



HAL
open science

Lombalgie commune. Etape 2 - Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi

Audrey Petit

► **To cite this version:**

Audrey Petit. Lombalgie commune. Etape 2 - Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi. Le Concours Médical, 2014, 136 (9), pp.707-9. hal-03391127

HAL Id: hal-03391127

<https://univ-angers.hal.science/hal-03391127>

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.

étape 2 Le médecin du travail : rôle pivot pour préserver le maintien dans l'emploi

Dr Audrey Petit (aupetit@chu-angers.fr), rhumatologue, service de santé au travail et pathologie professionnelle, CHU d'Angers

En France, les services de santé au travail, les médecins du travail et les équipes pluridisciplinaires de santé au travail contribuent réglementairement à la prévention du risque rachidien et aux actions de maintien dans l'emploi au niveau individuel, via le suivi médical individuel des salariés et au niveau collectif, via des actions sur le milieu de travail. Par ailleurs, il existe une voie de reconnaissance en maladies professionnelles pour les « affections chroniques du rachis lombaire » liées à l'exposition professionnelle, à des vibrations transmises au corps entier ou à la manutention manuelle de charges lourdes. La réforme de la médecine du travail (juillet 2012) élargit les missions du médecin du travail, en tant que conseil des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants en matière d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés (article R.4623-1 du code du travail).

Le cadre réglementaire de la surveillance médico-professionnelle des travailleurs par le médecin du travail concerne le salarié, l'employeur mais également les médecins généralistes traitants et les médecins spécialistes. Une meilleure connaissance des dispositifs réglementaires permet l'amélioration de la collaboration entre les médecins de soins (généralistes ou spécialistes) et le médecin du travail, notamment, via les visites de reprise et de préreprise à l'emploi réalisées par le médecin du travail.

À planifier : la visite de préreprise du travail

À la suite d'un arrêt de travail prolongé, le salarié doit bénéficier d'une visite médicale de reprise au poste de travail sous huit jours (art. R.4624-22 C.

trav.). Les objectifs de cette visite sont de vérifier l'aptitude du salarié à reprendre son emploi, et les questions de maintien en emploi sont particulièrement évoquées à ce moment. De son côté, le salarié peut solliciter une visite de préreprise à l'emploi lorsqu'il est encore en arrêt de travail. Cette visite peut également être à l'initiative du médecin traitant ou du médecin-conseil de l'Assurance maladie (art. R. 4624-20 et 21 C. trav.). Outre le fait de rassurer le salarié avant sa reprise, cette visite peut permettre de prévoir des mesures d'adaptation du poste et du temps de travail (reprise à temps partiel thérapeutique, aménagements de poste...) et de rappeler les mesures de prévention. C'est pourquoi il est recommandé de s'assurer que le travailleur lombalgique en arrêt de travail prolongé et/ou répété a été informé de la possibilité de bénéficier d'une ou plusieurs consultations médicales de préreprise et que cette visite peut être renouvelée à la demande du salarié, le cas échéant. De manière plus générale, le salarié peut rencontrer le médecin du travail, à sa demande, et sans en avvertir son employeur.

Information et conseils aux travailleurs lombalgiques

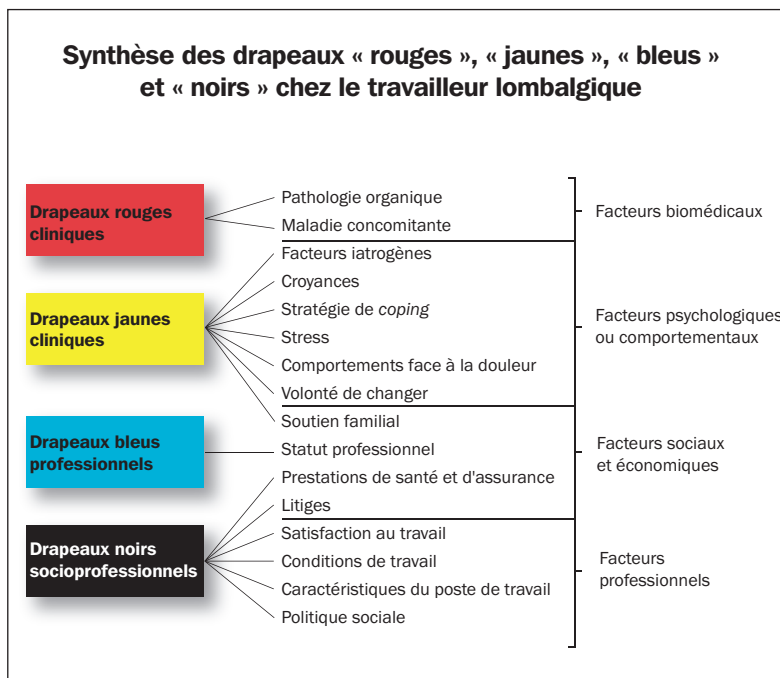
L'examen clinique constitue un moment propice pour donner au travailleur des informations précieuses concernant le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de la lombalgie. Le professionnel doit néanmoins être conscient de l'influence que peuvent avoir ses propres représentations sur le



Les visites de préreprise et de reprise du travail permettent notamment un rappel des mesures préventives

Traduction française validée du « Back Book », Coudeyre E, et al., TSO, 2003.

Lombalgie commune



L'information se doit d'être rassurante quant au pronostic. Le médecin doit, le cas échéant, expliquer et dédramatiser les éventuels termes médicaux et techniques compte tenu de l'absence de parallélisme anatomo-clinique en cas de lombalgie commune. Il encourage le travailleur à la poursuite ou à la reprise des activités physiques et, si possible, du travail en tenant compte des caractéristiques de la situation de travail et des possibilités d'aménagement du poste de travail. Enfin, il renouvelle l'information et la sensibilisation sur les principes généraux de prévention des risques professionnels.

Surveillance médico-professionnelle des travailleurs lombalgiques

- Dans tous les cas de lombalgie, le médecin du travail doit situer l'épisode actuel de lombalgie dans l'histoire clinique et professionnelle du travailleur (antécédents de lombalgie, fréquence et durée des arrêts de travail liés à la lombalgie, comorbidités, évolution récente des conditions de travail...) et s'assurer du caractère non spécifique de la lombalgie en recherchant les signes de gravité médicale « drapeaux rouges » (figure) ou la présence d'une composante radiculaire associée à la lombalgie pouvant justifier des explorations complémentaires⁽²⁻⁴⁾.

- En cas de lombalgie persistante ou récurrente, le médecin du travail s'attache à rechercher les facteurs psychosociaux d'identification des travailleurs à risque de développer une douleur chronique et une invalidité persistante liée à la lombalgie, regroupés sous le terme de « drapeaux jaunes » (terminologie actuellement utilisée pour décrire des barrières de nature psychosociale à la récupération)⁽²⁾.

D'autres facteurs pronostiques liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur (« drapeaux bleus ») [figure] et facteurs pronostiques liés à la politique de l'entreprise, aux systèmes de soins et d'assurance (« drapeaux noirs ») [figure] doivent également être évalués⁽⁵⁾. Dans les cas complexes, cette évaluation peut nécessiter plusieurs visites ou entretiens. La recherche de ces différents facteurs de risque de passage à la chronicité et d'incapacité prolongée permet d'envisager, d'une part, l'ensemble des aspects de la situation médico-socioprofessionnelle et des obstacles au retour au travail et, d'autre part, les actions à mettre en place pour favoriser le maintien au poste du salarié ou accompagner son retour au travail, le cas échéant.

Aménagements des conditions de travail : temporaires et définitifs

Des aménagements temporaires des conditions de travail sont possibles pour favoriser la reprise, à la fois en termes de temps de travail (temps partiel thérapeutique), de rythme de travail (organisation du travail, horaires atypiques, lissage du temps de travail sur la semaine) et d'allègement des tâches du poste (restriction d'aptitude temporaire aux tâches physiquement pénibles).

De manière plus définitive, des aménagements ergonomiques du poste de travail peuvent être discutés (conception matérielle du poste, organisation du travail). Avec l'accord du salarié, le médecin du travail peut également discuter de la nécessité d'une concertation avec le médecin traitant, le(s) spécialiste(s) et, éventuellement, le médecin-conseil et/ou les acteurs du maintien en emploi, et informer l'employeur des conditions souhaitables de reprise du travail. Lorsque cela est possible, le médecin du travail peut programmer une visite du poste de travail en présence du travailleur et organiser une concertation entre le travailleur, l'encadrement, l'employeur et, éventuellement, les collègues sur le lieu de travail⁽⁸⁻¹⁰⁾.

contenu du message qu'il délivre au travailleur et veiller à la cohérence des messages au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. L'information orale est, si possible, accompagnée d'un support écrit, conforme aux préconisations actuelles, par exemple le « Guide du dos* »⁽¹⁾.

Il s'agit de délivrer une information essentielle, cohérente et accessible rappelant que la survenue des lombalgies est d'origine multifactorielle et que les facteurs professionnels sont un des facteurs modifiables influençant l'incidence de la lombalgie.

• En cas d'arrêts de travail prolongés et/ou répétés liés à la lombalgie, le médecin du travail :

– évalue les facteurs de risque de chronicité et d'incapacité prolongée au travail, notamment la douleur, l'incapacité fonctionnelle et leur retentissement, ainsi que les principaux facteurs d'incapacité liés au travail (demande physique, qualité des relations et climat social)^[6]. Il estime la capacité du travailleur à reprendre le travail et les conditions de la reprise en fonction du retentissement professionnel de la lombalgie, tout en rappelant au travailleur qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète des symptômes pour reprendre le travail et que la reprise précoce du travail améliore le pronostic sous réserve de l'adaptation du poste de travail, si nécessaire ;

– évalue, en concertation avec le travailleur, la nécessité d'envisager une démarche de maintien en emploi, en relation avec les autres acteurs du maintien en emploi : médecin traitant, médecin-conseil de l'Assurance maladie, entreprise, maison départementale de l'autonomie (MDA), opérateurs d'insertion... et s'assure de la compréhension partagée de la situation et des objectifs de la prise en charge entre le travailleur, les médecins de soins et le médecin du travail⁽⁷⁾. Les actions de maintien en emploi peuvent être favorisées par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui est demandée par tout médecin auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou de la MDA, selon les départements. La RQTH permet au salarié de bénéficier d'évaluations ergonomiques du poste de travail (service d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés [SAMETH]), d'aides financières aux aménagements de poste (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées [AGEFIPH]), d'accéder à un bilan de compétence ou à un accompagnement à la réinsertion professionnelle (Cap emploi) ;

– facilite la transition du travailleur du milieu de soins vers le milieu de travail en l'incitant et en l'aidant à s'inscrire dans une dynamique de retour au travail, en évaluant les exigences physiques et le soutien social perçus par le travailleur, en identifiant les principales difficultés liées au travail et les adaptations possibles du poste de travail (encadré ci-contre) dans l'objectif de prévoir une période de transition pour la reprise du travail,

progressive et planifiée et d'améliorer sa capacité à gérer les symptômes résiduels au travail.

Recherche « lisible et traçable » de solutions

Dans tous les cas, le médecin du travail doit s'assurer de la mise en œuvre des démarches nécessaires au maintien dans l'emploi avant la reprise effective du travail ; c'est pourquoi la(les) visite(s) de préreprise doit(vent) être planifiée(s) suffisamment en amont de la date prévue de la reprise du travail. Enfin, dans les situations d'inadéquation entre les capacités fonctionnelles du salarié et les exigences du poste de travail, le médecin du travail peut être amené à discuter la mise en place d'une restriction d'aptitude, d'une inaptitude temporaire ou définitive au poste de travail. La restriction d'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail rendent obligatoire la recherche « lisible et traçable » de solutions d'aménagement du poste ou de reclassement dans l'entreprise par l'employeur. En cas d'impossibilité, le salarié risque le licenciement pour inaptitude à tout poste dans l'entreprise. •

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Texte inspiré des recommandations de bonne pratique « Surveillance médico-professionnelle pour le risque lombaire des travailleurs exposés à des manipulations de charges » (HAS, octobre 2013).

- Rossignol M. Guide pratique de la CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne). Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.
- Burton AK, Balague F, Cardon G, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2:S136-68.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five «red flags» to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol* 2008;61(2):110-8.
- Mairiaux P, Mazina D. Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail. Recommandations de bonnes pratiques. Direction générale de l'humanisation du travail. Juin 2008.
- Shaw WS, Van der Windt DA, Main CJ, et al, the «decade of the flags» working group. Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors («blue flags») in back disability. *J Occup Rehab* 2009;19(1):64-80.
- Durand, M. J., Loisel P. Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehab* 2002;12(3): 191-204.
- Franche RL, Cullen K, Clarke J, et al. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):607-31.
- Baril R, Clarke J, et al. Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Soc Sci Med* 2003; 57:2101-14.
- Shaw WS, Robertson MM, Pransky G, et al. Training to optimize the response of supervisors to work injuries-needs assessment, design, and evaluation. *AAOHN J*. 2006;54(5):226-35.
- Shaw WS, Main CJ, Johnston V. Practice of Low Back Pain: Implications for Physical Therapist Addressing Occupational Factors in the Management. *Phys Ther* 2011; 91:777-89.