



Prévention des TMS au travail, lombalgies chroniques au travail Aspects organisationnels et collectifs

Dr Jean-Baptiste Fassier

- Douleurs chroniques et travail
- **Mardi 4 octobre 2016 _ Strasbourg**

- (1) Hospices Civils de Lyon – Service de médecine et santé au travail
- (2) Université Claude Bernard Lyon 1 – UMRESTTE
- (3) Université de Sherbrooke, Québec, Canada



Je déclare ne pas avoir de
conflit d'intérêt potentiel.



FACTEURS DE RISQUE PROFESSIONNELS DES LOMBALGIES

Société française de médecine du travail.

*Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour
les travailleurs exposés à des manipulations de charges:*

Haute Autorité de Santé

2013



Manutention manuelle de charges (MMC)

- Définition
 - « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le **levage**, la **pose**, la **poussée**, la **traction**, le **port** ou le **déplacement**, qui exige l'effort physique d'un ou plusieurs travailleurs »
 - Art R. 4541-2 du Code du travail
- Charge
 - tout objet ou être vivant assorti d'une masse unitaire.
 - La notion de « charge lourde » n'est pas définie dans la réglementation.

Exposition professionnelle

Tableau 0-1. Exposition à la manutention manuelle de charges chez les travailleurs français entre 1994 et 2010
(Source DARES). L'évaluation des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. DARES Analyses. Mars 2012, n° 023, 10 p.

Manutention manuelle de charges (**) 20 heures ou plus par semaine	1994	2003	2010
Secteur d'activité			
. Agriculture	3,7	9,5	5,8
. Industrie	8,1	8,6	7,7
. Construction	10,4	13,5	11,9
. Tertiaire	6,4	5,4	5,4
Catégories socioprofessionnelles			
. Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,6	0,3	0,4
. Professions intermédiaires	2,7	2,2	1,7
. Employés administratifs	0,5	0,6	0,5
. Employés de commerce et de service	8,3	8,9	8,7
. Ouvriers qualifiés	11,0	12,0	11,3
. Ouvriers non qualifiés	16,4	18,3	15,8
Ensemble des salariés	7,0	6,9	6,4

(*) Il s'agit des résultats de l'enquête SUMER 2003 et 2010 portant sur le même champ que l'enquête SUMER 1994. Ensemble des salariés du champ 1994 (hors fonction publique). France métropolitaine.

(**). Définition européenne se référant à la directive 90/269/CEE du 29 mai 1990, section 1, article 2

Épidémiologie

- Les manutentions de charges sont la **première cause d'accident du travail (AT)** (environ le tiers des AT) : principalement des atteintes lombaires, des contusions et des plaies ou coupures.
- Les lombo-radiculalgies en rapport avec la manutention de charges lourdes sont la **troisième cause de maladie professionnelle** en France (source CNAM-TS).
 - Tableaux n°97 et 98 du régime général



Épidémiologie

- Le port de charges au travail est un facteur de risque de lombalgie et de lombo-radiculalgie
 - sans qu'il soit possible de faire la part des différentes sous-tâches de manutention
 - se pencher, pivoter, soulever, pousser/tirer, répétitivité, maintien de postures
 - Niveau de preuve I
- Dans la vie réelle la charge physique est la somme d'activités diverses
 - il est donc difficile de désigner une composante comme étant LA cause de la lombalgie

Épidémiologie

- Il existe une relation entre l'exposition professionnelle aux MMC et la dégénérescence discale visualisée par l'imagerie
 - Niveau de preuve 2
- La quantification de la relation dose-effet entre l'intensité et la fréquence de Manipulation Manuelle de Charges (MMC) et le risque de lombalgie reste imprécise
 - Niveau de preuve 2

Épidémiologie

- La majorité des hernies discales apparaît sans évènement déclenchant spécifique (tel qu'un accident de travail).
 - Un évènement déclenchant n'est pas associé à une présentation clinique plus sévère
 - Niveau de preuve 3-4
- Parmi les cas de hernie discale, il y a un lien entre la « dose » d'exposition professionnelle (vie entière) et l'âge de survenue de la hernie
 - vieillissement prématuré directement lié l'exposition.
 - Mais difficile de préciser de combien d'années on vieillit selon la « dose » d'exposition

Seidler et al, SJWEH, 2011



Quizz

- En France, les lombo-sciatalgies représentent :
 - ☐ la 1^{ère} cause de toutes les maladies professionnelles
 - ☐ environ 10 000 victimes par an reconnues en MP
 - ☐ la 3^{ème} cause de toutes les MP
 - ☐ environ 3000 victimes par an reconnues en MP

Quizz

- En France, les lombo-sciatalgies représentent :
 - ☐ la 1^{ère} cause de toutes les maladies professionnelles
 - ☐ environ 10 000 victimes par an reconnues en MP
 - ☒ la 3^{ème} cause de toutes les MP
 - ☒ environ 3000 victimes par an reconnues en MP



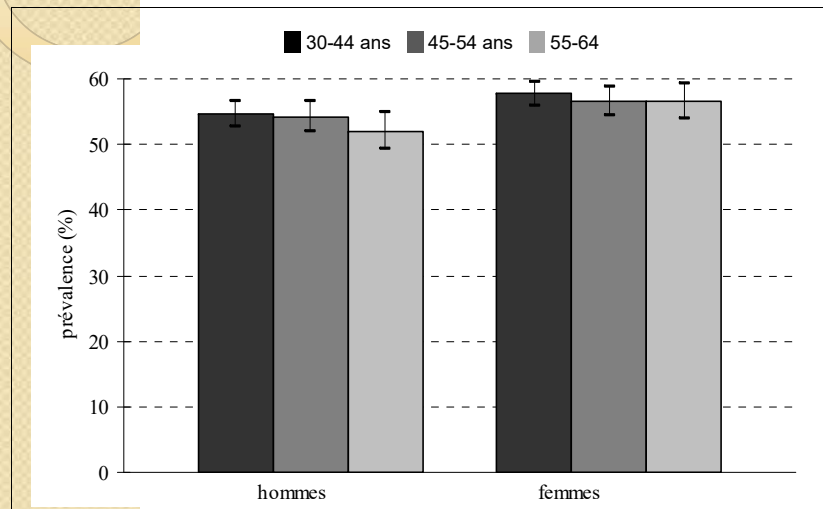
POSITION DU PROBLÈME



Position du problème

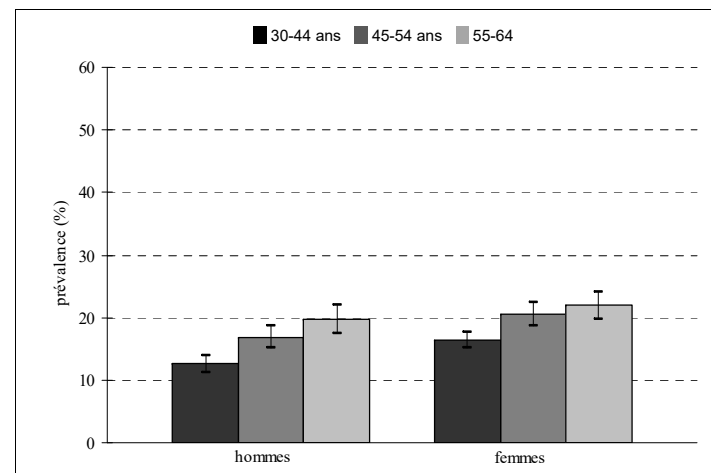
- Les lombalgies sont
 - Fréquentes
 - Bénignes (?)
 - (souvent) mal prises en charge
 - Coûteuses

Les lombalgies sont fréquentes



Prévalence de lombalgie au moins un jour dans les 12 derniers mois en fonction de l'âge et du sexe.

EDS 2002-2003.



Prévalence de lombalgie plus de 30 jours dans les 12 derniers mois en fonction de l'âge et du sexe.

EDS 2002-2003.



Les lombalgies sont bénignes (?)

- « communes »; non spécifiques
 - n'engagent pas le pronostic vital
- Elles peuvent retentir fortement
 - Capacités fonctionnelles
 - Participation sociale
 - Activité (et avenir) professionnel
 - Vie conjugale et familiale
 - Qualité de vie

Les lombalgies sont mal traitées

- À la phase aiguë
 - Sur-utilisation
 - imagerie ; AINS et opiacés ; repos / arrêts de travail
 - Sous-utilisation
 - Paracétamol ; conseils appropriés (rester actif)
- À la phase subaiguë
 - Sous-évaluation des facteurs de risque de chronicité
 - Sous-utilisation des conseils appropriés
 - Sous-utilisation des interventions en entreprise

Les lombalgies sont coûteuses

Etude	Pays	Coûts	Fraction du PIB	Coûts directs	Coûts indirects
Van Tulder et al. (1995)	Pays-Bas	4,967 Mds \$	1,7%	367,6 millions \$ (7%)	4,6 Mds \$ (93%)
Maniadakis et Gray (2000)	Royaume-Uni	12,3 Mds £	1,45%	1,6 Mds £ (15%)	10,3 Mds £ (85%)
Ekman et al. (2005)	Suède	20700 € (coût moyen annuel d'un patient lombalgique chronique)	x	3100 € (15%)	17600 € (85%)
Wenig et al. (2009)	Allemagne	48,96 Mds €	2,2%	22,52 Mds € (46%)	26,44 Mds € (54%)

Surtout les lombalgies chroniques

- Québec
 - 7,4 % des travailleurs lombalgiques absents plus de cinq mois = 70 % des coûts
- USA
 - 20 % des cas absents plus de quatre mois = 60 % des coûts
- USA
 - 25 % de cas = 75 % des coûts
- Allemagne
 - 414,4 € pour une lombalgie aiguë et 7 115,7 € pour une lombalgie chronique

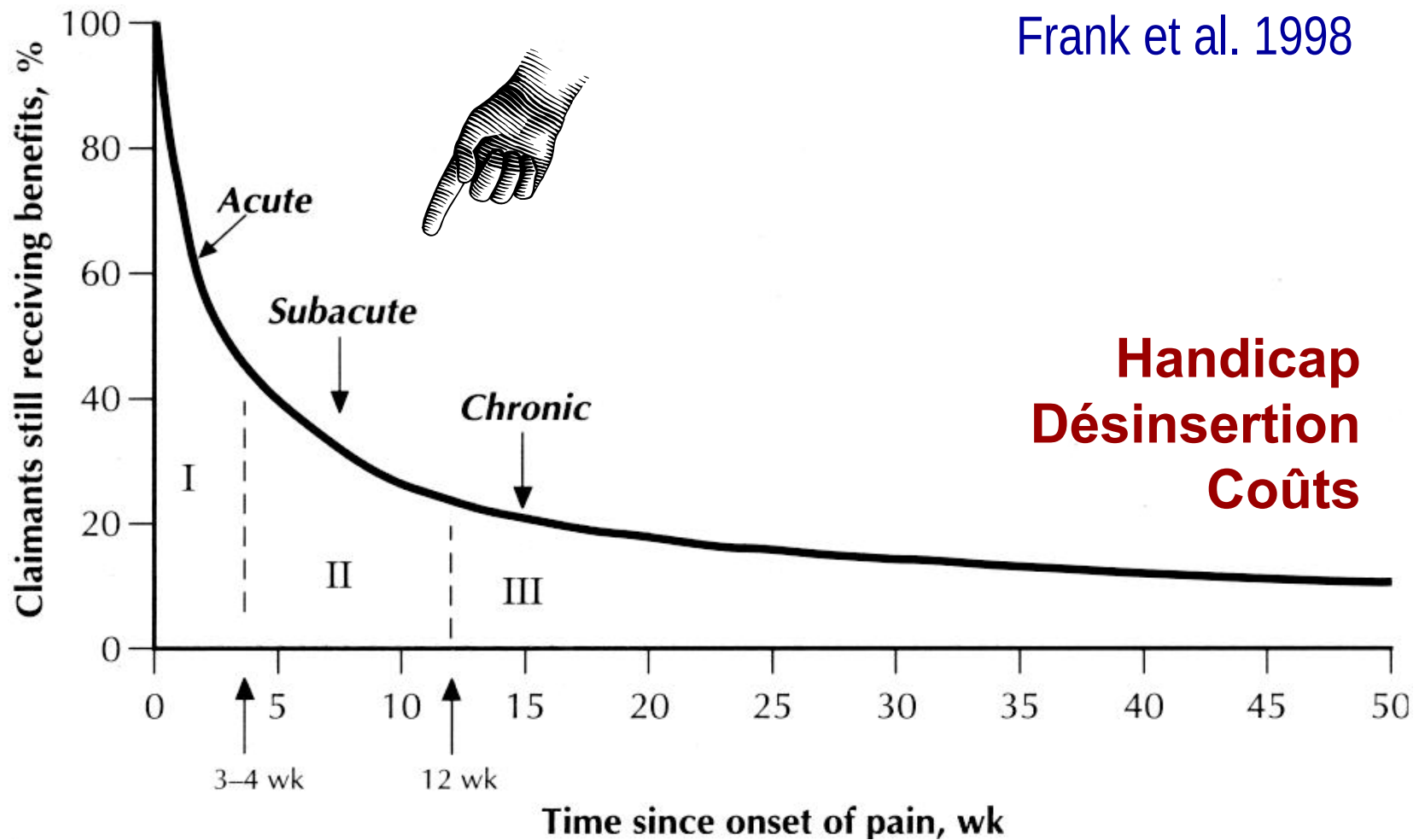
Couts sociaux

- La durée moyenne des arrêts de travail
 - pour lombalgie après un AT est passée de 25 jours en 1970 à **55 jours** en 2005.
 - En maladie professionnelle, cette durée est de **340 jours**.
- Près de **9 millions de journées** d'arrêt de travail par an sont prises en charge par la branche AT-MP
 - 8 millions en accidents du travail et un million en maladies professionnelles.
- On estime approximativement que **30 millions de journées** de travail seraient perdues chaque année par arrêt maladie pour lombalgie.
- Les dépenses imputables au titre du tableau 98 s'élevaient en 2011 à **130 millions d'euros** (7,8 % du montant total)

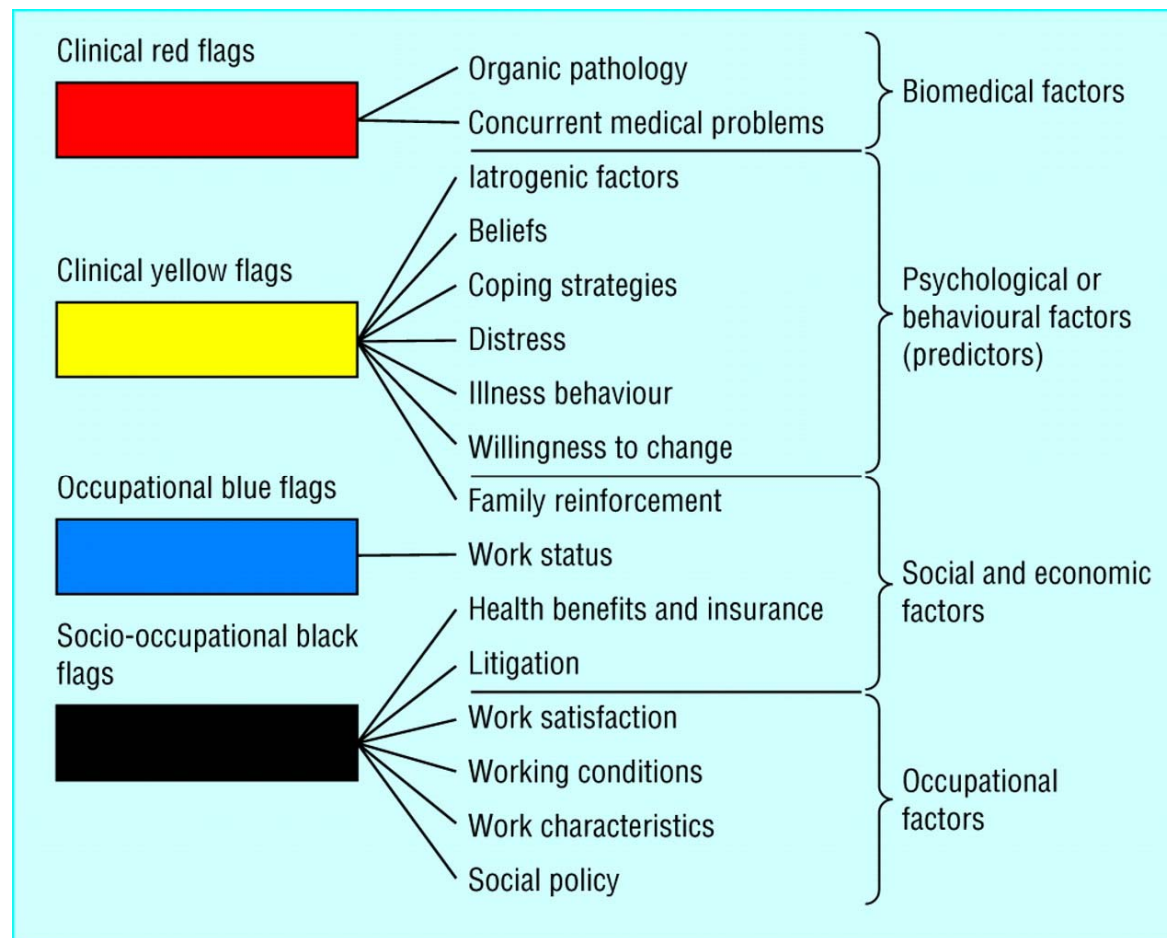


LOMBALGIES CHRONIQUES

Trajectoires d'exclusion



L'approche des « drapeaux »



BMJ

Main & Williams 2002

©2002 by British Medical Journal Publishing Group



Les drapeaux rouges

Red flags

- Probabilité d'une cause organique sous-jacente à la lombalgie
1. Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit ;
 2. Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval)
 3. Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée)
 4. Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur)
 5. Perte de poids inexpliquée
 6. Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile
 7. Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme)
 8. Déformation structurale importante de la colonne
 9. Douleur thoracique (= rachialgies dorsales)
 10. Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans
 11. Fièvre
 12. Altération de l'état général



Les facteurs de risque psychosociaux

Yellow flags

- Problèmes émotionnels
 - dépression, anxiété, stress, tendance à une humeur dépressive et retrait des activités sociales
- Attitudes et représentations inappropriées
 - idée que la douleur représenterait un danger ou qu'elle pourrait entraîner un handicap grave
 - un comportement passif
- Comportements douloureux inappropriés,
 - Évitement ou réduction de l'activité, liés à la peur
= Kinésiophobie (peur du mouvement) ;
catastrophisme

Les drapeaux bleus

Blue flags

- Facteurs pronostiques liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur
 - la charge physique élevée de travail**
 - la forte demande au travail et faible contrôle sur le travail*
 - Le manque de capacité à modifier son travail*
 - Le manque de soutien social*
 - la pression temporelle ressentie*
 - l'absence de satisfaction au travail*
 - le stress au travail*
 - l'espoir de reprise du travail
 - la peur de la rechute

auto-questionnaire de Karasek (*)

échelle subjective d'évaluation de l'effort de Borg (**)

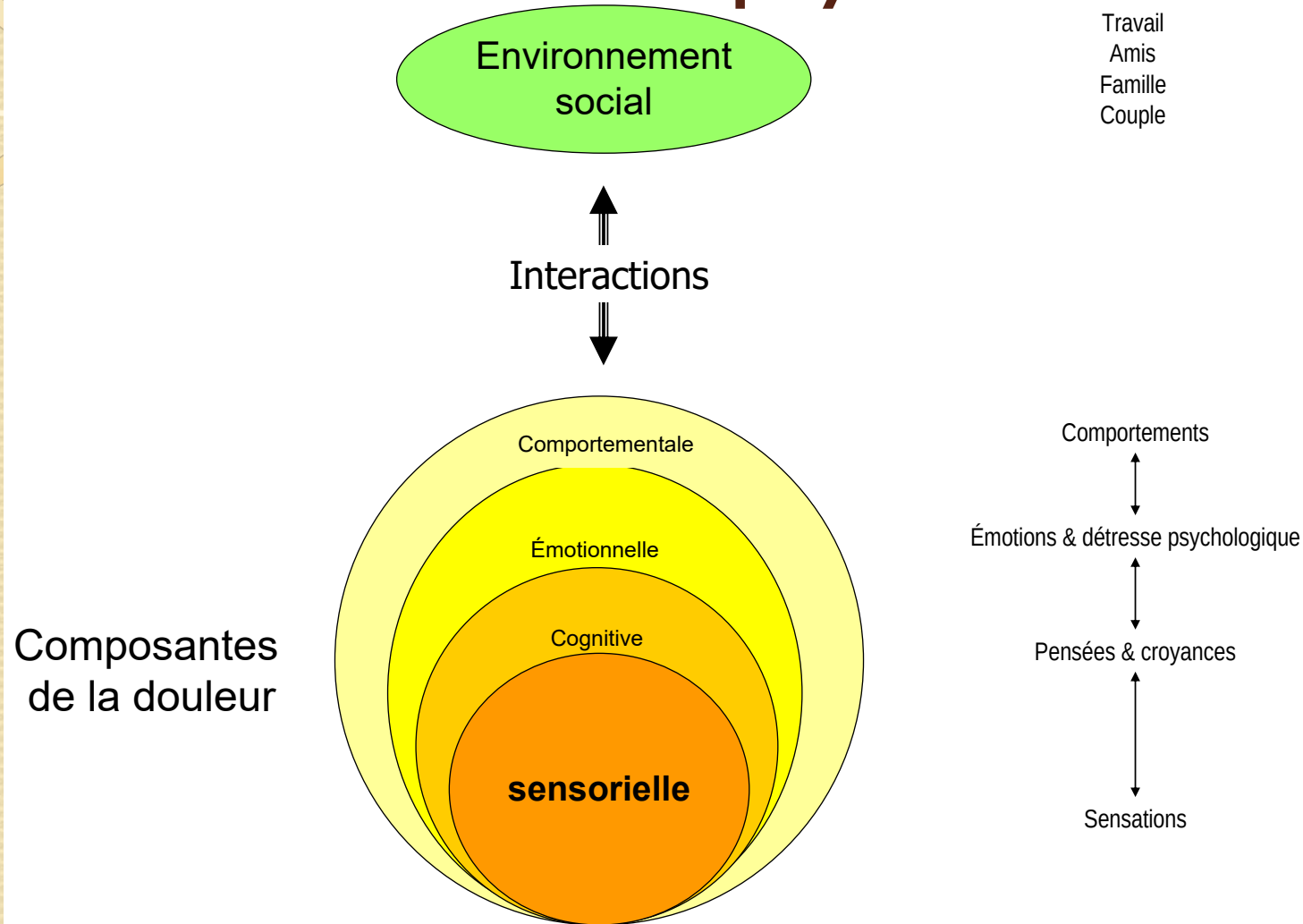


Les drapeaux noirs

Black flags

- Facteurs liés à la politique de l'entreprise, du système de soins et d'assurance
 - politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste
 - insécurité financière
 - critères du système de compensation
 - incitatifs financiers
 - manque de contact avec le milieu de travail
 - durée de l'arrêt maladie.

Le modèle bio-psycho-social



Adapté de Waddell 2000

FDR d'incapacité prolongée

Exigences physiques du travail	Rythme de travail soutenu Travail physique lourd Exigences physiques supérieures aux capacités
Climat social au travail	Soutien social Soutien hiérarchique Manque d'autonomie Contrat de travail de courte durée Conflits au travail Impossibilité de faire des pauses de sa propre initiative
Perceptions de la douleur et du travail	Insatisfaction au travail Travail monotone Stress au travail Croyance que le travail est dangereux Charge émotionnelle au travail Croyance qu'il vaudrait mieux ne pas travailler avec la douleur Peur de la rechute Faible espoir de reprise du travail
Gestion de l'incapacité au travail	Compensation financière ATCD de compensation financière Plainte de découragement Retard à la déclaration d'accident Faible prise en charge médicale immédiate Impossibilité de modifier le poste Salaire de compensation important

SFMT, 2013



Comment évaluer ces FDR?

- **Impressions du clinicien**
 - **Entrevue semi-structurée**
 - Questionnaires
-
- Réunion sur le lieu de travail
 - Méthodes de mesure objective
 - Données administratives



Outils recommandés d'évaluation

- Douleur
 - Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Facteurs d'incapacité prolongée en lien avec le travail
 - Questionnaire OMPSQ
- Incapacité fonctionnelle
 - Questionnaire Roland-Morris (EIFEL)
 - Echelle de DALLAS
- Représentations du travailleur vis-à-vis de la lombalgie
 - Sous-échelle FABQ-travail

Attention: Les questionnaires orientent et structurent l'entretien, mais ils ne le remplacent pas !



QUE FAIRE?

CHANGER de paradigme



Le changement de paradigme

Paradigme	Traitement de la lésion	Prévention d'incapacité
Vision du problème	- Centrée sur l'individu - Douleur = lésion	- Englobe le « système social » - Incapacité = problème multifactoriel
Prise en charge	- Trouver la cause - Traiter la lésion - But : <i>Guérison</i>	- Identifier les acteurs et les déterminants de l'incapacité - But : <i>Participation sociale</i>
Intervenants	- Patient - Travailleur - Professionnels de santé	- Patient - Travailleur - Système de santé - Lieu de travail - Système de compensation
Modèle	- Médical - Causalité linéaire	- Biopsychosocial - Causalité complexe



MAIS ENCORE?

- **RASSURER**

- Cohérence des messages
- Guide du dos ; autres supports
- Approche de TCC

- **FAIRE BOUGER**

- Restauration fonctionnelle du rachis
- Reconditionnement à l'effort

- **ADAPTER LE TRAVAIL**

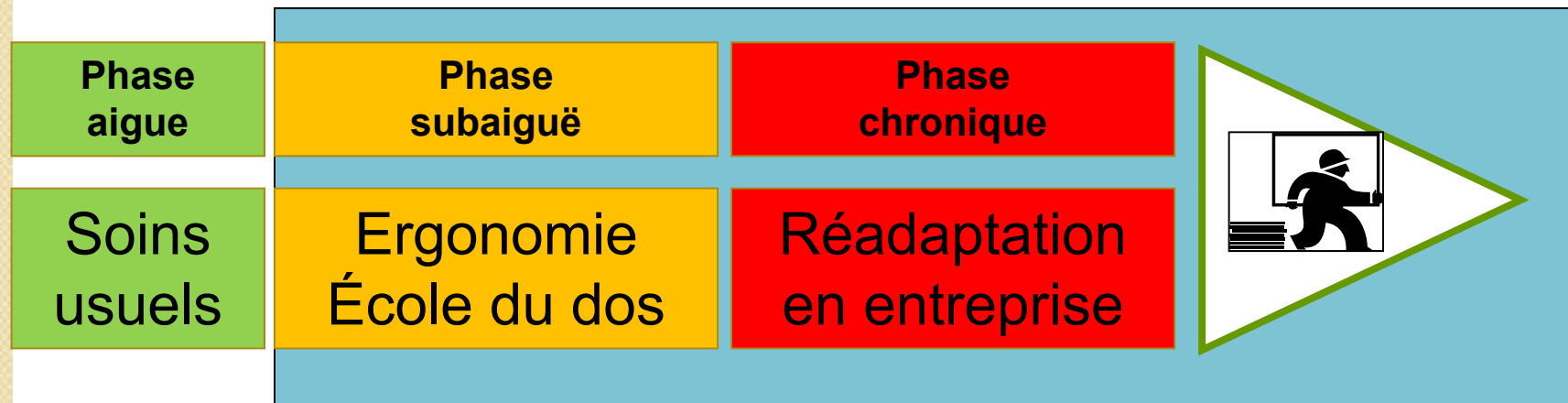
- Horaires et durée de travail
- Tâches de travail
- Équipements

LE MODÈLE DE SHERBROOKE

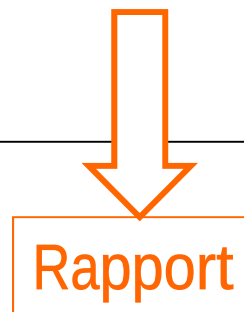
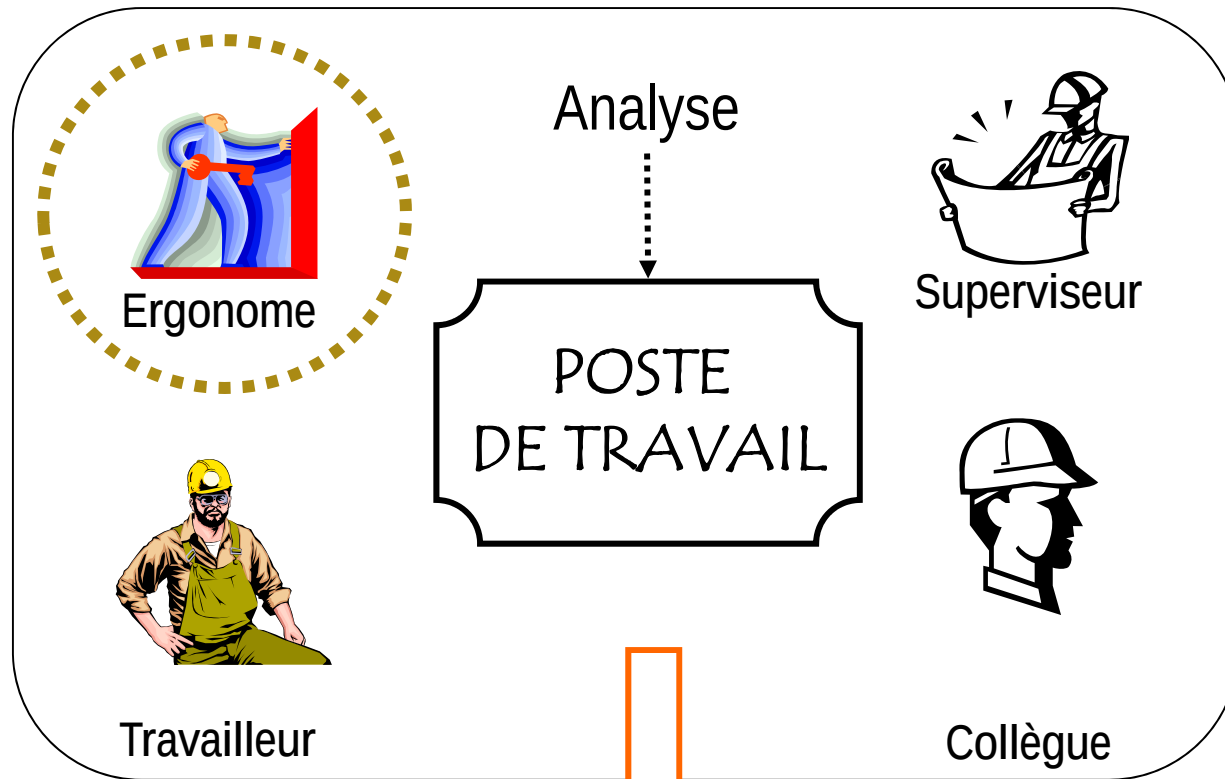


Modèle de Sherbrooke

1991-1995



Loisel et al. 1997 et 2002





Ergonomie participative

« Développement de solutions ergonomiques avec la participation des acteurs »

- **Contrat social tripartite**
 - Employeur – Travailleur – équipe de réadaptation
- **Réflexion et action concertées**
 - Au poste de travail de la personne prise en charge
 - Problème(s) ► Solution(s) ► Référent(s) ► Agenda

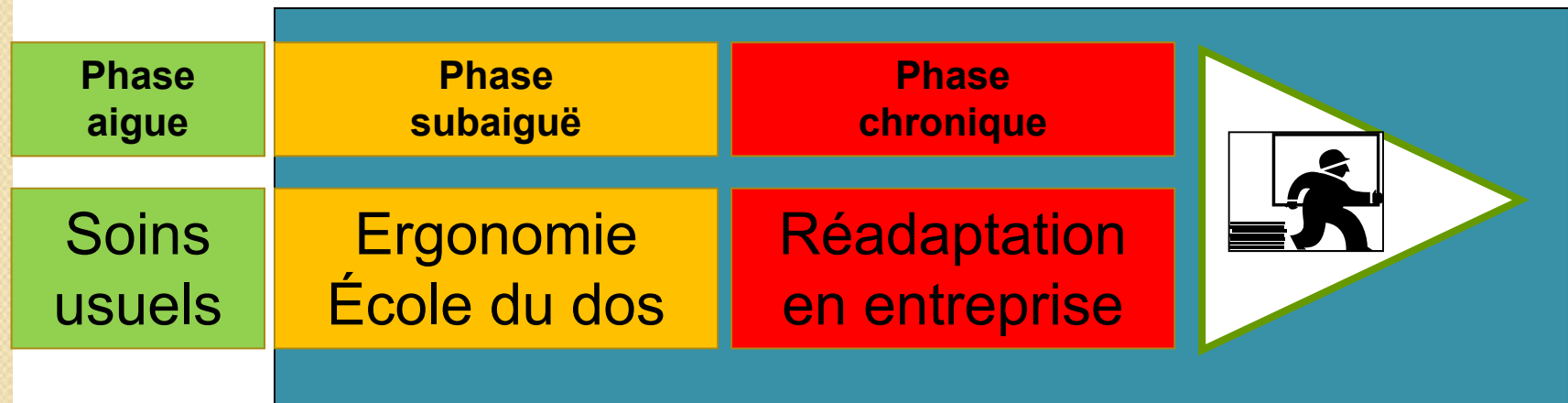
Rôle(s) de l'ergonome

- Expert en conditions de travail
 - Analyse du poste et des tâches de travail
FDR biomécaniques
 - Analyse du contexte organisationnel
FDR psychosociaux
- Expert en relations humaines
 - Médiateur, négociateur, facilitateur
 - Conduit la démarche participative
 - Facilite l'implantation des changements



Modèle de Sherbrooke

1991-1995



■ Phase chronique

Loisel et al. 1997 et 2002

- Diagnostic de la situation de handicap au travail
- Retour thérapeutique au travail

Retour thérapeutique au travail

- Intervention de réadaptation « **mixte** »
À l'hôpital + **Dans l'entreprise**





Retour thérapeutique au travail

- Intervention de réadaptation (dé)centralisée dans le milieu de travail
 - Retour du travailleur à son poste habituel
 - Supervisé par un prof. de santé (ErgoT, ErgoN)
 - Progressif = adapté aux capacités résiduelles
- Avec modifications ergonomiques
 - Temporaires
 - Définitives



Utilisation du milieu de travail réel

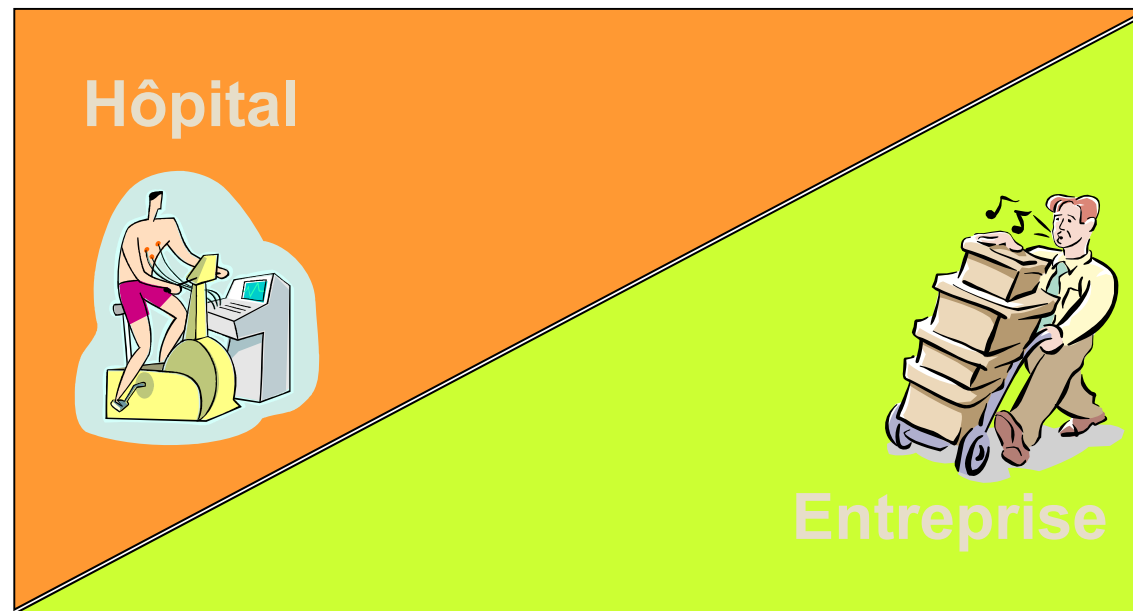
- Source d'informations
 - pour reproduire les conditions de travail en milieu clinique
- Médium thérapeutique
 - pour exposer graduellement le travailleur aux exigences de son travail
- Objet de l'intervention dans l'entreprise
 - pour réduire les exigences du poste de travail et les adapter aux capacités du salarié

DSHT

- Dg de la situation de handicap au travail
 - Précède le Retour thérapeutique au travail
- 2 évaluations 1/2 structurées
 - Médecin + Ergothérapeute
- Déterminants du **handicap**
 - Médicaux, sociaux, psychologiques, professionnels
- Plan de traitement adapté
 - Durée, modalités
 - Kinésithérapie
 - Psychologue
 - Ergothérapie
 - Ergonomie



Progression du RTT



Retour thérapeutique au travail (3 mois)



Résultats du modèle

- **Efficace**

- retour au travail plus rapide (x 2,4)
- capacités fonctionnelles et QDV augmentées

- **Rentable**

- Coût-efficace et coût-bénéfique (à 1 an et 5 ans)

- **Bien accepté**

- Appréciation concordante
- Travailleurs – Employeurs – Syndicats

- **Bonne validité externe**

- Pays-Bas (2004)

Loisel al., 1997, 2001, 2002, 2003 ; Anema et al. 2007;
Lambeek et al. 2010a, 2010b

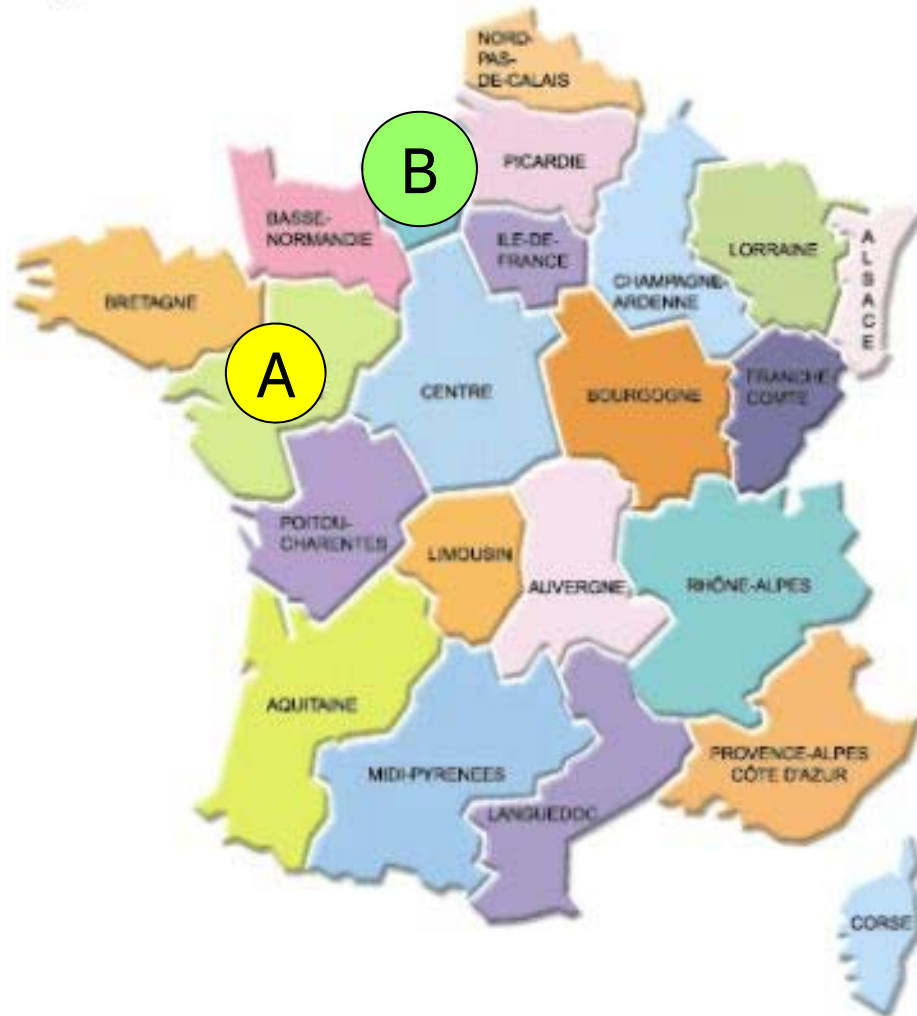


Synthèse

- Bénéfices d'associer le milieu de travail « réel » au processus même de la réadaptation
- Modalités particulières de collaboration
- Recommandations actuelles
 - Paris Task Force 2000, COST B13 2006
 - SFMT 2014

Quelle faisabilité en France?

Barrières et facilitateurs
au modèle de Sherbrooke
dans le système de santé
français



Fassier et al. 2011, 2015

Identification précoce

- Avantages

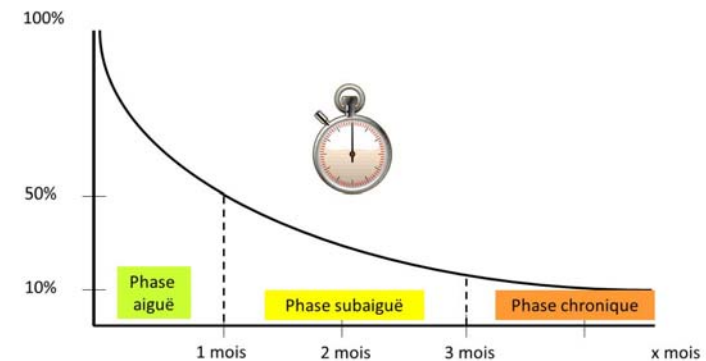
- Agir plus en amont
- Recommandations

- Limites

- Systèmes d'information
- Secret médical (AT-MP ; maladie ordinaire)
- Parcours de soins
- Volumétrie

- Compromis à trouver

- Modèle efficace / arrêt > 3 mois (Lambeek 2010)
- Entre 2 et 4 mois d'arrêt ?





Retour au (poste de?) travail

Maintien dans l'emploi

- Dans la même entreprise
 - Retour au poste antérieur (aménagements divers)
 - Parti pris du modèle de Sherbrooke
 - Objectif limité
 - Autre poste / même métier
 - Autre poste / autre métier (reconversion)
- Dans une autre entreprise
 - Même métier
 - Autre métier
- Constat personnel empirique
 - Reclassement et/ou reconversion + faciles / encore en activité
 - Retour au poste = court terme
 - Projet professionnel & maintien = moyen et long termes

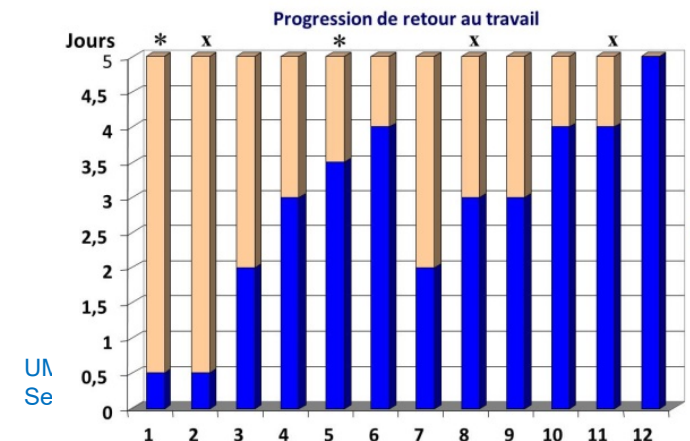


Ergonomie participative

- « Boîte noire »
 - Efficace
 - Comment?
 - Réduction FDR biomécaniques / psycho-sociaux / autres ?
- Modalités
 - Groupe projet
 - Personne-ressource externe = facilitateur
 - Formation préalable de correspondants internes
 - Notions de base en ergonomie , conduite de projet
 - Engagement préalable des entreprises
 - Communication, plaidoyer, mise en réseau
- Enjeux
 - Planification et animation du projet (QUI?)
 - Définition du périmètre de l'intervention ergonomique
 - Financement
 - Étude des mécanismes de l'efficacité

Retour thérapeutique au travail

- Changement de paradigme en réadaptation
 - Implication du milieu de travail réel
 - Au-delà des capacités fonctionnelles
- Enjeux de l'interface santé / travail
 - Compétences pluridisciplinaires
 - Rééducation, psychologie, ergothérapie, travail social
 - Ergonomie
 - Coordination de l'action
 - Organisation
 - Financement





Conclusion

- Le modèle de Sherbrooke répond à plusieurs priorités de santé publique / santé au travail
- Il ne répond pas à tous les enjeux du maintien en emploi
- Il nécessite d'être adapté au contexte français
- Il mérite d'être implanté et évalué

Merci de votre attention

