

# Santé, prévention de la pénibilité et parcours professionnel

## 33<sup>es</sup> Journées nationales du BTP

Limoges, 27-29 mai 2015

### EN RÉSUMÉ

Les 33<sup>es</sup> Journées nationales du bâtiment et des travaux publics (BTP), organisées conjointement par l'AMCO-BTP de Limoges (Association médicale du Centre-Ouest) et le GNMST-BTP (Groupement national multidisciplinaire de santé au travail dans le BTP), avec le soutien de l'Organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBTB), se sont déroulées à Limoges du 27 au 29 mai 2015 sur le thème de la pénibilité et de ses conséquences sur l'épaule et le rachis. De nombreuses démarches de prévention ont été mises en place par les services de santé au travail du BTP en partenariat avec les entreprises pour en limiter les conséquences. Certaines de ces actions ont été exposées au cours de ces 33<sup>es</sup> Journées.

#### AUTEURS :

I. Proust, AL. Saingolet, B. Hévin, M. Druet-Cabanac, Service de santé au travail, CHU de Limoges, Université de Limoges

D. Egenod, M. Sopinski, Association médicale du Centre-Ouest du BTP (AMCO-BTP), Limoges

#### MOTS CLÉS

Pénibilité / trouble musculosquelettique / TMS / lombalgie / pathologie ostéo-articulaire / pathologie péri-articulaire / maintien dans l'emploi / Bâtiment et travaux publics / BTP

**E**n introduction de ces 33<sup>es</sup> Journées nationales du bâtiment et des travaux publics (BTP), Yves Struillou, Directeur général du Travail, a porté son intervention sur 3 points : les services de santé au travail (SST) suite à la réforme de 2011, la mise en place du Plan régional de santé au travail 3<sup>e</sup> génération (PRST 3) et la prévention de la pénibilité :

- Les SST sont le premier réseau de prévention et les enjeux de la santé et de la sécurité au travail sont primordiaux. Il s'est félicité de la qualité des travaux et de la dynamique mise en place dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Concernant le rapport de la mission « Issindou », il a rappelé toute l'importance de défendre le système de médecine du travail et de l'adapter aux contraintes des effectifs et des missions des SST.
- Le PRST 3 est original par sa méthode et son contenu. Les objectifs opérationnels de ce plan sont axés

sur la prévention primaire et les grandes lignes directrices doivent permettre de favoriser l'appropriation effective de la culture d'évaluation et de prévention des risques professionnels, de développer les services d'accompagnement à l'évaluation des risques au profit des TPE-PME (très petites, petites et moyennes entreprises) et de prévenir la désinsertion professionnelle en favorisant le maintien durable dans l'emploi.

- Concernant la prévention de la pénibilité, avec l'allongement de la vie professionnelle, il est important de prendre en compte les situations et les contraintes auxquelles les travailleurs sont exposés par des approches individuelles et collectives des expositions et des métiers qui permettront l'élaboration d'outils et de référentiels par branches d'activités. Si le travail peut être le lieu de souffrances et de pénibilité, il peut aussi être source d'épanouissement et de bien-être.

## PÉNIBILITÉ

Discuté au même moment à l'Assemblée nationale dans le cadre du projet de loi « Dialogue social », le thème de la pénibilité au travail choisi par le comité scientifique du congrès ne pouvait être plus d'actualité. De nombreuses discussions demeurent sur la détermination des seuils retenus, son évaluation et les conséquences pour les salariés et les employeurs. Une approche multidisciplinaire de ce concept (philosophique, sociologique, ergonomique, technique et réglementaire) a été abordée au cours de ces journées.

La notion de pénibilité est un sujet apparu en 2003 dans le cadre de la réforme des retraites, pour tenir compte du vieillissement attendu de la population au travail, mais c'est seulement en 2010 qu'une définition légale de la pénibilité au travail a été élaborée : « *des facteurs de risques professionnels susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé* ». Aujourd'hui, comment intégrer la diversité des situations en fin de vie active et des itinéraires professionnels tout au long de la vie sans renoncer pour autant à des principes d'intérêt commun ?

### TROIS FORMES DE PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

*S. Volkoff, Centre de recherches sur l'expérience, l'âge et les populations au travail (CREAPT), Noisy-le-Grand*

Pour bien comprendre les enjeux, il est important de définir les 3 formes existantes de pénibilité au travail.

La première forme est définie par les astreintes, potentiellement pathogènes ou invalidantes à long terme, présentes à diverses périodes du parcours professionnel ou tout au long de celui-ci. Il s'agit de la

forme faisant directement écho au compte pénibilité et donc à la notion de seuils. Il existe aujourd'hui des connaissances établies avec un niveau de preuves élevé sur les expositions dont les effets potentiels à long terme sur la santé peuvent être incapacitants et potentiellement graves (toxiques, horaires atypiques, efforts physiques importants...). Ceux-ci vont jouer sur l'esérance et la qualité de vie à la retraite. Les données scientifiques ne permettent pas de fixer des seuils de manière indiscutable. D'une part, il n'existe pas d'effet seuil reconnu et d'autre part, les relations entre travail et santé sont très complexes. L'établissement de ces seuils est une affaire de dialogue social et ne concerne finalement que très peu le médecin du travail.

La deuxième forme est la difficulté à travailler en raison d'une déficience de santé. Que les troubles ressentis par les personnes gênent ou non le travail, leur prévalence et la gêne qu'ils occasionnent augmentent avec l'âge. Cette question sera de plus en plus prégnante avec le vieillissement d'une population de travailleurs (recul de l'âge de départ à la retraite). Il n'existe à ce jour aucun dispositif pénibilité prévu pour cette catégorie de personnes et se posera le problème du maintien dans l'emploi avec les notions de réaffectations, d'aménagements de poste, de restrictions d'aptitude.

La troisième forme de pénibilité est le vécu difficile des dernières années de vie professionnelle. En effet, le travail est parfois peu accueillant pour les salariés vieillissants, notamment du fait des postures pénibles, des horaires décalés ou nocturnes et des contraintes temporelles... Les changements fréquents, la mobilité, les nécessités de réorganisation des entreprises ou la polyvalence rendent les choses de plus en plus problématiques.

Pour autant, l'avancée en âge peut également être un atout dans la mesure où se constituent parallèlement l'expérience et la construction de compétences sur la tâche, sur soi et sur les autres. Elle permet la mise en place de stratégies d'adaptation individuelles, mais aussi collectives pour partager le savoir avec les salariés plus jeunes, et l'entre-aide. L'abord de la pénibilité sous ces 3 aspects permet l'amélioration globale et durable des conditions de travail afin d'éviter l'usure et les contraintes extrêmes. Il peut y avoir des actions ciblées telles que des départs anticipés ou des réaffectations, mais elles ne régleront que quelques cas. Il faut valoriser les acquis de l'expérience afin d'agir sur les deux dernières formes de pénibilité en privilégiant l'organisation et la formation tout au long du parcours professionnel.

### DISPOSITIF PÉNIBILITÉ : UN TOURNANT MANQUÉ POUR LA PRÉVENTION ?

*P. Frimat, Université Lille 2*

La place des SST depuis la loi de 2011 et le renforcement des équipes pluridisciplinaires doivent aider au développement du domaine « prévention » de la pénibilité. Toutefois, il semble que le législateur se place actuellement plutôt sur le plan de la compensation que sur celui de la prévention.

En 2010, le volet prévention s'est fortement réduit au profit de celui de la compensation ; la définition de la pénibilité relevait d'accords entre les partenaires sociaux. Suite au dispositif réglementaire, en 2014, les facteurs de pénibilité ont été assortis d'une notion de seuil à évaluer en tenant compte de la présence des moyens de prévention collectifs et individuels. Or, le seuil ne doit pas être un paramètre de gestion du risque.

Bien entendu, une exposition à des niveaux inférieurs ne soustrait

absolument pas l'employeur à son obligation de résultat et l'article L.4121-1 du Code du travail place le terme de pénibilité au même niveau que les autres dans l'obligation générale de prévention. L'employeur devra évaluer, repérer les facteurs de pénibilité et mettre en place des actions. Ce diagnostic devra apparaître dans le document unique d'évaluation des risques (DUER) de toutes les entreprises quelle que soit leur taille.

Les fiches individuelles de prévention des expositions aux facteurs de pénibilité (FIE) qui avaient été envisagées, devaient être réalisées par l'employeur, transmises à la CARSAT, mais aussi et surtout aux SST. Ces informations individuelles auraient pu être placées dans le dossier médical de santé au travail (DMST), permettant de compléter la démarche de traçabilité des expositions.

Ce dispositif individuel va disparaître. La loi prévoyait une sanction financière en cas de défaut de l'employeur. Si elles disparaissent, le législateur prévoit une information collective auprès de la CARSAT et des accords de branche pour définir des approches métiers afin d'aider les entreprises à évaluer l'exposition de leurs salariés. Mais qu'en sera-il de l'évaluation individuelle de l'exposition ? On voit là l'importance pour les SST de tracer les expositions de chacun, afin que des années plus tard les salariés puissent faire valoir leurs droits à réparation. L'éventuelle suppression des fiches individuelles d'exposition ne dispensera pas les SST d'établir la fiche d'entreprise et d'intégrer dans le DMST toute information du suivi de santé.

Pour les entreprises de plus de 50 salariés, en plus de l'obligation de prévention collective, la loi prévoit la négociation d'accords collectifs, si plus de 50 % des salariés sont exposés ; ce taux passera à 25 %

en 2018. Comment diagnostiquer, évaluer, repérer ? Par ailleurs, les CHSCT doivent participer à l'analyse de l'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité (à ne pas confondre avec le diagnostic qui reste de la responsabilité de l'employeur). Pour les entreprises de moins de 50 salariés, les obligations de prévention sont les mêmes, avec un formalisme moindre puisqu'il n'y a pas de négociation ni d'accord d'entreprise.

On rappelle enfin que l'identification et la prévention de la pénibilité font partie des missions des SST qui doivent donc conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail. Les SST doivent assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs, participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles, notamment dans le DMST.

À côté de ces démarches à développer au sein des entreprises, le législateur a mis en place le C3P (compte personnel de prévention de la pénibilité). Ce compte devra être géré par la CARSAT. Il permettra notamment l'obtention de trimestres pour une anticipation du départ en retraite. Seul élément positif du dispositif : les premiers points cumulés devront être utilisés pour la formation des travailleurs (c'est effectivement une demande de prévention).

## **ÉVALUER POUR COMPENSER ET PRÉVENIR**

*G. Lasfargues, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Maisons-Alfort*

Le débat sur la pénibilité comprend plusieurs enjeux. L'évaluation et la traçabilité d'un certain nombre d'expositions permettront de lever des incertitudes sur les effets à long

terme de certaines d'entre elles. Bien que les dispositions de 2010 et 2015 soient clairement orientées vers des mesures compensatoires, l'amélioration des conditions de travail pénibles peut avoir un effet sur l'espérance et la qualité de vie en agissant sur les contraintes physiques, environnementales et les rythmes de travail (sans qu'il y ait obligatoirement notion de pathologie professionnelle reconnue).

Le dispositif de la loi de 2014 (non applicable à la Fonction publique à ce jour) est exclusivement compensatoire. Le C3P prend en compte depuis 2015 quatre facteurs (travail de nuit, en équipe alternante, en milieu hyperbare et le travail répétitif). Six autres devaient être considérés à compter de juillet 2016 voire plus tard. À la différence du dispositif de 2010 qui était déterministe, celui-ci a une approche probabiliste avec la fixation de seuils techniques à partir desquels on peut estimer qu'il existe un risque d'effets sur la santé à long terme. Cependant, la problématique de ces seuils réside dans la complexité des relations expositions/santé, notamment par l'absence de base scientifique claire et simple pour déterminer une relation dose-effet, l'existence de paramètres d'exposition divers et enfin des modulateurs d'effet comprenant des caractéristiques individuelles. Dans une logique de simplification et de cohérence du dispositif, c'est le modèle prévention/compensation qui a été retenu. La pénibilité et les risques au travail ne peuvent cependant pas être appréhendés de la même façon. Les registres et logiques d'action sont tout à fait différents. L'appréciation de la pénibilité doit prendre en compte trois aspects : les expositions professionnelles, le vécu du travail et enfin les déficiences de santé. Afin d'évaluer l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité, évaluation qui sera transmise à la CARSAT

## Santé, prévention de la pénibilité et parcours professionnel

33<sup>es</sup> Journées nationales du BTP

et non plus aux SST, un référentiel interprofessionnel d'appréciation de la pénibilité devrait être mis à disposition des entreprises, ce qui permettrait de faire des groupes homogènes d'exposition.

Cette évaluation devra être effectuée dans le DUER, en tenant compte des moyens de prévention collectifs et individuels au regard des conditions de travail habituelles. La pénibilité, au sens large, est très liée à l'évolution des conditions de travail actuelles (contraintes temporelles, horaires atypiques, contraintes organisationnelles), aux risques psychosociaux (RPS), à la flexibilité et à la précarisation accrue des parcours professionnels, au vieillissement de la population des travailleurs, aux salariés migrants. Les SST auront pour rôle d'aider au diagnostic et pourront faire des propositions de prévention, participant aussi aux CHSCT qui doivent s'impliquer dans l'analyse de l'exposition aux facteurs de pénibilité. Ils garderont bien sûr leur mission de formation et d'information auprès des salariés. Il faudra aussi tracer les expositions dans le DSMT en gardant à l'esprit le risque des effets à long terme. Il devra donc y avoir une montée en compétence des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la gestion de ce dossier, d'où la nécessité de structurer et de coordonner les actions et aussi de faire le bilan des plans d'action et des accords d'entreprise qui auront été signés.

### CONCEVOIR DES DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET DE FORMATION DES NOUVEAUX TRAVAILLEURS EN PRISE AVEC LA RÉALITÉ DU TRAVAIL

*K. Chassaing, École nationale supérieure de Cognitique, Bordeaux*  
De nombreux nouveaux embauchés ne restent pas dans les entreprises.

L'image « pénible » des métiers du bâtiment (exigences physiques, pression temporelle, déplacements éventuels, fréquence des accidents du travail) est sans doute en cause, mais c'est en contradiction avec l'idée d'une certaine autonomie dans le travail, qui évolue régulièrement et qui permet de continuer à apprendre. L'intérim reste une variable d'ajustement, mais se pose le problème de la formation pour de nouvelles compétences. Le contexte actuel du recrutement implique multiplicité des parcours, profils très différents, d'où l'idée de mettre en place des dispositifs d'accueil et de formation aux nouveaux arrivants afin d'essayer de garder la main d'œuvre embauchée.

Une entreprise de génie civil qui voulait former des coffreurs bancheurs avait mis en pratique ce type de réflexion du fait des difficultés à finaliser ses formations et de la perte de nombreux candidats en cours de parcours. Les enjeux étaient de fidéliser la main d'œuvre en améliorant l'accompagnement et en réduisant la marge d'incertitude par du parrainage ou du tuteurat, de permettre l'apprentissage des savoir-faire et de continuer à produire en qualité et en quantité. Il est rapidement apparu une discordance entre l'attente des nouveaux arrivants et l'idée que s'en faisaient les « anciens » qui pensaient que l'apprentissage de la dimension technique se ferait au fil de l'eau et voulaient seulement transmettre les valeurs du bâtiment à savoir le courage, la motivation... Il en découlait un apprentissage opportuniste sans vraie formalisation, ni vraie formation des tuteurs (qui devaient transmettre quelque chose d'incorporé), d'où différentes stratégies développées par chacun d'eux. Les nouveaux embauchés apprenaient par tâtonnement, en improvisant. Les préconisations devant cette si-

tuation ont été d'être vigilant pendant les périodes de recrutement, de former les formateurs en leur mettant à disposition des outils prenant en compte la réalité du travail, d'éviter les conflits de génération en limitant les différences d'âge entre tuteurs et élèves, d'organiser le travail, d'étaler les processus de transmission et d'avoir un collectif de travail stable et des effectifs suffisants.

### ENQUÊTE NATIONALE DANS LE BTP

*C Berthelot, AMCO-BTP, M. Druet-Cabanac, Centre hospitalo-universitaire, Limoges*

Comme lors des précédentes journées nationales de santé au travail du BTP, une étude épidémiologique a été réalisée par l'AMCO-BTP Limousin et le GNMST-BTP. L'objectif de cette « **Étude de la prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS) et de la gestion des approvisionnements et des évacuations de déchets de chantier dans les entreprises du bâtiment de moins de 10 salariés** » était double : déterminer la prévalence des lombalgies et des pathologies de l'épaule dans une population de salariés d'entreprises du bâtiment de moins de 10 salariés et évaluer la gestion des approvisionnements et des évacuations de déchets de chantier dans ces entreprises. Cette étude transversale, réalisée du 1<sup>er</sup> septembre 2014 au 13 mars 2015, a ciblé spécifiquement les entreprises du bâtiment de moins de 10 salariés. Deux questionnaires (un destiné aux salariés et un autre destiné aux entreprises) ont été proposés aux équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Le questionnaire « salarié » était proposé au premier salarié venant pour une

visite périodique ou pour un entretien médicoprofessionnel ; le chef d'entreprise était alors contacté pour remplir le questionnaire « entreprise » correspondant.

Au total, 829 questionnaires « salariés » correspondant à 317 entreprises différentes ont été recueillis. La répartition des réponses rassemblait 38 départements et 67 médecins du travail ou infirmières de santé au travail. L'ancienneté moyenne dans le métier était de 14,4 années ( $\pm 10,8$  années) et dans l'entreprise de 8,1 années ( $\pm 7,9$  années). La prévalence des lombalgies au cours des 12 derniers mois était de 46,0 % (IC 95 % : [44,9 – 47,1]) et la prévalence des douleurs au niveau des épaules était de 27,5 % (IC 95 % [26,5 – 28,5]). Dix salariés avaient déjà été reconnus en maladie professionnelle et 3 demandes étaient en cours d'instruction. Concernant l'approvisionnement et l'évacuation des déchets du chantier en cours, 136 chantiers (42,9 %) bénéficiaient d'aide mécanique (chariot élévateur, grue...) pour l'approvisionnement du poste de travail et seulement 96 (27,6 %) pour l'évacuation des déchets.

Cette étude a permis de mobiliser les équipes pluridisciplinaires de santé au travail dans un secteur d'activité soumis encore à de nombreux facteurs de risque de survenue de TMS et de mettre en évidence une forte proportion d'atteinte du rachis lombaire ainsi que des épaules chez ces salariés, malgré la mécanisation de ces activités.

## LOMBALGIES

### DOULEURS LOMBAIRES

*C. Dufauret-Lombard, Centre hospitalo-universitaire, Angers*

Les douleurs lombaires sont un symptôme fréquent avec une prévalence qui ne fait globalement

qu'augmenter dans les pays industrialisés. Elles sont la première cause d'accidents du travail avec arrêt de travail et d'invalidités et sont donc responsables d'un coût économique majeur. Il s'agit d'un problème important de santé publique et il est nécessaire de bien les comprendre et les prendre en charge pour mieux les prévenir. Il est à souligner toute l'importance d'un retour au travail le plus précoce possible afin de permettre un maintien dans l'emploi durable. On distingue deux types de causes :

- les lombalgies spécifiques (fractures vertébrales post-traumatiques ou ostéoporotiques, tumeurs, infectieuses, inflammatoires) représentent 10 % des lombalgies et sont à éliminer devant toute lombalgie, en recherchant systématiquement les facteurs suivants (**drapeaux rouges ou red flags**, cf. p. 98) : l'âge de début des symptômes (avant 20 ans ou après 55 ans), un antécédent récent de traumatisme, une douleur permanente progressivement croissante, une douleur d'horaire inflammatoire, une dorsalgie associée, un antécédent de tumeur maligne, l'utilisation prolongée de corticoïdes, une toxicomanie, une immunosuppression, une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une altération de l'état général, un syndrome neurologique associé et une fièvre, une déformation rachidienne importante ;

- la lombalgie commune est de loin la plus fréquente.

Pour bien comprendre la lombalgie commune, il faut l'aborder sous toutes ses dimensions représentées par trois grands modèles qui peuvent être plus ou moins associés :

- Le **modèle anatomo-clinique** ; il faut bien garder à l'esprit qu'il y a peu de corrélation entre la sympto-

matologie et l'imagerie. Il n'est pas nécessaire de réaliser une imagerie dès lors qu'il existe une lombalgie, sauf si les facteurs définis dans les **red flags** sont retrouvés à l'examen clinique. La cause la plus fréquente est l'atteinte disco-vertébrale avec une participation de l'arc postérieur.

- Le **modèle environnemental** ; il s'agit d'un modèle fonctionnel qui prend en compte l'utilisation excessive du rachis *via* les manutentions de charges, les postures inconfortables prolongées (flexion – rotation du tronc) et les vibrations mécaniques transmises. En revanche, il n'existe pas de données dans la littérature concernant les différents types de manutention et leur potentiel respectif à provoquer une lombalgie (pousser – tirer – soulever) ou pas de notion de dose-effet entre intensité et risque de lombalgie.

- Le **modèle bio-psycho-social**, de son côté, fait le lien entre les difficultés de la vie (sociales, familiales, professionnelles) et la douleur. Il semble impliqué dans le passage à la chronicité des lombalgies avec le *coping* (mauvaise capacité à faire face à la douleur) et les différentes peurs et croyances responsables d'attitudes d'évitement et donc d'une éventuelle incapacité.

### OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE COMMUNE

*C. Dufauret-Lombard, Centre hospitalo-universitaire, Angers*

Ils sont de 3 ordres :

- la diminution de la douleur pour que le patient puisse le plus possible conserver une activité quotidienne et professionnelle et également la lutte contre la chronicisation. En effet, une douleur initiale importante, voire une irradiation radiculaire initiale avec un impact fonctionnel important, constituent des facteurs

## Santé, prévention de la pénibilité et parcours professionnel

33<sup>es</sup> Journées nationales du BTP

de risque médicaux de chronicité, comme le caractère récidivant de la lombalgie ;

- une information claire et compréhensible, la plus rassurante possible sur l'évolution favorable de la lombalgie (guérison dans les deux premiers mois dans 80 à 90 % des cas). Il est également primordial que les discours médicaux soient cohérents ;

- le repos ne doit jamais être conseillé et encore moins prescrit. L'arrêt de travail doit être envisagé si et uniquement si les contraintes au travail sont supérieures à celles des activités quotidiennes.

Il faut toujours encourager la poursuite ou la reprise des activités physiques et professionnelles, même si la douleur n'a pas encore disparu. Pour maintenir une activité physique, il convient d'associer une rééducation active. Les drapeaux jaunes (*cf. paragraphe suivant*), ou *yellow flags*, doivent également être recherchés afin de discuter une éventuelle prise en charge psychologique.

### FACTEURS FAVORISANT L'INCAPACITÉ PROLONGÉE AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS LOMBALGIQUES

#### A. Petit, Centre hospitalo-universitaire, Angers

Plus que l'intensité de la douleur, c'est l'incapacité qu'elle génère qui fait toute la gravité de la lombalgie. Il est important de distinguer la douleur chronique (persistance des symptômes) de l'incapacité prolongée (impossibilité de travailler). Ainsi, les obstacles au retour au travail semblent moins liés au symptôme lui-même qu'à l'incapacité qui en résulte. En effet, les déterminants de la restriction de participation sociale et professionnelle s'intègrent dans un modèle dynamique et complexe

faisant intervenir des facteurs sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, compensation financière), des facteurs médicaux (diagnostic, résultats des tests cliniques, antécédents de lombalgies), des facteurs psychosociaux liés à l'individu (détresse émotionnelle, peurs, croyances, comportements vis-à-vis de la douleur) et des facteurs liés au travail qui incluent la dimension psychosociale de l'activité de travail (exigences physiques, climat social, gestion de l'incapacité de travail).

Le concept des drapeaux est une approche d'identification des facteurs de risque d'incapacité et d'absence de retour au travail à long terme. Il intègre les différentes dimensions qui influencent la reprise d'activité et du travail chez les personnes lombalgiques. Ce concept permet une évaluation multidimensionnelle, globale (biopsychosociale) de la problématique d'incapacité. En premier lieu, les **drapeaux rouges**, purement médicaux, permettent d'éliminer une urgence diagnostique. Les **drapeaux jaunes** correspondent à des facteurs psychologiques et comportementaux (le repos prolongé, l'évitement par peur du mouvement, la réduction des activités de la vie quotidienne), les facteurs liés aux attitudes et croyances erronées (la douleur correspond à une lésion grave ou maladie grave, le catastrophisme, l'attitude passive, la croyance que la douleur doit avoir disparue pour le retour au travail, la crainte avec anticipation que la douleur va augmenter avec le travail ou l'activité) et les facteurs émotionnels (l'existence d'une dépression, d'une anxiété, d'une irritabilité, d'un désintérêt pour les activités sociales, d'une difficulté à faire face – *coping* –, d'une attitude surprotectrice familiale).

Les **drapeaux bleus** sont les repré-

sentations perçues du travail et de son environnement par le travailleur (la charge physique élevée, la forte demande et le 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).

Les **drapeaux noirs** sont plutôt des facteurs socio-économiques liés à la gestion de l'incapacité prolongée par l'entreprise et par la société (la politique de l'employeur empêchant la réintégration progressive ou le changement de poste, l'insécurité financière, les critères du système de compensation, les éventuels incitatifs financiers, le manque de contact avec le milieu de travail, la durée de l'arrêt de travail).

Des déterminants concernant les situations de désinsertion professionnelle sont également retrouvés :

- **déterminants personnels** ; le faible niveau d'étude / l'absence de formation, la précarité de l'emploi / le chômage répété ou prolongé, la perte du sentiment d'efficacité personnelle / la démotivation, la valeur plus ou moins grande accordée au travail... ;

- **déterminants professionnels** ; le travail physique lourd / les contraintes biomécaniques, les faibles possibilités d'aménagement / le faible contrôle, un contexte psychosocial défavorable... ;

- **déterminants sociétaux** ; le niveau des revenus familiaux, le système d'indemnisation par l'assurance maladie...

Afin de pouvoir prévenir au mieux ces situations d'incapacité prolongée, il existe des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) sur

la surveillance médico-professionnelle du risque rachidien chez les travailleurs exposés à la manipulation de charges qui soulignent l'importance de la recherche systématique de ces signes, ainsi que celle de la visite de pré-reprise pour prévenir la désinsertion professionnelle.

## DOULEURS DE L'ÉPAULE

*M. Lefevre-Colau, Hôpital Cochin, Paris*

Les douleurs de l'épaule sont fréquentes dans la population générale et augmentent avec l'âge. Les pathologies de l'épaule sont souvent récalcitrantes et invalidantes malgré une prise en charge médico-fonctionnelle. La majorité d'entre elles est en rapport avec une pathologie de la coiffe des rotateurs et de ses annexes (bourse sub-acromiale, acromion, ligament coraco-acromial). La tendinopathie de la coiffe des rotateurs représente, en France, plus de 25 % des troubles musculosquelettiques (TMS) du membre supérieur reconnu en maladie professionnelle. L'importance des pathologies tendino-musculaires de l'épaule par rapport aux atteintes articulaires s'explique probablement par le fait qu'il s'agit de l'articulation la plus mobile de l'organisme, qui travaille en traction ou en suspension et peu en compression.

Les données récentes en biomécanique permettent de distinguer deux mécanismes principaux pouvant être à l'origine de ces tendinopathies de la coiffe des rotateurs :

- la première étiologie serait « intrinsèque », liée d'une part au processus inéluctable du vieillissement des tendons avec l'âge, mais également à des lésions de surcharge tendineuse lors de sollicitations excessives répétées voire

traumatiques au cours de l'activité professionnelle, sportive ou de loisirs (facteur physique) ;

- la seconde étiologie serait « extrinsèque », par dégénérescence tendineuse, faisant suite à une compression mécanique par des structures externes aux tendons. Ces dernières peuvent être soit anatomiques (liées à la configuration de l'acromion, de l'arche coraco-acromiale, articulation acromioclaviculaire), soit biomécaniques tels que des modifications cinématiques de la position de la scapula (tilt antérieur de l'aubent acromial) ou de l'humérus (translation supérieure de la tête humérale).

Plusieurs auteurs ont montré la présence d'altération de la position de la cinématique de la scapula associée à un déséquilibre musculaire des muscles scapulothoraciques en cas de pathologies de la coiffe des rotateurs.

Le traitement des tendinopathies de la coiffe des rotateurs est médico-fonctionnel en première intention et comprend, après échec des traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens *per os* et antalgiques, des infiltrations locales de corticoïdes et/ou différents types de rééducation. Les données biomécaniques récentes ont permis de modifier les programmes de rééducation en cherchant à corriger les anomalies posturales de la scapula et de la tête humérale (du tilt antérieur de la scapula ou l'ascension et décentrage de la tête humérale) en corrigeant les raideurs de la capsule, les déséquilibres musculaires entre les muscles scapulothoraciques et ceux de la coiffe des rotateurs.

Les autres affections de l'épaule sont plus rares. Elles peuvent évoluer dans le cadre d'une maladie générale de type polyarthrite rhumatoïde, pseudo-polyarthrite rhumatoïde... En l'absence de

pathologie générale associée, on distingue 3 autres tableaux cliniques responsables d'épaule douloureuse d'origine dégénérative : la capsulite rétractile, l'instabilité de l'épaule (antéro-interne post-traumatique, liée à une hyperlaxité ou micro-traumatique), des syndromes canaux (atteinte du nerf supra-scapulaire, thoracique long, spinal ou axillaire) dues à des micro-traumatismes ou une origine inflammatoire. Enfin, les douleurs mécaniques de l'épaule peuvent être en rapport avec des douleurs référées de types cervico-scapulalgies non spécifiques. Elles entrent dans le cadre des TMS de la région cou/épaule « non spécifiques ». Les douleurs les plus fréquemment décrites concernent le trapèze, mais il faut également rechercher des douleurs sur d'autres muscles comme l'élévateur de la scapula, les extenseurs du cou, le supra-épineux, l'infra-épineux et le deltoïde. Un diagnostic plus spécifique pourrait permettre de mieux identifier ces pathologies et en améliorer le traitement en termes d'ergonomie et de rééducation.

Les pathologies mécaniques de l'épaule sont de mieux en mieux démembrées grâce aux progrès de l'imagerie et aux données biomécaniques. Les données récentes de la cinématique du complexe de l'épaule ont abouti à une modification des programmes de rééducation qui intègrent des programmes d'exercices de la ceinture de l'épaule privilégiant le renforcement des muscles scapulothoraciques et leur travail en synergie avec le deltoïde. Cependant, le traitement de ces pathologies reste difficile, car elles sont liées à des facteurs physiques et psychosociaux, professionnels ou non, et également à des facteurs personnels. Leur traitement nécessite une prise en charge coordonnée entre

les intervenants impliqués dans le traitement médico-chirurgical, la rééducation, la prise en charge des facteurs favorisants, dont ceux professionnels qui demandent d'agir parallèlement sur le lieu de travail dans un but de maintien à l'emploi.

### **PRISE EN CHARGE COORDONNÉE POUR LE RETOUR ET LE MAINTIEN EN EMPLOI DES TRAVAILLEURS SOUFFRANT DE TMS DES MEMBRES ET DU RACHIS**

*A. Petit, Centre hospitalo-universitaire, Angers*

Il existe un consensus général sur le fait que le fardeau de l'incapacité au travail liée aux TMS des membres et du rachis nécessite d'être réduit et qu'améliorer le processus du retour au travail est un moyen d'y parvenir. Or les différents acteurs du processus de retour/maintien dans l'emploi présentent des intérêts et des points de vue potentiellement divergents. De nombreux travaux ont démontré l'impact délétère des interventions médicales excessives, morcelées, incohérentes, des bénéfices financiers secondaires et de la mauvaise connaissance du milieu de travail par les divers intervenants. En effet, le médecin de soins qui prescrit l'arrêt de travail et qui autorise la reprise ne connaît pas le travail et n'est (le plus souvent) pas en contact avec le médecin du travail. D'autre part, la compétitivité des entreprises, dans un contexte économique fortement concurrentiel, incite les employeurs à conditionner le retour au travail du salarié au fait qu'il se situe à 100 % voire 150 % de ses capacités. En pratique, cette contrainte entre en conflit avec le principe de retour

graduel au travail, prolonge l'arrêt de travail, voire met fin au contrat de travail.

Le succès des interventions de retour au travail/maintien en emploi repose notamment sur la coordination des prises en charge par les professionnels du champ médical et socioprofessionnel dont l'objectif doit être partagé avec le travailleur lui-même et l'entreprise. En effet, la prévention de l'incapacité au travail et, ultérieurement, de la désinsertion professionnelle, dépend essentiellement d'une action précoce et coordonnée face à une absence qui se prolonge.

Afin d'optimiser le retour et le maintien en emploi des salariés atteints de telles pathologies, la piste de la rééducation semble être la plus prometteuse car elle est bénéfique et non dangereuse. Il existe des programmes de reconditionnement au travail dont l'objectif est d'améliorer les capacités de travail. Ils ont le mérite d'impliquer tous les acteurs du processus du maintien en emploi, dont le travailleur, et permettent d'avoir une vision d'ensemble de celui-ci et de son poste de travail avec toutes ses spécificités. Pour être efficace, ils nécessitent des actions en milieu de travail, qui semblent être le temps déterminant d'un retour plus précoce et durable au travail et qui visent à modifier les équipements, l'environnement et l'organisation. L'exemple le plus connu est celui du modèle de Sherbrooke avec le retour thérapeutique au travail sur lequel plusieurs études ont été faites et ont démontré son efficacité en terme de coût. Mais le bon déroulement de ce genre de protocole est complexe, notamment par la pluralité des intervenants qu'il nécessite et la nécessaire communication entre ces mêmes intervenants, élément crucial car

profitable à tous les acteurs et donc au salarié puisqu'il permet la cohérence du discours et l'optimisation du rôle central du travailleur/patient.

Même si de telles démarches ne sont pas encore bien codifiées, la HAS a fait des recommandations pour prévenir la désinsertion professionnelle des travailleurs lombalgiques en arrêt de travail répétés ou prolongés. Elles rappellent qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une complète disparition de la douleur pour reprendre l'activité professionnelle et qu'un retour précoce au travail améliore le pronostic, sous réserve d'adaptation de poste si besoin. Elles insistent fortement sur l'importance de la compréhension partagée par le patient, le médecin du travail et le médecin traitant, pouvant aller jusqu'à la concertation, pour permettre un discours cohérent. Enfin, elles rappellent la bonne marche à suivre lors de la visite de pré-reprise pour faciliter le retour à l'emploi du salarié, notamment informer l'employeur, réaliser une étude de poste en présence du salarié et organiser une concertation entre le travailleur, l'employeur et les collègues de travail. Il est évident que pour que ces démarches fonctionnent, il faut qu'elles soient mises en place avant la reprise effective de travail.