

Pourquoi et comment intégrer le Médecin du Travail à l'équipe du Centre de Traitement de la Douleur

F. Chatelier¹, J. Nizard², G. Geraut¹ et Y. Lajat²

¹ Service de médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHU Nantes

² Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nantes

Résumé L'abord socio-professionnel des douloureux chroniques constitue un des aspects prioritaires de leur prise en charge globale. Cet article est le fruit de quatre années de collaboration d'un médecin du travail dans un centre de la douleur et relate notre pratique. Cette intervention doit être précoce et articulée avec les autres acteurs de la prise en charge. Sont évoqués : l'origine de la demande et le moment choisi pour le recours au médecin du travail ; le type de bilan effectué, et les multiples facteurs à prendre en compte ; la communication en réseau avec les soignants, mais aussi les médecins conseils et le médecin du travail du patient ; les actions qui peuvent être initiées ; les circuits mis en œuvre, avec les organismes de réinsertion.

Le rôle du patient est, dans ce cadre, primordial : mieux informé, accompagné, il pourra se reconstruire progressivement, et s'impliquer dans un avenir professionnel mieux adapté. A défaut, une réflexion peut être menée sur un projet de vie, temporaire ou définitif.

Des actions encore plus précoces sont souhaitables pour prévenir la rupture avec le monde du travail. La reprise du travail étant actuellement un critère validé majeur d'efficacité de la prise en charge des lombalgies chroniques.

Le développement de bilans des performances physiques, d'interventions ergonomiques en entreprise, et de parcours de formation individualisés devraient nous y aider.

Mots-clés : Abord socio-professionnel, réadaptation, maintien dans l'emploi, reclassement, douloureux chronique, Centre de traitement de la douleur.

Summary The socio-professional aspect constitutes a major priority in the overall management of chronic pain. This report, describing an approach based on four years of collaboration between an occupational medicine specialist and a Multi-disciplinary Pain Centre, indicates that the specialist should be involved early in conjunction with other participants in pain management. The points considered were the origin of the request and the time chosen for recourse to the specialist ; the type of assessment performed and the various factors taken into account ; contacts within the care network, but also with the patient's social security and company doctors ; the actions that could be taken ; and the procedures developed with rehabilitation organisms.

In this context, the role of the patient is crucial. If well informed and supported, he may gradually be able to rebuild his life project and benefit from more suitable job prospects. If that is not possible, temporary or definitive plans can be considered for the future.

Actions should be taken as early as possible to prevent a break with the work world. The return to work is currently a major validated criterion for the efficacy of management of chronic low back pain.

The development of assessments of physical efficiency, ergonomic evaluations in firms, and individualised training should prove useful.

Key-words : Socio-professional approach, rehabilitation, preservation of employment, reclassification, chronic pain, Pain Treatment Centre.

Introduction

La Médecine du Travail, créée officiellement en 1946 en France, y est régie par le Code du Travail. Son objet est de prévenir et de dépister les altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise, des salariés, des représentants du personnel, en matière notamment : d'amélioration des conditions de vie et de travail, d'adaptation des postes, des techniques et rythmes de travail à la physiologie humaine, de protection des salariés contre les nui-

sances et les risques d'accident du travail (article L 241-2 du Code du Travail).

La **médecine de santé au travail** est donc une spécialité qui propose une vision globale du sujet par un abord clinique mais aussi socio-familial et professionnel.

Elle s'exerce **sur le terrain**, en entreprise ou en service inter-entreprises. Elle se pratique aussi **dans les services de pathologie professionnelle** de certains centres hospitaliers ; beaucoup plus rarement dans quelques services de soins : services de médecine interne (13), d'oncologie médicale (2) et de médecine physique et réadaptation. En France, l'intervention d'un médecin du travail dans un Centre de Traitement la douleur est encore exceptionnelle. Elle nous semble néanmoins très utile, voire déterminante, pour la construction aussi précoce que possible

Correspondance : Dr Françoise Chatelier, Service de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle (Professeur Christian Geraut), Centre Hospitalier Universitaire, F-44093 Nantes Cedex. E-mail : fxform@infonie.fr

d'un projet de réinsertion chez le douloureux chronique, et sa redynamisation globale. Nous décrivons le **rôle du médecin attaché de pathologie professionnelle**, ayant une longue expérience des consultations d'aptitude au travail et de reclassement, mais aussi du monde du handicap et de l'entreprise, au sein de l'équipe pluri-disciplinaire du Centre de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes.

Les douloureux chroniques ont souvent des arrêts de travail prolongés (15 mois en moyenne dans la population de lombalgies chroniques hospitalisés au Centre), qui contribuent, en plus de leur pathologie, à les exclure du monde du travail. Ainsi nous savons que pour les lombalgies la probabilité de reprise est évaluée à 40% après 6 mois d'arrêt, 20% après 12 mois et seulement 10% après 24 mois (14). La reprise du travail est actuellement l'un des critères majeurs d'efficacité de la prise en charge, tant du point de vue du patient que de celui de sa famille et de la société.

Modalités d'intervention du médecin du travail au Centre de la Douleur

1. Une **organisation assez systématisée** a pu être mise en place après quatre années de fonctionnement :

- C'est **l'algologue qui déclenche la demande**. Le patient est informé de cette possibilité de rencontrer le médecin du travail dans le livret d'accueil du Centre. Il est invité, pour préparer cette entrevue, à rédiger un curriculum vitae succinct, à préciser le nom de son employeur et de son médecin du travail, et à réfléchir à ses souhaits de réinsertion socioprofessionnelle. Les patients adressés ont, pour 55% des lombalgies, dont la moitié sur rachis opéré, 15% des fibromyalgies, et 30% d'autres types de pathologies.
- Le médecin du travail est impliqué **précocement**, parfois même avant l'hospitalisation au Centre quand il y a une situation préoccupante. Le plus souvent c'est au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation qu'un interne de pathologie professionnelle est diligenté pour une première consultation de « débrouillage » qui amorce la réflexion. Il peut participer au staff hebdomadaire des soignants. Si le patient a une solution adaptée, réaliste, et s'il est déjà aidé par d'autres intervenants (assistante sociale de secteur, médecin du travail, service du personnel de son entreprise, etc.) les choses peuvent en rester là.
- Mais ce cas de figure est rare. Un courrier de sortie du Centre de la douleur précisant l'évolution et toutes les actions à mettre en place, est **adressé au médecin sénior de pathologie professionnelle**. Celui-ci prévoit donc une consultation dans les deux à trois mois suivant la sortie du Centre, d'avantage si la pathologie douloureuse est encore très prégnante, avec une prise en charge thérapeutique lourde. Après cette deuxième consultation les patients peuvent être revus, à nouveau, à distance, notamment s'ils sont encore trop investis dans les soins ou si la situation professionnelle le nécessite.
- **Un dossier médical spécifique de « réadaptation professionnelle »** chez le douloureux chro-

nique a été mis en place pour faciliter l'enquête des internes de médecine du travail et permettre la transmission des informations au médecin sénior de pathologie professionnelle, et à l'équipe du Centre de la Douleur.

2. **Un bilan socio-professionnel** est effectué lors de ces consultations, qui analyse les points suivants :

- **L'âge du patient** est un élément primordial dans le cadre de toute réinsertion, à fortiori si la personne est en restriction d'aptitude.
- **La situation médicale**, avec l'histoire du handicap, le bilan séquellaire actuel ou probable (par exemple le pronostic à long terme est en général différent entre une algodystrophie et un rachis multi-opéré), les autres pathologies à prendre en compte, le traitement et ses effets secondaires.
- **La durée d'arrêt de travail, facteur pronostique essentiel**, comme indiqué ci-dessus (14).
- **L'examen clinique et para-clinique** n'est pas systématique. S'il s'avère nécessaire, il est assez succinct et plutôt à visée fonctionnelle.
- **La situation socioprofessionnelle**: vie en couple ou de façon isolée, nombre d'enfants et leur âge, situation du conjoint, charges financières... Les modifications psycho-comportementales et financières peuvent conduire à une déstabilisation du milieu familial. Inversement, un bon environnement familial, ainsi que l'absence de soucis financiers, sont des facteurs pronostiques favorables. Un syndrome du « revenu paradoxal » est recherché (remboursement d'emprunts par les assurances par exemple). La mobilité géographique est aussi un élément positif.
- **L'expérience professionnelle**: il s'agit de la formation scolaire, du niveau atteint, de la formation professionnelle, du passé professionnel. Cette partie plus spécifique permet parfois de faire le lien entre une situation professionnelle et le début des douleurs et/ou leur chronicisation, en rapport avec des contraintes physiques mais aussi parfois des situations de souffrance mentale au travail. On recherche ainsi les compétences mobilisables.
- **La situation professionnelle**: l'emploi actuel, avec la date d'entrée en poste, ou à défaut les derniers emplois, seront particulièrement étudiés. Les interrogations portent sur la description de l'activité réelle et non « prescrite »: les contraintes physiques, organisationnelles, le vécu du travail etc. Les problèmes rencontrés au poste, du fait de la déficience, sont listés. Il importe également d'évaluer le retentissement de la pathologie sur les capacités de travail, et inversement les conséquences éventuelles du travail sur l'évolution de la maladie. Il est judicieux de repérer des difficultés masquées, et non clairement évoquées par le patient: ainsi, il est plus facile de dire « j'ai mal » que « je suis mal dans mon travail », et il paraît souvent plus honorable de sortir du monde du travail pour lombalgies que pour fibromyalgies, syndrome dépressif, et/ou parce que l'on ne s'adapte pas aux nouvelles technologies.

- **La situation contractuelle:** les contrats précaires sont beaucoup moins sécurisants qu'un contrat à durée indéterminée. L'expérience prouve qu'il est pratiquement impossible d'agir sur les conditions de travail des intérimaires, même avec l'aide de médecins du travail convaincants.

Les patients sont la plupart du temps en arrêt de travail (plus de 90% dans notre expérience). Le type de prise en charge : maladie, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité, n'est pas anodin (sans parler du système particulier des fonctionnaires ou assimilés). Les déclarations de maladies professionnelles ou les contestations de refus d'accident du travail notamment dans les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs et dans les lombo-sciatiques, sont aussi une demande de reconnaissance sociale de la souffrance endurée au travail.

- La **date de consolidation** ou de stabilisation est souvent encore lointaine. Elle doit être fixée en concertation avec les différents intervenants, avec si possible la participation éclairée du patient. Trop tôt, cela peut entraîner une remise en arrêt avant de trouver une solution acceptable dans l'entreprise et si le Médecin Conseil refuse, le patient risque de se retrouver sans ressources. La consolidation de lombalgiques, déconditionnés, en situation « d'évitement », conduit quasi-inéluctablement à des échecs (10).

Trop tardive il y a non seulement un impact financier pour le salarié et la collectivité mais une démobilisation aggravant la désinsertion. Il faut donc percevoir le moment charnière où le patient peut cesser de se focaliser sur les soins et envisager de retrouver une vie active.

- **Les démarches entreprises** avant la consultation et leurs résultats. En France, les patients peuvent avoir initié un dossier de COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), d'invalidité, de contestation à l'égard de la Sécurité Sociale ou de l'employeur, avec le soutien d'une organisation syndicale, de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés (FNATH). Le médecin du travail peut conseiller le patient sur ce qui lui semble pouvoir raisonnablement aboutir, sans préjuger bien sûr de la décision de son confrère médecin conseil.

- **Le projet professionnel du patient.** Il est primordial que le douloureux chronique s'implique le plus rapidement possible pour devenir acteur de son projet. Il est intéressant de le laisser exprimer ses constats et ses souhaits (par exemple, a-t-il fait le deuil de son ancien métier?). Même si le médecin du travail commence à se faire une idée de la faisabilité du projet proposé par le patient, il doit, autant que possible, lui assurer une écoute neutre. L'attitude adoptée jusqu'à présent, est de faire comme si le patient peut ou pourra retravailler. En effet, il faut l'encourager et saisir la moindre opportunité.

3. Donner un avis sur la stratégie de réinsertion, et initialiser des actions prioritaires, est la dernière

partie de cette consultation, et bien sûr la plus difficile. Il s'agit alors plus de propositions et d'échanges pour élaborer un **parcours individualisé et réaliste**.

Il s'agit d'abord d'un **rôle d'information et de conseil**, qui nécessite de bien connaître les réseaux, institutions et outils du maintien dans l'emploi et leur évolution:

a) Chaque fois que possible, il faudra encourager le maintien dans l'emploi, avec un poste adapté.

- Faire un dossier pour la reconnaissance de Travailleur Handicapé (TH) COTOREP : pour demander quoi? dans quel but? dans quel délai? Ainsi on peut citer brièvement qu'en France, une reconnaissance Travailleur Handicapé ouvre droit à une prime à l'embauche pour l'employeur et le salarié, à des financements pour aménagements de poste, à une aide au placement avec l'aide d'organismes type CAP EMPLOI, à un éventuel stage rémunéré de préorientation et de formation qualifiante (5). Lorsque le salarié est en voie d'être reconnu TH il existe aussi une mesure « maintien dans l'emploi » de l'AGEFIPH (Association Gestionnaire du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées) mobilisable rapidement. Il s'agit d'une subvention pour l'employeur pour couvrir les premières dépenses d'une action concertée, lorsqu'une inaptitude a été constatée par le médecin du travail et qu'une solution n'a pas encore été trouvée.

- Avec le consentement du patient et dans son intérêt, on peut déjà établir un **contact avec son médecin du travail** (1) On pourra solliciter des adaptations quantitatives et qualitatives du poste de travail:

- une visite de pré-reprise pour préparer le retour au travail;
- une **reprise à temps partiel thérapeutique**, formule particulièrement intéressante pour les douloureux chroniques en arrêt prolongé;
- un aménagement de poste;
- une mutation, avec une éventuelle formation complémentaire.

- Le **médecin conseil** peut être consulté sur la date de consolidation probable, l'accord sur le mi-temps thérapeutique et sa durée, l'évaluation d'un taux d'IPP (Invalidité Permanente Partielle) et avec prise en compte du déclassement professionnel, l'octroi d'une invalidité 1^{re} catégorie, (qui ouvre droit à une rente d'invalidité par la Sécurité Sociale) compatible avec un travail à mi-temps.

- Plus rarement une **visite du poste du travail**, en général à la demande du médecin de l'entreprise, permet d'évaluer réellement la charge de travail, de donner un avis sur des aménagements ou sur l'aptitude à un autre poste, d'échanger avec l'encadrement et la direction de l'entreprise. Il s'agit bien souvent de dédramatiser la représentation sociale négative du handicap. La sensibilisation, voire la formation des acteurs de l'entreprise, est l'une des voies utilisables pour lutter contre les résistances psychosociales (12). Les membres des Comités d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) des entreprises sont d'ailleurs consultés pour les aménagements de poste.

- b) Une **inaptitude médicale partielle totale, temporaire ou définitive** peut se discuter. La responsabilité en revient au médecin du travail de l'entreprise. Cette inaptitude suivie d'un licenciement peut être nécessaire et utile pour « tourner la page » et entamer des démarches de reclassement.
- c) Les plus grandes difficultés surviennent lorsqu'il n'y a plus d'emploi. La voie du **reclassement professionnel** est longue. Les circuits sont expliqués au patient. C'est sans doute la **rééducation professionnelle** qui est la plus favorable (6,7). Quelques patients souhaitent un reclassement par le biais d'un emploi indépendant. Il faut alors bien mettre en garde sur la difficulté d'obtenir des prêts financiers et faire percevoir que les soucis de gestion et une grande disponibilité ne sont pas toujours compatibles avec l'état de santé. Le patient est orienté vers les chambres des métiers, les chambres de commerce etc.
- d) Parfois rien ne peut aboutir sur le plan professionnel. C'est alors plus **un projet de vie** (loisirs, bénévolat, travail associatif, etc.) qui est envisagé, associé à une invalidité, une rente AT-MP, voire une Allocation Adulte Handicapé (AAH), en prévenant le patient, pour éviter toute désillusion, qu'elle n'est accordée qu'en cas de handicap majeur.
- Une **synthèse du dossier de réadaptation professionnelle** avec les pistes qui ont été ouvertes est adressée à l'algologue ainsi qu'au médecin traitant et aux autres intervenants qui prendront le relais. La transmission de l'information se poursuit entre le médecin sénior de pathologie professionnelle et l'algologue, qui revoit régulièrement le patient en consultation de suivi, et continue à transmettre ses comptes-rendus, faisant part du devenir des patients (par exemple séjour en centre de rééducation), et des obstacles rencontrés. Le médecin de pathologie professionnelle peut toujours réagir pour ajuster « la trajectoire » du patient, en lui proposant de revenir en consultation, en lui téléphonant, ou en recontactant le médecin du travail. Certains patients continuent d'ailleurs à nous informer de leurs démarches, des décisions prises, voire de leur reprise du travail.
2. Cette **intervention est précoce au Centre de la douleur**. Mais nous aimerions qu'elle soit encore plus précoce, en amont du centre, pour prévenir le déconditionnement, la recherche de compensation, d'assistance. Nous devons organiser des filières de soins, coordonnées, avant le passage à la chronicité (8, 10). Les généralistes doivent bien sûr se sentir impliqués dans cette problématique.
3. Le **bilan des performances physiques** n'est pas toujours réalisé et n'est pas toujours évident pour un médecin du travail. L'état fonctionnel déterminé par l'interrogatoire, c'est-à-dire subjectif, est parfois différent des compétences physiques réelles. Il serait parfois utile d'envisager des bilans pré-professionnels en ergothérapie, voire même en ateliers (3). Ainsi le réentraînement à l'effort pourrait, dans un 2^e temps, se rapprocher des exigences du métier en utilisant des tests en relation avec le travail et permettrait de redynamiser mais aussi de rassurer le patient.
4. En ce qui concerne **l'entreprise**: le contexte économique n'est pas toujours très porteur; les résistances psychologiques sont indéniables; enfin le manque de réactivité est souvent un obstacle (surtout pour le maintien dans l'emploi). Les actions en entreprises pour adapter les conditions de travail, couplées à une démarche de réactivation physique sont encore peu nombreuses et pourtant primordiales (4).
5. **Le retour au travail** est jugé actuellement comme un critère essentiel du devenir des lombalgiques chroniques (15). Certes, mais de quel travail s'agit-il? Les contraintes physiques, organisationnelles, environnementales, le vécu au travail peuvent être différents pour un même intitulé de poste, à fortiori pour des métiers différents. En conséquence, il faut relativiser l'échec ou la réussite de la reprise par rapport au poste de travail antérieur.
6. **L'évolution des systèmes de formation professionnelle** avec des parcours individualisés, des horaires aménagés, de l'enseignement à distance, apporte plus de chances aux douloureux chroniques (particulièrement aux fibromyalgiques). Les centres de rééducation professionnelle développent progressivement ces actions « à la carte ».

Discussion

Cette expérience nous conduit à quelques attentes et réflexions personnelles.

1. Tout d'abord ces **consultations sont longues** car elles doivent prendre en compte une pluralité de facteurs, et animer tout un système d'acteurs: médecins, employeurs, collègues, formateurs... et surtout la personne concernée (11). Elles n'entraînent pas d'autre coût en soins, examens complémentaires..., sauf parfois en transport. Cette démarche de réinsertion professionnelle, si elle aboutit, ne peut au contraire que participer à faire des économies à notre système de santé (moins d'indemnités journalières, de rentes...) et globalement à la société (indemnités ASSEDIC, Revenu Minimum d'Insertion...).

Conclusion

L'intervention d'un médecin du travail au Centre de Traitement de la douleur est conçue comme une action précoce, intégrée et concertée.

Pour chaque patient la solution ne s'impose pas à priori. Elle se découvre par la richesse du questionnement, la confrontation des éléments. Elle ne peut aboutir que si le patient évolue vers une dynamique de reconstruction et de responsabilisation. Dans le prolongement du passage au centre de la douleur, elle est favorisée par des relais, vers le monde du travail.

La réflexion sur le devenir professionnel participe au processus thérapeutique et essaie d'éviter la discontinuité entre les soins et le retour au travail (9).

Néanmoins, une évaluation de cette intervention socio-professionnelle est nécessaire, par des retours d'informations sur les dossiers actuellement suivis, et surtout par la mise en place d'études longitudinales de cohortes, en fonction des pathologies.

Bibliographie

1. Baumgarth M.: Ne court-circuisez pas le Médecin du Travail! *Le Généraliste* 2168, 11-13 (18 janvier 2002).
2. Belpomme D.: Qu'est-ce qu'un spécialiste de la santé au travail peut apporter à l'équipe d'un service d'oncologie médicale? In: *Médecine du Travail et Santé Publique: quel avenir?* Editions de santé, p. 119, 2001.
3. Beramoudt B., Darnajou F., Nicolas B., Gallien Ph., Belliard H., Le Montagner H. et Guichoux J.: Prise en charge et devenir professionnel d'une population de travailleurs manuels dans les suites d'une chirurgie discale, in La réinsertion socio-professionnelle des personnes handicapées, Masson, Paris, pp. 276-282, 1994.
4. Bontoux L., Billabert C., Colin D., Brami L., Penneau-Fontbonne D., Richard I. et Brégeon C.: *La réactivation physique du lombalgie chronique dans le dispositif ACFH (amélioration des conditions de travail des handicapés lombalgiques)*, SOFMER, Angers, 1999.
5. Chatelier F.: Le maintien dans l'entreprise et la rééducation professionnelle des travailleurs handicapés. *Archives des maladies professionnelles* 51 (7), 533-535, 1990.
6. Chatelier F.: Les lombalgies chroniques. Le point de vue du Médecin du Travail. In: *TechniMédia Médical* 9514, 18 mars 1999.
7. Chatelier F.: Lombalgies et lombo-sciatiques invalidantes chroniques. Devenir professionnel. Journées de Médecine du Travail de l'Ouest. A paraître dans les *Archives des maladies professionnelles*.
8. Fouquet B.: Réseau et pathologies professionnelles de l'appareil moteur du tableau 57. In: *Membre supérieur et pathologie professionnelle*, Masson, Paris, pp. 171-177, 2001.
9. Fouquet B.: Evaluation et pronostic de réinsertion. In: *Rachis lombaire et pathologies professionnelles*, Masson, p. 31-38, 2002.
10. Fouquet B. et Lafargues G.: *Réseau et affections lombaires*. In: *Rachis lombaire et pathologies professionnelles*, Masson, Paris, pp. 114-123, 2002.
11. *Le maintien dans l'emploi en questions. Groupe de réflexion*, Editions ENSP, 2000.
12. Ravaud J.F.: Handicap et réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail. Du droit au travail à l'égalité des chances. *Rencontres en rééducation* 8, 184-193, Masson, 1994.
13. Sereni D.: *Qu'est-ce qu'un spécialiste de la santé au travail peut apporter à l'équipe d'un service de médecine interne? Médecine du Travail et Santé Publique: quel avenir?* Editions de santé, pp. 115-117, 2001.
14. Spitzer W.D., Leblanc F.E. and Dupuis M.: Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders. *Spine* 12, Suppl. S4-S55, 1987.
15. Vanderweide W.E., Verbeele Jahm and Van Dijk Fjh.: In *Balans, op weg naar richtlijnen voor social – medische begeleiding bij ruck lachten*. *Tijdschrift voor Bedryfs – en Verzekerings – geneeskunde* 3 P; 220-225, 1995.

Page 182
Blanche