



Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi

Jean-Baptiste Fassier, Audrey Petit, Catherine Yven, Patrick Sappey,
Françoise Bernieri, Esther Soyeux, Yves Roquelaure

► To cite this version:

Jean-Baptiste Fassier, Audrey Petit, Catherine Yven, Patrick Sappey, Françoise Bernieri, et al..
Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traite-
ment, 2014, 15 (1), pp.11-9. 10.1016/j.douler.2013.12.004 . hal-03391126

HAL Id: hal-03391126

<https://univ-angers.hal.science/hal-03391126>

Submitted on 21 Oct 2021

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.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



FAITES LE POINT

Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi



Pain and work: Help the patient keep a job



Jean-Baptiste Fassier^{a,1,*}, Audrey Petit^b,
Catherine Yven^c, Patrick Sappey^d,
Françoise Bernieri^e, Esther Soyeux^f,
Yves Roquelaure^b

^a Service de médecine et santé au travail, UMRESTTE, hospices civils de Lyon, université Claude-Bernard Lyon 1, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

^b Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST), EA 4336, UA InVS, LUNAM, CHU d'Angers, rue Haute-de-Reculée, 49045 Angers cedex 1, France

^c Croix-Rouge française, CMCR des Massues, 92, rue Edmond-Locard, 69322 Lyon cedex 05, France

^d Protocole lombalgies 14, 20, rue Rosecharel, 14100 Lisieux, France

^e Service médical de l'assurance maladie, 69907 Lyon cedex 20, France

^f Réseau LCD, 35, rue Crémieux, 75012 Paris, France

Reçu le 13 septembre 2013 ; accepté le 6 décembre 2013

Disponible sur Internet le 13 janvier 2014

MOTS CLÉS

Maintien dans l'emploi ;
Reclassement professionnel ;
(In)aptitude au travail ;
Prévention du handicap au travail ;
Travail en réseau

Résumé

Problématique. — Une partie importante de la population active présente des douleurs d'origine musculo-squelettique (rachis lombaire, membre supérieur). Certains de ces salariés sont à risque d'évoluer vers une inaptitude médicale au travail voire une exclusion professionnelle.

Objectif. — Le but de cet article est de présenter synthétiquement les mesures et les acteurs mobilisables pour aider un patient (salarié) à garder un emploi malgré ses douleurs.

Résultats. — Les mesures de première intention comportent une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail, une reprise à temps partiel thérapeutique, un aménagement du poste de travail. Les mesures de seconde intention peuvent être identifiées et mobilisées uniquement dans le cadre d'un projet professionnel structuré par le patient avec l'accompagnement nécessaire. Ces mesures sont variables selon l'organisme financeur. Elles peuvent concerner la compensation du handicap dans la sphère professionnelle, ou encore la formation nécessaire à un reclassement professionnel.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Jean-baptiste.fassier@chu-lyon.fr (J.-B. Fassier).

¹ Photo de l'auteur.

KEYWORDS

Job retention;
Redeployment;
Fitness for work;
Work disability
prevention;
Health network

Discussion et conclusion. — La démarche du maintien dans l'emploi d'un patient ayant des problèmes de santé doit relever de nombreux défis liés au cloisonnement des acteurs, à la fragmentation des connaissances et à la complexité de la législation. Cependant, cette démarche est possible moyennant l'implication du patient et son accompagnement par une personne ressource appropriée chargée de coordonner les informations et les mesures. La collaboration, la confiance et la détermination de tous les acteurs sont nécessaires.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. — A significant part of the workers suffer from musculoskeletal pain (back pain, upper limb). Some of them are at risk to lose their job due to their health condition.

Objective. — The aim of the article is to describe synthetically what actors and measure can be used in order to help a patient keep his/her job in spite of the pain.

Results. — First place measures include a visit with the occupational physician before work resumption, part-time return to work and workplace accommodation. Second place measures require that a professional project is built by the patient supported by a knowledgeable person. These measures depend on the funding agency. They are devoted to compensate the work disability situation, and/or to provide the training required by the patient's project.

Discussion and conclusion. — Work disability prevention faces many challenges due to barriers between the stakeholders, scattering of the knowledge and the complexity of legislative issues. However, it remains possible provided the patient is committed and supported by a case manager in charge of coordinating the information and the stakeholders. Confidence and collaboration are key issues in the process.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Une fraction conséquente de la population active présente des pathologies douloureuses. La prévalence des lombalgies communes dans la population active au cours des 12 derniers mois est estimée à 59 % chez les hommes et 54 % chez les femmes [1]. Le nombre de lombosciatalgies liées au port de charges lourdes et reconnues en maladies professionnelles a augmenté en 2011 de 25 % [2]. Le réseau de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques (TMS) en entreprise a évalué que 15 % des femmes et 11 % des hommes avaient au moins un TMS diagnostiqué au cours d'un examen clinique standardisé. Parmi les salariés âgés de 50 à 59 ans, près de 19 % des hommes et 27 % des femmes souffraient d'au moins un des six TMS des membres supérieurs [3]. Ces troubles musculo-squelettiques représentaient en 2009 la première pathologie indemnisée par la couverture « risques professionnels » du régime général de la Sécurité sociale, soit 80 % des maladies professionnelles reconnues avec 41 000 cas pour un coût direct annuel d'environ 875 millions d'euros [2]. Ces chiffres ne représentent pourtant que la partie visible d'une réalité plus étendue. En effet, le taux de sous-déclaration des pathologies de l'épaule était estimé en 2007 à 74 %, celui du syndrome du canal carpien à 64 % et celui du rachis lombaire à 80 % [4].

Ces pathologies douloureuses ont des effets délétères sur la vie professionnelle des patients. Les premiers effets sont une altération de la qualité de vie au travail avec la nécessité de « tenir son poste » malgré les douleurs. Il peut également y avoir rapidement une diminution de la productivité occasionnant des tensions avec les collègues et/ou la hiérarchie. L'étape suivante est ponctuée d'absentéisme de

plus ou moins longue durée générant une perte de revenus pour le travailleur (délai de carence ; limitation du montant des indemnités journalières). L'absentéisme est également une source de coûts et de désorganisation pour l'entreprise. Enfin, l'absentéisme prolongé devient une menace pour le maintien dans l'emploi, avec un risque de licenciement pour inaptitude médicale au travail (dans le régime général) ou bien de retraite imposée par voie d'invalidité (dans la fonction publique).

Ce risque d'exclusion professionnelle est d'autant plus préoccupant qu'il concerne des travailleurs faiblement qualifiés dont la probabilité de retrouver un travail sans exigences physiques après un licenciement est quasiment nulle.

C'est la raison pour laquelle le maintien dans l'emploi des patients atteints de douleurs ostéoarticulaires (lombalgies, TMS ou autres) devrait être considéré dès le départ comme un objectif à part entière de la prise en charge médicale, parallèlement aux autres objectifs thérapeutiques.

Prérogatives des différents acteurs médicaux

Le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil de l'assurance-maladie (médecin statutaire dans la fonction publique) ont chacun un rôle à jouer dans les problématiques de retour au travail et de maintien dans l'emploi. Cependant, les notions sur lesquelles reposent leurs prérogatives sont souvent une source de confusion pour

Tableau 1 Notions utilisées par les différents acteurs médicaux (les acronymes sont définis dans le [Tableau 2](#)).

Notion	Acteur	Définition et mise en œuvre	Finalité
Aptitude médicale au travail	Médecin du travail	Capacité d'une personne à occuper à un poste de travail donné, à un moment donné, sans risque pour sa santé Aptitude évaluée au moment de la visite médicale d'embauche, de reprise du travail après arrêt, ou bien à la demande (du salarié, de l'employeur, du médecin du travail)	Prévention ; préservation de la santé au travail
Invalidité	Médecin-conseil	Perte de capacité de gain suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle Invalidité de première, deuxième ou troisième catégorie selon la capacité résiduelle de gain et la nécessité d'une tierce personne pour les activités de la vie courante	Revenu de substitution
Incapacité	Médecin-conseil	Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est évalué par le médecin-conseil au moment de la consolidation (stabilisation des lésions) après un accident du travail ou une maladie professionnelle Le taux (en %) est converti en une certaine somme d'argent qui est versée sous forme de capital (IPP < 10 %) ou de rente trimestrielle (IPP ≥ 10 %)	Réparation du dommage corporel
Handicap	CDAPH	La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet d'ouvrir droit à des avantages (en espèce ou en nature) visant à compenser la situation de handicap dans les différentes sphères de la vie (familiale, sociale, professionnelle, etc.)	Compensation du handicap

CDAPH : Commission des droits à l'autonomie de la personne handicapée.

les patients, sinon pour les professionnels eux-mêmes. Les distinctions entre les termes : inaptitude, handicap, incapacité et invalidité témoignent de cette complexité. Le sens et la définition de ces termes sont récapitulés dans le [Tableau 1](#).

De la même façon, il existe un nombre impressionnant d'acronymes dans le domaine médicosocial. Ils contribuent à entretenir l'image d'un domaine inaccessible pour les non initiés, alors que la connaissance de leur signification contribue au contraire à simplifier le paysage. La signification de ces acronymes est donnée dans le [Tableau 2](#).

Retour au travail et maintien en emploi

Certaines notions sémantiques ont été consacrées par l'usage. Le « retour au travail » évoque généralement la reprise du travail dans la même entreprise après un épisode donné d'absentéisme. C'est un objectif à court ou moyen terme de la prise en charge. Le « maintien dans l'emploi » ou « en emploi » évoque plus largement le maintien d'une activité professionnelle malgré des problèmes de santé. C'est un objectif à moyen et long terme de la prise en charge. Le « maintien dans l'emploi » peut être mis en œuvre dans la même entreprise (avec ou sans changement de poste), ou bien avec une évolution extérieure à l'entreprise (généralement après une formation). L'expression « retour à l'emploi » évoque généralement la reprise d'une activité

professionnelle après une période d'inactivité plus ou moins longue. Le « retour à l'emploi » concerne des personnes souvent désocialisées dont la problématique particulière de réinsertion socioprofessionnelle n'est pas abordée dans cet article.

La [Fig. 1](#) représente schématiquement les étapes d'une personne confrontée à des difficultés professionnelles à cause de ses douleurs. La demande de soins est fréquemment retardée par rapport à l'apparition des douleurs, alors même qu'il existe déjà des difficultés dans le travail. La demande de soins auprès du médecin traitant en lien avec d'autres correspondants est l'occasion de formuler le projet thérapeutique. Des arrêts de travail viennent émailler l'évolution lorsqu'ils sont nécessaires au projet thérapeutique (hospitalisation, rééducation, etc.) ou quand la pathologie n'est pas compatible avec la poursuite ou la reprise du travail. À ce stade, les objectifs thérapeutiques de la prise en charge sont généralement prioritaires sur les objectifs professionnels. Pourtant, il est parfois possible d'identifier précocement que des difficultés professionnelles vont se poser à court, moyen ou long terme.

À l'instant même où des difficultés professionnelles sont anticipées pour la reprise du travail, la question d'un risque d'inaptitude à court, moyen ou long terme doit être posée. Le cas échéant, les mesures de première intention (visant le retour au travail à court ou moyen terme) et les mesures de seconde intention (visant le maintien en emploi à plus long terme) doivent être évoquées avec le patient. À ce stade, il

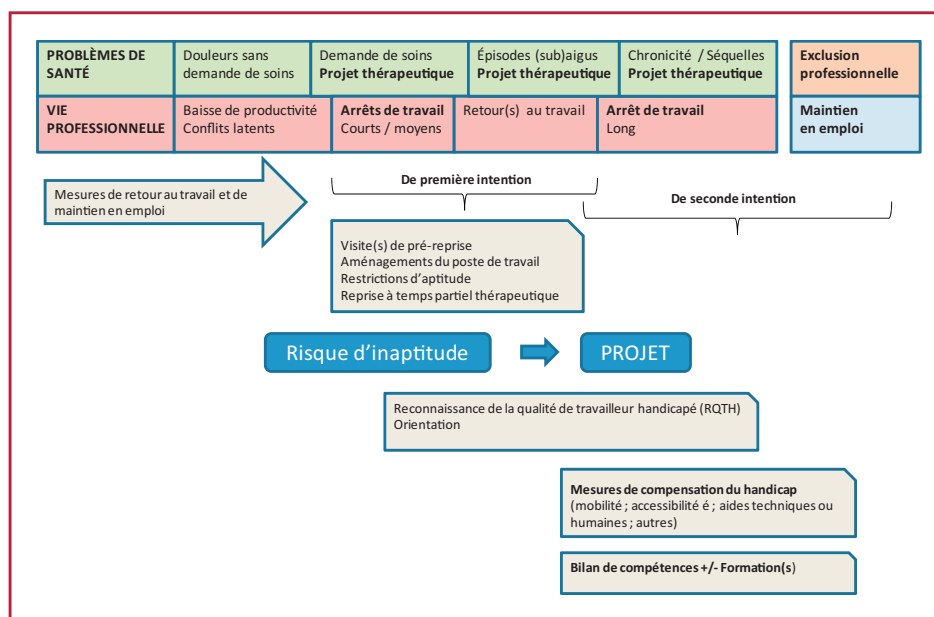


Figure 1. Étapes types de la trajectoire professionnelle d'un patient douloureux.

Tableau 2 Principaux acronymes rencontrés.

AAH	Allocation adulte handicapé
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CDAPH	Commission des droits à l'autonomie de la personne handicapée
CIF	Congé individuel à la formation
DIF	Droit individuel à la formation
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
FIPHP	Fonds d'insertion aux personnes handicapées de la fonction publique
IP(P)	Incapacité permanente (partielle)
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDP	Cellule de prévention de la désinsertion professionnelle de la CARSAT
PSOP	Prestation spécifique d'orientation professionnelle
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
VAE	Validation des acquis de l'expérience

est fortement conseillé au patient et aux professionnels de santé qui le prennent en charge d'identifier et d'établir un lien de confiance avec les personnes ressources susceptibles d'intervenir : le médecin du travail ; le médecin-conseil (ou médecin statutaire dans la fonction publique), un assistant de service social compétent sur les questions de maintien en

emploi ou un chargé d'insertion professionnelle. Ces liens de confiance sont nécessaires pour aider le patient à élaborer son projet professionnel et mettre en œuvre les mesures appropriées.

Mesures de première intention

Visite de pré-reprise du travail

La visite de pré-reprise du travail peut être effectuée à la demande du patient, de son médecin traitant ou bien du médecin-conseil de l'assurance-maladie (médecin statutaire dans la fonction publique). Elle a pour objectif d'évoquer avec le médecin du travail les difficultés susceptibles de se poser au moment de la reprise du travail : il s'agit d'anticiper au mieux ces difficultés pour les résoudre ou les amoindrir avant la reprise. L'employeur peut ne pas être informé de cette visite si le patient le demande, ce qui a néanmoins pour effet négatif de limiter les possibilités de résolutions des problèmes.

Cette visite ne donne pas lieu à l'émission d'un avis d'(in)aptitude au travail.

Elle peut intervenir à plusieurs reprises durant un même arrêt. Elle doit intervenir suffisamment en amont de la date prévisible de reprise pour être utile. Très souvent, cette visite est le seul moyen pour le médecin du travail de savoir qu'une personne est en arrêt.

Aménagements du poste de travail

Les aménagements du poste de travail peuvent être proposés par le médecin du travail à l'employeur. Ces aménagements peuvent porter sur les horaires, les tâches à

effectuer ou encore l'équipement du poste de travail. Par exemple, l'employeur peut autoriser son salarié à commencer le travail plus tôt ou le finir plus tard, ou lui proposer temporairement une autre affectation. Il est parfois possible de proposer des équipements visant à réduire les contraintes physiques du poste de travail (outils, mobilier). Ces aménagements peuvent être mis en œuvre relativement aisément lorsqu'ils sont temporaires et n'exigent pas d'investissements financiers ou de réorganisation trop importants. Ils nécessitent dans tous les cas une collaboration efficace entre le médecin du travail, l'employeur et le salarié ; leur anticipation au moment de la visite de pré-reprise facilite leur implantation. Enfin, les aménagements peuvent être « immatériels » en agissant sur l'organisation du travail et en accompagnant le retour de la personne arrêtée auprès de ses collègues pour faciliter les mécanismes d'entraide et le travail collectif. L'entreprise peut faciliter le retour au travail en aménageant des postes de travail sur le principe des postes « cadre vert » [5]. Le cadre vert décline les différentes limites connues des contraintes qui présentent des risques pour l'appareil locomoteur en général et pour la colonne vertébrale en particulier (manutention, postures, pousser-tirer, etc.). C'est un recueil de valeurs limites de différentes contraintes qui rendent un poste de travail acceptable même pour un salarié en retour précoce ou sans arrêt de travail après ou pendant un épisode de lombalgie aiguë [5].

Restrictions d'aptitude médicale au travail

Les restrictions d'aptitude médicale au travail peuvent être libellées par le médecin du travail au moment de la visite de reprise (cette visite est obligatoire dès que l'arrêt de travail dépasse quatre semaines). Ces restrictions sont censées s'imposer à l'employeur qui a l'obligation de les prendre en compte dans le poste proposé à son salarié. Il s'agit cependant d'un outil à manier avec précaution car l'employeur peut arguer de son impossibilité à proposer un poste adapté pour invoquer un licenciement pour inaptitude. Les restrictions d'aptitude communiquées à l'employeur doivent respecter le secret médical en mentionnant uniquement les tâches devant être évitées et celles pouvant être effectuées (capacités résiduelles). Lorsqu'elles peuvent être envisagées sur une base temporaire (de quelques semaines à quelques mois), les restrictions d'aptitude sont un outil efficace pour faciliter le retour au travail après un épisode d'arrêt, alors même que le patient n'a pas retrouvé l'ensemble de ses capacités fonctionnelles. Ici encore, cette mesure nécessite une collaboration harmonieuse entre les personnes impliquées.

Reprise du travail à temps partiel thérapeutique

La reprise du travail à temps partiel thérapeutique peut être mise en œuvre sans durée minimum d'arrêt dans le régime général de la sécurité sociale. Dans la fonction publique, elle nécessite d'avoir été arrêté six mois au minimum à temps complet pour le même motif, en dehors des cas d'accident du travail et des maladies professionnelles où cette condition ne s'applique pas. Le travail à temps partiel thérapeutique permet de poursuivre les soins et la

rééducation pendant l'arrêt tout en reprenant l'activité de travail. Elle peut intervenir en complément des mesures précédentes, et nécessite l'accord conjoint du médecin traitant (prescripteur), du médecin conseil (qui valide la prescription) et du médecin du travail (qui valide la reprise). La reprise ne s'effectue pas nécessairement à 50 % et la dénomination « mi-temps thérapeutique » est un abus de langage. Le temps travaillé au prorata du temps en arrêt peut varier (par exemple : 60/40 ou 70/30) et peut évoluer de façon progressive durant un même arrêt pour autant que tous les protagonistes en soient d'accord. Dans la fonction publique, ces aménagements nécessitent l'accord du comité médical départemental ce qui limite leur réactivité. L'employeur peut s'opposer à cette mesure s'il justifie qu'elle n'est pas compatible avec son organisation du travail. Dans la fonction publique, les droits à temps partiel thérapeutique sont limités à un an dans toute la carrière pour le même motif.

Élaboration du projet du patient

Dès le moment où un risque d'inaptitude est identifié, la nécessité d'élaborer un projet s'impose rapidement au patient avant que ses droits sociaux à arrêt pour maladie ne soient épuisés et restreignent ses possibilités. Il s'agit d'une étape difficile dans laquelle les patients sont désarmés par la complexité de leur situation sociale et les incertitudes de leur trajectoire médicale et professionnelle. Il leur est difficile d'anticiper l'avenir alors qu'ils doivent parfois effectuer un véritable travail de deuil de leur situation « d'avant ». Ce deuil est d'autant plus difficile sur le plan professionnel que les patients avaient fortement investi leur travail avec une identité professionnelle marquée (par exemple dans les métiers de la santé ou le secteur du bâtiment). L'enjeu pour les différents intervenants est ici d'effectuer un travail de liaison autour du patient pour l'accompagner dans l'élaboration de son projet. L'attitude trop fréquemment rencontrée à ce stade est de « laisser faire les choses » en espérant que le projet se construira de lui-même et que les difficultés se résoudront avec le temps. Les objectifs de l'accompagnement sont de rassurer, d'informer, de restaurer la confiance du patient dans ses possibilités. Concrètement, il est nécessaire de répondre rapidement à la question : « un projet de reclassement interne (dans la même entreprise) est-il réaliste ? » La réponse à cette question détermine les intervenants et le type de mesures de seconde intention qui peuvent être mises en œuvre. Dans le cas contraire, d'autres intervenants et d'autres mesures doivent être évoqués.

Les personnes ressources les plus à même d'accompagner le patient dans l'élaboration de son projet professionnel sont les chargés d'insertion professionnelle ou de maintien dans l'emploi, un psychologue (clinicien ou du travail) ou encore un assistant de service social possédant l'expérience des mesures et des réseaux qui peuvent être sollicités. L'identification de cette personne ressource peut nécessiter du temps : c'est pourtant un pivot central qui peut garantir le succès de la démarche. Les intervenants médicaux (médecin traitant ; médecin du travail ; médecin-conseil) peuvent être amenés à partager entre eux des informations de santé concernant le patient. Ce partage du secret médical est prévu dans le code de déontologie : il doit être mis en œuvre

uniquement avec l'accord du patient, dans son intérêt, et doit être limité à ce qui est nécessaire à la qualité de sa prise en charge. Il est nécessaire de partager également des informations de santé avec la personne ressource qui aide le patient à élaborer et à mettre en œuvre son projet.

Certaines informations sont particulièrement nécessaires à l'élaboration du projet professionnel : les limitations fonctionnelles, les capacités résiduelles, la durée attendue du projet thérapeutique ainsi que les éléments d'ordre pronostique.

Ces informations peuvent encore concerner les effets secondaires du traitement. Ce partage des informations de santé doit être mis en œuvre dans les mêmes conditions que précédemment et dans un même but : aider le patient à conserver un emploi.

La phase de l'élaboration du projet professionnel est un véritable talon d'Achille. Le patient est rarement accompagné dans ce défi qui exige qu'il reprenne confiance, identifie ses désirs et les confronte à la réalité. Au contraire, le fonctionnement du système de santé et de protection sociale tend à le maintenir dans une position de docilité et d'attente, avec des droits et des obligations dont la complexité lui échappe la plupart du temps. Pourtant, c'est bien l'élaboration de ce projet qui conditionne la nature des mesures de seconde intention devant être mises en œuvre pour un reclassement réussi aboutissant au maintien dans l'emploi. Les personnes ressource pouvant aider à l'élaboration d'un projet peuvent appartenir à différentes structures : équipes « Comète-France », services de médecine et santé au travail, service social du personnel, service social de l'assurance-maladie, mission « handicap » dans certaines entreprises, SAMETH, etc.

Rôle de l'assurance maladie

L'assurance-maladie peut intervenir à plusieurs titres pour le maintien dans l'emploi, en collaboration de confiance indispensable avec le médecin-conseil dont l'accord est nécessaire pour certaines de ces mesures. Il est recommandé d'informer dès que possible le médecin-conseil du projet professionnel du patient pour évoquer la question essentielle de la durée prévisible et nécessaire du maintien des indemnités journalières. Un projet professionnel réaliste et structuré est indispensable pour faire valoir ces arguments auprès du médecin-conseil. Même si les décisions des médecins sont variables selon les personnes, la tendance est de viser l'harmonisation des pratiques avec la supervision d'un médecin chef. Il faut cependant garder à l'esprit que la justification des indemnités journalières est la nécessité du projet thérapeutique, et non du projet professionnel. Par ailleurs, l'assurance-maladie a développé des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle qui peuvent être sollicitées par le patient en arrêt dès qu'un risque d'inaptitude a été identifié (notamment par les assistantes sociales de la CARSAT). Ces cellules (régionales et au niveau de chaque CPAM) sont composées d'un médecin-conseil, d'un assistant de service social et d'un gestionnaire

de dossier qui peuvent orienter le patient vers une formation professionnelle continue de type bilan de compétence ou VAE et anticiper les mesures à mettre en œuvre après sa reprise. D'autres mesures peuvent être mises en œuvre par l'intermédiaire de l'assurance-maladie. Des prestations spécifiques ont été développées comme le PSOP (prestation spécifique d'orientation professionnelle). Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise est une mesure potentiellement intéressante mais lourde à mettre en œuvre et peu utilisée.

Rôle de la MDPH

Les MDPH ont une mission générale d'information des personnes relevant de la loi du 11 février 2005. Elles procèdent à l'évaluation de la demande par une équipe pluridisciplinaire abordant les conséquences du handicap dans ses différents domaines : personnel, familial, professionnel, etc. Le cas échéant, elles attribuent la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH), statuent sur l'éligibilité pour l'attribution de prestations financières (prestations de compensation du handicap ; allocation adulte handicapé) ou bien de cartes diverses (carte d'invalidité ; de stationnement, de station debout pénible). La MDPH est habilitée à se prononcer sur l'orientation en milieu de travail ordinaire ou protégé (ESAT : établissements ou services d'aide par le travail). La MDPH est un point de passage quasiment obligé dans la trajectoire du maintien dans l'emploi. La RQTH est en effet comparable à un sésame nécessaire à l'attribution du plus grand nombre des mesures mobilisables. Cependant, le niveau de formation des personnels et les délais de traitement des demandes des MDPH sont variables et ne peuvent pas suffire à garantir que le demandeur sera correctement orienté et accompagné.

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

La RQTH présente un intérêt majeur pour le maintien en emploi et constitue une condition d'éligibilité aux différentes mesures et prestations mobilisables. Du fait de l'obligation d'emploi d'un quota de 6% de personnes handicapées pour les entreprises de plus de 20 salariés, l'ensemble des employeurs (publics et privés) doivent respecter cette obligation sous peine des pénalités financières conséquentes. À ce titre, l'obtention de la RQTH a plusieurs bénéfices pour le patient en incitant son employeur à le conserver dans ses effectifs, même si cela nécessite des aménagements et une réorganisation. Par ailleurs, la RQTH peut ouvrir des droits spécifiques en termes de compensation du handicap dans toutes les sphères de l'existence, dont la sphère professionnelle. Ces droits peuvent financer différentes mesures concernant la mobilité (organisation des transports domicile – travail), l'accessibilité (rampes d'accès, etc.) ou encore l'organisation du poste de travail (système d'aide à la manutention, fauteuil ergonomique, etc.). Malgré ses bénéfices potentiellement importants pour le maintien en emploi, la RQTH se heurte fréquemment à la méconnaissance et/ou aux représentations négatives des patients et de leurs praticiens. Elle nécessite donc une

communication attentive à ces représentations et doit laisser le temps de la réflexion face à des questionnements légitimes. De plus, ses délais d'obtention peuvent aller de 4 à 12 mois selon les lieux. Il ne s'agit donc pas d'une mesure d'urgence ; la demande de RQTH doit s'intégrer dans une stratégie à moyen et long terme avec des efforts impératifs d'anticipation. Dans le cadre de pathologies dont l'évolution permet d'anticiper avec certitude un problème d'aptitude médicale au travail, la possibilité de la RQTH doit être abordée rapidement pour élargir les possibilités de reclassement professionnel. C'est pourquoi la demande de RQTH a été représentée schématiquement entre les mesures de première et de seconde intention sur la Fig. 1.

Organismes financeurs et mesures de seconde intention

La Fig. 2 ci-dessous représente schématiquement les liens entre les organismes financeurs et les mesures de seconde intention pour le maintien dans l'emploi.

Outre l'assurance-maladie, il existe quatre principaux financeurs des mesures pour le maintien dans l'emploi selon le secteur d'activité professionnelle du patient. L'AGEFIPH est l'organisme dédié à la gestion du fonds pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans le secteur privé. Le FIPHFP est son équivalent pour les personnes travaillant dans la fonction publique (qu'elles soient titulaires ou contractuelles). L'OETH concerne les salariés des établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médicosocial (établissements de soins et de rééducation, ESAT, EHPAD, IME, etc.). Enfin, certaines grandes entreprises ont passé des accords agréés avec l'État et les partenaires sociaux (représentants patronaux et organisations de travailleurs) ; elles financent elles-mêmes les mesures pour l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi de leurs salariés handicapés par l'intermédiaire de « missions handicap » propres à ces grandes entreprises.

Les mesures de seconde intention peuvent être schématiquement regroupées en deux grandes catégories. La première catégorie de mesures concerne la compensation du handicap professionnel : c'est un ensemble de mesures financières, techniques, humaines ou organisationnelles destinées notamment à l'aménagement du poste de travail. Il est impossible de dresser un catalogue exhaustif de ces mesures qui sont spécifiques à chaque organisme financeur et qui sont en évolution permanente. Un travail de veille est donc indispensable pour actualiser les connaissances de ces mesures, de leur contenu et de leurs conditions d'attribution (public cible). Il existe de plus une véritable ingénierie qui nécessite d'identifier la ou les personnes devant formuler la demande (salarié, employeur, médecins, autres), les personnes ou organismes dont l'autorisation est nécessaire (financeurs, employeur, etc.) et les modalités de mise en œuvre (identification et choix d'un prestataire approprié). Cette ingénierie ne peut être mise en œuvre que par une personne expérimentée : le plus souvent, ce sont les « chargés de maintien en emploi » qui possèdent la connaissance, l'expérience et le réseau nécessaires. La difficulté est d'identifier ces personnes ressource dans les différentes institutions auxquelles elles peuvent appartenir

(réseau Comète-France, services de médecine et santé au travail, assurance-maladie, SAMETH, entreprises, etc.).

La deuxième catégorie de mesures concerne la formation professionnelle dès lors que le projet du patient le nécessite.

Les opportunités de formation doivent être considérées selon différents critères : la motivation et les désirs du patient, ses compétences, les limitations fonctionnelles et capacités résiduelles, les besoins financiers du patient, les possibilités de financement de la formation, et les besoins du marché du travail.

Il existe un vaste éventail de formations (diplômantes ou non, brèves ou longues, initiales ou mises à niveau, etc.). Un bilan de compétences est parfois nécessaire : ce dernier n'est pas une fin en soi. Il n'est pas indiqué dans toutes les situations. Il ne faut pas en attendre la résolution de tous les problèmes dans une forme de pensée magique. Il exige un investissement intellectuel et émotionnel important parfois difficile à fournir par les patients les plus fragilisés. Il arrive régulièrement que les résultats d'un bilan de compétences soit inutiles, faute de réflexion préalable sur le projet professionnel. Cette mesure doit donc être utilisée avec discernement. Certains droits à la formation sont prévus par le droit commun et ne nécessitent pas la reconnaissance de travailleur handicapé : congé individuel de formation, droit individuel à la formation (pouvant être utilisé chez un autre employeur), validation des acquis de l'expérience, etc. Cependant, la RQTH peut conférer aux patients une priorité d'accès à ces formations prévues par le droit commun, ou bien ouvrir le droit à d'autres formations spécifiques aux travailleurs handicapés. Le contenu des formations, leurs conditions d'attribution et leur mise en œuvre dépendent notamment des organismes en charge de la formation professionnelle : les OPCA (organismes paritaires collecteurs agréés) ainsi que des co-financeurs éventuels (AGEFIPH, FIPH, OETH, entreprises sous accord agréé). Ici encore, il existe une ingénierie spécifique pour laquelle la qualité de l'accompagnement du patient par la personne ressource est cruciale.

Difficultés du maintien dans l'emploi

L'objectif d'aider un patient à conserver un emploi malgré ses difficultés de santé se heurte à de nombreux défis. Les connaissances nécessaires pour atteindre cet objectif appartiennent à des univers différents : monde de la santé, droit social, monde du travail, formation professionnelle. Le rassemblement et la mise en cohérence des informations fragmentées nécessitent du temps et de la détermination qui font parfois défaut. Le partage des informations nécessite d'établir des liens de confiance, qui eux-mêmes nécessitent du temps. Le financement des différentes mesures n'est pas toujours pérenne ni suffisant, imposant des montages parfois complexes et incertains. L'obtention des mesures nécessaires peut dépendre étroitement des individus en responsabilité. L'identification des personnes ressource peut prendre du temps et parfois ne pas aboutir, s'agissant notamment de coordonner l'ingénierie

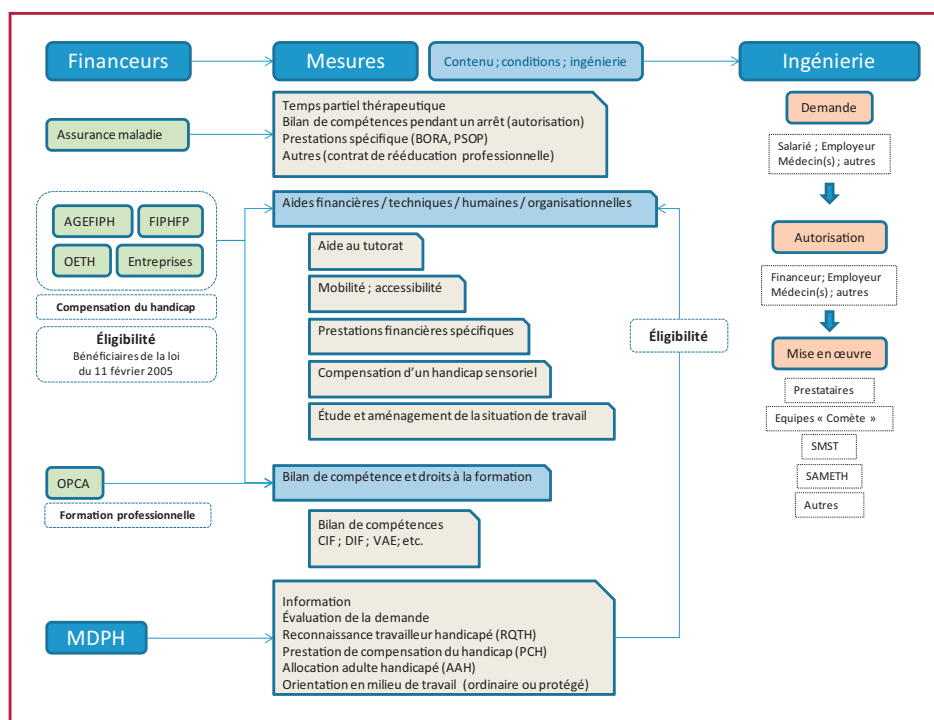


Figure 2. Organismes financeurs et mesures de seconde intention.

des mesures du maintien dans l'emploi. Les incertitudes du parcours médical peuvent retarder l'élaboration d'un nouveau projet professionnel. Enfin, le manque d'autonomie des patients et l'adoption de postures attentistes entravent l'élaboration de ce projet et des mesures correspondant. Pourtant, cette démarche est possible comme en attestent de nombreux parcours favorables de patients ayant réussi à conserver un emploi et à conduire un reclassement professionnel. Par ailleurs, plusieurs projets de travail en réseau ont été développés ces dernières années afin de décloisonner la prise en charge sanitaire, sociale et professionnelle.

Avantages et limites du travail en réseau

Le réseau « Lutter contre la douleur – Paris (LCD 75) » est un réseau ville-hôpital ayant pour objectif de décloisonner la prise en charge entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, etc.) dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et le parcours de soins des patients douloureux. Des actions pluridisciplinaires de formation médicale continue sont menées en vue d'intégrer précocement la dimension professionnelle à la prise en charge des patients douloureux. Il existe également une consultation spécialisée d'évaluation et d'orientation socioprofessionnelle.

Le réseau régional « Lombaction » dans les pays de la Loire a pour objectif (entre autres) de prévenir les risques d'exclusion socioprofessionnelle des travailleurs souffrant de lombalgie chronique. La prise en charge prévoit une évaluation globale médico-socioprofessionnelle des patients en consultation multidisciplinaire, une proposition de reconditionnement à l'effort (en institution ou chez des

kinésithérapeutes libéraux adhérents au réseau) et l'aide conjointe au retour en emploi via la coordination avec le médecin du travail, le médecin conseil et/ou les partenaires locaux du maintien en emploi [6].

Le « protocole Lombalgies 14 » a été développé dans le Calvados pour prévenir la désinsertion professionnelle du salarié lombalgique. Le dispositif a été mis en place au sein d'un service de santé au travail, en partenariat avec le réseau service vie autonome de la région (RSVA). Après 6–8 semaines d'arrêt de travail pour lombalgies communes, lors d'une visite de pré-reprise, le médecin du travail propose au salarié de rencontrer la coordinatrice du réseau pour envisager son engagement dans le dispositif. Si consentement, une feuille de route est établie conjointement par le médecin traitant et le médecin du travail qui s'appuient sur un double bilan effectué dans les deux premières semaines : celui de l'examen de la situation de handicap dans l'entreprise et celui d'un bilan fonctionnel du patient. Il en découle simultanément une étude des possibilités d'aménagement des postes de travail ainsi qu'une orientation du patient vers un service de prise en charge de la douleur et/ou un programme de reconditionnement à l'effort, visant la reprise selon les modalités adaptées à chaque situation. Le salarié bénéficie ainsi d'un accompagnement pluridisciplinaire (y compris au niveau social) et d'une coordination entre les différents acteurs, lui permettant de se situer dans une dynamique de reprise du travail tout en suivant un parcours de soins adaptés.

L'association nationale « Comète – France » initie dans des établissements ou services de soins de suite et de réadaptation (SSR), spécialisés en médecine physique et de réadaptation (MPR), une prise en charge précoce des

problématiques sociales et professionnelles des patients hospitalisés. Une équipe labellisée « Comète – France » regroupe des compétences médicales et paramédicales (médecin de MPR, ergonome, ergothérapeute, psychologue du travail, chargé d'insertion professionnelle), dans l'objectif de construire, avec la participation active de la personne, un projet de vie incluant obligatoirement une dimension professionnelle, qui pourra se concrétiser le plus rapidement possible après la sortie de l'établissement de soins.

Les possibilités de travail en réseau pour décroïsonner et améliorer les pratiques professionnelles sont réelles. Cependant, le travail en réseau nécessite un engagement de longue durée de ses promoteurs et de ses adhérents. Le renouvellement du financement des réseaux est sujet à de nombreuses contraintes administratives et revirements politiques.

Le financement des mesures en entreprise n'est pas toujours accepté par les organismes financeurs des réseaux de soins ou de santé.

La visibilité et la pérennité de ces réseaux dans l'offre de soins traditionnelle est rarement acquise, ce qui limite l'atteinte du public cible. Enfin, la participation des professionnels de santé libéraux et des médecins du travail se heurtent régulièrement à la pénurie de temps médical, mais aussi parfois au manque d'implication dans les enjeux socioprofessionnels des patients.

Conclusion

Aider un patient à conserver un emploi malgré ses douleurs devrait faire partie des objectifs à part entière de la prise en charge médicale. Cet objectif doit être discuté explicitement et précocement avec le patient. Dès qu'un risque d'inaptitude est identifié, il convient d'identifier les différents partenaires impliqués pour accompagner le patient dans la maturation et l'élaboration d'un nouveau projet professionnel. Cette élaboration est rarement effectuée en temps voulu, conduisant à restreindre le champ des possibilités du patient pour un reclassement professionnel réussi. De nombreuses mesures peuvent être mobilisées à cet effet et nécessitent la coordination des intervenants autour du patient. L'identification d'une personne ressource chargée de maintien dans l'emploi est essentielle.

MESSAGES À EMPORTER

Le maintien dans l'emploi d'un patient douloureux doit être un objectif à part entière de sa prise en charge.

Cet objectif doit être abordé explicitement et précocement avec lui, et les autres personnes concernées.

La période de l'arrêt doit être utilisée pour élaborer un projet professionnel, identifier les personnes ressource et les mesures appropriées.

Il existe peu de mesures mobilisables pour le maintien dans l'emploi si la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé n'a pas été obtenue ou demandée.

L'accompagnement du patient par une personne ressource expérimentée est un facteur de succès.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Fouquet N, Ha C, Bodin J, Chotard A, Bidron P, Ledenvic B, et al. Surveillance des lombalgies et de leurs facteurs de risque professionnels dans les entreprises des Pays de la Loire. *Bull Epidemiol Hebd* 2010;(5-6):48-54.
- [2] CNAMTS. Faits marquants et chiffres-clés 2011 de la branche « accidents du travail - maladies professionnelles ». Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; 2012.
- [3] Chiron E, Roquelaure Y, Ha C, Touranchet A, Chotard A, Bidron P, et al. Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Sante Publique* 2008;20(S3):S19-28.
- [4] Rivière S, Penven E, Cadéac-Birman H, Roquelaure Y, Valenty M. Approche de la sous-déclaration des TMS dans dix régions françaises en 2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013, 4p.
- [5] INRS. Travail et lombalgie : du facteur de risque au facteur de soin. Institut national de la recherche de la sécurité; 2011.
- [6] Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac'h A, Bontoux L, Dubus-Bausière V, Parot-Shinkel E, Fanello S, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine* 2011;36(26):2235-42.