

ETUDE CONCERNANT LES POSSIBILITÉS DE RÉINSERTION
SOCIOPROFESSIONNELLE DE PERSONNES ATTEINTES DE DOULEURS
CHRONIQUES

STUDIE BETREFFENDE DE MOGELIJKHEDEN VOOR DE SOCIO-
PROFESSIONELE RE- INTEGRATIE VAN PERSONEN MET CHRONISCHE
PIJNPROBLEMEN

RAPPORT FINAL
9 novembre 2015

PR. PH. MAIRIAUX, N.SCHIPPERS, V. VANOOTIGHEM,
M-E. FAYMONVILLE et A-S. NYSSSEN



Equipe de recherche en charge de l'étude

Pr Philippe Mairiaux
Mme Nathalie Schippers
Santé au Travail et Education pour la Santé
Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège
Contact : ph.mairiaux@ulg.ac.be

Pr Anne-Sophie Nyssen
Dr Valentine Vanootighem
Laboratoire d'Ergonomie Cognitive et d'Intervention au Travail
Département Psychologies et Cliniques des Systèmes humains, Université de Liège
Contact : asnyssen@ulg.ac.be

Pr. Marie-Elisabeth Faymonville
Centre de la douleur du CHU de Liège
Contact : mfaymonville@chu.ulg.ac.be

L'équipe de recherche a réalisé cette étude avec le soutien du Service Indemnités de l'Inami (direction : Mr François Perl).

Elle pu compter en outre sur la collaboration du Dr Sarah Lequeux du Cesi qui a accepté de contacter 17 PME afin de connaître leurs initiatives éventuelles en matière de maintien en emploi des personnes souffrant de douleurs chroniques.

Table des matières

Introduction	1.
Chapitre I - Revue de la littérature scientifique concernant les facteurs entravant ou facilitant le retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques	2.
I.1. Méthodologie	2.
I.2. Localisation ou types de douleurs concernées	2.
I.3. Chronicité de la douleur	3.
I.4. Synthèse des articles de revue publiés entre 2005 et 2010	3.
I.5. Facteurs entravant le retour au travail (publications 2010-2015)	5.
I.6. Stratégies d'intervention en faveur du retour au travail	8.
I.6.1 Interventions pour le retour au travail	8.
I.6.2 Interventions de réadaptation « fonctionnelle »	12.
I.6.3 Réflexions/revues	13.
I.7. Conclusions	14.
I.8. Annexe 1 : Abstracts des articles de revue 2005-2010	16.
I.9. Annexe 2 : Bibliographie des articles publiés de 2010 à 2015	22.
Chapitre II. Cartographie et état d'avancement des initiatives prises en faveur du retour au travail	29.
II.1. Cartographie et état d'avancement des initiatives prises dans le domaine socio-professionnel en Belgique en ce qui concerne les douleurs chroniques	29.
II.1.1 Méthodologie	29.
II.1.2 Résultats : le point de vue des entreprises	30.
II.1.3 Résultats : le point de vue des SEPP	33.
II.1.4 Résultats : le point de vue des centres de la douleur	35.
II.1.5 Résultats : le point de vue des organismes spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées	37.
II.1.6 Résultats : le point de vue des associations de patients	38.
II.1.7 Confrontation des différents points de vue	41.
II.2. Classification et diagnostic : définition des troubles entrant dans le champ des douleurs chroniques	42.
II.3. Nombre de titulaires concernés	45.
Chapitre III. Défis méthodologiques	46.
III.1. Le défi de l'intégration des approches préventives	46.
III.2. Le défi d'un modèle-cadre de réhabilitation au travail pour les douleurs chroniques	50.
Chapitre IV. Recommandations en faveur du maintien et du retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques	53.
Annexe 3. Canevas utilisés pour les entretiens	56.

Introduction

Le cahier des charges diffusé par l'INAMI durant l'été 2014 décrivait les missions de la recherche en 4 points :

- Cartographie des initiatives prises dans le domaine socio-professionnel en Belgique en ce qui concerne la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de douleurs chroniques et détermination du groupe cible (Classification et diagnostic: définition des troubles entrant dans le champ des douleurs chroniques ; nombre de titulaires concernés par trouble)
- Conception d'une approche méthodologique pour évaluer l'incidence de l'environnement de travail sur le problème de douleur chronique pour les éléments suivants : absentéisme, reprise à temps partiel, facteurs de comorbidité, développement d'autres pathologies
- Relevé des données disponibles au niveau international
- Conception de modèles de réinsertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de douleurs chroniques en se basant sur les résultats de recherche pour les questions 1, 2 et 3 et sur les actions déjà menées par l'INAMI et d'autres acteurs (p.ex. le FMP) dans ce domaine.

L'équipe de recherche a décidé de structurer le rapport reprenant les résultats de son étude en 4 chapitres distincts. Le chapitre 1 détaille les données pertinentes disponibles dans la littérature internationale tandis que le chapitre 2 présente la cartographie des initiatives développées en Belgique et un certain nombre d'éléments pour déterminer le groupe-cible des actions futures. Le chapitre 3 propose une modélisation de la démarche nécessaire pour évaluer l'interaction avec la situation de travail et discute les trajets de réinsertion socioprofessionnelle qui devraient être proposés aux personnes souffrant de douleurs chroniques. Le chapitre 4 enfin explicite une série de recommandations concrètes que l'équipe de recherche a formulées sur la base de ses observations et travaux.

Chapitre I - Revue de la littérature scientifique concernant les facteurs entravant ou facilitant le retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques

I.1. Méthodologie

Une revue systématique de la littérature scientifique a été réalisée dans les bases de données bibliographiques Medline et PsycInfo en se limitant aux articles publiés entre 2010 et 2015 et aux revues de synthèse publiées entre 2005 et 2010.

L'algorithme appliqué pour la recherche était le suivant :

(Back pain OR Low back pain OR Causalgia OR Chronic pain OR Musculoskeletal pain OR Neck pain OR Fibromyalgia OR Migraine disorders OR Headache OR Tension-Type headache OR Irritable bowel syndrome)

AND (Sick-leave OR Return to work OR Workplace OR Employment OR Unemployment)

AND (Rehabilitation OR Intervention OR predictors OR determinants)

AND (year: 2010:2015) OR [(Review: Publication type) AND (year: 2005:2010)]

Cette recherche de littérature, effectuée entre le 27/11 et le 23/12/2014, a identifié en premier lieu 323 références d'articles originaux publiés entre 2010 et 2015. Après lecture des abstracts et exclusion des doublons par deux membres de l'équipe, 43 articles ont été retenus. On note que'un grand nombre de recherches sont menées par des médecins issus de différentes disciplines (médecine de rééducation, rhumatologie, médecine d'assurance, médecine du travail). Parfois, celles-ci sont menées avec des départements de santé publique mais rares sont celles qui font appel à la participation de psychologues du travail, ou d'ergonomes. Un faible nombre d'études sont réalisées par des psychologues et ne sont à nouveau pas le résultat d'un travail interdisciplinaire. Il semble donc exister un réel manque de recherches interdisciplinaires dans ce domaine.

Le volet de la recherche consacré aux articles de revue parus entre 2005 et 2010 a identifié 15 revues dont 8 ont été retenues. Les revues non prises en considération concernaient de façon spécifique la lombalgie aiguë, ou présentaient une approche conceptuelle de l'incapacité de travail en cas de lombalgie, ou étaient de faible qualité.

I.2. Localisation ou types de douleurs concernées

Au terme de cette revue bibliographique, il est intéressant de remarquer qu'en matière de douleur chronique, la lombalgie domine le tableau de façon nette et particulièrement si l'on considère les études spécifiquement consacrées au retour au travail. Peu d'études semblent par contre avoir été consacrées à la réintégration au travail des personnes fibromyalgiques. Et les publications traitant du retour au travail ou de l'emploi des personnes souffrant de céphalées ou d'un syndrome migraineux sont rares; aucune publication n'a été identifiée concernant le syndrome du colon irritable dans ce contexte.

I.3. Chronicité de la douleur

On retrouve dans la littérature une grande variabilité quant à ce qui est entendu par douleur chronique en terme de durée. Dans le cadre de la littérature épidémiologique, la notion de chronicité peut en effet avoir deux interprétations : dans certains cas l'adjectif chronique est attribué à toute douleur dont la présence dépasse une durée déterminée (3 mois ou 6 mois dans le cas de la lombalgie). Mais la notion de chronicité est également invoquée, à juste titre, pour des épisodes douloureux fréquemment récurrents. Dans ce domaine, il n'existe pas encore de définition commune qui fasse consensus dans l'ensemble de la communauté scientifique. L'American Society of Anaesthesiologists (ASA, 2010¹) définit la douleur chronique comme une douleur de toute cause non maligne, associée avec une pathologie médicale chronique ou durant plus longtemps qu'attendu pour une lésion et la guérison tissulaire normale, affectant de manière péjorative le fonctionnement ou le bien être du patient. Dans le contexte de la prise en charge des patients dans les centres de la douleur, les centres belges considèrent comme importante aussi la définition du *syndrome douloureux chronique* (Berquin et al. 2011)², décrit comme tout ensemble de comportements qui

- comprend une plainte de douleurs persistantes ou récurrentes
- persiste plus longtemps que normalement pour l'affection causale (ou est associée à une maladie chronique)
- n'a pas bien répondu à un traitement approprié et
- est associée avec une réduction significative des capacités fonctionnelles.

Des troubles de l'humeur et ou de l'anxiété/hostilité peuvent être présents mais ne sont pas considérés comme nécessaires pour faire un diagnostic (Sanders et al., 2005³).

Dans cette étude, il faut souligner que nous avons tenu à distinguer dans cette analyse bibliographique de la problématique du retour au travail les nombreuses études concernant la lombalgie subaiguë, de celles concernant la lombalgie chronique.

I.4. Synthèse des articles de revue publiés entre 2005 et 2010

L'annexe 1 de ce chapitre décrit les abstracts des 10 articles de revues qui ont été retenus. Cette annexe comporte en fait 12 références car la revue Cochrane de van Oostrom (2009) vient de faire l'objet d'une mise à jour (van Vilsteren et al. 2015) ; de même la revue Cochrane de F. Schaafsma publiée en 2010 a fait l'objet d'une mise à jour en 2013.

Neuf des 12 revues concernent exclusivement la pathologie dorso-lombaire mais elles sont de qualité inégale et de nature différente ; les revues de Zampolini (2007) et de Werner et Coté (2009) sont des revues narratives tandis que 6 autres revues constituent des revues

¹ ASA (American Society of Anesthesiologists). Practice Guidelines for Chronic Pain Management. Anesthesiology 2010,112 :1-24.

² Berquin, A., Faymonville, M.-E., Deseure, K., Van Liefferinge, A.-S., Celentano, J., Crombez, G., Vlaeyen, J., Hans, G. Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : passé, présent et futur. Rapport de recherche. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2011. <http://hdl.handle.net/2268/110896>

³ Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. (2005). Evidence-based clinical guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. Pain Practice,5 :303-315.

systematiques ; la revue de Waddell et Burton (2005) constitue plutôt une mise en perspective des paradigmes en matière de réadaptation des sujets lombalgiques. Il en est de même pour la revue de Berquin (2010). Les deux dernières revues, celles de van Oostrom (2009) et van Vilsteren (2015), ont pris en compte des études relatives aux affections musculo-squelettiques (lombalgies incluses), mais également des études concernant la santé mentale et le cancer.

Aucune des revues retenues n'a restreint son champ d'analyse aux lombalgies chroniques. Ainsi certaines revues ont défini comme critère de sélection une absence au travail supérieure à 2 semaines (Carroll et al. 2010), comprise entre 4 semaines et 3 mois (Hlobil et al. 2005), une absence supérieure à 4 semaines ou la présence d'épisodes récidivants au cours des 12 derniers mois (Kuijer et al. 2006).

En ce qui concerne les facteurs du contexte professionnel identifiés comme entravant ou retardant le retour au travail, l'analyse des conclusions des revues de Kuijer (2006), Zampolini (2007), Werner et Coté (2009), souligne d'une part l'importance d'un travail physiquement lourd (parfois non concordant avec le niveau résiduel des capacités fonctionnelles), et d'autre part des facteurs psychosociaux habituels : insatisfaction au travail, manque d'autonomie et de soutien, mauvais climat relationnel au sein de l'équipe de travail. A cela il faut ajouter deux autres facteurs significatifs : la perception du travailleur quant à sa capacité de reprendre le travail comme facteur prédictif de la reprise, et les fausses croyances liées à la lombalgie et en particulier les réactions de peur-évitement face aux efforts physiques.

En ce qui concerne l'impact des interventions visant à faciliter ou à encourager le retour au travail, la revue de Hlobil et al. (2005) concluait à l'efficacité des interventions lorsqu'elles étaient comparées au processus habituel de soins. D'après la revue de Carroll et al. (2010), ce sont les interventions qui impliquent l'ensemble des acteurs (le travailleur, son employeur, la médecine du travail) qui sont les plus efficaces et les plus rentables (cost-effective) surtout lorsqu'elles aboutissent à des modifications ergonomiques de l'environnement de travail.

Ce sont cependant les revues Cochrane de van Oostrom (2009) et de van Vilsteren (2015) qui du fait de leur rigueur méthodologique apportent l'évidence scientifique la plus solide concernant les effets des interventions en milieu du travail sur la prévention des incapacités de travail de longue durée. La revue de van Vilsteren a rassemblé 8 essais randomisés contrôlés (RCT) ayant inclus des travailleurs souffrant d'affections musculo-squelettiques. Dans ces études, l'intervention en milieu du travail a réduit significativement la durée de l'arrêt avant la reprise du travail (hazard ratio – HR : 1.44) ainsi que la durée de la période s'écoulant avant une reprise durable du travail (HR : 1.77). Ces interventions ont également réduit le niveau de douleur et amélioré le statut fonctionnel du patient.

La revue de Schaafsma (2010) et sa mise à jour en 2013 s'intéressent de façon exclusive à l'effet d'un reconditionnement physique sur la durée de l'arrêt de travail chez des sujets lombalgiques. Ses conclusions sont résumées au point I.6.2 ci-après.

Enfin la revue de van Duijn (2010) a examiné le rapport coût-bénéfice des interventions menées pour des travailleurs en arrêt de travail à cause d'une lombalgie, selon le moment où elles sont initiées. Selon ces auteurs, la fenêtre d'intervention optimale, du point de vue du ratio coût-bénéfice, se situe entre la 8^e et la 12^e semaine d'arrêt de travail, c'est à dire pendant la phase subaigüe de l'incapacité de travail. Ceci confirme l'éditorial de Loisel (2005)

suite à la parution de la revue de Hlobil dans le même numéro du journal : durant cette période, le travailleur est à haut risque de passer à la chronicité, et les coûts engagés par son absence sont encore limités ; c'est donc pendant cette période que les bénéfices d'un programme de réinsertion au travail seront les plus importants. Cette conclusion doit cependant être nuancée- au vu des résultats favorables obtenus par Lambeek et al. en 2010 aux Pays-Bas grâce à un programme réservé à des travailleurs lombalgiques chroniques, en arrêt depuis minimum 3 mois; cette étude est commentée ci-après au point I.6.1.

I.5. Facteurs entravant le retour au travail (publications 2010-2015)

L'étude de la littérature publiée entre 2010 et 2015 a également permis de faire l'inventaire des principaux facteurs entravant ou retardant le retour au travail. Les publications retenues pour cette synthèse sont décrites de façon synthétique dans l'Annexe 2 du présent chapitre. Ces facteurs sont résumés dans le Tableau 1 (page suivante).

De manière générale, on note que la présence de douleurs à différents endroits du corps (Haukka et al., 2013) rend difficile la réintégration d'une personne au travail. L'absence d'un coordinateur de retour au travail serait également un frein pour le retour au travail des personnes, quelle que soit leur problématique de santé (Hamer et al., 2013).

Concernant plus spécifiquement les **troubles musculo-squelettiques**, le fait de ne pas connaître ses propres limites (Jakobsen & Lillefjell, 2014), les attentes négatives de la personne quant à son rétablissement (Hallegraeff et al., 2012, Laisne et al., 2012) et à ses capacités de reprise du travail (Laisne et al., 2012), mais aussi son incapacité à gérer sa maladie (Laisne et al., 2012) sont des facteurs propres à la personne qui semblent freiner la réinsertion au travail. D'autres facteurs liés à l'état de santé de la personne entraveraient aussi le retour au travail. Il s'agit par exemple, d'une diminution de ses capacités physiques (de Vries et al., 2012), ou de l'intensité des douleurs (Murray et al., 2013). On note également qu'un taux élevé de stress, une grande détresse émotionnelle (de Vries et al., 2012) et un manque de soutien familial (Jakobsen & Lillefjell, 2014) comme éléments psychosociaux faisant obstacle au retour au travail. Enfin, au niveau du contexte professionnel, un manque de compréhension et de collaboration avec l'employeur (Jakobsen & Lillefjell, 2014), l'absence de possibilité de poste adapté (Laisne et al., 2012), et un manque de soutien des collègues ou de l'environnement de travail en général (Campbell et al., 2013) ont une importance non négligeable également.

En ce qui concerne la **fibromyalgie**, la diminution des capacités physiques, un taux élevé de stress, une grande détresse émotionnelle ont été mentionnés comme facteurs entravants. Cependant, d'autres facteurs physiques ont été mentionnés tels que des douleurs persistantes et la fatigue ainsi que des facteurs relatifs au travail comme la répétition et la monotonie des tâches,, les demandes physique du travail ainsi que le manque de compréhension de l'employeur, la difficulté à mettre en place des stratégies d'adaptation de poste et l'impossibilité de travailler à temps partiel (Celentano et al., 2011, Mannerkorpi et al., 2012 ; Palstam et al., 2013).

En ce qui concerne la **lombalgie**, de manière générale, l'âge de la personne au début des douleurs, une absence initiale de longue durée (Poulain et al. 2010), un grand nombre de

journées d'absence au préalable et l'absence de pratique d'un sport (Lindell et al., 2010) sont énoncés comme pouvant entraver le retour au travail.

En ce qui concerne plus spécifiquement la lombalgie chronique, des douleurs persistantes, la fatigue, un manque de soutien social et de contacts sociaux, la nature des tâches à accomplir (par exemple, la monotonie de certaines tâches), un manque de compréhension de l'employeur, l'impossibilité de travailler à temps partiel, mais aussi les demandes physiques du travail et l'absence de valeur accordée au travail (Celentano et al., 2011) sont des facteurs qui semblent freiner la réinsertion au travail.

Concernant la lombalgie subaïgue, le niveau d'éducation de la personne, les horaires de travail, l'appréhension et l'évitement lié au travail, les attentes vis-à-vis du retour au travail, le revenu familial, les préoccupations liées au travail (Truchon et al., 2012) mais également la somatisation, peu d'autorité décisionnelle au travail et le lien auto-rapporté entre les plaintes et le travail (Karels et al., 2010) sont mentionnés.

Enfin, la taille de l'entreprise, l'ancienneté, les circonstances de l'accident qui ont provoqué la douleur (Mazina et al., 2012) mais aussi une méconnaissance de ses propres limites, une diminution des capacités physiques, une douleur persistante et un manque de compréhension de l'employeur (Dionne et al., 2013) sont évoqués comme frein pour le retour au travail des personnes souffrant de douleurs du dos et pour lesquelles nous ne connaissons pas le caractère chronique ou subaïgu de ces douleurs.

Pour terminer, de précédents troubles musculo-squelettiques et la sévérité initiale des douleurs semblent freiner le retour au travail des personnes souffrant de douleurs subaïgues au niveau des bras, de la nuque et des épaules (Karels et al., 2010).

Facteurs entravants	Problématique de santé	Auteurs
<i>Aspects relatifs à la personne</i>		
Méconnaissance de ses propres limites	Lombalgie Trouble musculo-squelettique (TMS)	Dionne et al., (2013) Jakobsen & Lillefjell (2014)
Faiblesse des stratégies d'adaptation au travail par rapport aux symptômes	Fibromyalgie TMS	Palstam et al. (2013) Laisne et al., 2012
Attente d'un rétablissement complet, de récupération de la capacité de travail	TMS Douleurs au dos	Laisne et al., 2012 Hallegraeff et al., 2012
Age (plus avancé)	Blessure du dos Douleurs dos, nuque	Mazina et al., 2012 Lindell et al., 2010
Age au début des douleurs	Maux de dos	Poulain et al., 2010
Faible niveau d'éducation	Maux de dos	Truchon et al., 2012
Manque d'équilibre entre travail et vie privée	TMS	Jakobsen & Lillefjell (2014)
Auto-estimation du moment possible pour la reprise	Douleurs dos, nuque	Lindell et al., 2010 ; Truchon et al., 2012
Pas de pratique d'un sport	Maux de dos	Poulain et al., 2010
Revenu familial avant-taxes	Maux de dos	Truchon et al., 2012
<i>Etat de santé général</i>		
Diminution des capacités physiques	Lombalgie TMS Fibromyalgie	Dionne et al., (2013) de Vries et al. (2012) Mannerkorpi et al. (2012)

Douleur persistante	Lombalgie Fibromyalgie	Dionne et al., (2013), Celentano et al. (2011)
Niveau de fatigue ressentie	Fibromyalgie, Lombalgie	Mannerkorpi et al. (2012), Celentano et al. (2011)
Intensité de la douleur	TMS	Murray et al. (2013)
Douleurs diffuses	Douleurs chroniques	Haukka et al., 2013
Antécédents de TMS	Douleurs bras, nuque, épaule	Karels et al., 2010
Sévérité initiale des douleurs	Douleurs bras, nuque, épaule	Karels et al., 2010
Antécédents d'absentéisme de longue durée	Douleurs dos, nuque	Lindell et al., 2010
Une plus grande durée d'absence initiale	Maux de dos	Poulain et al., 2010
Somatisation	Douleurs bras, nuque, épaule	Karels et al., 2010
Aspects psychosociaux		
Stress, détresse émotionnelle	TMS Fibromyalgie	de Vries et al. (2012) Mannerkorpi et al. (2012)
Appréhension – évitement lié au travail	Maux de dos	Truchon et al., 2012
Manque de soutien familial	Fibromyalgie, Lombalgie TMS	Palstam et al. (2013), Celentano et al. (2011) Jakobsen & Lillefjell (2014)
facteurs professionnels		
Tâches à accomplir (par ex. monotonie)	Fibromyalgie, Lombalgie	Celentano et al. (2011)
Environnement de travail défavorable	Fibromyalgie, Lombalgie	Celentano et al. (2011), Palstam et al. (2013)
Manque de compréhension et de collaboration avec l'employeur	Lombalgie Fibromyalgie TMS	Dionne et al., 2013, Celentano et al. (2011) Jakobsen & Lillefjell (2014)
Pas de travail à temps partiel	Fibromyalgie, Lombalgie	Celentano et al. (2011)
Pas de poste adapté	TMS	Laisne et al. (2012)
Horaires de travail ?	Maux de dos	Truchon et al., 2012
Demandes physiques du travail	Fibromyalgie Lombalgie Blessure du dos	Mannerkorpi et al. (2012), Celentano et al. (2011) Celentano et al. (2011) Mazinal et al. (2013)
Absence d'un coordinateur de retour au travail	Douleurs chroniques	Hamer et al. (2013)
Signification/valeur du travail	Fibromyalgie, Lombalgie	Palstam et al. (2013)*, Celentano et al. (2011)*
Manque de soutien des collègues	Douleurs musculo-squelettiques	Campbell et al., 2013
Circonstances de l'accident	Blessure au dos	Mazina et al., 2012
Long délai entre accident et intervention	Douleurs chroniques en général	Hamer et al., 2013
Peu d'autorité décisionnelle	Douleurs bras, nuque, épaule	Karels et al., 2010
Interférence des douleurs sur les activités de travail	Blessure musculo-squelettique	Murray et al., 2013
Ancienneté	Blessure au dos	Mazina et al., 2012
Lien auto-rapporté entre plaintes et travail	Douleurs bras, nuque, épaule	Karels et al., 2010

Tableau 1 : Facteurs identifiés comme des obstacles au retour au travail

I.6. Stratégies d'intervention en faveur du retour au travail

Cette revue a aussi étudié les facteurs propres aux stratégies d'intervention qui ont démontré un impact favorable sur le retour au travail.

Dans 14 articles, on trouve des éléments pour organiser une intervention. Dans huit des articles, une intervention explicitement axée sur le retour au travail est décrite (O'Hagan, Coutu & Baril, 2013 ; Fisker et al., 2013 ; Stapelfeldt et al., 2011 ; Hamer et al., 2013, Sullivan, Adams & Ellis, 2012 ; Lambeek et al., 2010 ; Jensen et al., 2012 ; Du Bois & Donceel, 2012). Les études de Van Eijk et al. (2013) et de Poulain et al. (2010) évaluent une intervention sur les douleurs et prennent en compte le nombre de journées d'absence comme mesure d'évaluation. Les articles de Shaw et al. (2012), Steenstra et al. (2010), Costa-Black et al. (2010) et Ravenek et al. (2010) contiennent une réflexion sur les pistes à favoriser pour le retour au travail.

I.6.1 Interventions pour le retour au travail

Dans cinq des articles qui décrivent une intervention pour le retour au travail, il s'agit d'une intervention multidisciplinaire avec prise de contact avec l'entreprise du patient (Fisker et al., 2013 ; Stapelfeldt et al., 2011 ; Hamer et al., 2013 ; Lambeek et al., 2010, O'Hagan, Coutu & Baril, 2013). Les interventions décrites par Fisker et al. (2013), Stapelfeldt et al. (2011) et Lambeek et al. (2010) visent des patients souffrants de douleurs du bas du dos, l'intervention d'O'Hagan, Coutu et Baril (2013) des patients avec douleurs persistants après une blessure liée au travail tandis que l'intervention de Hamer et al. (2013) est développée pour des patients qui souffrent de douleurs chroniques.

Dans les interventions multidisciplinaires, les différents intervenants ont leur rôle spécifique.

Dans l'intervention décrite par Fisker et al. (2013), le kinésithérapeute est le coordinateur pour le retour au travail. Il suit le traitement et donne des conseils sur l'activité physique. Il évalue les capacités du patient et les demandes de son milieu de travail. Son rôle est de garder le contact avec le lieu de travail, de faciliter la communication entre les parties prenantes et de veiller à la ligne du temps des interventions. Un assistant social évalue les besoins potentiels de soutien concernant le retour au travail. Un « case manager » issu de l'office municipal de l'assurance-maladie est responsable des compensations économiques et d'initiatives spécifiques pour le retour au travail. Étant donné que ce case manager fait partie de l'équipe multidisciplinaire, les décisions peuvent être prises assez rapidement. Un psychologue cherche à identifier des stressors sociaux et personnels en lien avec les douleurs et le travail. Eventuellement une thérapie cognitivo-comportementale est démarrée. Un médecin du travail est consulté si un lien est suspecté entre le travail et les douleurs, pour des suggestions quant aux tâches qui peuvent encore être effectués ou pour un pronostic de « workability ». Un ergonomiste regarde l'organisation de l'environnement de travail, fait des recommandations pour des adaptations de poste et donne des conseils ergonomiques pour la vie quotidienne. L'ergonomiste prépare un rapport pour l'équipe. Ses conseils ergonomiques sont présentés à l'employeur et au case manager de l'office de l'assurance-maladie, qui ont la possibilité d'autoriser les dépenses nécessaires.

Dans l'intervention décrite par Stapelfeldt et al. (2011), c'est un case manager qui prépare un plan de revalidation avec le patient et une équipe multidisciplinaire. Cette équipe comprend

un spécialiste en médecine sociale, un spécialiste en réhabilitation, un kinésithérapeute, un assistant social et un médecin du travail. L'intervention comprend une évaluation clinique et des conseils par le médecin de revalidation et le kinésithérapeute. Le message sur les douleurs se veut rassurant et l'on conseille un retour graduel aux activités physiques. Le case manager prend contact avec le lieu de travail et le service social pour coordonner les initiatives.

Dans le programme décrit par Hamer et al. (2013), les soins sont données par des médecins, psychologues, des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes thérapeutes cognitivo-comportementaux. Un coordinateur du retour au travail est joint à l'équipe si c'est demandé par l'organisme d'indemnisation des accidents du travail). Le coordinateur du retour au travail est employé par l'hôpital et s'intègre à l'équipe avec l'accord du patient, de l'organisme d'indemnisation et de l'employeur. Il est responsable d'un trajet de retour au travail qui tient compte des besoins physiques spécifiques du patient. Le coordinateur de retour au travail a une formation paramédicale (ergothérapeute, physiothérapeute, kinésithérapeute) et doit avoir des capacités en évaluation ergonomique, adaptation de poste et facilitation. Le coordinateur de retour au travail visite le lieu de travail et réalise des entretiens individuels avec le travailleur, le superviseur, l'employeur et les syndicats pour identifier les obstacles au retour au travail. Lors d'une réunion commune des solutions potentielles sont identifiées. Une visite du lieu de travail avec le patient et les responsables du lieu de travail donne la possibilité de discuter des modifications et aménagements à mettre en place après quoi un plan de retour au travail est développé et implémenté. A chaque moment le coordinateur de retour au travail garde le contact avec le patient. Après le retour au travail du patient un contact de suivi est prévu. Le plan de retour au travail est évalué et les solutions implémentées sont documentées.

Dans une intervention décrite par Lambeek et al. (2010) pour des travailleurs au stade de la lombalgie chronique, l'équipe multidisciplinaire comporte un médecin du travail lié à l'hôpital, un médecin spécialiste, un ergothérapeute et un kinésithérapeute. Le médecin du travail lié à l'hôpital est responsable du planning et de la coordination des soins et de la communication avec les autres professionnels dans l'équipe. L'intervention est un programme intégré, combinant une intervention ergonomique participative sur le lieu de travail et la prise en charge individuelle des composantes physiques et psychosociales du problème. C'est le médecin du travail lié à l'hôpital qui propose une date pour un retour au travail "à l'essai" sans obligation de productivité, et cela en concertation avec le patient et son médecin du travail. La communication dans l'équipe se fait par téléphone, lettres, mail, mail codé, et conférence téléphonique toutes les trois semaines.

Les résultats de ces interventions multidisciplinaires sont plutôt positifs.

Chez Stapelfeldt (2011), le groupe d'intervention montre un retour au travail plus rapide dans un sous-groupe caractérisé par une faible satisfaction au travail. Dans le sous-groupe ayant un niveau élevé de satisfaction de travail, l'effet opposé est observé. On observe un effet favorable pour l'intervention courte dans les sous-groupes où le travailleur peut influencer son planning de travail et chez ceux qui ne risquent pas de perdre leur travail à cause de l'absence maladie. Chez Hamer et al. (2013), on constate que trois mois après le traitement, 14% des patients travaillent. Un plus court délai entre l'arrêt et la mise en œuvre du programme d'une part et la présence d'un coordinateur de retour au travail d'autre part, sont des prédicteurs de retour au travail réussi. Lambeek et al. (2010) observent que la durée

médiane de retour au travail est de 88 jours pour les patients bénéficiant du programme de soins intégrés et de 208 jours pour les soins usuels. Pour le programme décrit par Fisker et al. (2013), les résultats ne sont pas encore publiés .

O'Hagan, Coutu et Baril (2013) ont développé un programme de réinsertion professionnelle selon le model de Sherbrooke en y ajoutant une dimension qui tient compte des interprétations de la douleur par les patients. Le programme de réinsertion compte des composantes d'activation, le développement de stratégies de coping, un soutien pour le retour au travail, la réduction des barrières, des exercices physiques, la simulation du travail, une éducation du patient, des messages rassurants et une intervention sur le lieu de travail sur une période de 12 semaines. L'étude a examiné comment les représentations de la douleur évoluent au cours d'un programme de réinsertion et comment les représentations de la douleur influencent les trajectoires d'adaptation et de récupération. Les représentations corporelles du trouble et des mécanismes de la douleur peuvent s'inscrire dans un schéma de peur et d'évitement ou dans un schéma d'acceptation et peuvent ainsi influencer la récupération du patient. Des stratégies actives qui encouragent une mainmise sur la compréhension du diagnostic pourraient être plus efficaces dans le traitement de la douleur persistante.

Les modalités que les interventions peuvent prendre dépendent aussi de la législation sociale d'un pays. Ainsi il est utile de savoir que les interventions multidisciplinaires décrites ci-dessus ont été développées au Danemark (Fisker et al., 2013 ; Stapelfeldt et al., 2011), au Canada (Hamer et al., 2013 ; O'Hagan, Coutu & Baril, 2013) et aux Pays-Bas (Lambeek et al., 2010).

Jensen et al. (2012) s'appuient sur la fonction du médecin du travail pour le retour au travail. Ils évaluent les effets d'une consultation chez le médecin du travail, se préoccupant des obstacles à la reprise du travail et intégrant la promotion d'une activité physique, sur les douleurs, le fonctionnement et l'incapacité de travail. Les participants sont des patients qui, indépendamment d'une incapacité de travail, expriment des craintes quant à leur maintien en l'emploi . L'intervention consiste en une session chez le médecin du travail (info sur les activités au travail et pendant le temps libre ; enlever des barrières pour le maintien à l'emploi, arriver à une activité physique modérée de 45 minutes 3 fois par semaine, définir un plan individuel en tenant compte de la vie de travail et privé du patient), une visite sur le lieu de travail si nécessaire (médecin du travail, patient et superviseur), un entretien après 6 semaines (respect et adhérence au plan défini avec le médecin du travail) et un suivi à 3 mois avec le médecin du travail. Dans cette étude, le risque d'une incapacité d'au moins 8 semaines était réduit dans le groupe d'intervention.

Chez Du Bois & Donceel (2012) c'est le médecin-conseil de la sécurité sociale qui est mis en avant pour la démarche de retour au travail. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'impact de l'information et des conseils donnés par le médecin-conseil pendant l'évaluation de l'incapacité sur le taux de retour au travail et les rechutes chez les personnes qui souffrent de maux du bas de dos. Un total de 506 assurés sociaux en incapacité de travail ont été attribués au groupe de contrôle (évaluation de l'incapacité) ou au groupe d'intervention (combinaison de conseil et d'évaluation de l'incapacité). Retour au travail, rechute, chirurgie ultérieure, durée du congé maladie sont mesurés pendant une période de 12 mois. Les résultats montrent que les patients qui reçoivent de l'information et des conseils montrent un taux de retour au travail plus élevé. Ce résultat est principalement attribué à un taux de rechute plus bas dans le groupe d'intervention (38%) que dans le groupe contrôle (60%). Les

auteurs concluent que les assurés sociaux en incapacité de travail devraient recevoir des conseils sur les maux de dos pendant l'évaluation du médecin-conseil afin de les rassurer et favoriser un retour au travail précoce et en sécurité avant que les effets secondaires néfastes d'une incapacité de travail prolongée ne s'installent.

Une toute autre approche pour le retour au travail est décrite par Sullivan, Adams et Ellis (2013). Le programme veut favoriser le retour au travail pour les personnes souffrantes de fibromyalgie ou de lombalgie. Dans cette étude, les patients ont participé à un programme d'intervention de 10 semaines (1h par semaine) sur les facteurs de risque (PGAP – Progressive Goal Attainment Program), visant à promouvoir le retour au travail. Les participants ont complété des mesures sur la sévérité de la douleur, la catastrophisme de la douleur, la peur du mouvement, la dépression et l'incapacité auto déclarée à trois moments durant l'intervention. Les auteurs ont utilisé des vidéos éducationnels et des livres d'exercices, pour aborder les risques psychosociaux. Au départ, le programme se focalise sur le développement d'une relation thérapeutique forte. Ensuite, le focus est mis sur le développement d'un schéma structuré d'activités afin de promouvoir un retour aux activités présentes avant blessure/maladie. Finalement, l'intervention vise à encourager des activités qui favoriseront un retour au travail.

La réponse au traitement des personnes atteintes de fibromyalgie a été comparée à un échantillon de personnes souffrant de douleurs chroniques du dos (lombalgie chronique). Le retour au travail a été mesuré via un entretien téléphonique 12 mois après l'intervention. Les analyses ont montré une réduction comparable dans les deux groupes du catastrophisme, de la dépression, de la peur du mouvement au cours du traitement. Cependant les personnes atteintes de fibromyalgie étaient moins susceptibles que les individus avec lombalgie chronique d'afficher des réductions cliniquement significatives de la sévérité de la douleur et de l'invalidité auto-déclarée. De même, les patients atteints de fibromyalgie étaient moins susceptibles de retourner au travail (23%) que les participants avec lombalgie chronique (50%). Les résultats suggèrent que, bien que les individus avec fibromyalgie sont plus résistants au traitement que les personnes atteintes de lombalgie chronique, une proportion importante peut encore bénéficier de la participation à une intervention de sensibilisation avec un objectif de retour au travail.

I.6.2 Interventions de réadaptation « fonctionnelle »

D'autres interventions ne visaient au départ pas explicitement le retour au travail mais ont d'une manière ou d'une autre pris en compte une mesure des journées d'absence.

L'étude de Van Eijk et al. (2013) visait à examiner l'efficacité d'une intervention multidisciplinaire (amélioration du fonctionnement quotidien à travers des stratégies de coping par rapport à la douleur) comparée à des exercices d'aérobique données par des physiothérapeutes, et aux soins habituels chez des patients fibromyalgiques. L'intervention multidisciplinaire comprenait 12 semaines de sociothérapie, de physiothérapie, de psychothérapie et de la thérapie créative (trois demi-journées par semaine), suivie de cinq rencontres ultérieures sur 9 mois. Les exercices d'aérobic ont été donnés deux fois par semaine pendant 12 semaines. Les soins habituels variaient mais incorporent dans tous les cas des conseils éducatifs et de style de vie. Les mesures principales étaient la qualité de vie liée à la santé (HR_QOL), la participation et l'utilisation des soins de santé, et les scores au « Fibromyalgia Impact Questionnaire » (FIQ). Chez le groupe bénéficiant de l'intervention multidisciplinaire, on a observé une amélioration significative de la qualité de vie liée à la santé et une réduction significative du nombre d'heures d'absence pour maladie, du nombre de contacts avec des praticiens et avec des médecins spécialistes. De plus, une amélioration significative a été observée au FIQ avec l'intervention. Cependant, on n'a pas pu observer de différences entre l'intervention multidisciplinaire et les soins usuels sur le long terme.

L'objectif de l'étude de Poulain et al. (2010), était d'évaluer l'efficacité d'un programme de réhabilitation fonctionnelle (functional restoration program) pour des personnes qui souffrent de maux du bas du dos et de déterminer les facteurs prédictifs du retour au travail. Il s'agissait d'un programme intensif de quatre semaines, cinq jours par semaine et six heures par jour. L'équipe multidisciplinaire était composée d'un médecin, un psychologue, un physiothérapeute, un ergonome, un assistant social et un spécialiste en nutrition. Le programme se base sur des exercices physiques, de la relaxation, de l'éducation et de la thérapie cognitivo-comportementale. Les auteurs ont observé que 55% des patients sont retournés au travail après follow-up (la durée du follow-up était en moyenne 3,5 ans). Trois facteurs semblent prédictifs pour le retour au travail: le jeune âge au début des douleurs, la pratique d'un sport, une plus courte durée d'absence initiale.

On ne peut clore cette discussion au sujet des programmes de réhabilitation fonctionnelle sans mentionner les conclusions de la revue Cochrane de Schaafsma et al (2010) et sa mise à jour en 2013. Cette revue systématique avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des programmes de réadaptation physique pour réduire les arrêts de travail chez les travailleurs souffrant de rachialgies. Les auteurs constatent que pour les travailleurs souffrant de rachialgies aiguës, ces programmes n'ont pas plus d'effet sur la durée des arrêts de travail que les soins médicaux usuels. Pour les travailleurs souffrant de rachialgies subaiguës, on observait des résultats contradictoires, mais des analyses par sous-groupes ont montré un effet positif des interventions dont une composante était réalisée en milieu de travail ou incluait une visite dans le milieu du travail. Chez les travailleurs souffrant de rachialgies chroniques, les résultats d'une étude (134 travailleurs) montrent une réduction de la durée de l'absence lorsque le reconditionnement physique est une composante d'un programme intégré de prise en charge. Les résultats agrégés de cinq autres études (1093 travailleurs ; 12 mois de suivi) ont montré qu'un reconditionnement physique intensif n'avait qu'un faible impact sur la durée de l'arrêt de travail, en comparaison des soins usuels. Les auteurs en

concluent que le bénéfice à attendre de ce type de programme lorsqu'il est inclus dans un programme de soins intégrés pour sujets lombalgiques chroniques doit faire l'objet de recherches complémentaires.

I.6.3 Réflexions/revues

La revue de Waddell et Burton (2005) est une synthèse de l'évolution, depuis la fin des années 1980, des perspectives adoptées au sein du monde médical pour le traitement des patients lombalgiques et pour leur revalidation. Ces auteurs qui ont joué un rôle de pionnier dans cette évolution, démontrent toute la pertinence du modèle d'interprétation biopsychosocial pour comprendre l'interaction entre la douleur lombaire ou dorso-lombaire et l'incapacité de travail. Ils soulignent la nécessité d'un changement de paradigme en matière de prise en charge : la revalidation et la réintégration sociale et au travail ne doivent plus constituer une étape qui suit la conduite d'un traitement médical mais doivent faire partie dès le début des symptômes de la prise en charge médicale et professionnelle.

Le modèle biopsychosocial est à ce jour le modèle médical le plus abouti pour comprendre et prendre en charge la douleur chronique. Il reste pourtant, selon Berquin (2010), mal compris et mal utilisé et nécessiterait un ajustement de l'enseignement, de la recherche et du financement. Une pratique clinique inspirée de ce modèle doit en effet intégrer en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale et nécessite une équipe interdisciplinaire et la participation active du patient.

D'autres articles développent une réflexion plus générale sur les programmes de retour au travail.

Shaw et al. (2012) ont tenté d'évaluer chez des adultes avec douleurs récurrentes, dans quelle mesure des programmes d'autogestion de la douleur chronique et de la maladie pourraient être adaptés aux problèmes rencontrés en milieu de travail et mener à de nouvelles pistes d'intervention sur le lieu de travail. Huit programmes de ce type ont été sélectionnés et comparés afin d'en extraire les éléments communs. Ces éléments ont été analysés dans le but d'être appliqués à quatre problématiques au travail identifiées par les travailleurs qui présentent des douleurs récurrentes : l'interférence avec l'activité, les perceptions négatives, les challenges interpersonnels, le manque de flexibilité du travail. Certains éléments ont été identifiés comme pouvant être adaptés aux difficultés sur le lieu de travail. Ils concernent la réduction de la douleur et de l'inconfort, le fait de prendre des décisions éclairées, communiquer efficacement et gérer ses pensées et sentiments. D'autres aspects du travail qui altèrent la faisabilité des stratégies d'autogestion ont été relevés. Il s'agissait du niveau de demande physique, des limitations physiques de la personne, de la marge de manœuvre de l'emploi, de la nature des rôles du travailleur et des relations avec collègues, superviseurs et/ou clients. Les auteurs concluent que les principes et les méthodes des programmes d'intervention d'autogestion peuvent généralement s'appliquer aux problèmes liés à la douleur sur le lieu de travail mais que des formations de psycho-éducation sont nécessaires.

Steenstra et al. (2010) partent de l'idée que le groupe des personnes qui souffrent des maux du bas du dos n'est pas homogène. L'objectif de l'étude est d'identifier des sous-groupes sur base de facteurs de risque et de prédire pour chaque sous-groupe la durée et les rechutes six mois après blessure. Un échantillon de 442 demandeurs de prestations sociales sont divisés

dans un groupe « low risk » (259 personnes retournées au travail environ 1 mois après blessure) et un groupe « high risk » (183 personnes en incapacité). Le dernier groupe est analysé selon des facteurs biopsychosociaux (douleurs, incapacité, appréhension- évitement, demandes physiques, culture de l'entreprise et disability management à l'entreprise). Les analyses ont pu identifier 3 classes : (1) travailleurs qui présentent des problèmes liés au travail, (2) travailleurs qui n'ont pas de problèmes au travail, mais qui présentent des maux de dos et (3) travailleurs qui ont de multiples problèmes (valeurs négatives sur plusieurs échelles et notamment des symptômes dépressifs). Les travailleurs des classes deux et trois ont un taux de retour au travail similaire, mais ce taux est moins favorable que celui de la classe un. Steenstra et al. (2010) en concluent que les différentes classes de travailleurs pourraient bénéficier de interventions différentes.

Ravenek et al. (2010) et Costa-Black et al. (2010) font une revue de la littérature focalisée sur les maux du bas du dos et remarquent une transition vers des approches qui impliquent le lieu du travail. Pour Costa-Black (2010), le retour au travail est généralement bénéfique pour le rétablissement et le bien-être. Dans la plupart des cas, des efforts simples pour identifier et discuter des problèmes liés au travail avec le patient lui-même peuvent conduire à des bons résultats. Certains cas demandent que les médecins communiquent activement avec les employeurs et les médecins-conseil (claim managers) afin d'organiser un retour au travail durable et en sécurité. En ce qui concerne la phase chronique (douleurs, incapacité depuis plus de 4 mois), il est très difficile de prévenir plus d'incapacité de travail ; le patient s'installe dans un système d'opinions et de conseils contradictoires, d'échecs des traitements, de détresse liée aux douleurs, certificats d'incapacité et incapacité de travail. Plusieurs études ont montré l'impact potentiel d'une approche intensive, prolongée, multidisciplinaire sur l'incapacité de travail. Des études impliquant un coordinateur du retour au travail (l'approche propose que la coordination soit-elle faite par un individu hautement qualifié) donnent de l'espoir pour le retour au travail (cost-effective) des patients.

I.7. Conclusions

En ce qui concerne l'influence spécifique du contexte de l'entreprise, la littérature est cohérente pour souligner tout l'impact que peut avoir sur le retour au travail, l'ambiance de travail, la qualité des relations entre collègues ou avec le responsable hiérarchique ou de façon plus globale, le niveau de satisfaction au travail. Il y a là clairement des arguments solides pour améliorer la qualité de vie au travail dans le cadre de la prévention primaire.

La difficulté potentielle que représente l'occupation d'un métier physiquement lourd constitue une deuxième piste d'intervention potentielle: il s'agit ici, non pas tellement de modifier fondamentalement la nature physique de certains métiers, mais de réfléchir à des dispositifs qui vont systématiser dans ces métiers l'accès à un travail adapté transitoire facilitant pour le travailleur la reprise du travail. Comme le souligne un numéro récent de la revue⁴ de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail, France), les politiques à développer à cet effet par les entreprises doivent éviter deux écueils : privilégier des réponses individuelles, au cas par cas, au lieu d'approches collectives adressant les obstacles au maintien dans l'emploi au niveau de l'organisation du travail ou de l'ergonomie des postes de travail ; le second écueil, assez naturel en pratique, est d'aborder

⁴ Travailler avec une maladie chronique évolutive. Travail et Changement n°360, 3^e trimestre 2015

la question à partir de la pathologie dont souffre le travailleur plutôt que d'évaluer l'impact sur le travail.

Au-delà des initiatives ponctuelles témoignant du dynamisme de certaines entreprises ou de la bonne volonté de certains employeurs, il faut considérer avec lucidité la réalité dominante dans les entreprises. Ainsi que le font remarquer Bourgeois et coll. (2015), le maintien au travail des personnes souffrant d'un problème chronique de santé est souvent problématique en raison des contraintes élevées de productivité et de flexibilité liées au contexte économique, mais sans doute aussi en raison d'une idéologie de la performance qui s'accommode mal des variations humaines de celle-ci.

La littérature récente offre cependant des raisons d'espérer une évolution positive dans la mesure où elle témoigne du développement des interventions interdisciplinaires ayant un ancrage sur le lieu du travail. Et il faut souligner que ces interventions ont suivi les lignes qui ont été balisées dans le modèle biopsychosocial et des programmes de réhabilitation. Les acteurs qui sont impliqués dans ce processus sont des médecins spécialistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, ergonomes, assistants sociaux et dans une moindre mesure le médecin du travail et le médecin-conseil. Un de ces acteurs se voit confier le rôle de faire le lien avec le milieu du travail en vue de faciliter le retour progressif au travail.

Il s'agit en tout état de cause d'une évolution que le système belge d'assurance sociale devrait soutenir et encourager à l'occasion de la modernisation envisagée de la nomenclature des soins de santé et lors des évolutions à venir de la réglementation en matière d'indemnités maladie et d'invalidité. Il faut cependant constater que la revue de littérature effectuée apporte en pratique aux responsables de l'assurance soins de santé et indemnités peu de variables validées qui pourraient servir de levier pour favoriser la réintégration au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques. La plupart des éléments mis en évidence dans la littérature sont en effet soit des caractéristiques personnelles, non pertinentes dans le cadre d'un système d'assurance universelle géré par les pouvoirs publics, ou des éléments propres au milieu du travail dont la modification éventuelle sort du champ de compétences de l'INAMI.

Annexe 1 : Abstracts des articles de revue 2005-2010

Berquin A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie.

***Rev Med Suisse* 2010 :1511-1513**

Malgré ses limites, le modèle biopsychosocial est le modèle médical le plus abouti dont nous disposons à ce jour. Il reste pourtant mal compris et mal utilisé. Sur le plan théorique, cet ensemble d'hypothèses explicatives de la santé considère facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité, dans un système de causalités complexes, multiples et circulaires. Une pratique clinique inspirée du modèle biopsychosocial intègre en permanence les perspectives biologique, psychologique et sociale et nécessite une participation active du patient, dont le corollaire est une importance accrue des aspects éducationnels. La relation thérapeutique est donc profondément modifiée. Une meilleure diffusion du modèle biopsychosocial nécessite un ajustement de l'enseignement, de la recherche et du financement de l'acte intellectuel.

Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions.

***Disability & Rehabilitation* 2010;32(8):607-21.**

Purpose. Long-term sickness absence among workers is a major problem in industrialised countries. The aim of the review is to determine whether interventions involving the workplace are more effective and cost-effective at helping employees on sick leave return to work than those that do not involve the workplace at all.

Methods. A systematic review of controlled intervention studies and economic evaluations. Sixteen electronic databases and grey literature sources were searched, and reference and citation tracking was performed on included publications. A narrative synthesis was performed.

Results. Ten articles were found reporting nine trials from Europe and Canada, and four articles were found evaluating the cost-effectiveness of interventions. The population in eight trials suffered from back pain and related musculoskeletal conditions. Interventions involving employees, health practitioners and employers working together, to implement work modifications for the absentee, were more consistently effective than other interventions. Early intervention was also found to be effective. The majority of trials were of good or moderate quality. Economic evaluations indicated that interventions with a workplace component are likely to be more cost effective than those without.

Conclusion. Stakeholder participation and work modification are more effective and cost effective at returning to work adults with musculoskeletal conditions than other workplace-linked interventions, including exercise.

Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, Van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain.

***Scand J Work Environ Health* 2005;31(4):249-57.**

The effectiveness of return-to-work intervention for subacute low-back pain on work absenteeism, pain severity, and functional status was examined by means of a systematic review of randomized controlled trials. Publications in English that met the selection criteria were identified in a computer-aided search and assessed for methodological quality. A best-evidence synthesis was performed instead of statistical data pooling, because of the heterogeneity of the interventions and study populations. Five of nine studies comparing return-to-work intervention with usual care were identified as methodologically high-quality studies. Strong evidence was found for the effectiveness of return to work intervention on the return-to-work rate after 6 months and for the effectiveness of return-to-work intervention on the reduction of days of absence from work after > or = 12 months. It can be concluded that return-to-work interventions are equal or more effective regarding absence from work due to subacute low-back pain than usual care is.

W Kuijer, Johan W. Groothoff, S Brouwer, Jan H. B. Geertzen, P U. Dijkstra Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review

***J Occup Rehabil* (2006) 16:439-467**

Objectives: To provide evidence of predictors for sickness absence in patients with non-specific chronic low back pain (CLBP), distinguishing predictors aimed at the decision to report sick (absence threshold) and decision to return to work (return to work threshold).

Methods: Medical and psychological databases were searched, as well as citations from relevant reviews. In- and exclusion criteria were applied. Two reviewers assessed the methodological quality of the papers independently.

Results: Many different predictors were studied, and few factors were studied more than once. Consistent evidence was found for own expectations of recovery only as predictor for the decision to return to work. Patients with higher expectations had less sickness absence at the moment of follow-up measurement. As

expected, different predictors were found aiming at the absence threshold or the return to work threshold. Furthermore, predictors varied also with the measurement instruments used, timing of follow-up measurements, and definition of outcomes. Until now, too few studies are available to overcome several potential sources of heterogeneity.

Conclusions: No core set of predictors exists for sickness absence in general. The characteristics of the study including the decision to report sick or to return to work determined the influence of several predictors on sickness absence in patients with CLBP. Further research and use of a core set of measurements and uniform definitions are needed to predict sickness absence and return to work in patients with CLBP.

Schaafsma F, Schonstein E, Whelan WM, Ulvestad E, Kenny DT, Verbeek JH. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD001822. doi: 10.1002/14651858.CD001822.pub2

BACKGROUND: Physical conditioning programs aim to improve work status for workers on sick leave. This is an update of a Cochrane Review (Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain) first published in 2003.

OBJECTIVES: To compare the effectiveness of physical conditioning programs in reducing time lost from work for workers with back pain.

SEARCH STRATEGY: We searched the following databases to June/July 2008: CENTRAL (The Cochrane Library 2008, issue 3), MEDLINE from 1966, EMBASE from 1980, CINAHL from 1982, PsycINFO from 1967, and PEDro.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials (RCTs) and cluster RCTs that studied workers with work disability related to back pain and who were included in physical conditioning programs.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias.

MAIN RESULTS: Thirty-seven references, reporting on 23 RCTs (3676 workers) were included, 13 of which had a low risk of bias. In 14 studies, physical conditioning programs were compared to usual care. In workers with acute back pain, there was no effect on sickness absence. For workers with subacute back pain, we found conflicting results, but subgroup analysis showed a positive effect of interventions with workplace involvement. In workers with chronic back pain, pooled results of five studies showed a small effect on sickness absence at long-term follow-up (SMD: -0.18 (95% CI: -0.37 to 0.00)). In workers with chronic back pain, physical conditioning programs were compared to other exercise therapy in six studies, with conflicting results. The addition of cognitive behavioural therapy to physical conditioning programs was not more effective than the physical conditioning alone.

AUTHORS' CONCLUSIONS: The effectiveness of physical conditioning programs in reducing sick leave when compared to usual care or than other exercises in workers with back pain remains uncertain. In workers with acute back pain, these programs probably have no effect on sick leave, but there may be a positive effect on sick leave for workers with subacute and chronic back pain. Workplace involvement might improve the outcome. Better understanding of the mechanism behind physical conditioning programs and return-to-work is needed to be able to develop more effective interventions.

Schaafsma F, Whelan K, Van der Beek AJ, Van der Es-Lambeek LC, Ojajarvi A, Verbeek JH. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain.

Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;8:CD001822. doi: 10.1002/14651858.CD001822.pub3

BACKGROUND: Physical conditioning as part of a return to work strategy aims to improve work status for workers on sick leave due to back pain. This is the second update of a Cochrane Review (originally titled 'Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain') first published in 2003, updated in 2010, and updated again in 2013.

OBJECTIVES: To assess the effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing time lost from work and improving work status for workers with back pain. Further, to assess which aspects of physical conditioning are related to a faster return to work for workers with back pain.

SEARCH METHODS: We searched the following databases to March 2012: CENTRAL, MEDLINE (from 1966), EMBASE (from 1980), CINAHL (from 1982), PsycINFO (from 1967), and PEDro.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials (RCTs) and cluster RCTs that studied workers with work disability related to back pain and who were included in physical conditioning programmes.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias. We used standard methodological procedures expected by The Cochrane Collaboration.

MAIN RESULTS: We included 41 articles reporting on 25 RCTs with 4404 participants. Risk of bias was low in 16 studies. Three studies involved workers with acute back pain, eight studies workers with subacute back pain, and 14 studies workers with chronic back pain. In 14 studies, physical conditioning as part of a return to work strategy was compared to usual care. The physical conditioning mostly consisted of graded activity with work-related

exercises aimed at increasing back strength and flexibility, together with a set date for return to work. The programmes were divided into a light version with a maximum of five sessions, or an intense version with more than five sessions up to full time or as inpatient treatment. For acute back pain, there was low quality evidence that both light and intense physical conditioning programmes made little or no difference in sickness absence duration compared with care as usual at three to 12 months follow-up (3 studies with 340 workers). For subacute back pain, the evidence on the effectiveness of intense physical conditioning combined with care as usual compared to usual care alone was conflicting (four studies with 395 workers). However, subgroup analysis showed low quality evidence that if the intervention was executed at the workplace, or included a workplace visit, it may have reduced sickness absence duration at 12 months follow-up (3 studies with 283 workers; SMD -0.42, 95% CI -0.65 to -0.18). For chronic back pain, there was low quality evidence that physical conditioning as part of integrated care management in addition to usual care may have reduced sickness absence days compared to usual care at 12 months follow-up (1 study, 134 workers; SMD -4.42, 95% CI -5.06 to -3.79). What part of the integrated care management was most effective remained unclear. There was moderate quality evidence that intense physical conditioning probably reduced sickness absence duration only slightly compared with usual care at 12 months follow-up (5 studies, 1093 workers; SMD -0.23, 95% CI -0.42 to -0.03). Physical conditioning compared to exercise therapy showed conflicting results for workers with subacute and chronic back pain. Cognitive behavioural therapy was probably not superior to physical conditioning as an alternative or in addition to physical conditioning.

AUTHORS' CONCLUSIONS: The effectiveness of physical conditioning as part of a return to work strategy in reducing sick leave for workers with back pain, compared to usual care or exercise therapy, remains uncertain. For workers with acute back pain, physical conditioning may have no effect on sickness absence duration. There is conflicting evidence regarding the reduction of sickness absence duration with intense physical conditioning versus usual care for workers with subacute back pain. It may be that including workplace visits or execution of the intervention at the workplace is the component that renders a physical conditioning programme effective. For workers with chronic back pain physical conditioning has a small effect on reducing sick leave compared to care as usual after 12 months follow-up. To what extent physical conditioning as part of integrated care management may alter the effect on sick leave for workers with chronic back pain needs further research.

van Duijn M, Eijkemans MJ, Koes B., Koopmanschap A, Burton AK, Burdorf A. The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to low back pain.

OEM 2010; 67 : 744-750

Objective: To examine the effects of different timing of structured interventions for workers on sick leave due to low back pain on return to work (RTW), and the consequences for costs and benefits.

Methods: Literature reviews were conducted to identify RTW curves and to estimate treatment effects, costs and benefits of structured interventions among workers on sick leave due to low back pain. RTW curves were mathematically described by Weibull functions and intervention effects, expressed by hazard ratios, were used to adjust these Weibull functions. Subsequently, these functions were used to evaluate the theoretical effects of interventions on reduction in number of days on sick leave and on the benefit–cost ratio.

Results: The cost-benefits of a RTW intervention among workers on sick leave due to low back pain were determined by the estimated effectiveness of the intervention, the costs of the intervention, the natural course of RTW in the target population, the timing of the enrolment of subjects into the intervention, and the duration of the intervention.

Conclusion: With a good RTW in the first weeks, the only early interventions likely to be cost-beneficial are inexpensive work-focused enhancements to early routine care, such as accommodating workplaces. Structured interventions are unlikely to have an additional impact on the already good prognosis when offered before the optimal time window at approximately 8 to 12 weeks. The generalisability of the effectiveness of a RTW intervention depends on the comparability of baseline characteristics and RTW curves in target and source populations.

van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, et al. Workplace interventions for preventing work disability.

Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD006955

BACKGROUND: Work disability has serious consequences for all stakeholders and society. Workplace interventions are considered appropriate to facilitate return to work by reducing barriers to return to work, involving the collaboration of key stakeholders.

OBJECTIVES: To determine the effectiveness of workplace interventions compared to usual care or clinical interventions on work-related outcomes and health outcomes; and to evaluate whether the effects differ when applied to musculoskeletal disorders, mental health problems, or other health conditions.

SEARCH METHODS: We searched the Cochrane Occupational Health Field Trials Register, CENTRAL, MEDLINE and EMBASE (EMBASE.com), and PsycINFO databases (to November 2007).

SELECTION CRITERIA: We included randomized controlled trials of workplace interventions aimed at return to work for workers where absence from work because of sickness was reported as a continuous outcome.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Two authors independently extracted data and assessed risk of bias of the studies. Meta-analysis and qualitative analysis (using GRADE levels of evidence) were performed.

MAIN RESULTS: We included six randomized controlled trials (749 workers): three on low back pain, one on upper-extremity disorders, one on musculoskeletal disorders, and one on adjustment disorders. Five studies were rated as having low risk of bias for the sickness absence outcome. The results of this review show that there is moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions to reduce sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. However, workplace interventions were not effective to improve health outcomes among workers with musculoskeletal disorders. The lack of studies made it impossible to investigate the effectiveness of workplace interventions among workers with mental health problems and other health conditions. A comparison of a workplace intervention with a clinical intervention, in one study only, yielded similar results for sickness absence and symptoms for workers with mental health problems.

AUTHORS' CONCLUSIONS: As a result of the few available studies, no convincing conclusions can be formulated about the effectiveness of workplace interventions on work-related outcomes and health outcomes regardless of the type of work disability. The pooled data for the musculoskeletal disorders subgroup indicated that workplace interventions are effective in the reduction of sickness absence, but they are not effective in improving health outcomes. The evidence from the subgroup analysis on musculoskeletal disorders was rated as moderate-quality evidence. Unfortunately, conclusions cannot be drawn on the effectiveness of these interventions for mental health problems and other health conditions due to a lack of studies.

PLAIN LANGUAGE SUMMARY : Workplace interventions for preventing work disability

Six randomized controlled trials involving 749 workers were included in this systematic review. In five studies the workers had musculoskeletal disorders and in one study they had mental health problems. The results of this review show that there is moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions to reduce sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. However, workplace interventions were not effective to improve health outcomes among workers with musculoskeletal disorders. Considering all the types of work disability together, the results showed low-quality evidence that workplace interventions are more effective than usual care in reducing absence from work because of sickness. Unfortunately, no conclusions could be drawn regarding interventions for people with mental health problems and other health conditions due to a lack of studies. In conclusion, care providers could implement workplace interventions in guiding workers disabled with musculoskeletal disorders if the main goal is return to work.

van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave

Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 5;10:CD006955. [Epub ahead of print] Review.

Background: Work disability has serious consequences for individuals as well as society. It is possible to facilitate resumption of work by reducing barriers to return to work (RTW) and promoting collaboration with key stakeholders. This review was first published in 2009 and has now been updated to include studies published up to February 2015.

Objectives: To determine the effectiveness of workplace interventions in preventing work disability among sick-listed workers, when compared to usual care or clinical interventions.

Search methods: We searched the Cochrane Work Trials Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase, and PsycINFO databases on 2 February 2015.

Selection criteria: We included randomised controlled trials (RCTs) of workplace interventions that aimed to improve RTW for disabled workers. We only included studies where RTW or conversely sickness absence was reported as a continuous outcome.

Data collection and analysis: Two review authors independently extracted data and assessed risk of bias of the studies. We performed meta-analysis where possible, and we assessed the quality of evidence according to GRADE criteria. We used standard methodological procedures expected by Cochrane.

Main results: We included 14 RCTs with 1897 workers. Eight studies included workers with musculoskeletal disorders, five workers with mental health problems, and one workers with cancer. We judged six studies to have low risk of bias for the outcome sickness absence.

Workplace interventions significantly improved time until first RTW compared to usual care, moderate-quality evidence (hazard ratio (HR) 1.55, 95% confidence interval (CI) 1.20 to 2.01). Workplace interventions did not

considerably reduce time to lasting RTW compared to usual care, very low-quality evidence (HR 1.07, 95% CI 0.72 to 1.57). The effect on cumulative duration of sickness absence showed a mean difference of -33.33 (95% CI -49.54 to -17.12), favouring the workplace intervention, high-quality evidence. One study assessed recurrences of sick leave, and favoured usual care, moderate-quality evidence (HR 0.42, 95% CI 0.21 to 0.82). Overall, the effectiveness of workplace interventions on work disability showed varying results.

In subgroup analyses, we found that workplace interventions reduced time to first and lasting RTW among workers with musculoskeletal disorders more than usual care (HR 1.44, 95% CI 1.15 to 1.82 and HR 1.77, 95% CI 1.37 to 2.29, respectively; both moderate-quality evidence). In studies of workers with musculoskeletal disorders, pain also improved (standardised mean difference (SMD) -0.26, 95% CI -0.47 to -0.06), as well as functional status (SMD -0.33, 95% CI -0.58 to -0.08). In studies of workers with mental health problems, there was a significant improvement in time until first RTW (HR 2.64, 95% CI 1.41 to 4.95), but no considerable reduction in lasting RTW (HR 0.79, 95% CI 0.54 to 1.17). One study of workers with cancer did not find a considerable reduction in lasting RTW (HR 0.88, 95% CI 0.53 to 1.47).

In another subgroup analysis, we did not find evidence that offering a workplace intervention in combination with a cognitive behavioural intervention (HR 1.93, 95% CI 1.27 to 2.93) is considerably more effective than offering a workplace intervention alone (HR 1.35, 95% CI 1.01 to 1.82, test for subgroup differences $P = 0.17$).

Workplace interventions did not considerably reduce time until first RTW compared with a clinical intervention in workers with mental health problems in one study (HR 2.65, 95% CI 1.42 to 4.95, very low-quality evidence).

Authors' conclusions: We found moderate-quality evidence that workplace interventions reduce time to first RTW, high-quality evidence that workplace interventions reduce cumulative duration of sickness absence, very low-quality evidence that workplace interventions reduce time to lasting RTW, and moderate-quality evidence that workplace interventions increase recurrences of sick leave. Overall, the effectiveness of workplace interventions on work disability showed varying results. Workplace interventions reduce time to RTW and improve pain and functional status in workers with musculoskeletal disorders. We found no evidence of a considerable effect of workplace interventions on time to RTW in workers with mental health problems or cancer.

We found moderate-quality evidence to support workplace interventions for workers with musculoskeletal disorders. The quality of the evidence on the effectiveness of workplace interventions for workers with mental health problems and cancer is low, and results do not show an effect of workplace interventions for these workers. Future research should expand the range of health conditions evaluated with high-quality studies.

Plain language summary : Changes at the workplace for preventing disability in workers on sick leave

Background: Changes at the workplace such as working less hours or lifting less can help workers who are on sick leave get back to work earlier. Helping workers on sick leave get back to work earlier prevents long-term disability. Because there is still uncertainty about the effectiveness of workplace changes, we evaluated whether workplace interventions decrease time to return to work more than usual care or clinical interventions.

Studies: We searched the literature until 2 February 2015. We included 14 randomised controlled trials involving 1897 workers with a follow-up time of one year or more. In eight studies the workers had musculoskeletal disorders, in five studies they had mental health problems, and in one study they had cancer.

Key results: Considering all causes of work disability together, results showed that workplace interventions are effective in helping workers get back to work and in reducing duration of sickness absence. The effectiveness of workplace interventions is questionable regarding lasting return to work and recurrences of sick leave. The effectiveness of workplace interventions differs based on cause of work disability. We found moderate-quality evidence to support the use of workplace interventions in reducing sickness absence among workers with musculoskeletal disorders when compared to usual care. Workplace interventions were also effective in improving pain and functional status among workers with musculoskeletal disorders. The effectiveness of workplace interventions on sickness absence was not evident for workers with mental health problems or cancer. Furthermore, it was not clear whether a workplace intervention should be offered alone or in combination with a cognitive behavioural intervention.

Quality of the evidence

Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain

Best Pract Res Clin Rheumatol 2005 Aug;19(4):655-70

This chapter develops rehabilitation principles for the clinical and occupational management of non-specific low back pain (LBP). Rehabilitation has traditionally been a secondary intervention, which focused on permanent impairment, but this is inappropriate for LBP. Most patients with LBP do not have any irremediable impairment and long-term incapacity is not inevitable: given the right care, support and opportunity, most should be able to

return to work. Rehabilitation should then address obstacles to recovery and barriers to (return to) work. Rehabilitation should not be a separate, second stage after 'treatment' is complete: rehabilitation principles should be integral to clinical and occupational management. It should be possible to reduce sickness absence and long-term incapacity due to LBP by at least 30-50%, but this will require a fundamental shift in management culture.

Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence.

***European Journal of General Practice* 2009;15(2):74-9.**

Background: Low back pain (LBP) is a frequent diagnosis for sickness absence. The process of sick-listing is complex, and the doctor must integrate information from several levels in the decision. Objective: The aim of this paper is to describe the main determinants of sickness absence for LBP.

Methods: We conducted a non-systematic search in Medline and personal files to identify determinants of sickness absence, and structured these into four levels of the sick-listing process. These levels are characteristics of 1) the sick-listed worker, 2) the sick-listing doctor, 3) the workplace, and 4) the cultural and economic conditions of the society.

Results: Important characteristics of the sick-listed person seem to be poor mental health, including negative beliefs about LBP. Also, comorbidity and lack of coping abilities are found associated to sickness absence. The impact of the doctors' personal beliefs about LBP is not clear. Doctors in general seem to be frustrated by their gatekeeper role and the influence of other healthcare providers on the sick-listing decision. The workplace is an important factor in the sick-listing process, but the impact of physical working conditions is of less importance than social support, job control, and demands. On the society level, the economic awards in sickness absence and the general acceptance of being sick listed seem to be of importance for the individual's decision to claim sick leave.

Conclusion: The sick-listing process for LBP is complex, and the determinants are mostly non-medical. It seems important to adopt a broad perspective of how a worker copes with pain and how these coping strategies interact with cultural, economic, and societal determinants of sickness certification.

Zampolini M, Bernardinello M, Tesio L (2007) RTW in back conditions

***Disability and Rehabilitation*, 29:17, 1377-1385, DOI: 10.1080/09638280701314980**

Purpose. Back conditions are a group of impairments that induce limitation of activities and restriction of participation, in particular delaying the Return to work (RTW). The purpose of this review is to analyse the components involved in RTW.

Method. We have included the studies and reviews about the intervention, assessment tools, variables used to forecast the RTW and the cost-benefit ratio.

Results. We found a relevant number of studies concerning back conditions and Return to work. The evidence is moderate and the meta-analysis failed to show strong indications of efficacy.

The better interventions to facilitate RTW are multidisciplinary, not necessarily intensive but taking into account a bio-psycho-social approach. The predictor of RTW does not only concern impairment (pain, rigidity etc.), but the self-estimation of ability is also important to forecast RTW. Intervention seems to be cost-effective if we calculate the saving cost in pension.

Conclusions. Comprehensive bio-psycho-social approaches seem to be the better modality of intervention to facilitate the RTW. More research is needed to obtain more knowledge about these issues. Particular attention should be placed on the choice of outcome measures and the cost-effectiveness of interventions

Annexe 2 : Bibliographie des articles publiés de 2010 à 2015

Article	Journal/Year	Author	Douleurs	Etude	Sujets	N	Pays
The impact of a brief vs. multidisciplinary intervention on return to work remains unclear for employees sick-listed with low back pain	Australian Occupational Therapy (2012), 249	Aas, R.W.	Low back pain	Comment on article			
Quelles possibilités d'insertion socioprofessionnelle pour la personne souffrant de douleur chronique	Louvain Médical (2015), 134; 27-38	Bourgeois P., Willems S., Haenecour L., Berquin A.	Chronic pain, fibromyalgia	Qualit : case study			Be
The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis.	Archives of Occupational and Environmental Health (2013), 86:119-137	Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S. & Dunn, K.M.	Back pain	Review			UK
Fibromyalgia and low back pain: Study of invalidating factors and facilitators to rehabilitation and stay at work. [French]. [References]. Fibromyalgie et lombalgie chronique: Etude des facteurs invalidants et facteurs facilitateurs a la reinsertion et au maintien professionnel.	Douleur et Analgésie (2011), 24,46-49	Celentano, J., Palmaricciotti, V., Nyssen, A.S., Malaise, N., Salamun, I. & Faymonville, M.E.	Fibromyalgia Low back pain		Patients		Be
Back pain and work.	Best Practice & Research Clinical Rheumatology (2010), 24, 227-240	Costa-Black, K.M., Loisel, P., Anema, J.R. & Pransky, G.	Low back pain	Review			Can

Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave?	Journal of Occupation Rehabilitation (2012), 22, 489-502	de Vries, H.J., Reneman, M.F., Groothoff, J.W., Geertzen, J.H.B. & Brouwer, S.	Chronic nonspecific musculoskeletal pain	Quant	Workers – Sick-listed workers	241	NL
Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a systematic review.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:6, 443-58	de Vries, H.J., Reneman, M.F., Groothoff, J.W., Geertzen, J.H.B. & Brouwer, S.	Chronic nonspecific musculoskeletal pain	Review	Working subjects	/	NL
Obstacles to and facilitators of return to work after work-disabling back pain: the workers' perspective.	Journal of Occupational Rehabilitation (2013), 23:2, 280-9	Dionne, C.E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S.R. & Laperrière, E.	Back pain	Qual: focus groups	Participants returned to work and not or recently returned to work	Participants returned to work (9) and not or recently returned to work (10)	Can
Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial.	Spine (2012), 37, 1425-1431	Du Bois, M. & Donceel, P.	Low back pain	RCT	>4 weeks sick-leave	506	BE
What leads to the expectation to return to work? Insights from a Theory of Planned Behavior (TPB) model of future work outcomes.	Work (2013), 46, 25-37	Dunstan, D.A., Covic, T. & Tyson, G.A.	Musculoskeletal injury	Quant: questionnaire	Persons with a work injury	174	Aus
Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: study protocol of a randomized controlled trial.	BMC Musculoskeletal Disorders (2013), 14:93	Fisker, A., Langberg, H., Petersen, T. & Steen Mortensen, O.	Low back pain	Protocol RCT	Sick-listed or at risk of sick-leave	770	DK

A scoping review of the knowledge base in WORK that addresses work related outcomes for individuals with chronic pain	Work (2010), 35:3, 283-99	Gangapersad, J., Brouwer, A., Kurilsky, S., Willis, E. & Shaw, L.	Chronic pain	Literature review				
Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review.	Journal of Physiotherapy (2012), 58	Hallegraeff, J.M., Krijnen, W.P., van der Schans, C.P. & de Greef, M.H.G.	Low back pain	Review				NL
Predicting return to work following treatment of chronic pain disorder	Occupational medicine (2013), 63, 253-259	Hamer, H., Ghandi, R., Wo,g, S. & Mahomed, N.N.	Chronic pain	Quant	Injured workers	1002		Can
Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: a prospective study among Finns.	Pain (2013), 154, 306-312	Haukka, E., Kaila-Kangas, L., Ojajarvi, A., Miranda, H., Karppinen, J., et al.	Musculoskeletal pain	Quant: Survey	Active population	3420		Fin
Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective	Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2014), 21:1, 48-57	Jakobsen, K. & Lillefjell, M.	Chronic musculoskeletal pain	Qual: interview	Employees and employers	6 employees, 5 employers		NOR
Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial addressing experienced workplace barriers and physical activity.	Occupational & Environmental Medicine (2012), 69:21, 21-28	Jensen, L.D., Maribo, T., Schiottz-Christensen, B., Madsen, F.H., Gonge, B., et al.	Low back pain	RCT	Patients	360		DK
Sickness absence in patients with arm, neck and shoulder complaints presenting in physical therapy practice: 6 months follow-up.	Manual Therapy (2010), 15, 476-481	Karels, C.H., Bierma-Zeinstra, S.M., Verhagen, A.P., Koes, B.W. & Burdof.	Arm, neck and shoulder pain	Prospective cohort study	Sick-listed	161		NL

Psychosocial and demographic correlates of employment vs disability status in a national community sample of adults with chronic pain: toward a psychology of pain presenteeism.	Pain Medicine (2013), 14, 1698-1707	Karoly, P., Ruehlman, L. & Okun, M.A.	Chronic pain	Quant: Telephone interviews	Working – On disability	1293	US
Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:5, 355-382	Laisne, F., Lecomte, C. & Corbière, M.	Musculoskeletal disorders	Review	Patients	/	CAN
Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life.	BMJ (2010), 340, 1035	Lambeek, L., van Mechelen, W., Knol, D.L., Loisel, P. & Anema, J.R.	Chronic low back pain	RCT	Sick-listed for at least 12 weeks owing to low back pain	134	NL
Predictors of stable return-to-work in non-acute, non-specific spinal pain: low total prior sick-listing, high self prediction and young age. A two-year prospective cohort study.	BMC Family Practice (2010), 11, 53	Lindell, O., Johansson, S.-E. & Strenger, L.-E.	Non-specific spinal pain (back or neck pain)	Prospective cohort study	Sick-listed 6 weeks – 2 years	125	SWE
Hinders for continued work among persons with fibromyalgia.	BMC Musculoskeletal Disorders (2012), 13, 96	Mannerkorpi, K. & Gard, G.	Fibromyalgia	Qual: focus groups	Employees women	27	Swe
Determinants of sickness absence duration after an occupational back injury in the Belgian population.	American Journal of Industrial Medicine (2012), 55, 270-280	Mazina, D., Donneau, A.-F. & Mairiaux, Ph.	Back injury			11,262	BE
Pain-related work interference is a key factor in a worker/workplace model of work absence duration due to musculoskeletal conditions in Canadian nurses.	Journal of Occupational Rehabilitation (2013), 23:585-596	Murray, E., Franche, R.-L., Ibrahim, S., Smith, P., Carnide, N., Côté, P., Gibson, J., Guzman, J., et al.	Musculoskeletal injury	Cross-sectional survey	Employed nurses	941	Can

A case of mistaken identity? The role of injury representations in chronic musculoskeletal pain.	Disability and rehabilitation (2013), 35:18, 1552-1563	O'Hagan, F.T., Coutu, M.F. & Baril, R.	Pain from work injuries	Qual: Case study, interviews	Work-disabled	16	CAN
Biopsychosocial function analyses changes the assessment of the ability to work in patients on long-term sick-leave due to chronic musculoskeletal pain: the role of undiagnosed mental health comorbidity.	Scandinavian Journal of Public Health (2013), 247-255	Olaya-Contreras, P. & Styf, J.	Chronic musculoskeletal pain	Cross-sectional study	Sick-leave (mean 21 months)	174	Swe
Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health.	BMC Public Health (2012), 12, 1076	Palstam, A., Bjersing, J.L. & Mannerkorpi, K.	Fibromyalgia	Cross-sectional	Working and nonworking women	129	Swe
Factors promoting sustainable work in women with fibromyalgia.	Disability and Rehabilitation (2013), 35: 1622-9	Palstam, A., Gard, G. & Mannerkorpi, K.	Fibromyalgia	Qualitative interview study	Employed women	27	Swe
Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study.	European Spine Journal (2010), 19:1153-1161	Poulain, C., Kernéis, S., Rozenberg, S., Fautrel, B. Bourgeois, P. & Foltz, V.	Low back pain	Prospective study	Sick leave >1 month	105	Fr
Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia.	Disability and Rehabilitation (2012), 34:15, 1277-83	Rakovski, C., Zettel-Watson, L. & Rutledge, D.	Fibromyalgia	Cross-sectional study	People of working age with FM	1702	US
Perspectives on prevention, assessment, and rehabilitation of low back pain in WORK	Work (2010), 35, 269-282	Ravenek, M.J., Bryson-Campbell, M.M., Shaw, L. & Hughes, I.D.	Low back pain	Literature review			

Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace.	Disability and rehabilitation (2012), 34:8, 694-703	Shaw, W.S., Tveito, T.H., Geehern-Lavoie, M., Huang, Y-H., Nicholas, M.K., Reme, S.E., Wagner, G. & Pransky,	Chronic pain	Qual: program evaluation	/	/	US
Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues.	Social Science and Medicine (2010), 71:9, 1557-66	Soklaridis, S., Ammendolia, C. & Cassidy, D.	Low back pain	Qual: focus groups	Workers, employers, unions, health and safety associations, physicians and non-physician clinicians, RTW coordinators, compensation board		Can
Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention.	Musculoskeletal Disorders (2011), 12, 112	Stapelfeldt, C.M., Christiansen, D.H., Jensen, O.K., Nielsen, C.V., Petersen, K.D. & Jensen, C.	Low back pain	RCT	Sick-listed for 3 – 16 weeks	351	DK
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), 20, 394-405	Steenstra, I.A., Ibrahim, S.A., Franche, R.-L., Hogg-Johnson, S., Shaw, W.S. & Pransky, G.S.	Low back pain	Cohort study	Working + sick-listed	442	CAN
Injured workers' construction of expectations of return to work with sub-acute back pain: the role of perceived uncertainty.	Journal of Occupational Rehabilitation (2012), 22, 1-14	Stewart, A.M., Polak, E., Young, R. & Schultz, I.Z.	Back pain	Qual: interviews	Sick leave between 3 and 6 months	18	Can
Targeting catastrophic thinking to promote return to work in individuals with fibromyalgia	Journal of Cognitive Psychotherapy (2012), 26:2, 130-142	Sullivan, M.J.L., Adams, H. & Ellis, T.	Fibromyalgia (chronic low back pain)	Quant	Patients with FM and CLBP	60	Can

Absenteeism screening questionnaire (ASQ): a new tool for predicting long-term absenteeism among workers with low back pain.	Journal of Occupational Rehabilitation (2012), 22, 27-50	Truchon, M. Schmouth, M.-E., Côté, D., Fillion, L., Rossignol, M. & Durand, M.-J.	Low back pain	Quant	Injured workers receiving income replacement	535	Can
Managing pain in the workplace: a focus group study of challenges, strategies and what matters most to workers with low back pain.	Disability and Rehabilitation (2010), 32:24, 2035-45	Tveito, T.H., Shaw, W.S., Huang, Y.-H., Nicholas, M. & Wagner, G.	Low back pain	Qual: focus groups	Workers with LBP	38	US
Medically unexplained chronic pain in Australia: Difficulties for rehabilitation providers and workers in pain	Work (2010), 36:2, 167-79	Wales, C., Matthews, L.R. & Donnelly, M.	Chronic pain	Literature review			Aus
Supervisors' responses to sickness certification for an episode of low back pain: employees' personal experiences.	Disability and Rehabilitation (2011), 33, 1728-36	Wrapson, W. & Mewse, A.J.	Low back pain	Qual: interviews	Employees	16	N-Z

Chapitre II. Cartographie et état d'avancement des initiatives prises en faveur du retour au travail

II.1. Cartographie et état d'avancement des initiatives prises dans le domaine socio-professionnel en Belgique en ce qui concerne les douleurs chroniques.

II.1.1. Méthodologie

Afin de réaliser un inventaire de ces initiatives, l'équipe de recherche a mené une enquête de terrain auprès de cinq groupes-cible (cf. tableau 2 ci-dessous). Pour préparer cette enquête, un guide d'entretien spécifique à chaque groupe-cible a été élaboré (cf. Annexes 3). Outre des questions propres à chaque groupe-cible, les guides d'entretien abordaient trois thèmes communs :

- Prévalence des incapacités de travail répétées dues à des douleurs chroniques
- Profil des personnes concernées par ce type d'incapacité
- Programmes de prévention en entreprise pour faciliter la réintégration des personnes souffrant de douleurs chroniques

Le tableau 2 détaille pour chaque groupe-cible le nombre d'institutions ou de personnes contactées, et le nombre de celles qui ont effectivement accepté l'entretien proposé.

Groupes-cible	Organismes contactés	Entretiens réalisés
Entreprises	FR : 20 grandes + 17 PME NL : 5 grandes	FR : 14 dont 5 dans des PME NL : 2
Services externes de prévention et de protection au travail (SEPP)	FR/NL : 7	FR/NL : 3
Centres de la douleur	FR : 6 NL : 7	FR : 1 NL : 4
Organismes spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées	FR : 1 NL : 1	FR : 1 NL : 1
Associations de patients et ou patients	FR : 7 NL : 10	FR : 1 (collectif) + 9 patients migraineux chroniques NL : 1

Tableau 2 : Synthèse des prises de contact et entretiens menés en Wallonie et en Flandre

- **Entretiens avec des entreprises.** Au total, 42 entreprises ont été contactées et parmi celles-ci, 16 entretiens ont pu être réalisés (voir Table 1) avec des acteurs impliqués dans le processus de retour au travail : 11 dans des grandes entreprises (effectifs variant de 300 à 26000 travailleurs) et 5 dans des PME employant de 100 à 200 travailleurs. Les PME ont

été contactées par le Dr. Sarah Lequeux du service externe de prévention et de protection Cesi. Les interviews ont été menées par téléphone et avaient une durée de 20 à 45 minutes. Ces interviews ont toutes été enregistrées et leurs éléments essentiels retranscrits par la suite. Parmi les personnes interviewées, la majorité était des médecins du travail et des conseillers en prévention, mais dans certaines entreprises, le dialogue concernait le responsable ressources humaines (RH) ou un conseiller du service RH.

A la demande des personnes interviewées, les noms de leurs entreprises ne seront pas divulgués dans ce rapport. Ces entreprises appartiennent à des secteurs très diversifiés : administration publique (1), chimie (2), assemblage automobile (1), carrières (1), services postaux (1), alimentaire (1), transport routier (1), institutions de soins (1), logistique (1), laboratoires (1), soins résidentiels pour personnes âgées (1), fabrication de produits en plastique (1), travail du bois (1), génie civil (1), action sociale (1).

- **Entretiens avec des services externes de prévention et de protection au travail (SEPP).** Trois entretiens téléphoniques ont été réalisés avec un conseiller en prévention - aspects psychosociaux (Idewe), un médecin du travail (Securex) et un médecin du travail-directeur R&D (Mensura).

- **Entretiens avec des centres de la douleur.** Cinq entretiens ont été menés (voir Table 1) avec le chef de service, dans les centres de UCL Saint-Luc, ZOL Genk, ZNA Middelheim et Jessa Hasselt, et avec l'équipe multidisciplinaire au centre UZ Pellenberg (KUL). L'équipe multidisciplinaire comportait le médecin-coordonateur du centre, un médecin, une assistante sociale, une infirmière, un kinésithérapeute et une psychologue. Les entretiens ont cette fois été menés sur place.

- **Entretiens avec des organismes spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées.** Deux entretiens ont été réalisés (voir Table 1) par téléphone, l'un avec l'AWIPH (Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées) en Wallonie et l'autre avec le GTB (Gespecialiseerde Trajectbegeleiding en-Bepaling van personen met een arbeidshandicap) en Flandre. L'entretien du GTB avait été préparé par le directeur du GTB, une collaboratrice et la personne de contact au VDAB (Vlaamse Dienst Voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding).

- **Entretiens avec des associations de patients.** Deux entretiens ont été menés. Le premier s'est déroulé par téléphone avec la collaboratrice spécialisée dans le domaine de la Vlaams Patiëntenplatform ; le second avait un caractère collectif, a été réalisé dans les locaux de la L.U.S.S (Ligue des Usagers des Services de Santé) durant un après-midi et rassemblait des représentants de plusieurs associations de patients. De plus, 9 entretiens ont été réalisés auprès de patients souffrant de migraines chroniques.

II.1.2. Résultats : le point de vue des entreprises

Le nombre de travailleurs concernés

La plupart des entreprises interviewées affirment ne pas être en mesure d'estimer la fréquence des incapacités de travail répétées ou prolongées qui sont dues à des douleurs chroniques au

sein de leur structure. Cette méconnaissance est compréhensible puisque les employeurs n'ont en principe pas accès au diagnostic qui motive l'incapacité de travail.

Une grande entreprise de production estime cependant que 76% des incapacités de longue durée sont liées à des problèmes ostéoarticulaires, le solde étant attribuable à des problèmes psychosociaux.

Les initiatives existantes en matière de réinsertion professionnelle

Toutes les entreprises interviewées affirment disposer de procédures globales pour faciliter la réinsertion au travail de leurs employés. Il s'agit notamment d'une reprise partielle du travail, d'une adaptation du poste (par exemple, une réduction de charge), et/ou d'une adaptation matérielle (par exemple, l'assise) ou organisationnelle (par ex. du télétravail). Il est important de souligner que toutes ces mesures sont non spécifiques aux douleurs chroniques et s'appliquent donc à tous les travailleurs en situation d'incapacité de travail, quelle que soit leur problématique de santé. De plus, la pertinence et l'efficacité de ces mesures sur le retour au travail ne peuvent être évaluées car il n'existe généralement pas, au sein de ces entreprises, d'outils permettant de mesurer l'effet de leurs actions.

Quatre entreprises déclarent néanmoins avoir mis en place des outils de réinsertion performants et systématiques.

La première favorise la réinsertion via un maintien du contact avec le travailleur en incapacité, des visites de pré-reprise, une meilleure coordination des services (Production/SPPT interne et externe/médecin du travail/DRH), mais également la mise en place d'une formation théorique et pratique donnée aux travailleurs sur les risques liés à leur poste de travail. Grâce à ces mesures, une importante diminution de la fréquence, de la durée et des coûts liés aux incapacités de travail a pu être observée. Cette entreprise a aussi établi un système de fiches de pénibilité par poste de travail qui permet à tous les niveaux de la hiérarchie d'avoir une meilleure connaissance des risques et dès lors agir efficacement en cas de problème.

La deuxième, une grande entreprise industrielle, a mis au point un programme intitulé "Care for you". Une infirmière prend contact avec la personne absente, lui pose des questions sur sa maladie et le suivi du traitement; elle donne des conseils au travailleur, explique les possibilités de contact avec l'entreprise et elle peut le référer à un psychothérapeute. Les personnes absentes ont en effet droit à des sessions de psychothérapie payées par l'entreprise. Dans ce processus de suivi, l'infirmière établit un lien avec le responsable RH, et donne des nouvelles du travailleur au superviseur concerné. Les syndicats sont seulement impliqués en cas de problèmes. Après 6 mois d'absence, une consultation est planifiée avec le médecin de travail. Les thèmes abordés sont le suivi du traitement, l'estimation d'une date de retour, les besoins de travail adapté ou de reprise à temps partiel. En cas de maladie chronique, il arrive qu'on fasse la demande d'un « VOP » auprès du VDAB (Vlaamse Ondersteuningspremie : une prime payé par le VDAB à l'employeur pour l'engagement d'une personne avec un handicap). Le programme fait partie de la convention collective de travail de l'entreprise. On réfléchit à la désirabilité et faisabilité d'organiser l'entretien avec le médecin du travail après 3 mois d'absence au lieu de six mois.

Le SEPP de l'entreprise collecte des données sur les causes et la durée des absences, la reprise et le travail adapté. Néanmoins, le « return on investment » du programme est difficile à

démontrer: une baisse des chiffres d'absentéisme est-elle spécifiquement attribuable à ce programme ?

Une troisième entreprise, appartenant au secteur de la logistique, offre la possibilité d'un travail adapté et/ou d'un travail à mi-temps, mais pour une période de 3 mois maximum ; cette possibilité n'est mise en œuvre que si il y a la perspective d'une reprise complète après les 3 mois. Le principe est appliqué avec une certaine souplesse et une attention pour des problématiques « dignes d'intérêt » comme le cancer. Durant cette période transitoire, les employés doivent être capables d'exécuter 80% des tâches de trois "areas" de production de façon à permettre une rotation des tâches au sein de l'équipe. Une procédure permet qu'au début du retour au travail l'employé est accompagné par un collègue, mais cette mesure n'est pas rentable. Il n'y a pas de possibilité d'horaire flexible ou de télétravail. Les acteurs impliqués dans ce cas sont le médecin du travail, le responsable RH, parfois les syndicats ou un ergonome interne à l'entreprise.

Dans une quatrième grande entreprise, appartenant au secteur de la santé, le service du personnel envoie au travailleur après toute absence de 3 semaines, une lettre qui explique qu'il y aura un passage obligatoire chez le médecin du travail et qu'il y a une possibilité de visite de pré-reprise si l'on doit envisager un aménagement du poste ou faire face à des recommandations particulières. Lors de la visite de pré-reprise, le médecin du travail conseille souvent au travailleur de prendre contact avec la hiérarchie, pour voir quelle sera la marge de manœuvre en cas de retour au travail. Selon les cas, il est conseillé d'aller voir la hiérarchie plus ou moins haute (demander de porter moins de charges → hiérarchie directe, demander de ne plus porter de charges est déjà plus difficile, demander de ne plus manipuler des patients → aller voir les RH). Il s'agit de rencontres informelles. Cette procédure est appliquée de façon uniforme à toutes les catégories du personnel. Dans ce cadre, le SIPP, dont fait partie le médecin, travaille en étroite collaboration avec les RH et la hiérarchie.

Il est à noter que deux de ces quatre entreprises observent des rechutes chez les personnes qui ont profité d'un programme ou qui ont repris le travail à temps partiel. Ils indiquent que la gestion de ces rechutes est problématique pour l'organisation de travail.

Les facteurs facilitant ou invalidant le retour au travail

Selon les interlocuteurs des entreprises, les principaux facteurs facilitant la réinsertion professionnelle sont relatifs à l'environnement de travail, bien que la personnalité et la volonté de la personne aient été évoquées par certaines entreprises. Les facteurs cités du point de vue de l'environnement de travail sont les suivants : l'ouverture de l'entreprise à des procédures de retour au travail, la culture de l'entreprise, le contact entre l'employé et l'entreprise durant la période d'absence, le contact entre le médecin traitant et le médecin du travail, les possibilités d'adaptation de poste, la formation donnée aux travailleurs pour éviter de se faire mal. L'implication de toutes les parties prenantes, un suivi efficace de la réintégration, l'engagement politique de la hiérarchie et le soutien des collègues ont également été suggérés.

En revanche, les principaux facteurs faisant obstacle au retour au travail, du point de vue de l'entreprise, concernent davantage l'employé, et en particulier la sévérité du problème médical ; cet élément rendrait difficile pour l'employeur la possibilité d'adapter le travail.

Du côté de l'employeur, le manque de postes légers est indiqué comme un obstacle important au retour au travail. Deux entreprises ont expliqué les raisons pour lesquelles il y a moins de postes légers qu'auparavant ; la mécanisation du travail et les règles de sécurité, devenues plus strictes, ne permettent plus de reclasser facilement les personnes sans formation spécifique. En outre, il est parfois impossible de réserver ce petit nombre de postes légers exclusivement aux personnes sortant d'incapacité; Ces postes doivent être intégrés dans les systèmes de rotation de travail dans le cadre d'un emploi durable.

II.1.3 Résultats : le point de vue des SEPP

Personnes en incapacité de travail de longue durée

Les médecins du travail des SEPP rencontrent les personnes qui sont absentes plus de 4 semaines, souvent en visite de reprise de travail. Selon eux, les troubles qui sont associés avec des absences de longue durée ou répétées sont des troubles musculo-squelettique, des maux de dos et dans une moindre mesure des troubles mentaux. Des blessures aux dos et au poignet sont également mentionnées. Ces troubles sont associés à des plaintes de douleurs.

Ils ne disposent pas de chiffres précis. Selon les médecins interrogés, ces problèmes sont néanmoins plus souvent rencontrés dans les secteurs des soins, des soins à domicile et de l'industrie, chez les travailleurs avec une charge de travail lourde et chez les personnes de plus de 45 ans.

Programmes connus des SEPP

Selon les SEPP, il n'y a pas de programme spécifique pour les personnes souffrant de douleurs chroniques. Certaines entreprises ont mis en place des politiques de gestion de l'absentéisme et de retour au travail ou de gestion des âges (45 +) qui indirectement favorisent le retour au travail.

Une politique de gestion de l'absentéisme peut consister à contacter la personne absente par téléphone afin de préparer la reprise au travail en cherchant par exemple un poste adapté. Souvent c'est le service du personnel en collaboration avec les superviseurs et parfois une équipe socio-médicale qui sont impliqués dans cette démarche.

Une étude faite par Mensura en 2012 chez 700 employeurs montre que seulement 14% des employeurs ont mis en place un tel programme et que 34% développent des mesures « ad hoc ». Celles-ci consistent par exemple à conseiller le travailleur de consulter le médecin-conseil qui peut l'orienter vers des instances pouvant intervenir dans un parcours de réinsertion, en adaptant le poste de travail via des subsides du Fonds de l'expérience professionnelle et du VDAB, ou encore on propose des phases de télétravail.

Malheureusement, ces mesures sont souvent réduites à un contrôle médical sur la raison de l'absentéisme. Bien que les employeurs se montrent plus satisfaits de mesures préventives en matière de promotion de la santé et de diminution des risques psychosociaux, c'est le contrôle médical qui reste en pratique la mesure la plus utilisée en matière d'absentéisme.

Le programme de gestion des âges mentionné a pour but de maintenir et de développer les compétences et les qualifications des travailleurs en leur donnant l'accès à des formations. Il

peut également consister en un aménagement du temps de travail par l'introduction d'un jour de congé supplémentaire par tranche de 10 années d'ancienneté dans l'entreprise.

Le programme de prévention des maux de dos du FMP a également été cité.

Le projet « Activ84worK » veut soutenir des personnes souffrant d'une maladie chronique, notamment la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse, dans le maintien de leur emploi. Le projet prévoit le suivi et le soutien de 20 personnes qui souffrent de la maladie de Crohn. Cette affection inflammatoire chronique touche essentiellement la partie active de la population dans la tranche d'âge de 15 à 45 ans. Les symptômes sont la diarrhée, les maux de ventre, la perte de poids, la fièvre et la fatigue. Selon une enquête, près de 40% de ces patients ont changé de métier ou de fonction au moins une fois à cause de leur affection et 59% d'entre eux estiment que leur maladie entrave leur développement professionnel. Pour les participants, le télétravail sera organisé en concertation avec l'employeur. Ce projet résulte d'une collaboration entre AbbVie, Mensura, Proximus, SD Worx, UZ Leuven et l'association de patients 'CCV vzw'. Les premiers résultats sont attendus au début de l'année 2016.

Les facteurs invalidant ou facilitant le retour au travail

Les facteurs invalidants mentionnés par nos interlocuteurs des SEPP ont souvent trait à l'entreprise : volonté d'un retour à 100% (voire à 150%) de la part de l'employeur : il faut que la personne concernée puisse assumer entièrement son travail ; pas de possibilités d'adaptation du poste de travail ; pas de plan de reprise du travail : pour ces cas-là, on les laisse aller et un moment donné on se demande « qu'est-ce qu'on fait ? ». La rupture de contact entre le travailleur et le milieu de travail lors de son incapacité de travail, est un facteur négatif pour le retour au travail. D'autres facteurs ont à voir avec la collaboration entre médecins. Il n'y a pas assez de dialogue entre les différents intervenants médicaux ; médecin généraliste, médecin du travail et médecin conseil. Le médecin du travail voit la personne en bout de course, il n'est pas associé initialement au processus de retour au travail. Si, en plus, le discours du médecin traitant est plutôt négatif, cela devient très difficile de réinsérer quelqu'un.

Selon nos interlocuteurs, il faudrait privilégier une vraie politique de gestion de l'absentéisme et de retour au travail et pas uniquement des mesures au cas par cas. Une réflexion et une cartographie au préalable des endroits où on peut créer du travail adapté, est nécessaire. Il faut en outre une réflexion sur le statut de ces postes : sont-ils permanents ou temporaires ? Ensuite, il faut réfléchir à la communication au personnel de la politique d'absentéisme. Cette réflexion doit être menée avec le CPPT et les syndicats. L'implication de la hiérarchie et des superviseurs est aussi primordiale.

Nos interlocuteurs nous ont fait part de quelques réflexions complémentaires concernant les approches à développer pour le retour au travail.

Dans le cas des douleurs chroniques, il s'agit en général de plaintes non-visibles. Dès lors, la politique de réintégration ne devrait-elle pas être d'abord correctement implémentée pour des personnes avec des incapacités physiques visibles pour la rendre par la suite fonctionnelle pour les personnes souffrant de douleurs chroniques et de troubles mentaux ?

Il est important que le médecin du travail ait un rôle actif mais actuellement, il y a débat sur les implications financières. Dans le cadre législatif actuel, les SEPP sont réticents à

promouvoir une telle approche. Cela les mènerait en effet à faire face à plus de demandes pour des activités qui sont déficitaires : les consultations en vue d'une réintégration au travail sont chronophages, avec des coups de téléphone supplémentaires, et les consultations de suivi, fréquentes, ne peuvent pas être facturées aux entreprises affiliées.

II.1.4 Résultats : le point de vue des centres de la douleur

Les populations, métiers et types d'activités à risque en termes de désinsertion professionnelle

Les interlocuteurs soulignent que c'est l'interaction de plusieurs facteurs qui détermine si une personne continuera à travailler ou pas. Les éléments qui jouent un rôle dans ce processus sont le diagnostic médical, l'impact fonctionnel du problème médical, la phase de la maladie, le type de travail, l'impact financier de la maladie, le contexte familial et social, l'attitude de l'employeur, la personnalité du patient (par ex. perfectionnisme), ... On ne peut pas isoler un des éléments. Un des centres souligne que même avec des années d'expérience, il est difficile de prédire qui parmi les patients va reprendre le travail.

Quelques éléments sont néanmoins soulignés par nos interlocuteurs : les personnes d'une classe sociale plus basse, sans formation professionnelle spécifique, qui font un travail physique lourd (nettoyage, construction par exemple) sont plus vulnérables. La présence simultanée de plusieurs facteurs psychosociaux (« yellow flags ») et le fait que les douleurs soient de caractère répandu ou diffus, sont des facteurs négatifs pour le retour au travail. Ces facteurs sont également ceux reportés dans la littérature scientifique. Les personnes chez lesquelles les thérapies ou les procédures chirurgicales n'ont pas fonctionné seraient aussi plus vulnérables au risque de désinsertion professionnelle.

Un des médecins remarque que certains patients avec un trouble de la personnalité, souvent en relation avec des situations traumatiques dans le passé, et avec des traits de comportement manipulateur, arrivent à exploiter le système médico-social, ce qui fait que ces patients ont parfois très peu de motivation au changement.

Les médecins des centres interrogés estiment qu'il n'y a pas vraiment de différences entre les différents types d'activités professionnelles en matière de probabilité de retour au travail. Ils précisent que de manière générale, les métiers qui sont les plus compatibles avec une reprise du travail sont ceux qui sont suffisamment souples en terme de temps de travail (reprise partielle possible) ainsi que ceux qui permettent de bouger (ne pas être assis ou debout toute la journée). L'idéal est que la personne puisse adapter son rythme de travail en fonction de ses douleurs du jour.

Les initiatives existantes en matière de réinsertion professionnelle

Les interlocuteurs sont unanimes pour dire qu'ils n'ont pas connaissance d'initiatives concrètes dans les entreprises en Belgique.

Du côté francophone, les centres de la douleur incitent leurs patients à prendre contact avec l'AWIPH. Le centre des Cliniques universitaires Saint-Luc a simplement connaissance de mesures qui sont principalement mises en place pour les lombalgies, et cela en collaboration avec un ergonomiste (probablement dans le cadre du programme « dos » du FMP).

Les centres néerlandophones incitent les patients à prendre contact avec le GTB ; il arrive aussi qu'un assistant social accompagne le patient à son premier rendez-vous au GTB. Le VOP (Vlaamse ondersteuningspremie) est une mesure flamande que les interlocuteurs trouvent très efficace pour garder les personnes au travail. Les initiatives du Fonds des maladies professionnelles ont été mentionnées également.

Un médecin mentionne la possibilité d'un trajet de réintégration via l'Inami moyennant l'accord du médecin de la mutualité.

Cependant, il y a, dans tous les cas, une grande méconnaissance des initiatives existantes. Il semble que l'information n'arrive pas jusqu'aux médecins des centres. Même ceux qui s'intéressent particulièrement à ce sujet disent ne pas pouvoir trouver l'information.

Selon nos interlocuteurs, c'est parce que les patients n'ont pas connaissance des différentes possibilités qu'ils prennent peu ou pas d'initiative en matière de reprise du travail. Les médecins remarquent cependant une demande active de reprise de travail chez certains patients. Un des médecins évoque que 30 à 40 % de ses patients ont une demande active de reprise de travail.

Dans un autre centre, lors de la première consultation, le médecin pose une question ouverte quant aux attentes relatives à la prise en charge : 5% des patients répondent alors « la reprise du travail ». Il y a en outre encore 10% de patients qui mentionnent de façon spontanée pendant la première consultation qu'ils aimeraient bien reprendre le travail. Ces 15% de patients posent donc des questions spontanées concernant la reprise de travail. Il s'agit ici de patients dont la durée d'incapacité est en moyenne de 76 mois.

Les facteurs facilitant ou invalidant le retour au travail

Les facteurs facilitants ne sont pas décrits dans cette section dans la mesure où ils constituent l'image en miroir des facteurs cités précédemment (par exemple, bonnes relations versus mauvaises relations au sein de l'équipe de travail).

Les freins mentionnés par les différents interlocuteurs peuvent être organisés selon le modèle d'incapacité développé par Loisel et al. (2001), (Franche et al. 2005) qui envisage l'incapacité de travail comme une interaction complexe entre le système personnel du patient d'une part, et les différents systèmes sociaux d'autre part (soins de santé, milieu de travail, système législatif et d'assurance). Ci-dessous, nous reprenons les éléments cités pour ces différents systèmes.

Au niveau personnel :

- La douleur
- La fatigue
- La réduction de la condition physique
- Les troubles cognitifs
- L'anxiété et la dépression
- La fluctuation des symptômes dans le temps
- L'aspect fonctionnel, la revalidation
- Peur d'une rechute
- Les représentations et croyances concernant le risque du travail pour la santé
- Manque de motivation

- Niveau d'éducation plus bas
- Personnes qui pensent qu'une reconversion n'est pas possible pour eux
- Personnes vulnérables sur le plan psychosocial, qui vivent des situations sociales difficiles, par ex élever seul un enfant
- Obligations extra-professionnelles (tâches familiales et ménagères)

Au niveau des différents systèmes sociaux :

En ce qui concerne le système de santé, les mentalités en matière de prescription d'un arrêt de travail doivent encore évoluer. Cela prendra du temps avant que toutes les lignes de soins soient sur la même longueur d'onde.

En ce qui concerne le système législatif et d'assurance, on relève les différents facteurs suivants :

- Méconnaissance chez les patients
- Méconnaissance chez les employeurs
- Manque de « incentives » financiers
- Peu de possibilités de retour au travail progressif
- Peur de perte d'indemnités, peur des conséquences pour les revenus
- Peur des conséquences financières des rechutes

Enfin, en ce qui concerne le système de l'entreprise, on souligne :

- Travail physique : reconversion professionnelle plus difficile
- Rôle ambigu du médecin du travail, payé par l'employeur : on a peu de confiance en lui
- Besoin pour les employeurs d'employés qui travaillent à 100%, ce qui ne sera plus possible pour les personnes qui souffrent de douleurs chroniques
- Contraintes de productivité et de flexibilité
- Manque de soutien de la part des collègues
- Pénibilité des déplacements domicile-travail

Il est important de souligner que selon quatre des cinq centres interviewés, les facteurs clés pour une réinsertion professionnelle réussie sont essentiellement personnels et sociaux. En effet, contrairement aux témoignages que nous avons recueillis au niveau des entreprises, les raisons professionnelles ont été peu mentionnées par les médecins que nous avons rencontrés. Par contre, ils soulignent qu'ils voient en général le patient assez tard dans le processus (après de multiples échecs de traitement, durée moyenne de la douleur chronique 7 années) ce qui ne facilite pas l'orientation du travail thérapeutique dans la perspective d'un retour au travail.

II.1.5 Résultats : le point de vue des organismes spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées

En région flamande, le GTB met un fort accent dans ses actions sur les capacités restantes de la personne. L'offre de services se veut très accessible : des essais de travail peuvent être entamés via des stages ou du bénévolat, et le patient peut évoluer ensuite vers un emploi

rémunéré. On offre des formations, un apprentissage sur le lieu de travail, un coaching sur le lieu de travail et un travail progressif pour les personnes en incapacité de travail. L'objectif est d'arriver à trouver une place sur le marché du travail qui soit durable dans le temps. Le GTB est demandeur d'une plus grande collaboration avec un partenaire médical dans le processus du retour au travail. Il aimerait voir plus de possibilités de reprise progressive du travail (avec un filet de sécurité d'indemnités de remplacement) et la reconnaissance des sessions « travail » avec un thérapeute de travail. Il aimerait pouvoir offrir un vrai travail sur mesure avec plus de soutien aux employeurs dans le privé.

En région Wallonne, l'AWIPH met en place différentes actions pour aider les personnes à se réinsérer au travail. Tout d'abord, des primes de compensation sont proposées à l'employeur. Ces primes ont pour but de dédommager l'employeur en cas d'absence du travailleur pour se rendre à des rendez-vous médicaux, pour permettre à ce dernier d'avoir un rythme de travail adapté et d'être donc moins rentable, ou encore afin de solliciter l'aide de certains collègues pour effectuer ses tâches de travail. L'AWIPH propose ensuite l'intervention d'un ergonome sur le lieu de travail afin de proposer des aménagements de poste. Enfin, elle propose des plans de réinsertion qui consistent soit en un contrat d'adaptation professionnelle d'une durée maximum de 3 ans, soit en un ou plusieurs stages de découverte pour faciliter la réinsertion professionnelle des personnes qui cherchent à se réorienter. Il n'existe pas au sein de l'AWIPH de procédures spécifiques pour les personnes souffrant de douleurs chroniques. Il s'agit donc des mêmes procédures pour toutes les problématiques de santé entraînant un handicap. Il existe pourtant de nombreuses demandes pour des cas de douleurs chroniques, et principalement en ce qui concerne les lombalgies. Ces dernières années, de plus en plus de demandes d'intervention pour des cas de fibromyalgie ont également été introduites. Cependant, notre interlocuteur nous indique que les chances de réussite pour les cas de fibromyalgie sont très minces. En effet, il s'agit pour l'AWIPH de cas très complexes : « ces personnes ressentent des douleurs à de nombreux endroits du corps et il est souvent impossible de répondre à toutes leurs demandes. Il s'agit d'une combinaison de trop de facteurs négatifs ». En revanche, les interventions pour des cas de lombalgie, souvent réalisées via l'intervention d'un ergonome sur le poste de travail, fonctionnent relativement bien. De manière générale, si l'on ne tient pas compte de la difficulté à gérer les cas de fibromyalgie, les procédures mises en place par l'AWIPH sont pertinentes pour les maladies chroniques ; le responsable interrogé ne voit pas en quoi des procédures plus spécifiques à ces pathologies seraient utiles.

II.1.6. Résultats : le point de vue des associations de patients

En ce qui concerne la connaissance d'initiatives de réinsertion professionnelle dans les entreprises, la Vlaams Patiëntenplatform (VPP) mentionne que les assistants sociaux du MS-liga (= Ligue de la sclérose en plaques) prennent contact avec les entreprises pour leurs membres.

En 2013, le VPP a réalisé une enquête "Travailler avec une maladie chronique" qui a été remplie par 728 patients : 44% de ces patients étaient au travail et 53% d'entre eux ont indiqué être gênés par la douleur au travail. Selon le VPP, le système actuel d'indemnités (systeem van toegelaten arbeid) n'est pas assez flexible. Le système n'offre pas de solution aux personnes qui veulent diminuer leur temps de travail à cause de leur maladie ou qui sont régulièrement absentes à cause de la maladie. Selon eux, une alternance aisée entre périodes

de travail et périodes d'incapacité devrait être possible. L'insécurité financière perçue par l'assuré est un frein pour le retour au travail. On devrait pouvoir informer clairement le patient à propos des conséquences financières d'un retour au travail, ou de l'échec éventuel de celui-ci. Pour le processus de la réinsertion, il faut mettre l'accent sur les capacités restantes.

L'entretien collectif organisé par la L.U.S.S rassemblait 4 associations de patients distinctes : Focus Fibromyalgie Belgique, La maladie de Verneuil en Belgique, Association Crohn-RCUH (rectocolite ulcéro-hémorragique) et Psytoyens. Notons que le représentant de Psytoyens est également un patient de Focus Fibromyalgie qui s'est principalement exprimé sur cette dernière problématique. Selon nos intervenants, il existe un réel manque d'informations de la part des employeurs concernant les possibilités de réinsertion au travail de ces patients.

Les intervenants souffrant de fibromyalgie ont indiqué éprouver de grandes difficultés à se maintenir au travail. Certains patients aimeraient rester au travail mais se sentent souvent incapables de travailler à temps plein. Depuis la dernière réforme du chômage, ils affirment avoir des problèmes avec l'ONEM en raison d'un trop faible nombre d'heure de travail par semaine (par exemple, 15 heures). Ces personnes aimeraient rester actives via le bénévolat (par exemple, dans une association de patients), ce qui leur est souvent interdit depuis la réforme. La fondatrice de l'association nous indique qu'il est très rare de rencontrer des patients de l'association maintenus au travail. Elle dialogue le plus souvent avec des personnes qui ont perdu leur travail. Selon elle, contrairement à d'autres maladies chroniques, les patients fibromyalgiques souffrent 7/7 jours, 24/24 heures, ce qui engendre une importante fatigue physique et un état dépressif chez beaucoup de patients. Il est donc souvent impossible pour ces personnes de travailler à temps plein, un temps partiel étant déjà très épuisant physiquement. Plus que des possibilités de réinsertion au travail, l'association des patients fibromyalgiques aimerait obtenir une reconnaissance de leur incapacité à travailler. En effet, selon les personnes rencontrées, la plupart des fibromyalgiques sont tout simplement incapables de se maintenir au travail et sont constamment accusés de ne pas y parvenir.

L'association Crohn-RCUH accorde une grande importance à l'information des patients, tant au point de vue médical que social. Les bénévoles de l'association se chargent également de prendre contact avec les employeurs pour les informer de ce qu'est réellement la maladie de Crohn. Pour l'intervenant de cette association, la situation de travail des patients est cependant quelque peu différente de celle des patients fibromyalgiques : les personnes souffrant de cette maladie sont en mesure de travailler lorsqu'ils ne sont pas en période de crise. Il s'agit donc pour ces personnes de trouver un lieu de travail qui accepte de courtes périodes d'absence en cas de crise. Cela fonctionne relativement bien dans de petites entreprises ; en revanche, dans de grandes entreprises où prime la rentabilité des employés, cela n'est généralement pas tenable. La plupart des patients de l'association parviennent donc à se maintenir au travail dans ces petites entreprises, le travail dans ces structures faisant parfois suite à la perte d'un emploi dans de plus grandes structures.

Selon notre intervenante, la situation est très complexe pour les patients souffrant de la maladie de Verneuil. Lorsque les personnes qui en souffrent sont en état de crise, il leur est impossible de se rendre au travail. Cependant, cette maladie très peu connue du grand public n'est pas facile à aborder avec l'employeur. En conséquence, les malades éprouvent de grandes difficultés à dialoguer avec leur hiérarchie à ce sujet et se sentent dès lors fortement

démunis face à leur situation. L'association souhaiterait que les patients puissent bénéficier des interventions de l'AWIPH mais celles-ci sont généralement refusées. Leur mission est principalement d'informer le patient et le soutenir notamment après la perte d'un emploi et les problèmes financiers qui en découlent. Avant même d'aborder les possibilités de réinsertion professionnelle des malades, l'association est davantage en demande d'une reconnaissance de la maladie de Verneuil.

Parmi les associations que nous avons rencontrées, l'association Crohn-RCUH est donc la seule à avoir mis en place des actions concrètes concernant la situation professionnelle de ses patients, qu'il s'agisse de l'information des possibilités existantes en matière de maintien au travail, ou en faisant office de personne relais entre le malade et son employeur. Les différentes associations ont affirmé de pas avoir mené d'enquêtes concernant l'insertion au travail de leurs membres et ne disposent pas d'un enregistrement précis de données concernant les membres (âge, sexe, qualification, type d'emploi, conditions de travail, etc.).

Dans le cadre de cette étude, nous avons aussi cherché à spécifier les difficultés liées au travail des personnes souffrant de migraines chroniques. Un mémoire a été réalisé par Mlle Beaumel (2015)⁵ sous la supervision du Prof. Nyssen. Neuf patientes atteintes de migraines chroniques via le ont été interviewées centre d'algologie du CHR (Pr J. Schoenen). Ces neuf patientes sont à la fois très présentes au travail et très absentes, oscillant suivant les épisodes de migraines entre ces deux comportements. L'imprévisibilité de la migraine constitue une difficulté majeure tant pour la personne souffrant que pour l'employeur. On estime que 20% des patients souffrant de migraines chroniques font preuve de surprésentisme. Monneuse (2013)⁶ désigne par « surprésentisme », les personnes qui se rendent au travail malgré leur maladie. D'après la littérature, une migraine engendre une perte de productivité d'environ 20 à 30%. Le surprésentisme est souvent présenté comme l'antagoniste de l'absentéisme voire même parfois comme un antidote. Johns (2010)⁷ propose d'envisager ces deux comportements comme complémentaires. Hansen et Anderson (2008)⁸ observent que ceux qui ont fait acte de surprésence plus de 6 fois dans l'année accroissent de 74% le risque de devoir interrompre leur activité professionnelle plus de deux mois. D'après Monneuse, il y aurait un lien de cause à effet entre le surprésentisme et l'absentéisme par l'amplification des problèmes de santé due à une absence de repos salubre. Les facteurs les plus fréquemment cités par ces patients migraineux comme entravant le maintien au travail sont l'environnement physique et en particulier les conditions de luminosité et l'ambiance thermique puis les contraintes temporelles, l'autonomie et les responsabilités.

⁵ Beaumel, A. Mieux comprendre la migraine chronique : analyse du quotidien de migraineux chroniques au travail. Travail de fin d'étude, FAPSE, Université de Liège, Belgique, 2015.

⁶ Monneuse, D. Le surprésentisme : travailler malgré la maladie. Bruxelles, Belgique: De Boeck, 2013.

⁷ Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31 : 519-542. doi : 10.1002/job.630 .

⁸ Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work—What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?. *Social science & medicine*, 67 : 956-964.

II.1.7. Confrontation des différents points de vue

Lorsque l'on compare les points de vue des différents interlocuteurs rencontrés, un certain nombre d'observations méritent d'être soulignées.

- Il est probable que les représentations que se font les personnes interviewées des personnes souffrant de douleurs chroniques font en réalité référence à des populations de travailleurs ou patients différents ; pour les entreprises et les médecins du travail, il s'agit le plus souvent de personnes présentant des absences récidivantes ou des absences d'une durée se comptant en mois en général et beaucoup plus rarement en années, et ces personnes ont encore un lien d'emploi avec l'entreprise; pour les centres de la douleur et certaines associations de patients, les patients évoqués sont des personnes souffrant de douleur depuis de nombreuses années et dont la majorité ont perdu leur contrat de travail.
- Les entretiens montrent qu'en réalité la fréquence des incapacités de travail dues aux douleurs chroniques est peu visible et peu perçue par les acteurs concernés : dans les centres de la douleur l'incapacité de travail est encore souvent une dimension secondaire pour les équipes, tandis que dans les entreprises l'importance du phénomène est probablement sous-estimée puisque les employeurs n'ont pas connaissance du diagnostic justifiant l'absence au travail.
- Dans les SEPP et pour les médecins du travail en particulier, il y a une conscience marquée de leur rôle potentiel pour aider ces personnes à rester en emploi, mais ces acteurs ne sont pas prêts à investir le temps nécessaire à cette fin, au vu des conditions actuelles de financement des services.
- Si tant les centres de la douleur que les entreprises soulignent qu'un obstacle important à la réintégration concerne des facteurs personnels (sévérité de la douleur, motivation), les entreprises insistent sur les facteurs facilitants que peuvent constituer les adaptations du poste de travail ; les centres de la douleur n'évoquent pas ces aspects facilitants au sein du milieu du travail
- La demande sociale en faveur du maintien dans l'emploi est fort variable d'une association de patients à l'autre, et certaines associations sont avant tout préoccupées par la reconnaissance du statut de douloureux chronique et de l'invalidité complète qui devrait, selon elles, y être associées.
- Les deux organismes spécialisés en charge de l'intégration des personnes handicapées insistent sur le caractère essentiel d'une reprise du travail progressive pour augmenter les chances d'une réintégration réussie ; un des deux organismes (l'Awiph) a souligné les différences de pronostic entre les personnes se plaignant de douleurs diffuses (fibromyalgie notamment) et celles se plaignant de douleurs localisées (lombalgies notamment)

II.2. Classification et diagnostic : définition des troubles entrant dans le champ des douleurs chroniques

Au cours des entretiens réalisés avec les différents centres de référence belges de la douleur, trois classifications distinctes des douleurs chroniques ont été identifiées.

Une première classification (voir Tableau 3) a été établie par le centre de la douleur du CHU de Liège à partir de l'analyse des caractéristiques de 1832 patients douloureux chroniques pris en charge dans ce centre et a fait l'objet d'une publication scientifique peer-reviewed (Faymonville et al. 2014). Cette classification, élaborée sur base de la pratique, vise principalement à déterminer le groupe cible d'une éventuelle intervention de réinsertion professionnelle. Lors des entretiens menés dans d'autres centres de la douleur (pour rappel, UCL Saint-Luc, ZOL Genk, UZ Pellenberg, ZNA Middelheim, Jessa Hasselt), une seconde classification a été évoquée (voir Tableau 4). Celle-ci a été établie dans le cadre d'une recherche nationale coordonnée par le SPF Santé Publique et est actuellement utilisée par les 35 centres de la douleur actuellement référencés en Belgique pour collecter des données épidémiologiques relatives aux douleurs chroniques. Dans le centre de l'UZ Pellenberg, on utilise un système de classification dont les catégories et les sous-catégories sont basées sur des programmes de soins (voir Tableau 5). Nous constatons donc qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus strict sur l'utilisation d'une seule classification en Belgique.

A l'échelle internationale, d'autres classifications sont disponibles, en particulier la classification proposée par la Société Internationale de l'étude de la douleur (IASP 1994). Cette dernière classification propose de classer les diagnostics liés à la douleur selon cinq critères : la région du corps impliquée, le système dont la dysfonction cause la douleur, la durée et la fréquence des douleurs, l'intensité et la durée depuis l'émergence des douleurs, et enfin l'étiologie (voir Tableau 6).

Classification des diagnostics

- Fibromyalgie
- Rachis (lombalgie, cervicalgie,...)
- Polyalgie
- Syndrome douloureux complexe
- Douleurs neuropathiques
- Douleurs ostéoarticulaires (au niveau des membres)
- Douleurs viscérales

Tableau 3 : Classification élaborée sur base de la pratique dans le service d'algologie du CHU de Liège (n = 1832 patients)

Classification des diagnostics

Douleur cancéreuse

Douleurs non cancéreuse

DOULEUR MUSCULOSQUELETTIQUE

- Douleur rachidienne (colonne) avec ou sans irradiation radiculaire
- Syndrome douloureux régional complexe
- Syndrome fibromyalgique, whiplash
- Arthrose
- Pathologies rhumatismales
- Autres douleurs

DOULEUR NEUROPATHIQUE

- Lésion nerveuse périphérique
- Lésion nerveuse médullaire
- Lésion nerveuse supra-médullaire

DOULEUR VISCERALE

CÉPHALÉE, DOULEUR OROFACIALE

AUTRE

Tableau 4 : Proposition de classification envoyée aux 35 centres belges de la douleur pour examen et utilisation

Chronische en complexe pijnsyndromen

Centraal neuropatische pijn

Chronische wijdverspreide pijn

Complex Regionaal Pijnsyndroom

Hoofd- en aangezichtspijn

Kankerpijn

Musculoskeletale pijnaandoeningen

Perifeer neuropatische pijn

Pijn bij Aandoeningen van het Axiaal skelet (inclusief bekken)

Regionale myofasciale pijnsyndroom

Viscerale en Pelvische pijn

Tableau 5 : Classification utilisée à l'UZ Pellenberg

Au vu de ces éléments, la question qui se pose dans le cadre de la présente étude est de savoir quelle est la classification la plus pertinente lorsque l'objectif considéré est la réinsertion professionnelle des patients douloureux chroniques.

IASP1	IASP 4
0. Tête – Face – Bouche	0. Non applicable - Inconnu
1. Région cervicale	1. Légère <= 1 mois
2. Epaule – Membres supérieurs	2. Légère 1 à 6 mois
3. Thorax	3. Légère <6 mois
4. Abdomen	4. Moyenne <= 1 mois
5. Région lombaire – sacrum- coccyx	5. Moyenne 1 à 6 mois
6. Membres inférieurs	6. Moyenne <6 mois
7. Pelvis	7. Sévère <= 1 mois
8. Anus – périnée – organes génitaux externes	8. Sévère 1 à 6 mois
9. Plus de 3 sites	9. Sévère <6 mois
IASP2	IASP 5
0. Système nerveux (central – périphérique – autonome)	0. Génétique ou congénitale
1. Système nerveux (psychique et social)	1. Traumatisme – opération – brûlure
2. Système respiratoire et cardiovasculaire	2. Infection
3. Système musculosquelettique et conjonctif	3. Inflammatoire
4. Cutané – sous cutanée – glandes associées	4. Néoplasie
5. Système gastro-intestinal	5. Toxique – métabolique – radiation
6. Système génito - urinaire	6. Dégénérative – mécanique
7. Autres organes ou viscères	7. Dysfonctionnelle (y compris psycho-physiologique)
8. Plus de 1 système	8. Inconnu ou autre
IASP3	9. Psychogène
0. Inconnu – pas applicable	
1. Episode unique – durée limitée	
2. Continu – non fluctuant	
3. Continu – intensité variable	
4. Récurrent – irrégulier	
5. Récurrent – régulier	
6. Fulgurant – paroxystique	
7. Continu avec paroxysmes	
8. Autres combinaisons	
9. Aucune de ces combinaisons	

Tableau 6 : Codes de l'International Association for the Study of Pain (IASP)

II.3. Nombre de titulaires concernés

Pour répondre à cette question, l'équipe de recherche s'est concentrée sur les données présentées dans la dernière enquête de santé nationale conduite en 2013 par l'ISP* et celles issues du rapport de consensus scientifique relatif à la douleur chronique (Berquin et al. 2011*).

Des données issues d'un questionnaire patients réalisé en 2010 (Patient Survey, août-sept 2010, rapport Berquin et al. 2011⁸) montrent que 63 % des patients atteints de douleurs chroniques affirment que leur statut professionnel est directement influencé par la douleur; 21% des patients disent ne pas être en mesure de travailler à cause de leur problèmes de santé. Même lorsque les patients restent actifs sur le plan professionnel, ils estiment être gênés au moins un tiers de leur temps dans leur travail. Cette étude a aussi montré que 26 % des personnes se disent accusés d'évoquer des douleurs comme prétexte pour ne pas aller travailler. Pourtant, 86 % des patients affirment qu'ils aimeraient être ou rester au travail. Dans l'étude de 2014 réalisée par le centre de la douleur du CHU de Liège sur base d'un échantillon de 1832 patients souffrant de douleurs chroniques (ref.), seuls 32,2% d'entre eux avaient toujours une activité professionnelle au moment de l'étude. Ces derniers ont indiqué qu'ils parvenaient à se maintenir de façon satisfaisante au travail grâce à des ajustements dans l'environnement professionnel et/ou familial. En revanche, 49,9% des patients ne travaillaient pas au moment de leur consultation au centre de la douleur (arrêt maladie, chômage, pension).

Selon l'enquête nationale de santé réalisée en 2013 (Van der Heyden, 2014) 28,5% des Belges de 15 ans et plus disent souffrir d'une maladie chronique. Parmi ces derniers, 38,8% déclarent souffrir en permanence de restrictions dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne à cause de cette maladie; 29,9% souffrent de restrictions de temps en temps et 31,3% n'en souffrent pas ou rarement. Parmi ces personnes, 17,4% ont des limitations sévères, 26,6% des limitations modérées, 25,1% des limitations légères et 31,0% aucune limitation. Les femmes déclarent plus souvent (71,7%) souffrir de limitations en raison d'une maladie chronique que les hommes (65,6%). Parmi les personnes qui ont une maladie chronique, 84,3% des personnes ayant un faible niveau d'éducation déclarent souffrir de limitations à cause de cette maladie. Chez les personnes avec un niveau élevé d'éducation, ce taux est de 58,3% seulement. Malheureusement les auteurs de ce rapport n'ont pas ventilé ces chiffres en fonction du statut d'emploi des personnes interrogées.

Pour répondre à cette question du cahier des charges, l'équipe de recherche avait suggéré dans son offre d'étude de se référer à des données telles que la quantification dans les bases de données de l'INAMI du nombre de titulaires adultes ayant bénéficié d'une « rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale » qui constitue la prestation K60 n° 558994 dans la nomenclature INAMI de médecine physique et réadaptation, ou encore de quantifier le nombre de titulaires ayant bénéficié d'un remboursement de traitement kinésithérapeutique de plus de 60 séances au cours de l'année écoulée (prestation FB-563710). Il n'a pas été possible cependant d'avoir accès à ces données statistiques durant la période d'étude. Nous répondrons à cette question dans nos recommandations.

Chapitre III. Défis méthodologiques

III.1. Le défi de l'intégration des approches préventives

Au terme des entretiens et de la revue de la littérature réalisés dans le cadre de cette étude, il nous a semblé essentiel de proposer un cadre méthodologique d'analyse qui envisage de façon conjointe l'influence à la fois de l'environnement de travail sur la douleur et de la douleur sur l'environnement de travail et ce, afin de favoriser une action concertée des différents acteurs concernés (travailleurs, employeurs, collègues, médecins, services d'algologie, etc.) en vue de construire des pistes d'adaptation réalistes et acceptables pour la personne souffrant de douleurs chroniques et pour l'employeur.

Le modèle biopsychosocial domine aujourd'hui les travaux sur la douleur chronique et souligne le caractère multifactoriel et l'approche multidisciplinaire nécessaire à l'évaluation et à l'accompagnement du patient souffrant de douleurs chroniques⁹. Quand on interroge les patients sur leurs difficultés de maintien et/ou retour au travail, ils évoquent aussi bien les facteurs inhérents au travail que ceux inhérents à la douleur. Cependant, force est de constater qu'actuellement les deux types de déterminants de l'incapacité sont pris en charge par des acteurs différents qui mettent en place des programmes de réhabilitation différenciés avec peu sinon pas d'interaction (cfr. Figure 1).

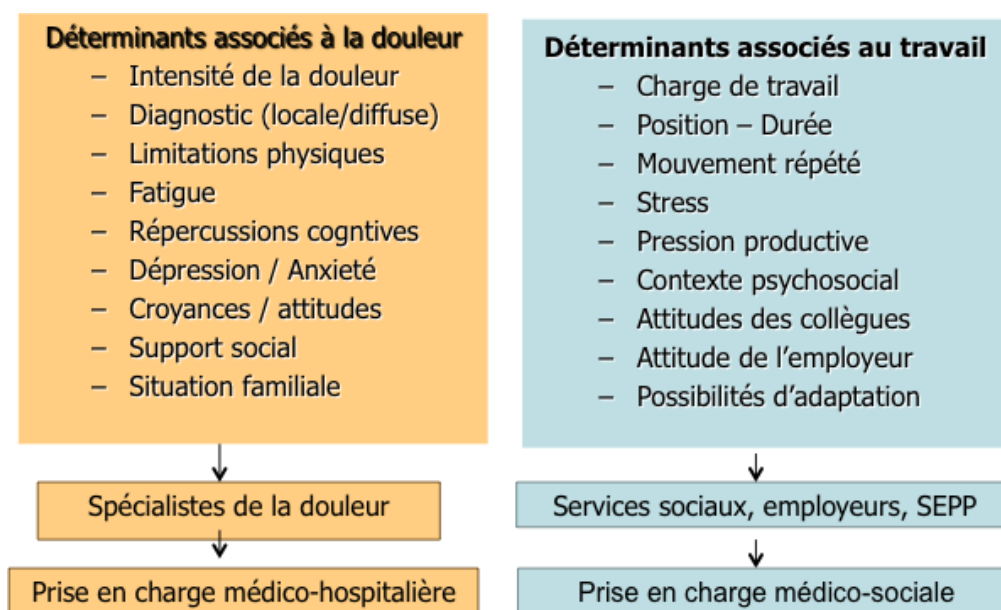


Figure 1. Déterminants multiples de l'incapacité au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques et prises en charge différenciées.

Aujourd'hui, la capacité de travail d'une personne souffrant de douleurs chroniques est évaluée par des médecins. Celui-ci se base sur l'observation comportementale du patient (difficulté de marche, de lever les bras, de se pencher en avant...) et interroge sur le fonctionnement quotidien (ménage, courses, conduite de la voiture, soin de soi et des autres ...) pour se former une représentation des difficultés du patient. L'ensemble de ces

⁹ Waddell and Burton . Concepts of rehabilitation for the management of low back pain
Best Pract Res Clin Rheumatol 2005 Aug;19(4):655-70

informations est ensuite mis en relation avec les exigences du poste de travail (ou plutôt avec la représentation que le médecin a des exigences du poste) pour évaluer l'incapacité de travail de la personne. Il existe pourtant des décalages entre le travail tel que se le représente le médecin sur base de son entretien clinique avec le patient et le travail réel tel qu'il est vécu au quotidien sur le terrain. L'ergonomie a bien mis en évidence ces décalages entre tâche et activité. En outre, l'activité de travail est pour une large part automatisée et cette activité automatisée est difficilement verbalisable par le sujet. Les unités du travail verbalement exprimées par le patient sur son travail seront plus ou moins fines et plus ou moins reconstruites en fonction de ses motivations.

Il nous paraît donc primordial que l'(in)capacité de travail d'une personne ne soit pas évaluée uniquement par un médecin sur base d'une représentation construite à partir des verbalisations du patient et par conséquent incomplète. Une équipe interdisciplinaire doit être organisée en vue d'analyser conjointement les contraintes et les ressources de la personne souffrant de douleurs chroniques, de l'activité et de l'environnement de travail.

La caractérisation des contraintes de l'environnement de travail ne peut se faire qu'avec l'aide d'un ergonome et des SEPP qui possèdent les méthodes d'analyse pour construire un modèle du travail assez complet pour identifier à la fois la pénibilité des postes et les pistes d'adaptation pertinentes, réalistes et acceptables pour une personne donnée dans une situation de travail donnée. Ce modèle du travail doit prendre en considération l'ensemble des dimensions constitutives du travail à savoir les exigences et les ressources physiques mais aussi cognitives, psychosociales et organisationnelles associées au travail et mentionnées par les patients comme déterminants pour le maintien et ou le retour au travail. Sous le terme de ressources organisationnelles, il faut aussi comprendre les possibilités d'adaptation que peut offrir l'employeur.

L'évaluation de l'(in)capacité doit reposer sur l'analyse des contraintes ET des ressources en SITUATION DE TRAVAIL. L'équipe interdisciplinaire devra mettre en relation les résultats des différentes analyses pour élaborer ensemble et simultanément le diagnostic et le programme de réhabilitation au travail (PRT) en vue de trouver le meilleur couplage entre la personne, l'activité et l'environnement de travail.

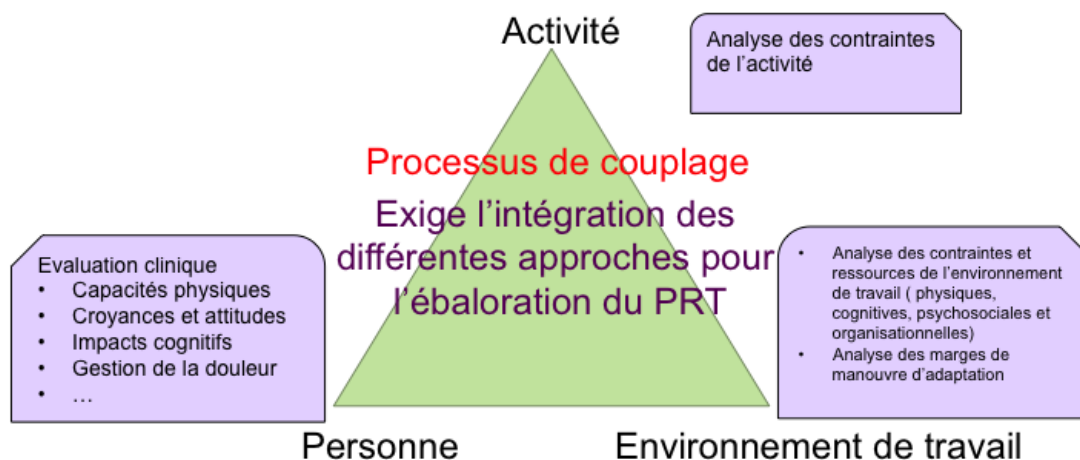


Figure 2 : Eléments essentiels de l'évaluation de l'(in)capacité et du programme de réhabilitation au travail (PRT)

En outre, les difficultés d'une personne souffrant de douleurs chroniques peuvent être discontinues et évoluer dans le temps tant du fait de l'évolution des symptômes et/ou des caractéristiques du syndrome « douloureux chronique » (ex. migraines chroniques, sclérose en plaque,...) que du fait de l'évolution du travail (organisation changeante, nouvelles pratiques, nouvelles technologies,...). Il est donc indispensable que l'évaluation de l'(in)capacité au travail ou plutôt du couplage homme/activité puisse être reconduite régulièrement à la demande d'un des acteurs concernés (et pas seulement à la demande de l'employeur). Cette évaluation permettra en outre d'apprécier comment le travail et le programme de réhabilitation au travail peuvent améliorer la santé du travailleur et **réciroquement**. En effet, il y a co-détermination du travail : l'activité du travailleur dépend de l'environnement de travail (y compris social) et des caractéristiques du sujet mais elle peut aussi contribuer, en retour, à la transformation du sujet (par exemple de la perception des douleurs) et du travail.

Plusieurs techniques validées existent déjà pour analyser certains des éléments repris dans la figure ci-dessus.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la méthodologie du « cadre vert » développée par l'INRS en France¹⁰.

Le « cadre vert » définit concrètement un « environnement de travail adapté » permettant une reprise du travail pour les travailleurs lombalgiques. Ce cadre doit être maintenu durant les 3 semaines qui suivent le retour au travail du travailleur lombalgique.

Le « cadre vert » prend en considération plusieurs composantes de l'activité:

- le travail physique,
- les postures,
- les vibrations
- les contraintes mentales et psychologiques.

Il fournit une série de valeurs cibles pour les situations de travail susceptibles de favoriser le maintien dans l'emploi ou le retour au travail des sujets lombalgiques chroniques concernant les manutentions de charges et les actions de pousser ou de tirer, le travail physique pénible, les gestes répétitifs, les vibrations corps entier, le maintien de postures inconfortables (dites penchées visibles), le risque de chutes et les risques psychosociaux (Figure 3).

La démarche générique proposée par l'INRS doit évidemment être adaptée au contexte de l'entreprise et c'est à l'entreprise de définir la méthode pour atteindre ces objectifs en fonction de ses moyens et de son environnement économique, géographique...

¹⁰ Meyer JP, Mochel JL (2011) Le process cadre vert : comment le travail peut aider à rester actif.
<http://www.inrs.fr/inrs/recherche/etudes-publications-communications/doc/publication.html?refINRS=NOETUDE/P2011-083>



Figure 3. Le cadre vert de l'INRS pour favoriser la reprise du travail des sujets lombalgiques

En Belgique, les TMS font l'objet de programmes de prévention, primaire et secondaire organisés dans l'industrie, et tertiaire organisés au sein de l'hôpital avec ou non une action en collaboration avec le monde du travail. En général, les programmes primaire et secondaire intègrent en proportion variable une composante éducative, un entraînement physique et une intervention ergonomique sur le lieu de travail. En pratique, la composante éducative est celle qui prédomine le plus souvent et qui prend la forme de formations « à la manutention manuelle des charges ». Les programmes de prévention tertiaire visent à améliorer la capacité de travail des travailleurs en arrêt de travail. Il s'agit de programmes multidisciplinaires de révalidation comportant une intervention médicale et psychologique ciblant les individus associée ou non à une intervention ciblant le travail (programme de réadaptation au travail). Ils comportent dans des proportions variées *un programme de réentraînement à l'effort* pour réduire le déconditionnement physique secondaire à la lombalgie chronique, une démarche *de type cognitivo-comportemental* afin de lutter contre les représentations négatives de la maladie et les « peurs et croyances », et enfin *une action plus ou moins développée en milieu de travail*. Ces programmes multidisciplinaires de réadaptation fonctionnelle s'inspirent du modèle biopsychosocial de la lombalgie chronique. L'approche correspond à la révalidation multidisciplinaire ambulatoire du rachis introduite en 2004 dans la nomenclature Inami de médecine physique (n°558994) et à son complément ergonomique en milieu du travail offert par le FMP. Selon la littérature, ces programmes de

revalidation physique peuvent avoir un effet positif sur les absences dans les cas de douleur subaiguë et chronique¹¹.

III.2. Le défi d'un modèle-cadre de réhabilitation au travail pour les douleurs chroniques

Les facteurs favorisant et ou invalidant le retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques sont assez similaires d'un diagnostic à l'autre d'après la littérature. Néanmoins, l'évaluation de l'efficacité des traitements semblent distinguer deux groupes de diagnostics: un groupe où un substrat biomédical est davantage présent: rachis, douleurs neuropathiques et ostéoarticulaires et un autre associé à des douleurs plus diffuses': fibromyalgie, syndrome douloureux chronique, psychiatriques.

Dans les contextes de douleur où un substrat biomédical est davantage présent, la représentation de la causalité est facilitée ce qui pourrait contribuer à rassurer les patients (et les médecins), diminuer leurs niveaux d'anxiété et de dépression et aurait un impact positif sur le maintien et/ou la reprise du travail. L'efficacité des programmes de réhabilitation pour ce type de douleurs chroniques comme par exemple pour les TMS est d'ailleurs reconnue dans la littérature sans pouvoir néanmoins déterminer les dimensions les plus pertinentes en faveur du maintien ou du retour au travail. Par contre, le vagabondage thérapeutique (d'une procédure de traitement à une autre) apparaît comme un élément invalidant le retour au travail qu'il faut chercher à éviter à travers notamment l'organisation précoce d'une équipe interdisciplinaire en charge simultanément de l'évaluation de l'(in)capacité de travail ET du programme de réhabilitation au travail.

Dans le contexte de douleurs plus diffuses, nous constatons souvent un certain malaise au sein du corps médical devant l'absence de cause organique et la résistance des symptômes aux traitements médicamenteux. Dans certains cas, le patient peut se sentir incompris et se retrancher si profondément dans la colère et la résistance qu'il va ignorer les pistes de réhabilitation proposées ou y résister avec passivité. Dans ce cadre, le programme de prise en charge doit d'abord s'axer sur la reconnaissance de la douleur chronique pour remobiliser la participation du patient et élaborer un programme de réhabilitation progressive au travail avec les différents acteurs de terrain (équipe médicale, psychologique et ergonomes). L'objectif de l'intervention est de motiver le patient en s'appuyant sur des stratégies psychothérapeutiques comme la fragmentation dans le temps et l'espace, la distraction et la progression (qui établit une série de petits objectifs atteignables) en vue de réduire la peur de l'échec et de rendre l'espoir au patient.

Dans un article sur l'évaluation des douleurs chroniques, Turk (2002)¹² met en garde contre une évaluation purement personnelle (et subjective) des traitements de la douleur chronique à partir de la réduction de la douleur perçue par le patient et ou de l'amélioration de la qualité de vie. Il insiste sur la nécessité de comparer les différentes prises en charge (par ex. médication, procédures chirurgicales, anesthésies locorégionales, programmes de réhabilitation) sur base d'une évaluation coûts-bénéfices en prenant en considération les répercussions sociétales de la douleur chronique et d'inclure ainsi les critères : réduction de

¹¹ Schaafsma F et al. Physical conditioning as part of a return to work strategy to reduce sickness absence for workers with back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Aug 30;8:CD001822.

¹² Turk DC.(2002). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain. The Clinical Journal of Pain, 18: 355-365.

médication, reprise d'une activité physique, retour au travail et arrêt éventuel d'une procédure d'invalidation. Alors que le taux de retour au travail est estimé entre 48 et 65% après un programme de réhabilitation, il est estimé à 20 % après une chirurgie lombaire et entre 5 et 31% après une SCS (Spinal column stimulations). Or, seulement 6% des patients vus par les spécialistes de la douleur chronique intègrent selon lui un programme de réhabilitation au travail. L'auteur explique ce chiffre notamment par les difficultés de mise en place de ces programmes qui exigent la coopération des différentes personnes (médecins, psychologues, ergonomes, employeurs,...), mais aussi par leur rétribution ou compensation qui, d'après ces chiffres, pourtant s'avèrerait être bénéfique à la société sur le moyen et long terme.

En conclusion, nous proposons un modèle-cadre de réhabilitation au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques qui intègre les étapes suivantes :

1. Construction d'une équipe interdisciplinaire comprenant les acteurs nécessaires à l'élaboration conjointe de l'évaluation de l'(in)capacité ET du programme de réhabilitation au travail (PRT)
2. Evaluation de l'(in)capacité au travail sur base de l'analyse des contraintes et des ressources propres à la personne souffrant des douleurs chroniques ET propres à la situation de travail
3. Démarche participative d'élaboration du programme de réhabilitation au travail en collaboration avec le patient, l'employeur et l'équipe interdisciplinaire
4. Mise en place et suivi du PRT par un coordinateur du retour au travail veillant au maintien du lien entre le patient et l'entreprise
5. Evaluation multicritérielle de l'efficacité du PRT intégrant : la réduction de la douleur perçue, l'amélioration de la qualité de vie, l'augmentation des activités physiques mais aussi le retour au travail et la sortie du statut d'invalidité.

Le modèle illustré à la page suivante reprend de façon schématique le parcours de ce modèle cadre.

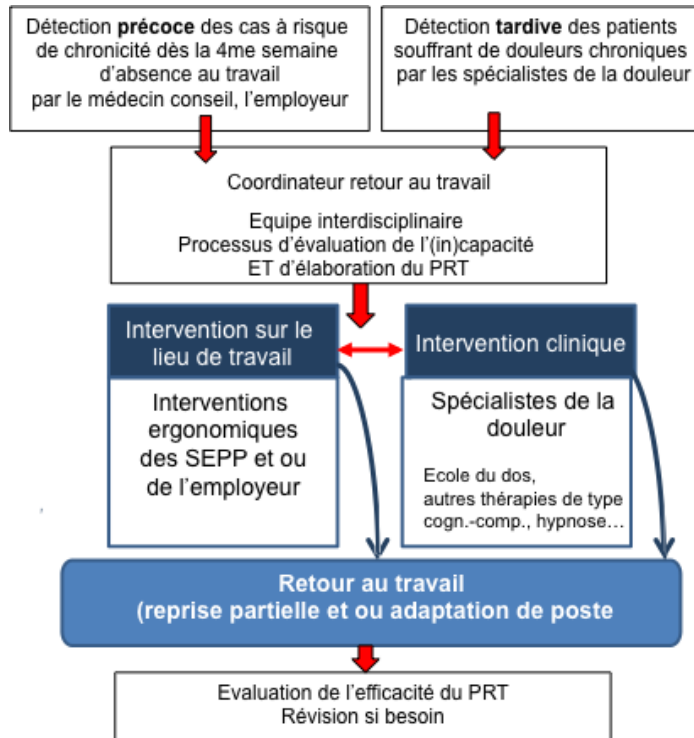


Figure 4 : Modèle cadre du parcours de réhabilitation au travail pour les personnes souffrant de douleurs chroniques

Chapitre IV. Recommandations en faveur du maintien et du retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques

L'ensemble des initiatives et des réflexions présentées ci-dessus s'inscrit dans un changement progressif de paradigme

- autour de la douleur chronique : évolution constatée dans la littérature et sur le terrain, dans lequel la douleur chronique est considérée comme résultant de l'interaction de l'individu et de son environnement.
- autour de la prévention de l'incapacité de travail de longue durée : le problème n'est plus la lésion à l'origine de l'arrêt de travail mais l'incapacité du travailleur à reprendre son travail et la vision de ce problème n'est plus centrée sur l'individu mais de type systémique.
- autour de la prise en charge : l'objectif de la prise en charge n'est plus d'identifier la cause pour traiter la lésion (ou la maladie) et obtenir la guérison, mais d'évaluer l'(in)capacité au travail du patient en vue de son maintien ou de son retour au travail. La démarche est participative, et inclut le travailleur, les professionnels des soins de santé, le milieu de travail (employeur, syndicat, collègues de travail) et le système d'assurances sociales.

Caractéristiques	Paradigme « Traitement de la lésion »	Paradigme « Prévention de l'incapacité »
Vision du problème	- Centrée sur l'individu - Douleur = lésion ou maladie	- Englobe le système social - Incapacité = problème multifactoriel
Prise en charge	- Trouver la cause - Traiter la cause/maladie - But : <i>Guérison</i>	- Identifier les acteurs impliqués - Adresser les déterminants de l'incapacité - But : <i>Participation sociale</i>
Intervenants	- Travailleur - Professionnels de santé	- Travailleur - Système de soins de santé - Milieu de travail - Système de protection sociale
Modèle explicatif	- Biomédical - Causalité linéaire	- Biopsychosocial, systémique - Causalité complexe

Tableau 7: Caractéristiques du paradigme de prise en charge de la douleur chronique et du paradigme de prévention de l'incapacité (adapté à partir de Fassier et al, 2009¹³)

¹³ Fassier et coll. Etude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français, CNAM (Direction des risques professionnels), septembre 2009. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/media/RAPPORT%20SHERBROOKE%20v_complexe.pdf

Dans cette nouvelle perspective paradigmatique, nous faisons sept recommandations :

1. **Nous recommandons de changer explicitement l'objectif de l'évaluation de l'(in)capacité du travail. L'évaluation de l'(in)capacité de travail devrait avoir pour objectif fondamental la prévention de l'incapacité.**

Dans cette perspective, l'évaluation ne se limite pas à l'analyse des symptômes associés à la douleur mais inclut l'analyse des mesures de prévention censées protéger l'individu au travail des douleurs chroniques et du risque d'incapacité. Ce changement d'objectif n'est pas anodin ; il rejette l'idée que l'évaluation et l'intervention doivent être deux étapes indépendantes. Les méthodes d'évaluation de l'(in)capacité sont considérées comme le début, la première étape, de l'intervention de prévention.

2. **Nous recommandons la mise en place d'une équipe interdisciplinaire dans un cadre d'interprétation du modèle biopsychosocial de la douleur chronique, une équipe comportant un coordinateur du retour au travail.**

3. **Nous recommandons que l'évaluation de l'(in)capacité se base sur deux processus d'analyse (contraintes et ressources) réalisés en parallèle et mis en relation pour construire conjointement le diagnostic et le programme de réhabilitation au travail**

Ces deux processus consistent en 1) une analyse des facteurs inhérents à la douleur et à la personne (réalisée par l'équipe médico-psychologique) et 2) une analyse des facteurs inhérents au travail (réalisée par l'ergonome, le conseiller en prévention,...).

4. **En terme de parcours, nous recommandons d'envisager la conception de parcours de prévention qui distinguent deux groupes de douleurs chroniques: un groupe où un substrat biomédical est davantage présent (rachis, douleurs neuropathiques et ostéoarticulaires) et un second associé à des douleurs plus diffuses (fibromyalgie, syndrome douloureux chronique, comorbidités psychiatriques).**

5. **Nous recommandons le développement d'outils de communication structurés pour favoriser la collaboration entre les équipes médico-hospitalières (en charge de la prévention tertiaire de la désinsertion) et l'entreprise et les SEPP (en charge de la prévention primaire et secondaire).**

Différents axes peuvent être favorisés dans cette perspective :

- création de fiches-type de synthèse des analyses mentionnées ci-dessus (inhérente au travail et inhérente à l'individu souffrant de douleurs chroniques),
- création de fiche de pénibilité et analyse des marges de manœuvre en termes d'adaptation de poste

- collaboration structurée ou au minimum concertation entre l'ergothérapeute rattaché à l'équipe hospitalière et l'ergonome agissant au sein de l'entreprise ; ne faut-il pas à l'avenir permettre la visite du poste de travail par l'ergothérapeute et ainsi décloisonner les activités complémentaires de ces deux professionnels ?
- réunion commune en présence du patient, de l'ergonome (ou du médecin du travail) et de l'équipe pluridisciplinaire des services d'algologie (ou d'un représentant de cette équipe) pour élaborer conjointement le diagnostic et le projet de réhabilitation au travail du patient et prise en charge financière des prestations de ces intervenants. Cette concertation pourrait également bénéficier de l'implication du médecin-conseil de l'organisme assureur ayant le patient en charge ; les médecins-conseil ont en effet le soutien à la reprise du travail dans leurs missions et peuvent activer des programmes de réorientation professionnelle au bénéfice du patient (pris en charge par l'Inami)

6. Nous recommandons la mise en place d'un cadre de financement qui incite un travail coordonné des différents acteurs impliqués dans la constitution de l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'évaluation de la capacité de travail et du PRT

7. De façon ciblée, nous recommandons:

- une information et une sensibilisation des médecins et des équipes pluridisciplinaires des centres d'algologie sur les freins et les leviers au maintien/retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques ainsi que sur les dispositifs d'aide mis en place par les pouvoirs publics et en particulier sur l'intérêt de la visite de pré-reprise chez le médecin du travail afin d'évaluer de façon précoce les obstacles possibles à la reprise au sein du milieu du travail
- la mise en place d'incitants pour les entreprises à développer un système de mesure de la pénibilité des postes de travail en vue d'identifier les postes plus légers existants, faciliter l'accueil et le maintien des personnes nécessitant un travail adapté et faire évoluer les organisations vers une entreprise qui permette un travail durable, de qualité, tout au long de la vie.

Annexe 3 : Canevas utilisés pour les entretiens

Entreprise :

Nom :

Fonction :

Principales activités de la société ?

Effectifs de travailleurs ? Proportion employés/ouvriers ?

Pyramide des âges ? Moyenne âge du personnel ? Ratio H/F ?

1) Observez-vous, au sein de votre entreprise, des incapacités de travail répétées dues à des douleurs chroniques (par exemple, TMS, migraine, maux de dos) ?

2) S'agit-il généralement d'ITT de longue durée ? Quelle est la cause médicale la plus fréquente de ces arrêts de travail ?

3a) Existe-t-il au sein de votre entreprise des programmes ou des procédures pour faciliter la réintégration de ces personnes ? Concernent-ils un public cible ou plutôt une catégorie de douleur cible ?

3b) Si OUI, en quoi consistent- ces programmes/procédures?

- Horaire flexible, temps partiel, adaptation de poste, mutation de poste, télétravail ?
- Quels sont les acteurs impliqués et leurs rôles respectifs ? (conseiller en prévention interne, médecin du travail, délégués syndicaux, encadrement de proximité, ...)

3c) Comment ces programmes ou ces actions sont-ils diffusés auprès des personnes concernées ?

3d) Si NON, agissez-vous au cas par cas ? Quel genre de mesures avez-vous déjà mis en place dans certains cas ?

4a) Comment évaluez-vous la pertinence de ces mesures ? Avez-vous mis en place un outil permettant de mesurer vos actions ? Etes-vous satisfait de ce qui a été mis en place ?

5a) Avez-vous connaissance de cas de salariés atteints de douleur chronique au sein de votre entreprise qui ont bénéficié de ces mesures/procédures ? Avec succès ? Ces personnes vous ont-elles fait part de leur feedback concernant leur situation ? Dans le cas de ces personnes, qu'en pense l'encadrement direct ?

5b) En cas d'échec, ces personnes ont-elles été contraintes de quitter leur poste ? Dans quelles conditions ? (Qui a pris l'initiative ?)

5c) Quels sont d'après vous les facteurs de succès et les facteurs d'échec dans ces situations ?

6a) Existe-t-il une réflexion au sein de votre société pour compléter les mesures en matière de réintégration, ou pour développer des procédures systématiques si celles-ci n'existent pas ?

6b) Si l'INAMI développe à l'avenir une politique ou des stratégies en matière de réintégration, seriez-vous d'accord de collaborer à ces nouvelles initiatives ?

SEPP :

Parmi vos entreprises affiliées,

1) Avez-vous connaissance de cas d'incapacités de travail répétées dues à des douleurs chroniques (par exemple, TMS, migraine, maux de dos) ? Ces cas sont-ils fréquents ?

Touchent-ils plus certaines catégories de personnel (en termes d'âge, de type de fonction, etc...)

2) S'agit-il généralement d'ITT de longue durée ? Quelle est la cause médicale la plus fréquente de ces arrêts de travail ?

3a) Connaissez-vous certaines entreprises qui ont mis en place en leur sein des programmes ou des procédures pour faciliter la réintégration de ces personnes ? Concernent-ils un public cible ou plutôt une catégorie de douleur cible ?

3b) Si OUI, en quoi consistent- ces programmes/procédures?

- Horaire flexible, temps partiel, adaptation de poste, mutation de poste, télétravail ?
- Quels sont les acteurs impliqués et leurs rôles respectifs ? (conseiller en prévention interne, médecin du travail, délégués syndicaux, encadrement de proximité, ...)

3c) Comment ces programmes ou ces actions sont-ils diffusés auprès des personnes concernées?

3d) Si NON, d'après vous, les entreprises agissent-elles au cas par cas ? Quel genre de mesures utilisent-elles dans certains cas ?

4a) Comment les entreprises évaluent-elles la pertinence de ces mesures ? Ont-elles mis en place un outil permettant de mesurer leurs actions ? Sont-elles satisfaites de ce qui a été mis en place ?

5c) Quels sont d'après vous les facteurs de succès et les facteurs d'échec dans ces situations ?

Centres de la douleur :

Nom du centre :

Nom de la personne interviewée :

Fonction dans le centre :

1) Dans le rapport de 2011 concernant la prise en charge de la douleur chronique en Belgique, le centre de la douleur du CHU de Liège a analysé les données de 1832 patients et propose une classification des principaux diagnostics de douleur chronique.

L'équipe multidisciplinaire a fait une distinction entre « fibromyalgie » et « polyalgie », c'est-à-dire douleurs musculo-squelettiques diffuses associées à des problèmes dys- immunitaires ou infectieux. Le diagnostic de « syndrome douloureux complexe » est donné aux patients ayant des dysfonctionnements majeurs dans la vie privée et professionnelle (absents de leur travail depuis > 1 an), ce que nous appelons « maladaptive coping » car chez ces patients, la douleur gère leur vie.

Cette classification est reprise dans le tableau ci-dessous, validez-vous cette classification ou envisagez-vous un autre inventaire ?

Catégorie	N	%
Fibromyalgie	534	29,2%
Rachis (lombalgie, cervicalgie, ...)	357	19,5%
Polyalgie	259	14,1%
Syndrome douloureux complexe	304	16,6%
Douleurs neuropathiques	129	7,0%
Douleurs ostéoarticulaires (au niveau des membres)	77	4,2%
Autres diagnostics	54	3,0%
Non précisé (dossier papier non encore repris dans base de données)	118	6,4%

Classement des diagnostics des 1832 patients après discussion multi-disciplinaire.

- 2) Parmi les patients souffrant de douleurs chroniques, pourriez-vous nous dire quelles sont les populations les plus à risque en termes de désinsertion professionnelle ? Quels sont, selon votre expérience, les métiers, les types d'activité de travail, qui posent le plus de difficultés ?
- 3) Avez-vous connaissance d'initiatives au sein des entreprises pour favoriser la réinsertion professionnelle pour ces patients ? Avez-vous connaissance ou participez-vous à certains projets pilotes ?
- 3a) Les patients sont-ils dans certains cas à l'origine de certaines initiatives ?
- 4) D'après votre expérience, quels sont les principaux freins ou facteurs facilitant la réinsertion professionnelle de patients souffrant de douleur chronique (par exemple, l'éducation, élever un enfant seul, avoir un travail pénible) ?
- 5) Avez-vous d'autres choses à rajouter par rapport à cette recherche concernant le lien entre douleurs chroniques et le travail ? Ou d'autres problématiques que nous n'aurions pas abordées ?
- 6) Avez-vous déjà élaboré des propositions d'action (un cahier de revendications) à mettre en place par les pouvoirs publics ?

Associations de patients :

Nom :

Fonction dans l'association :

- 1) Votre association a-t-elle un enregistrement de données concernant les membres (âge, sexe, qualification, type d'emploi, conditions de travail etc.) ?
- 2) Quel est le catalogue de vos actions en ce qui concerne la situation professionnelle de ces personnes (retour au travail, adaptation de poste etc.) ?
- 3) Comment mesurez-vous l'acceptation de ces mesures par les entreprises et les employeurs ? Comment mesurez-vous leur efficacité ?
- 4) Avez-vous des contacts directs avec certaines entreprises ou ces contacts se font-ils via vos membres ?
- 5) Avez-vous déjà réalisé ou financé des enquêtes concernant l'insertion au travail de vos membres. Si oui, pourriez-vous nous communiquer les résultats ?
- 6) Disposez-vous de prospectus ou dépliants afin qu'on puisse mieux se rendre compte de vos actions ?
- 7) Avez-vous d'autres choses à rajouter par rapport à cette recherche concernant le lien entre douleurs chroniques et le travail ? Ou d'autres problématiques que nous n'aurions pas abordées ?
- 8) Avez-vous déjà élaboré des propositions d'action (un cahier de revendications) à mettre en place par les pouvoirs publics ?
- 9) Pensez-vous que certains membres (1 ou 2 !) de votre association seraient prêts à nous rencontrer pour expliquer les mesures de maintien au travail/ de réintégration dont ils ont personnellement bénéficié dans leur entreprise ?