

Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail

Séminaire de recherche action. Congrès national de santé au travail, Lille, 2 et 3 juin 2014

EN
RÉSUMÉ

AUTEUR :

A. Pichené-Houard, département Homme au travail, INRS

MOT CLÉ

Désinsertion

La désinsertion professionnelle est définie comme le fait d'être empêché de travailler, d'être exclu de la société, avec une difficulté d'accès au système de soins. Les actions en ce domaine se situent à la frontière du médical et du social. Elles passent par une triple approche intégrée, médicale, juridique et relevant des sciences humaines et sociales. Ce colloque, regroupant 3 pays francophones, a permis d'évoquer les multiples déterminants de situations de désinsertion professionnelle, ainsi que l'importance d'une collaboration interprofessionnelle encore semée d'obstacles. Trois expériences illustrent les défis à relever, une application du modèle de Sherbrooke en Belgique, une approche expérimentale par « case management » en France et une expérience québécoise en santé mentale.

Le champ de la problématique de la désinsertion professionnelle a été défini par **S. Fantoni-Quinton** (Université Lille 2, CHRU de Lille, France) et **J.C. Pairon** (CHIC de Créteil, Société française de médecine du travail, France) comme le fait d'être empêché de travailler, d'être exclu de la société, dans un sentiment d'abandon et une difficulté d'accès au système de soins. L'enjeu de la prévention vise à éviter de perdre son travail suite à un problème de santé ; les actions dans ce domaine se situent à la frontière du médical et du social. Il est fort probable que ce thème de santé au travail devienne majeur dans les prochaines années. En effet, ce sujet difficile engage l'individu, le travail, le système de soins et celui d'indemnisation.

S. Fantoni-Quinton a rappelé l'inscription du thème du maintien dans l'emploi dans les politiques publiques, en particulier dans le plan national « cancer » et dans le

cadre du thème des pathologies neurologiques évolutives comme la sclérose en plaques. Il s'agit d'éviter des situations de désinsertion professionnelle liées à l'incapacité de travail, dans une perspective de santé publique. Cette démarche ne se résume pas à la gestion des âges, ni au handicap. Médecins, infirmiers, ergonomes, ergothérapeutes et assistants sociaux sont directement concernés.

Ce séminaire a permis le croisement de regards de trois pays, la France, la Belgique, le Québec, sur les déterminants de telles situations, ainsi que sur les outils conceptuels et d'évaluation, illustrés par des situations concrètes. Dans le présent article, les multiples déterminants de situations de désinsertion professionnelle sont d'abord développés, incitant à une nécessaire mais délicate collaboration interprofessionnelle. Trois expériences illustrent les leviers d'action et les freins dans ce domaine.

Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail

UNE PROBLÉMATIQUE DE DÉINSERTION PROFESSIONNELLE COMPLEXE PAR ESSENCE

L'exemple du modèle de Sherbrooke relatif à la prise en charge de la lombalgie permet d'illustrer l'évolution des paradigmes. Les déterminants individuels, sociétaux et professionnels de situations de désinsertion professionnelle sont ensuite développés. Enfin, des pistes de promotion d'un retour au travail couronné de succès sont envisagées et trois grands défis sont identifiés.

UNE RÉELLE ÉVOLUTION DES PARADIGMES DEPUIS 30 ANS, ILLUSTRÉE PAR LE MODÈLE DE SHERBROOKE

L'évolution des paradigmes a été illustrée par **M.J. Durand** (*Université de Sherbrooke, Québec*), à partir de l'exemple de la lombalgie et du modèle de Sherbrooke. En effet, avant 1988, la lombalgie était appréhendée, selon un modèle médical, par une relation linéaire entre la maladie, la douleur et l'incapacité¹. Le constat grandissant d'échec du modèle médical se traduisait au Québec, dans la décennie 1988-1998, par de nombreux cas de patients-travailleurs arrêtés depuis plus de 1 000 jours, traités contre la douleur, dépressifs, sédentaires et déconditionnés à l'effort. Leur qualité de vie était altérée au plan personnel et ils ne parvenaient pas à retourner au travail. À partir de 1999, l'approche de la question de l'incapacité au travail est devenue progressivement bio-psycho-sociale, intégrant la relation médecin-patient, l'environnement de travail, l'environnement familial et social. Depuis 2003, il est acquis qu'une interaction de facteurs combinés explique la chronicité.

1. L'incapacité de travail est à considérer au sens littéral, comme l'impossibilité d'accomplissement des tâches professionnelles habituelles.

Ainsi, **P. Loisel** et son équipe, à l'origine du modèle de Sherbrooke, placent le travailleur en incapacité au centre d'un complexe incluant le système personnel (adaptation personnelle, notamment), celui de l'entreprise, le système de santé, ainsi que le système législatif et assurantiel.

Le modèle de Sherbrooke vise le retour au poste de travail de patients-travailleurs en arrêt de travail suite à une lombalgie, par une action précoce, graduelle et associant le milieu de travail. Les efforts sont centrés sur les trois premiers mois d'évolution et sur le travailleur en situation de handicap, confronté à de multiples barrières (relevant du système de santé, de l'entreprise, de l'assurance et de l'adaptation personnelle). Ce modèle repose sur une démarche ergonomique participative conduisant à des modifications du poste de travail, associée à un retour thérapeutique progressif au travail, adapté aux capacités individuelles et supervisé. Il est basé sur une intervention dans le milieu de travail entre la 6^e et la 8^e semaine d'absence, sur une intervention clinique entre la 8^e et la 12^e semaine d'absence et sur une réadaptation précoce entre la 13^e et la 26^e semaine d'absence. À cet effet, l'analyse du travail permet d'identifier des solutions, d'évaluer leurs coûts ainsi que leurs délais d'application. Il s'agit également d'établir une feuille de route et de désigner un responsable de l'action. Un ergothérapeute accompagne le travailleur à son poste, à la reprise d'activité.

Le principal atout de ce modèle est de reconnaître la complexité du problème de la lombalgie d'origine professionnelle ; cela a représenté un changement majeur dans l'approche de réadaptation. Les sujets pris en charge dans ce modèle retournent 2,4 fois plus rapidement

au travail que les autres et y sont encore présents à trois ans. Plus encore, le modèle de Sherbrooke, reproduit aux Pays-Bas avec le même succès, est économiquement viable avec un bilan coût-efficacité positif à un an. Par la suite, les connaissances acquises dans le domaine de la lombalgie ont été progressivement transposées à d'autres problématiques de santé (santé mentale et cancers, notamment). Toutefois, **M.J. Durand** a constaté les écarts entre les bonnes pratiques recommandées dans la littérature et la réalité sur le terrain. En dépit de sa validation scientifique, ce modèle ne s'est pourtant pas transformé en offre de soins pérenne dans le système québécois.

QUELLE FAISABILITÉ DU MODÈLE DE SHERBROOKE EN FRANCE ?

J.B. Fassier (*Hospices civils de Lyon, Université Lyon 1, France*) a renforcé le message de pertinence du modèle de Sherbrooke et a étudié son caractère transférable dans le système français. Des facilitateurs et des barrières ont été identifiés au niveau des individus, des organisations et de la réglementation, en termes de risques perçus, de besoins perçus, de valeurs concordantes ou discordantes, de ressources, ainsi que de pratiques professionnelles et organisationnelles. L'application en 2007-2008 dans quatre services interentreprises français s'est soldée par un échec, en raison d'une faible participation des médecins traitants, des médecins-conseil et des médecins du travail. Pourtant, ce modèle serait applicable en France, à condition de former des relais «troubles musculosquelettiques» en entreprise, à partir du réseau des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et des services de santé au travail, notamment. Il

s'agit également de mobiliser précocement les différents intervenants du retour thérapeutique au travail (médecins traitant, conseil et du travail, chargés de maintien dans l'emploi, employeurs et encadrement de proximité). Toutefois, il sera nécessaire de donner des repères explicites sur les missions et les responsabilités des nombreux intervenants en santé au travail.

DE MULTIPLES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS DE SITUATIONS DE DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

P. Gilbert (médecin coordonnateur de la Maison départementale des personnes handicapées – MDPH – Seine-et-Marne, France) a développé les facteurs personnels conduisant à une désinsertion professionnelle. La double peine supportée par les personnes présentant une déficience et une situation de désinsertion professionnelle a été soulignée. Par exemple, les personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ne représentent que 3,4 % des 15-64 ans au travail, selon l'enquête Handicap-Santé-volet Ménages (HSM) menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) en 2008. Or, tout employeur du secteur privé et tout établissement public à caractère industriel et commercial occupant au moins 20 salariés depuis plus de 3 ans, est tenu d'employer des travailleurs handicapés, dans une proportion de 6 % de l'effectif total de l'entreprise.

Par ailleurs, une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) menée en 2007, a analysé la situation des demandeurs de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en 2005 et 2006. Seulement 20 % de tra-

vailleurs handicapés demandeurs d'une AAH travaillent, dont la moitié à temps partiel, fréquemment subi. Or, le taux d'emploi atteint 64 % dans la population générale. Dans cette population particulière, la perte d'emploi est liée dans la moitié des cas à une inaptitude médicale prononcée par le médecin du travail et pour l'autre moitié à une démission ou une cessation d'activité. La moitié des demandeurs d'AAH dont le handicap est apparu à l'âge adulte a connu un arrêt de travail ou bien une alternance emploi-chômage après une période de travail régulier. Ces profils de démission et d'alternance emploi-chômage semblent fréquemment conduire à une situation de désinsertion professionnelle. Au plan fonctionnel, les déficiences, c'est-à-dire les altérations fonctionnelles et structurelles rencontrées, sont motrices (3 cas sur 10), psychiques (1 cas sur 4) et atteignent ensuite d'autres organes du fait de l'avancée en âge (un peu plus de 4 cas sur 10). Par ailleurs, dans les situations de handicap survenu à l'âge adulte, quatre sujets sur cinq ont arrêté leurs études avant l'âge de 18 ans et 20 % n'ont pas pu suivre une scolarité régulière. Le faible niveau d'études représente ainsi un facteur contribuant à une future désinsertion professionnelle. Les bénéficiaires de l'AAH, dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % dans la plupart des cas, travaillent en milieu ordinaire de travail dans 6,5 % des cas, majoritairement à temps partiel, selon une étude menée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

En somme, les facteurs personnels prédictifs de désinsertion professionnelle relevés par l'auteur sont surtout une démotivation, éminemment subjective, un faible niveau d'études, une absence de formation, un chômage souvent de l'ordre

de 4 à 5 ans, ainsi qu'une précarité d'emploi. En revanche, la nature de la déficience représente l'élément le moins prédictif du succès ou de l'échec d'un parcours de retour au travail. En complément, **P. Mairiaux** (Université de Liège, Belgique) a renforcé le constat précédent : le faible niveau de qualification exerce une influence négative, tout comme une demande d'indemnisation en accident du travail ou en maladie professionnelle peut jouer un rôle négatif, bien que ce dernier point reste controversé en termes de relations de causalité. L'auteur a identifié d'autres déterminants individuels, liés à l'interaction avec le travail, qui exercent également une influence cardinale : le pronostic personnel plus ou moins bon du salarié par rapport au retour au travail, d'ailleurs étroitement lié au sentiment d'efficacité personnelle, le fait de se sentir ou non bienvenu en cas de retour au travail et la valeur plus ou moins grande accordée au travail.

DE MULTIPLES DÉTERMINANTS SOCIÉTAUX ET PROFESSIONNELS DE SITUATIONS DE DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Un groupe de déterminants sociétaux et professionnels favorables et défavorables à la réinsertion a été exposé par **P. Mairiaux**.

Les déterminants sociétaux de l'issue du processus de retour au travail relèvent avant tout du niveau des revenus familiaux et en partie du système d'indemnisation par la Sécurité sociale. Le délai de retour au travail est d'autant plus court que le niveau des revenus du ménage est faible et d'autant plus long que les indemnités d'incapacité de travail sont élevées et prolongées.

Au plan professionnel, les facteurs biomécaniques et les facteurs psychosociaux exercent une forte influence sur le résultat du proces-

Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail

sus. Un travail physique lourd et l'exposition à des contraintes biomécaniques constituent des facteurs prédictifs négatifs, d'autant plus que les possibilités d'aménagement de poste (poste adapté, allégé) sont restreintes, qu'il existe une pathologie associée (notamment respiratoire) et que le contrôle du salarié sur son travail est faible. De plus, un contexte professionnel psychosocial défavorable est un facteur retardant le retour au travail (faible contrôle sur le travail, faible soutien social, conflit interpersonnel). Cependant, une incitation de l'encadrement et des collègues à bien se soigner avant de reprendre son poste peut également allonger le délai de retour au travail.

COMMENT PROMOUVOIR UN RETOUR AU TRAVAIL RÉUSSI ?

Le retour au travail est considéré comme un processus dynamique et séquentiel qui se prépare au niveau de l'individu et à celui de l'entreprise, a rappelé **P. Mairiaux**. De plus, un programme de retour au travail efficace nécessite la désignation d'un coordinateur de retour au travail.

À l'échelle individuelle, et en prévention d'une situation chronique, la reprise de travail devrait être préparée à la phase aiguë et devrait survenir le plus tôt possible au cours de la phase aiguë ou subaiguë. Elle s'effectue parfois à temps partiel avant la reprise à temps plein, suivie de la phase de stabilisation du retour au travail. Le médecin du travail exerce dans ces différentes étapes un rôle clef, à travers ses préconisations et son soutien à la démarche de retour, notamment en visite de pré-reprise, de reprise et lors du suivi rapproché ultérieur (à la demande du médecin du travail ou en réponse aux consultations spontanées du salarié).

Au niveau de l'entreprise, l'ana-

lyse, notamment ergonomique, de la situation de travail vise à identifier des tâches contraignantes, notamment celles qui pourraient être réalisées selon un autre mode opératoire ou bien temporairement par des collègues, ainsi que celles qui pourraient être aménagées. Les investissements indispensables sont évalués à ce stade. Cette étape implique la hiérarchie du travailleur dans la démarche de prévention et de réinsertion, confirmant la pertinence des théories de l'échange social. Elle revêt alors une valeur symbolique de justice organisationnelle, c'est-à-dire de reconnaissance par l'entreprise du lien essentiel entre santé et travail, ainsi que de la part de responsabilité du travail dans la pathologie présentée.

Concernant l'efficacité de l'intervention ergonomique, **P. Mairiaux** estime que les travailleurs reprennent fréquemment le travail dans des conditions inchangées, avant la mise en œuvre éventuelle des adaptations. Ainsi, seulement 40 à 50 % des solutions proposées sont mises en place, dans un délai plus ou moins long. Pourtant, plus de 60 % des travailleurs concernés par des adaptations pensent que les solutions suggérées ont eu un effet positif sur la reprise du travail. Les interventions ergonomiques ont de meilleures chances d'être efficaces lorsqu'elles s'effectuent dans un cadre participatif ; une intervention multidisciplinaire impliquant le milieu de travail s'avère plus efficace qu'une intervention limitée au milieu clinique.

QUELS SONT LES DÉFIS À RELEVER ?

Trois grands défis ont été identifiés par **P. Mairiaux**.

La compétitivité de l'entreprise est en jeu dans un contexte fortement concurrentiel. Fréquemment, les

employeurs adhèrent au retour au travail à condition que le salarié se situe à 100 %, voire à 150 % de ses capacités à son retour. En pratique, cette contrainte prolonge l'arrêt de travail, voire met fin au contrat de travail. Cette exigence entre également en conflit avec le principe médical de retour graduel au travail, favorable à la convalescence et à la réadaptation du patient-travailleur. En conséquence, le défi d'une autre vision de la problématique du retour au travail reste à relever en entreprise.

La prévention de l'incapacité de travail et ultérieurement de la désinsertion professionnelle dépend essentiellement d'une action précoce et coordonnée face à une absence qui se prolonge. Selon l'enquête *European Working Conditions Surveys* (EWCS-Eurofound) 2005, les chances de reprise du travail dans la même entreprise sont inversement proportionnelles à la durée d'absence : moins de 50 % dans le cadre d'un arrêt de 3 à 6 mois, moins de 20 % dans le cadre d'un arrêt de plus d'un an et moins de 10 % dans le cadre d'un arrêt de plus de 24 mois. Enfin, selon le modèle biomédical classique (biologique et médical, à l'exclusion de la dimension psychosociale), la maladie constitue l'unique cause d'arrêt de travail et d'incapacité. Pourtant, les données de la littérature et la pratique clinique montrent combien ce postulat est rarement vérifié, *a fortiori* lorsque l'arrêt se prolonge. Au début d'un arrêt de travail, l'incapacité dépend d'abord de facteurs biologiques. Néanmoins, plus l'absence est longue, plus la part psychosociale pèse lourd dans l'incapacité de travail, par comparaison avec la part somatique. La fréquente inadéquation de la prise en charge médicale réelle des patients-travailleurs par rapport aux recommandations de

bonne pratique résulte en grande partie d'une référence implicite des praticiens au modèle biomédical, ainsi que d'écarts entre les représentations des différents acteurs du retour au travail et celles du patient-travailleur.

UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE NÉCESSAIRE, MAIS DÉLICATE

DÉS ÉCARTS ENTRE LES BONNES PRATIQUES MÉDICALES ET LA RÉALITÉ

À partir de l'exemple de la lombalgie, **M.J. Durand** a illustré les aléas de communication entre le médecin et le patient, les écarts entre les bonnes pratiques et la réalité, ainsi que les contradictions encore fréquentes dans les actions menées. Dans cette pathologie tout particulièrement, le contexte d'annonce du diagnostic, le message délivré au patient-travailleur, interagissant avec ses propres croyances, jouent un rôle capital dans la compréhension de la maladie par le travailleur. L'écart entre les représentations du patient et celles du médecin contribue, en effet, à la chronicité des symptômes.

De plus, les bonnes pratiques de soins tardent à se généraliser, pérennisant des pratiques désuètes de repos au lit, mais aussi d'exclusion prolongée du travail et d'absence de plan de retour au travail. Un manque de formation continue sur les aspects complexes de la douleur et de l'incapacité est identifié. Plus encore, le médecin traitant se situe dans un questionnement et une position paradoxale à bien des égards : accorder ou non un certificat d'absence ? Maintenir la relation de confiance, soigner et responsabiliser simultanément ? Le travail

du patient, auquel le médecin traitant n'a pas accès, contribue-t-il ou non à sa santé ? Cependant, les écrits scientifiques des dix dernières années démontrent le lien dans les deux sens entre le travail et la santé : une bonne santé permet de travailler et un travail dans de bonnes conditions contribue également à la construction de la santé. Le travail permet également au salarié de se réaliser et de réaliser des projets familiaux. La morbidité psychique et cardiovasculaire des chômeurs en témoigne.

Enfin, un consensus d'experts cliniques (modèle de Sherbrooke) montre l'impact délétère d'une médicalisation excessive du problème, d'interventions médicales et paramédicales morcelées voire incohérentes, de bénéfices financiers secondaires et, enfin, de la méconnaissance du milieu de travail par les divers intervenants. Au Québec, le médecin traitant qui arrête le patient et qui autorise sa reprise ne connaît pas le travail et n'est pas en communication avec un médecin du travail. Une défiance et une passivité du patient-travailleur résultent trop souvent de nombreux malentendus et d'incohérences de prise en charge. Ainsi, un patient-travailleur qui sollicite de multiples intervenants à la recherche, fréquemment illusoire, du bon diagnostic et du bon traitement risque de développer une trajectoire de nomadisme ou d'errance médicale, préjudiciable à une prise en charge adaptée. Les difficultés énoncées ne sont certes pas l'apanage d'un seul pays, ni même de la seule pathologie lombaire.

En somme, une plus grande efficacité est à attendre d'une meilleure organisation et articulation des services proposés, ainsi que d'une réelle interaction entre les acteurs impliqués à la fois dans le retrait et

dans le retour au travail d'une personne. Les connaissances dans le domaine de l'incapacité de travail, ainsi que les aptitudes de communication des divers intervenants médicaux seraient également à renforcer.

LES MÉDECINS ONT-ILS VRAIMENT ENVIE DE COMMUNIQUER ENTRE EUX ?

M. Vanmeerbeek (Université de Liège, Belgique) a rapporté le résultat d'une enquête menée en Belgique sur la transmission des informations et la collaboration interprofessionnelle entre médecin généraliste, médecin du travail et médecin-conseil. Chaque corps professionnel a besoin d'informations, mais aucun ne s'engage à en donner, y compris le partage de coordonnées professionnelles. L'excuse commune à tous est de considérer le patient comme vecteur responsable de l'information, alors que cela fonctionne difficilement en pratique.

Les principaux obstacles à la communication portent d'abord sur le principe même du partage d'informations, sur le contenu et les modalités de transmission ensuite. Le souhait de réception d'informations est exprimé par les trois catégories de médecins, assorti d'une grande réticence à délivrer des informations. En effet, les acteurs médicaux qui gravitent autour du maintien dans l'emploi et de la reconversion professionnelle sont assujettis à des contraintes réglementaires, notamment au secret professionnel destiné à protéger le patient-travailleur. Néanmoins, le succès du parcours de retour au travail dépend d'actions bien articulées et d'une communication adaptée entre différents corps professionnels sur les aspects cruciaux du processus et sur les solutions envisagées. De plus, l'information sur les expo-

Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail

sitions professionnelles se révèle complexe à formaliser et à transmettre ; enfin, la communication électronique facilitant les échanges se heurte, en pratique, au contenu acceptable de l'information à partager, au contexte institutionnel et au langage qui sont propres à chaque corps professionnel.

Plus encore, la collaboration suppose un objet commun à partager, or, le médecin généraliste s'adresse à un patient, le médecin du travail à un travailleur et le médecin-conseil à un assuré social. Les conflits d'intérêts potentiels constituent, dans ce contexte, un prétexte à l'évitement du partage des informations. Ainsi, lors de la réintégration au travail, le partage d'informations du médecin généraliste et du médecin-conseil vers le médecin du travail reste difficile, tout comme le partage d'informations du médecin généraliste au médecin-conseil. Les patients-travailleurs sont absents du débat, sauf pour justifier l'évitement de la communication. Chaque corps professionnel revendique une identité professionnelle et une reconnaissance visible, mais contribue au cloisonnement et à l'invisibilité en revendiquant sa singularité : « *mon travail est spécifique, vous ne le connaissez pas* ». Parfois s'instaure un partenariat déséquilibré comportant une relation asymétrique de domination conduisant à une impasse. Pourtant, l'objet partagé de la coopération demeure le patient et travailleur à la fois, confronté à l'épreuve de la reprise de travail.

Pour conclure, la formation initiale et continue des médecins gagnerait à se développer dans ce domaine actuellement peu attractif pour un étudiant. En effet, les médecins généralistes et spécialistes sont quotidiennement confrontés à des patients et travailleurs à la fois, dont les problématiques de santé

sont complexes et intriquées. Encore faut-il manifester une volonté réelle de coopération (consciente des conséquences dommageables d'une carence de communication pour le patient-travailleur), montrer une capacité à coopérer (basée sur des moyens temporels, financiers, humains et de communication) soutenue par des initiatives volontaristes dans la sphère publique du droit et de la politique. Un service répondant réellement au besoin des populations au travail fait intervenir cinq catégories d'acteurs : les décideurs politiques, les professionnels de santé, les institutions universitaires, les communautés (patients et entreprises), ainsi que les gestionnaires de la santé.

UNE COMMUNICATION INTER-PROFESSIONNELLE À DÉVELOPPER

L'importance de la communication entre le patient-travailleur, les professionnels de santé et les intervenants à des moments clés dans le processus de retour au travail, notamment à la phase subaiguë d'une pathologie, a été soulignée par **M.J. Durand** et **P. Mairiaux**. En effet, de nombreux écrits mentionnent l'importance d'une communication initiée par l'équipe soignante avec le milieu de travail, ainsi que la nécessité de renforcer la communication entre les soignants, le médecin-conseil, le médecin du travail et le travailleur. La reconnaissance par l'entreprise du lien essentiel entre la santé et le travail relève, en effet, de la justice organisationnelle, a rappelé **P. Mairiaux**.

Par ailleurs, une formation de l'encadrement direct gardant le contact avec le salarié absent et présent à l'accueil le jour de la reprise s'impose, en proscrivant des remarques et des comparaisons délétères, voire des jugements de valeur très préjudiciables à l'issue du processus de

retour au travail. Placé à la reprise dans une situation relationnelle défavorable, le salarié s'arrange alors pour éviter toute confrontation ultérieure à la situation de travail, par un arrêt de travail ou bien par la rupture du contrat de travail. Enfin, le fait d'inclure des collègues du salarié dans la préparation de son retour permet d'analyser l'acceptabilité d'une autre répartition du travail.

EXPÉRIENCES

UNE EXPÉRIENCE D'APPLICATION DU MODÈLE DE SHERBROOKE EN BELGIQUE

Un programme de prévention secondaire de la lombalgie initialement destiné au personnel hospitalier et débuté en 2005 a été exposé par **O. Poot** (*Fonds des maladies professionnelles, Belgique*). Ce programme est généralisé depuis 2007 à tout travailleur du secteur privé ou public, sous condition d'une exposition au port manuel de charges ou aux vibrations du corps entier attestée par le médecin du travail. Le travailleur concerné est en incapacité de travail pour lombalgie commune (arrêt de travail compris entre 4 semaines et 3 mois), avec rechute dans les 12 mois suivants, ou bien en incapacité de travail suite à une intervention chirurgicale du rachis lombaire.

Cette démarche nationale, basée sur des campagnes de sensibilisation et sur des incitations financières, vise à stimuler la participation des travailleurs lombalgiques à un programme de rééducation pluridisciplinaire ambulatoire en centre de réadaptation. Elle vise, de plus, à inciter l'employeur à améliorer les conditions de travail et également à encourager les centres de réadapt-

tation, les services de prévention et les médecins traitants à travailler en réseau organisé de soins et de prise en charge.

Une intervention ergonomique plus ou moins longue est accomplie par un intervenant externe à l'entreprise. Dans les situations les plus légères, il s'agit d'une intervention brève de premier niveau, accomplie par un intervenant non ergonomiste, mais formé aux principes d'ergonomie, en capacité de négocier avec les employeurs et de travailler sur leurs représentations et leurs préjugés. Cette intervention plus ou moins longue est jugée utile par 83 % des patients-travailleurs, satisfaisante par 74 % d'entre eux, suivie par un taux d'adaptation réelle du poste de travail de 69 % et couronnée par un taux de reprise de travail de 88 %.

UNE APPROCHE EXPÉRIMENTALE PAR « CASE MANAGEMENT », EN FRANCE

En France, **D. Martin** (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, France) a exposé une initiative de « *case management* » actuellement en test au niveau de caisses primaires d'assurance maladie, appelée à être généralisée vers 2017. Par comparaison avec l'Allemagne, qui a développé cette approche dans les années 1960, et par rapport à la Suisse, pays également en pointe dans ce domaine, la France n'investit pas assez dans le domaine de la réadaptation fonctionnelle et de l'accompagnement individuel des victimes d'accidents du travail (AT) et de maladies professionnelles (MP). Or, l'essentiel des coûts repose sur les deux pour cent des AT/MP les plus graves qui correspondent à une rupture dans le parcours de vie professionnelle et personnelle.

Le BTP et l'industrie cumulent une sinistralité AT/MP élevée, un faible

niveau de qualification des travailleurs et un isolement social des victimes durant la période d'arrêt de travail pour AT/MP, plus importants que dans d'autres secteurs d'activité. Entre l'accident du travail ou la maladie professionnelle et la reprise s'écoulent ainsi couramment 6 mois, peu, voire inutilisés, pour la réadaptation et la mobilisation des capacités restantes. Or, ces dernières sont à mobiliser le plus tôt possible après l'accident et/ou la maladie ; cela requiert un accompagnement « sur mesure » individuel et précoce. L'expérience test menée en France s'appuie sur des « *case managers* » gérant une quarantaine de cas, dédiés à ce dispositif spécifique, mobiles, dotés de qualités d'empathie et de négociation. Ils agissent en lien avec le médecin traitant, le médecin-conseil et le médecin du travail, dans l'objectif de ramener le plus tôt possible la personne vers un processus de retour au travail. Néanmoins, la démarche reste à évaluer avant d'être généralisée et ne peut être envisagée sans une articulation efficace et ouverte avec les acteurs et les dispositifs actuels du retour au travail.

UNE EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE EN SANTÉ MENTALE

Les particularités du processus de retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale ont été évoquées par **L. Saint-Arnaud** (Université Laval, Québec). En matière de santé mentale, les difficultés vécues dans le cadre du travail qui ne sont pas prises en compte exposent à une absence prolongée et à un retour au travail à risque d'échec. Un retour au travail progressif reste sans effet lorsque l'impact de l'aménagement du poste de travail sur le travail des autres (collègues et ligne hiérarchique) n'est pas pris en compte. De plus, les troubles anxieux et adapta-

tifs relèvent de facteurs individuels dans 10 % des cas, du travail dans 30 % des cas et de causes mixtes dans 60 % des cas. Dans une perspective de maintien dans l'emploi et de retour durable au travail, l'analyse du travail s'avère, de ce fait, incontournable. Enfin, le soutien social, l'influence sur le cours du travail, le sentiment d'être respecté et estimé contribuent à la prévention des problèmes de santé mentale au travail. Il serait d'ailleurs pertinent de changer de perspective en passant des facteurs de risque aux facteurs de soutien, de rétablissement et de retour au travail.

L'expérience acquise au Québec montre qu'une démarche de prévention professionnelle en santé mentale repose à la fois sur des actions au niveau de l'entreprise et au niveau individuel. En premier lieu, la démarche requiert une prise de position claire de la direction et une capacité des partenaires sociaux à débattre des enjeux des organisations. L'implantation de la démarche nécessite un comité de pilotage capable d'identifier les pratiques et les enjeux contradictoires, les rôles et les responsabilités de chacun, dans une position hiérarchique neutre assortie d'une crédibilité auprès des travailleurs, des gestionnaires et des intervenants. Au niveau individuel, le travailleur absent est au cœur d'une action comportant plusieurs étapes : prise de contact avec celui-ci, construction d'un objet de discussion autour de la question du travail, reconstruction d'un lien positif avec le travail, préparation d'une rencontre avec le supérieur immédiat (avec une médiation si nécessaire). Il s'agit également d'élaborer un plan de retour au travail et de le mettre en œuvre, puis de suivre le processus et de procéder aux ajustements nécessaires. L'enjeu est de passer de la réadaptation à la prévention des

Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail

atteintes à la santé psychologique.

M. Vézina (*Université Laval et Institut national de santé publique du Québec*) a souligné l'importance des atteintes de santé mentale et somatique attribuables au travail. Ainsi, la dépression et la maladie coronarienne potentiellement liées aux facteurs professionnels psychosociaux de risque comptent parmi les premières causes de mortalité prématurée et d'années de vie perdues sans incapacité. Pourtant, le médecin traitant considère généralement le travailleur à l'échelle individuelle, alors que le travail est aussi à interroger, en termes de causes possibles d'atteinte à la santé et d'obstacles au retour au travail, ainsi que par le recensement d'autres cas et par la libération d'espaces de parole. Au Québec, par exemple, le délai de carence d'indemnisation s'élève à deux semaines, favorisant le présentéisme. Cela se traduit par des difficultés de concentration, par un ralentissement du rythme de travail et par des troubles anxieux retentissant sur les relations au travail. Ainsi, 60 % des sujets qui présentent un problème de santé mentale se sont présentés malades au travail, ce taux atteignant 90 % chez les dépressifs. L'incidence d'événements coronariens sérieux est doublée dans cette population. En conséquence, le présentéisme serait 5 à 10 fois plus coûteux que l'absentéisme. L'auteur invite à la création de milieux de travail favorables à la santé mentale et d'interventions autour de cas sentinelles. La solution passe par l'individu, certes, mais aussi par le travail, partie intégrante du problème.

CONCLUSIONS

F. Laigle (*Service de prévention et de médecine du travail, Bruxelles, Belgique*) a souligné l'urgence à recréer l'unité de l'individu dans son espace de vie, tant les déterminants de désinsertion professionnelle sont imbriqués, indissociables et capables de potentialiser leurs effets. L'emploi, fût-il à temps partiel, permet d'accéder à une autonomie financière et favorise la réintégration sociale. Cependant, la mobilisation des ressources orientée vers l'action exige des outils d'incitation aux plans politique, juridique, financier et sous la forme de bonnes pratiques professionnelles.

Les systèmes juridiques français, québécois et belge demeurent obscurs et complexes pour les professionnels de la santé au travail certes, mais plus encore pour les travailleurs. De plus, la transformation des représentations constitue un défi encore à relever. Ce séminaire a permis de croiser des regards complémentaires et différents leviers d'action.

En conclusion du séminaire de recherche action, **P. Frimat** (*Université Lille 2, CHRU de Lille, France*) s'est réjoui du dialogue entre trois pays francophones, mais aussi du croisement des approches médicale, juridique et de l'approche des sciences humaines et sociales. Une véritable politique de prévention est à construire, au-delà des dispositifs existants de réparation et de compensation. Dès le sixième mois d'absence, plus de la moitié des patients-travailleurs sont décon-

nectés des réalités du monde du travail ; cela justifie une action collective, collaborative et synergique. En France, le système du travail est distinct de celui de la santé, si bien que le retour au travail d'un salarié atteint d'une maladie chronique ne fait pas partie du parcours de soins. Pourtant, l'ensemble des orateurs a souligné l'importance du travail collaboratif dans tous les aspects du problème posé, basé notamment sur le triangle « médecin-conseil, médecin traitant, médecin du travail ». Les trois pays ont élaboré des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle assez semblables, en dépit de la complexité réglementaire propre à chaque pays. Des ajustements, un suivi et une évaluation des actions menées seront cependant nécessaires.