacité d'un programme de collaboration précoce en réadaptation chez les travailleurs de la construction ayant une dorso-lombalgie. *IRSST*; 2008 p. 1–67. Report No.: R-573.
36. Apport de l'ergonomie dans l'alliance de travail entre médecins et préventeurs dans le processus de retour au travail après maladies chroniques. *Anses*; 2012 2016. (ESR-12-007).

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Professionnels intervenant dans les équipes de RAE et traitant des questions relatives au travail 9

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques des programmes de réentraînement à l'effort	7
Tableau II Données socioprofessionnelles recueillies au cours des programmes de RAE	10

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	7
Programmes de réadaptation à l'effort	7
Recueil des données relatives à la situation professionnelle	8
Echange entre les centres de MPR et la médecine du travail	11
Transition des patients entre le milieu de soins et le milieu de travail	11
DISCUSSION	13
CONCLUSION-PERSPECTIVES	15
BIBLIOGRAPHIE	17
LISTE DES FIGURES	20
LISTE DES TABLEAUX	21
TABLE DES MATIERES	22
ANNEXE.....	I

ANNEXE

Enquête sur les pratiques concernant le retour en emploi des patients lombalgiques chroniques pris en charge dans les programmes de réentraînement à l'effort

LE QUESTIONNAIRE SERA IDEALEMENT RENSEIGNE PAR LE(S) INTERVENANT(S) DES PROGRAMMES DE REENTRAINEMENT A L'EFFORT A DESTINATION DES PATIENTS LOMBALGIQUES CHRONIQUES

1. Votre établissement propose-t-il des programmes de type "réentraînement à l'effort" à destination des patients lombalgiques chroniques ?

☐ Oui

☐ Non

2. Si oui, combien de patients sont pris en charge chaque année dans ce type de programme ?

☐ Moins de 10 patients /an

☐ 10-24 patients /an

☐ 25-49 patients /an

☐ 50-99 patients /an

☐ 100-199 patients /an

☐ > 200 patients /an

3. Parmi eux, combien présentent des difficultés pour le maintien en emploi du fait de la lombalgie ?

☐ Moins de 5 patients /an

☐ 5-9 patients /an

☐ 10-24 patients /an

☐ 25-49 patients /an

☐ 50-99 patients /an

☐ > 100 patients /an

4. Qui est (sont) la (les) personne(s) référente(s) de ces programmes* ?

☐ Médecin de MPR

☐ Rhumatologue

☐ Kinésithérapeute

☐ Professeur d'activité physique adaptée (APA)

☐ Psychologue

☐ Psychiatre

☐ Ergothérapeute

☐ Ergonome

☐ Assistant(e) social(e)

☐ Médecin du travail

☐ Autre : _____

5. L'un ou plusieurs des intervenants référents pour ces programmes a (ont)-il(s) bénéficié d'une formation (FMC/DPC, EPU,...) sur le maintien en emploi des lombalgiques chroniques au cours des 2 dernières années ?

☐ Oui

☐ Non

6. Si oui, quel(s) intervenant(s)* ?

☐ Médecin de MPR

☐ Rhumatologue

☐ Kinésithérapeute

☐ Professeur d'activité physique adaptée (APA)

☐ Psychologue

☐ Psychiatre

☐ Ergothérapeute

☐ Ergonome

☐ Assistant(e) social(e)

☐ Médecin du travail

☐ Autre : _____

7. Quel type de formation* ?

☐ Formation médicale continue (FMC) / développement personnel continu (DPC)

☐ Enseignement post-universitaire (EPU)

☐ Diplôme interuniversitaire (DIU) / Diplôme universitaire (DU)

☐ Autre _____

* une ou plusieurs réponses possibles

8. Les patients lombalgiques chroniques, en âge de travailler, inclus dans les programmes de réentraînement à l'effort sont domiciliés majoritairement :

- ☐ Dans le département
- ☐ Dans la région
- ☐ En dehors de la région

9. Les patients lombalgiques chroniques, en âge de travailler, inclus dans les programmes de réentraînement à l'effort sont majoritairement adressés par :

- ☐ Le médecin traitant
- ☐ Le médecin du travail
- ☐ Un spécialiste du rachis
- ☐ Le médecin conseil
- ☐ Autre : _____

10. Si le médecin du travail adresse le patient, les informations concernant le travail vous paraissent-elles suffisantes pour la prise en charge ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Sinon pourquoi* ?

- ☐ Manque d'informations médicales
- ☐ Manque de précisions sur les contraintes de travail
- ☐ Manque d'éléments du contexte social
- ☐ Autre : _____

12. Les programmes de réentraînement à l'effort proposés dans votre établissement sont organisés en* :

- a) ☐ Individuel
- ☐ Groupe
- b) ☐ Soins de suite et réadaptation
- ☐ Soins de courte durée (MCO)
- c) ☐ Hospitalisation de jour
- ☐ Hospitalisation complète
- ☐ Hospitalisation de semaine
- ☐ Autre : _____

13. Les programmes de réentraînement à l'effort proposés dans votre établissement comportent-ils un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14. L'équipe prenant en charge les patients lombalgiques chroniques dans le cadre des programmes de réentraînement à l'effort comprend un ou plusieurs* :

- ☐ Médecin de MPR
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Professeur d'activité physique adaptée
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Ergonome
- ☐ Assistant(e) social(e)
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Autre : _____

15. Le(s)quel(s) de ces intervenant traite(nt)-il(s) des questions relatives au travail* ?

- ☐ Médecin de MPR
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Professeur d'activité physique adaptée
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Ergonome
- ☐ Assistant(e) social(e)
- ☐ Médecin du travail
- ☐ Autre : _____

* une ou plusieurs réponses possibles

16. Au cours des programmes de réentraînement à l'effort, l'échange d'informations entre le médecin du travail et vous est :

- | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Systématique | <input type="checkbox"/> Fréquent | <input type="checkbox"/> Rare |
| <input type="checkbox"/> Exceptionnel | <input type="checkbox"/> N'a jamais lieu | |

17. Par quel(s) moyen(s) cet échange d'information se fait-il* ?

- ☐ Courriers adressés au médecin du travail
- ☐ Courriers remis au patient
- ☐ Fax/mail
- ☐ Téléphone
- ☐ Rendez-vous physiques
- ☐ Autre : _____

18. Selon vous, l'échange d'informations et la collaboration avec le médecin du travail sont :

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Simples | <input type="checkbox"/> Difficiles | <input type="checkbox"/> Impossibles |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

19. Selon vous, si elles sont jugées comme difficiles ou impossibles, c'est*...

- ☐ Par manque de disponibilité
- ☐ Par manque de bonne volonté
- ☐ Par manque de compréhension des objectifs pour le patient
- ☐ Pour des raisons médico-légales
- ☐ Par manque de compréhension liée au vocabulaire, nombreux acronymes,...
- ☐ Autre : _____

20. Votre établissement bénéficie-t-il d'un partenariat avec l'Association COMETE France (COMmunication, Environnement, Tremplin pour l'Emploi en France) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, sous forme d'une unité dédiée
- ☐ Oui, sous forme d'une convention de financement

21. Concernant les questions relatives au travail ou au maintien en emploi, quel(s) intervenant(s) les abordent avec le patient* ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin de MPR | <input type="checkbox"/> Rhumatologue |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Professeur d'activité physique adaptée |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Ergonome |
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e) | <input type="checkbox"/> Médecin du travail |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

22. À quel(s) moment(s) les questions relatives au travail ou au maintien en emploi sont-elles abordées* ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Au moment de l'inclusion | <input type="checkbox"/> début du programme |
| <input type="checkbox"/> À mi-parcours du programme | <input type="checkbox"/> fin du programme |
| <input type="checkbox"/> Toutes les semaines | <input type="checkbox"/> au cas par cas |

23. De quelle manière les questions relatives au travail ou au maintien en emploi sont-elles abordées* ?

- ☐ Utilisation d'auto questionnaire(s) tel(s) que *Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)*, *Work Ability Index (WAI)*,...
- ☐ Entretien / consultation individuel(le)
- ☐ Information collective
- ☐ Adressage vers un acteur du maintien en emploi
- ☐ Autre : _____

* une ou plusieurs réponses possibles

24. Quelles données socioprofessionnelles recueillez-vous habituellement ?
(au moment de l'inclusion ou pendant le programme de réentraînement à l'effort)

a) Concernant la situation socioprofessionnelle actuelle* :

- ☐ Situation professionnelle (travail/chômage)
- ☐ Situation professionnelle (salarié/travailleur indépendant,...)
- ☐ Travail à temps plein/temps partiel
- ☐ Accident du travail
- ☐ Maladie professionnelle
- ☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (MDA)
- ☐ Durée de l'arrêt de travail
- ☐ Position du médecin conseil
- ☐ Invalidité
- ☐ Durée du ½ temps thérapeutique
- ☐ Visite de pré reprise
- ☐ Avis d'aptitude
- ☐ Autre : _____

b) Concernant le parcours professionnel* :

- ☐ Niveau d'étude/diplômes
- ☐ Expérience professionnelle
- ☐ Ancienneté dans l'entreprise
- ☐ Type de contrat (CDD, CDI, intérim,...)
- ☐ Parcours dans l'entreprise (linéaire, ascendant, chaotique...)
- ☐ Description de la rupture professionnelle, le cas échéant
- ☐ Autre : _____
- ☐ Formation professionnelle
- ☐ Profession actuelle
- ☐ Ancienneté au poste actuel

c) Concernant le lien entre la symptomatologie lombaire et l'activité professionnelle* :

- ☐ Accident de travail
- ☐ Maladie professionnelle
- ☐ Facteur(s) professionnel(s) déclenchant
- ☐ Facteur(s) professionnel(s) de chronicité
- ☐ Gestes/tâches douloureux au travail
- ☐ Autres : _____

d) Concernant l'entreprise* :

- ☐ Nom de l'entreprise
- ☐ Présence de délégués du personnel
- ☐ Nom du médecin du travail
- ☐ Conjoncture économique
- ☐ Effectif
- ☐ Climat social
- ☐ Nom du Service de santé au travail
- ☐ Autre : _____

e) Concernant le poste de travail* :

- ☐ Sentiment d'efficacité au travail
- ☐ Horaires et cycle de travail (travail en équipe, travail de nuit,...)
- ☐ Description du poste de travail (questionnaire ...)
- ☐ Si oui, de quelle manière ?
- ☐ Entretien oral semi dirigé
- ☐ Questionnaire papier
- ☐ Autre : _____

* une ou plusieurs réponses possibles

- ☐ Contraintes organisationnelles du poste (cadence, rotation de poste...)
- ☐ Contraintes physiques du poste (manutentions, postures, gestes répétitifs,...)
- ☐ Autres contraintes du poste (bruit, port d'équipement de protection individuelle, produits dangereux,...)
- ☐ Contraintes psycho-sociales du poste :
 - ☐ Qualité des relations avec la hiérarchie
 - ☐ Qualité des relations avec l'encadrement direct
 - ☐ Qualité des relations avec les collègues (collectif de travail)
- ☐ Aménagements du poste et/ou du temps de travail effectués
- ☐ Intervention du Service d'Aide au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH)

25. Abordez-vous avec le patient* ?

- ☐ Le projet professionnel
- ☐ Son investissement dans son travail (sens du travail)
- ☐ Les obstacles au retour/maintien en emploi
- ☐ Les atouts et ressources pour le retour au travail
- ☐ Les aménagements de postes envisageables
- ☐ La date du dernier avis du médecin du travail
- ☐ Le dernier avis du médecin conseil
- ☐ La (les) tentative(s) de reprise du travail antérieure(s), raisons de leur échec/succès
- ☐ L'engagement de l'entreprise pour le retour/maintien en emploi

26. Lorsque vous abordez les atouts et ressources ou les obstacles pour le retour au travail, les abordez-vous* :

- ☐ Uniquement de manière individuelle centrée sur le patient
- ☐ De manière plus globale dans ses relations avec ses collègues
- ☐ De manière plus globale dans ses relations avec sa hiérarchie
- ☐ Autre : _____

27. Concernant la transition entre le milieu de soins et le milieu de travail, quel(s) action(s) menez-vous habituellement* ?

- ☐ Évaluation des capacités fonctionnelles, dans ce cas précisez la méthode : _____
- ☐ Adaptation du programme au vu des données de l'analyse du travail
- ☐ Adressage vers l'Assistante sociale ou d'autres acteurs du maintien en emploi
- ☐ Adressage vers le médecin du travail pour une visite de pré reprise
- ☐ Adressage vers le médecin conseil
- ☐ Contact avec le médecin du travail, dans ce cas précisez le(s) moyen(s) utilisé(s) :
 - ↳ **Si oui, par quel(s) moyen(s) ?**
 - ☐ Courriers adressés au médecin du travail
 - ☐ Courriers remis au patient
 - ☐ Fax/mail
 - ☐ Téléphone
 - ☐ Rendez-vous physiques
 - ☐ Autre : _____
- ☐ Adressage d'un compte rendu de consultation/hospitalisation au médecin du travail
- ☐ Demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) MDA
- ☐ Information concernant les acteurs du maintien en emploi
- ☐ Information concernant les outils du maintien en emploi
- ☐ Visite du poste de travail en vue d'une action concertée en présence du patient, de l'employeur, et/ou de l'encadrement de proximité
- ☐ Autres : _____

* une ou plusieurs réponses possibles

28. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser la transition entre le milieu de soins et le milieu de travail ?

29. Avez-vous l'impression d'intervenir au bon moment du parcours de santé ?

☐ Oui ☐ Non

↳ Si non, quel serait selon vous le bon moment ? Pourquoi ?

30. Vous sentez-vous acteur du retour au travail et du maintien en emploi ?

☐ Oui, tout à fait ☐ Non, absolument pas
☐ Oui, en partie ☐ Non, c'est le rôle du médecin du travail

↳ Si non, pourquoi ?

Proposez-vous des programmes de « Réadaptation au travail » (prise en charge rééducative couplée à un programme de retour au travail adapté) ?

☐ Oui ☐ Non

↳ Si non, pourquoi ?

L'établissement propose-t-il un (des) programme(s) à destination des troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs ?

☐ Oui ☐ Non

.....

Coupon réponse

Afin d'enrichir les réponses à ce questionnaire, accepteriez-vous d'être contacté pour un entretien téléphonique d'une durée de 15 minutes maximum ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de nous indiquer la personne à contacter :

Nom _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse mail : _____

Disponibilités de préférence dans la semaine (facultatif) : _____

* une ou plusieurs réponses possibles

Evaluation de l'activité de travail et des obstacles au retour au travail des travailleurs lombalgiques chroniques dans un programme de réentraînement à l'effort

RÉSUMÉ

Introduction

L'incapacité prolongée liée à la lombalgie chronique entraîne de lourdes répercussions socioéconomiques. Le retour au travail de ces patients est un processus complexe, nécessitant la coordination des différents acteurs impliqués dans leur prise en charge. L'objectif de ce travail était d'évaluer les pratiques des centres de réadaptation fonctionnelle concernant le retour au travail des lombalgiques chroniques.

Méthodes

L'étude a été réalisée par questionnaire auprès des référents des programmes de réentraînement à l'effort à destination des patients lombalgiques chroniques proposés en France. Les outils et méthodes d'analyses de la situation professionnelle ainsi que les modalités d'échanges avec le milieu de travail ont été recueillis. Des analyses quantitatives et qualitatives des données ont été réalisées.

Résultats

A partir des 56 réponses obtenues (taux de réponse = 81%), il apparaît que peu d'équipes comptent un médecin du travail ou un ergonome parmi leurs intervenants et que peu de centres proposent un programme de réadaptation au travail ou adaptent leur programme au vu des données de l'analyse du travail. De plus, les échanges d'informations avec la médecine du travail sont jugés difficiles dans la moitié des cas, y compris dans les centres bénéficiant d'un partenariat avec l'association Comète France. Enfin, la majorité des professionnels estiment intervenir trop tard dans la prise en charge.

Conclusion

L'analyse de la situation professionnelle et des obstacles au retour au travail se fait majoritairement sans contact direct avec le monde du travail. Un décloisonnement de la prise en charge et l'élaboration d'un référentiel commun entre les différents acteurs impliqués dans le processus de retour au travail permettraient d'augmenter son efficacité.

Mots-clés :

Lombalgie chronique, Retour au travail, Obstacles, Echanges, Collaboration interprofessionnelle

Evaluation of work activity and obstacles to return to work in patients with chronic low back pain involved in functional rehabilitation programs

ABSTRACT

Introduction

The prolonged incapacity linked to chronic low back pain has serious social and economic repercussions. Return to work of these patients is a complex process which needs coordination of all stakeholders involved in their management. The aim of this study was to assess the practices of rehabilitation centers regarding the return-to-work process.

Methods

The study was carried out by a questionnaire sent to French rehabilitation centers which offer functional rehabilitation programs to patients with chronic low back pain. The methods and tools used for work analysis and protocols for information exchange with the workplace were collected. Quantitative and qualitative analyses were performed.

Results

Based on the 56 questionnaires returned (81% answer rate), few teams involved an occupational physician or an ergonomist and few centers offered a specific work rehabilitation program. Information exchange with occupational physicians was considered to be difficult by half of the centers. Data concerning occupational situations and obstacles to return to work are mostly collected without any direct contact with the workplace. Finally, most professionals estimate that their involvement in the management program came too late.

Conclusion

Any lack of cooperation and information sharing is probably due to the different representations those involved have of the worker-patient situation. Constructing a common reference with a common goal between the medical and social fields and the company regarding a worker's functional capacities, the real work situation in the company, and obstacles to and facilitators of return to work would improve the coherence of practice and effectiveness.

Keywords :

Chronic low-back pain, Return to work, Obstacles, Sharing, Interprofessional collaboration