



HAL
open science

Travailleurs lombalgiques, les déterminants de l'incapacité au travail prolongée

Audrey Petit, Y. Ronzi, M. Le Borgne, V. Gallot, Y. Roquelaure

► **To cite this version:**

Audrey Petit, Y. Ronzi, M. Le Borgne, V. Gallot, Y. Roquelaure. Travailleurs lombalgiques, les déterminants de l'incapacité au travail prolongée. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2016, 77 (6), pp.999-1002. 10.1016/j.admp.2015.10.006 . hal-02454507

HAL Id: hal-02454507

<https://univ-angers.hal.science/hal-02454507v1>

Submitted on 28 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



MISE AU POINT

Travailleurs lombalgiques, les déterminants de l'incapacité au travail prolongée

Workers with low back pain, determining factors for long-term work disability

A. Petit ^{a,b,*}, Y. Ronzi ^c, M. Le Borgne ^d, V. Gallot ^b, Y. Roquelaure ^{a,b}

^a Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST), LUNAM université, université d'Angers, 49035 Angers cedex 01, France

^b Centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^c Centre de réadaptation fonctionnelle, les Capucins, 49103 Angers cedex 02, France

^d Laboratoire de psychologie des Pays-de-la-Loire (LPPL), LUNAM université, université de Nantes, 44312 Nantes cedex 3, France

Reçu le 11 septembre 2015 ; accepté le 15 octobre 2015

Mots clés : Lombalgie ; Retour au travail ; Obstacles ; Incapacité prolongée

Keywords: Low back pain; Return to work; Barrier; Prolonged disability

I. INTRODUCTION

On parle d'incapacité au travail lorsqu'un travailleur n'est pas en mesure de rester au travail ou de reprendre le travail du fait d'une lésion ou d'une affection. L'approche de l'incapacité au travail a connu une réelle évolution au cours des dernières décennies. En effet, même si le fardeau de l'incapacité persiste, les circonstances à l'origine du processus d'incapacité ont évolué. Jusqu'au milieu des années 1980, la problématique de la lombalgie était appréhendée selon un modèle biomédical, par une relation linéaire entre le symptôme douloureux et l'incapacité. Il est désormais acquis que c'est l'interaction de facteurs combinés qui explique la chronicité et l'incapacité prolongée liée à la lombalgie ; le travailleur en incapacité se trouvant au centre d'un ensemble incluant le système personnel, celui de l'entreprise, le système de santé ainsi que le système législatif et de réparation. Cela correspond au paradigme de l'incapacité au travail décrit par Loisel et al. qui soulignent le poids des facteurs sociaux, sociétaux, professionnels et de réparation sur le développement de l'incapacité prolongée au travail [1,2].

Il est maintenant admis que l'absence prolongée au travail est peu ou pas corrélée au niveau de douleur ou d'incapacité fonctionnelle, mais plutôt influencée par des déterminants psychosociaux et environnementaux [3]. Selon Waddell et Burton, la douleur n'expliquerait que 5 % de l'incapacité liée à la lombalgie [4] ; les facteurs psychosociaux liés à l'individu et à l'environnement de travail sont donc considérés comme des déterminants majeurs de l'incapacité prolongée au travail [5–7]. Ainsi, il importe d'attacher une attention précoce à la recherche des facteurs psychosociaux et professionnels susceptibles de faire obstacle au retour au travail en cas d'arrêts de travail répétés et/ou prolongés afin de proposer une prise en charge globale de la situation d'incapacité au travail.

2. INCAPACITÉ PROLONGÉE AU TRAVAIL

Les études prospectives ont permis de documenter un certain nombre de variables pouvant influencer l'incapacité prolongée au travail ; elles peuvent être regroupées en quatre grandes catégories, à savoir des facteurs sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, ethnie, compensation financière, etc.), des facteurs médicaux (diagnostic, résultats des différents tests cliniques, antécédents de lombalgie, etc.), des facteurs psychosociaux (liés à l'individu) et des facteurs liés au travail

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : apetit@chu-angers.fr (A. Petit).

(qui incluent la dimension psychosociale de l'activité de travail) [8]. Ces facteurs ont une importance relative variable selon la situation de la personne et sont susceptibles d'interagir mutuellement. Ainsi, au début de l'arrêt de travail, l'incapacité dépend surtout de facteurs biomécaniques et, plus l'absence se prolonge, plus les facteurs psychosociaux et liés au travail prennent de l'importance [9,10].

2.1. Facteurs psychosociaux

Il a largement été démontré que les facteurs psychosociaux liés à l'individu ou sociétaux et liés à l'environnement de travail avaient un plus fort impact sur le développement de l'incapacité au travail que l'affection initiale [8,11–13]. Cela ne signifie pas que la douleur ne joue pas un rôle important dans l'évolution vers l'incapacité liée à la lombalgie, mais souligne plutôt que le signal douloureux, modulé par les expériences et les émotions (incluant les comportements liés à la douleur) et la signification de la douleur pour le travailleur jouent un rôle prépondérant dans l'incapacité au travail. Ainsi, l'incapacité au travail prolongée est aujourd'hui reconnue comme un phénomène complexe, multifactoriel, biopsychosocial [14–16], et les facteurs psychosociaux (de l'individu et de l'environnement de travail) sont considérés comme des déterminants majeurs de l'incapacité prolongée [5,17,18].

Les facteurs psychosociaux liés à l'individu dépendent des caractéristiques du travailleur concernant les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux qui influencent la progression, la récupération et la guérison d'une maladie ou d'un symptôme [19,20]. Les principaux facteurs psychosociaux pris en compte pour la prévention de l'incapacité et le retour au travail sont les attitudes et « croyances » (attitude passive vis-à-vis de la prise en charge, faible espoir de guérison ou de retour au travail), les comportements (peurs et évitements, incapacité à faire face), les réponses émotionnelles (détresse émotionnelle, anxiété, dépression) et le soutien social perçu, etc. [21,22].

Les facteurs psychosociaux liés à l'activité de travail influencent également le pronostic de l'incapacité au travail. La littérature identifie notamment les facteurs liés à la gestion des symptômes douloureux résiduels au travail, la frustration d'avoir à demander de l'aide, l'impossibilité de modifier les exigences physiques de la tâche, la difficulté à faire face aux demandes de productivité, etc. [23].

2.2. Facteurs liés au travail

Les principaux facteurs de risque professionnels de chronicité de la lombalgie et d'incapacité prolongée au travail identifiés dans la littérature peuvent être regroupés en quatre catégories : exigences physiques du travail, qualité des relations de travail et climat social, perceptions de la douleur et du travail, politique collective de gestion de l'incapacité au travail (Tableau 1). En effet, la situation de travail comporte de nombreux éléments qui peuvent être impliqués dans la survenue, l'évolution et le retentissement de la lombalgie et il est difficile d'évaluer de façon précise la relation entre la lombalgie et le travail étant donné que les travailleurs

Tableau 1

Synthèse des facteurs de risque d'incapacité prolongée liés au travail.

<i>Exigences physiques du travail</i>
Rythme de travail soutenu
Travail physique lourd
Demandes du travail supérieures aux capacités de la personne
Secteur privé versus public
<i>Climat social au travail</i>
Faible soutien social
Faible soutien hiérarchique
Manque d'autonomie
Contrat de travail précaire/de courte durée
Conflits au travail
Impossibilité de faire des pauses de sa propre initiative
<i>Perceptions de la douleur et du travail</i>
Insatisfaction au travail
Travail monotone
Stress au travail
Croyance que le travail est dangereux pour sa santé
Forte charge émotionnelle au travail
Croyance qu'il vaudrait mieux ne pas travailler avec la douleur
<i>Gestion de l'incapacité au travail</i>
Revenu de compensation important
Antécédents de compensations financières
Plainte de découragement
Retard à la déclaration d'accident
Impossibilité de modifier le poste

lombalgiques sont susceptibles de rencontrer des problématiques singulières liées à la nature de leur profession et de leur situation de travail. De plus, les aménagements par l'employeur ou l'entraide des collègues peuvent accélérer la guérison et le retour au travail, mais il existe de grandes variations dans l'aide et le soutien apportés aux travailleurs blessés. Enfin, des travaux ont montré que si les causes de l'incapacité au travail sont liées à des facteurs professionnels, le retour au même poste, dans les mêmes conditions (quelle que soit la prise en charge médicale) peut échouer et parfois conduire à des rechutes d'arrêts de longue durée [24,25]. Ainsi, après ajustement sur un certain nombre de variables médicales, psychosociales et démographiques, les caractéristiques du travail et de l'environnement de travail constituent des facteurs prédictifs significatifs d'incapacité prolongée chez les travailleurs lombalgiques [12]. C'est pourquoi il est important d'identifier et de réduire les potentiels obstacles au retour au travail liés à la situation de travail [26–28].

2.3. Facteurs liés au système de soins et de compensation

Les professionnels de soins sont généralement peu familiers avec aspects psychosociaux, liés à l'environnement de travail et au système de compensation de l'incapacité. De plus, le nomadisme médical, fréquent dans le cas de la lombalgie, augmente le risque de cacophonie médicale (différents noms donnés à un même symptôme par différents professionnels consultés) qui suggère au patient que la nature du problème évolue ou s'aggrave [29]. Ces incohérences sont susceptibles de renforcer les peurs et fausses croyances du patient et, par conséquent, favoriser la prolongation de l'incapacité [30].

Le système de reconnaissance et de réparation peut être à l'origine de conflits qui sont associés à des problèmes financiers, un stress émotionnel et perçus comme une injustice par le travailleur. Ainsi, si l'existence d'un système de reconnaissance et de compensation de l'incapacité peut faciliter le retour au travail, les systèmes d'assurance peuvent également conduire à des conflits médico-légaux qui peuvent prolonger l'incapacité au travail [31–33].

2.4. Outils d'identification des facteurs d'incapacité prolongée : le concept des drapeaux

Le concept des drapeaux (*flags system*) est une des premières approches d'identification des facteurs de risque d'incapacité et d'absence de retour au travail à long terme (Tableau 2). Il intègre les différentes dimensions qui influencent la reprise d'activité et du travail chez les patients souffrant de lombalgie et permet un *screening* de ces facteurs, selon une approche globale [34]. Les « drapeaux rouges » permettent la recherche des éléments cliniques devant faire suspecter une organicité sous-jacente à la lombalgie et/ou la nécessité d'une prise en charge urgente [35]. Par analogie aux drapeaux rouges, les « drapeaux jaunes » se rapportent aux déterminants psychosociaux associés à une évolution vers la chronicité et l'incapacité prolongée. Ils intègrent les notions de peurs et évitement des activités, le catastrophisme, la détresse émotionnelle, etc. Les « drapeaux bleus » correspondent aux perceptions de l'individu concernant la situation de travail et les interactions sociales. Ces caractéristiques sont généralement associées à une plus forte intensité des symptômes, des arrêts de travail prolongés et la perte d'emploi. Ils intègrent le faible espoir de guérison et de retour au travail, la peur de la rechute, la charge physique perçue, l'insatisfaction au travail, etc. Enfin, les « drapeaux noirs » prennent en compte les facteurs liés à la politique de l'entreprise et système de soins et

Tableau 2

Synthèse des facteurs de risque d'incapacité prolongée liés au travail.

Drapeaux jaunes
Problèmes émotionnels (dépression, anxiété, stress)
Attitudes et représentations inappropriées par rapport au mal de dos
Comportements douloureux inappropriés (évitement/réduction de l'activité)
Problèmes liés au travail ou à l'indemnisation (insatisfaction professionnelle, rente)
Drapeaux bleus
Charge physique élevée de travail
Charge mentale élevée/stress au travail
Manque de capacité à modifier son travail
Manque de soutien social au travail
Insatisfaction au travail
Faible espoir de guérison et de reprise du travail
Peur de la rechute
Drapeaux noirs
Politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive/le changement de poste
Insécurité financière
Critères du système de compensation
Incitatifs financiers
Manque de contact avec le milieu de travail
Durée de l'arrêt de travail

d'assurance pouvant influencer l'incapacité. Ces drapeaux intègrent les incitatifs financiers, l'absence de politiques de réintégration dans l'entreprise, les conflits médico-légaux, les critères du système de compensation, etc. [22,36].

En cas de lombalgie persistante ou récidivante, les recommandations de bonne pratique [37] préconisent l'évaluation des facteurs pronostiques, à savoir les facteurs psychologiques et comportementaux (« drapeaux jaunes ») susceptibles d'influencer le passage vers la chronicité et les facteurs socioéconomiques et professionnels (drapeaux « bleus » et « noirs ») susceptibles d'influencer l'incapacité prolongée et de retarder le retour au travail. Dans la situation d'arrêts de travail prolongés (au-delà de 4 semaines) et/ou répétés, il est recommandé d'évaluer les principaux facteurs d'incapacité prolongée liés au travail, à savoir, la demande physique au travail, la qualité des relations de travail et climat social au travail, les représentations et comportements (adaptation, évitement) liés à la douleur ainsi que la politique collective de gestion de l'incapacité au travail. Cette évaluation est menée parallèlement à l'évaluation de la douleur, de l'incapacité fonctionnelle et de leur retentissement.

3. CONCLUSION

Il existe aujourd'hui un consensus sur le fait que la prise en charge des travailleurs lombalgiques en arrêt de travail prolongé doit intégrer l'ensemble des déterminants de l'incapacité prolongée pour prévenir le risque de désinsertion professionnelle. Or, la fréquente inadéquation entre la prise en charge réelle et les recommandations de bonne pratique résulte en grande partie d'une référence implicite des praticiens au modèle biomédical.

L'évolution du paradigme de l'incapacité au travail doit permettre d'éviter la prolongation inutile, voire délétère des arrêts de travail chez les travailleurs lombalgiques. En effet, le travail offre un certain nombre de ressources au travailleur, dans la mesure où il lui permet de se réaliser, d'acquérir de nouvelles connaissances et se socialiser, mais aussi d'améliorer la santé et qualité de vie perçues ou conserver sa place dans la famille, la communauté et la société [4]. Une telle approche correspond à une pratique, à la fois plus globale, plus complexe et mieux adaptée à la réalité. Cela nécessite des changements importants à l'échelle du système de soins, une évolution des lois et de la réglementation ainsi qu'une sensibilisation de l'ensemble des acteurs de la prise en charge et du grand public concernant les déterminants de l'incapacité [38–40].

Points essentiels

- Les déterminants psychosociaux liés à l'individu et à l'environnement de travail ont un impact majeur sur le développement de l'incapacité au travail.
- Il est recommandé d'évaluer ces déterminants en cas d'arrêt de travail répétés et/ou prolongés pour lombalgie.
- Le système des drapeaux permet un *screening* des déterminants psychosociaux et environnementaux liés à l'incapacité au travail.

DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Loisel P, Gosselin L, Durand P, et al. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Appl Ergon* 2001;32:53–60.
- [2] Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, Van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):507–24.
- [3] Hogg-Johnson S, Cole DC, Côté P, Frank JW. Stating treatment interventions following soft-tissue injuries (chapter 9). In: Sullivan T, editor. *Injury and the new world of work*. Vancouver: UBC Press; 2011.
- [4] Waddell G, Burton AK. *Is work good for your health and well-being?*. London: The Stationery Office; 2006.
- [5] Crook J, Milner R, Schultz IZ, Stringer B. Determinants of occupational disability following a low back injury: a critical review of the literature. *J Occup Rehabil* 2002;12(4):277–95.
- [6] Durand MJ, Loisel P, Hong QN, Charpentier N. Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil* 2002;12(3):191–204.
- [7] Loisel P. La douleur chronique et l'absentéisme. *Med Que* 2008;43(5):89–90.
- [8] Truchon M. Determinants of chronic disability related to low back pain: towards an integrative biopsychosocial model. *Disabil Rehabil* 2001;23(17):758–67.
- [9] Linton S. Psychological risk factors for neck and back pain. In: Nachemson A, Jonsson E, editors. *Neck and back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis, and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 57–8.
- [10] Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P, Rossignol M, Stock SR, Larocque I. A clinical return to work rule for patients with back pain. *CMAJ* 2005;172(12):1559–67.
- [11] Turner JA, Franklin G, Turk DC. Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *Am J Ind Med* 2000;38(6):707–22.
- [12] Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. *Disabil Rehabil* 2001;23(18):815–28.
- [13] Waddell G, Burton AK, Main CJ. *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Londres: Royal Society of Medicine Press; 2003.
- [14] Frymoyer JW, Cats-Baril W. Predictors of low back pain disability. *Clin Orthop Relat Res* 1987;221:89–98.
- [15] Burton AK, Erg E. Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences. *Spine* 1997;22(21):2575–80.
- [16] Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, Meloche GR, Milner R, Zuberbier OA, et al. Biopsychosocial multivariate predictive model of occupational low back disability. *Spine* 2002;27(23):2720–5.
- [17] Charlot J. La dimension socioprofessionnelle des lombalgies. *Rev Rhum* 2001;68:163–5.
- [18] Poiradeau S, Lefevre-Colau MM, Fayad F, et al. Low back pain. In: *EMC Rhumatol Orthop*. Paris: Elsevier Masson SAS; 2004: 295–319 [1].
- [19] Gatchel RJ, Gardea MA. Psychosocial issues: their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation. *Neurol Clin* 1999;17(1):149–66.
- [20] Waddell G, Aylward M. *Models of sickness and disability. Applied to common health problems*. London: The Royal Society of Medicine Press; 2010.
- [21] Waddell G. *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.
- [22] Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, “Decade of the Flags” Working Group. Early identification and management of psychological risk factors (“yellow flags”) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91(5):737–53.
- [23] Shaw WS, Huang YH. Concerns and expectations about returning to work with low back pain: identifying themes from focus groups and semi-structured interviews. *Disabil Rehabil* 2005;27(21):1269–81.
- [24] Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1569–76.
- [25] Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2006;51(2):63–75.
- [26] Nordqvist C, Holmqvist C, Alexanderson K. Views of laypersons on the role employers play in return to work when sick-listed. *J Occup Rehabil* 2003;13(1):11–20.
- [27] Young AE, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MN, Anema JR. A developmental conceptualization of return to work. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):557–68.
- [28] Schultz IZ, Stowell AV, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2007;17(2):327–52.
- [29] Mahmud MA, Webster BS, Courtney TK, et al. Clinical management and the duration of disability for work-related low back pain. *J Occup Environ Med* 2000;42:1178–87 [1].
- [30] Lidbeck J. Central hyperexcitability in chronic musculoskeletal pain: a conceptual breakthrough with multiple clinical implications. *Pain Res Manag* 2001;7(2):81–92.
- [31] Butterfield PG, Spencer PS, Redmond N, Feldstein A, Perrin N. Low back pain: predictors of absenteeism, residual symptoms, functional impairment, and medical costs in Oregon workers' compensation recipients. *Am J Ind Med* 1998;34(6):559–67.
- [32] Baril R, Berthelette D. *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Québec: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec; 2000.
- [33] Sullivan MJ, Davidson N, Garfinkel B, Siriapaipant N, Scott W. Perceived injustice is associated with heightened pain behavior and disability in individuals with whiplash injuries. *Psychol Injury Law* 2009;2(3–4):238–47.
- [34] Kendall NAS, Linton SJ, Main CJ. *Guide to assessing psychological yellow flags in acute low back pain: risk for long-term disability and work loss*. New Zealand: Accident Rehabilitation and compensation Insurance Corporation of New Zealand the National Health Committee; 1997.
- [35] Bigos SJ, Bowyer O, Braen G. Acute low back pain in adults. *Clinical practice guideline*. AHCPR Publ 1994;95(14):642.
- [36] Shaw WS, van der Windt DA, Main CJ, Loisel P, Linton SJ, “Decade of the Flags” Working Group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors (“blue flags”) in back disability. *J Occup Rehabil* 2009;19(1):64–80.
- [37] Petit A, Roquelaure Y, et les 22 membres du 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 Environ* 2013;74(6):663–4.
- [38] 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. *Scand J Work Environ Health* 2015;41(3):223–33.
- [39] Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. 2001 Volvo Award Winner in Clinical Studies: effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. *Spine* 2001;26(23):2535–42.
- [40] Blustein DL. The role of work in psychological health and well-being: a conceptual, historical, and public policy perspective. *Am Psychol* 2008;63(4):228.