

Les possibilités de réinsertion socio-professionnelle de personnes atteintes de douleurs chroniques : implications pour la pratique

P. Mairiaux, ME. Faymonville, AS Nyssen
Université de Liège



Pourquoi spécifiquement les douleurs chroniques?

- Point névralgique de la société
 - 38% de la population belge en souffrirait (Lourtie, 2009)
 - 19% de la population adulte européenne (Breivik et al., 2006)
- Statut de travail des patients suivis par les centres belges de la douleur
 - 33% à 35% des patients sont en incapacité de travail (Faymonville et al. 2014; Bourgeois et al. 2015)
 - 37% des patients travaillent mais présentent en moyenne 57 jours d'IT par an
 - D'autres patients sont sans emploi, ou retraités
- Coûts directs et indirects de l'incapacité de travail pour cause de douleur chronique:
 - 12 milliards € pour la Belgique (*Symposium ZNA, février 2014*)

Etude financée par le centre de connaissances Inami

- Objectifs :
 - Cartographie des initiatives prises dans le domaine socio-professionnel en ce qui concerne les douleurs chroniques en Belgique et au niveau international
 - Elaboration d'un modèle de réinsertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de douleurs chroniques
- Méthodologie
 - État de l'art de la littérature
 - Entretiens :
 - 11 grandes entreprises + 5 PME
 - SEPP (Idewe, Mensura, Securex)
 - Centres de la douleur (UCL Saint-Luc, ZOL Genk, ZNA Middelheim, Jessa Hasselt, UZ Pellenberg)
 - Organismes spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées (Awiph, GTB)
 - Associations de patients (LUSS, Vlaams Patiëntenplatform)

Constats tirés de l'état de l'art (1)

- Peu d'études dédiées spécifiquement aux douleurs chroniques, peu d'exemples d'interventions spécifiques
- Les rares exemples insistent sur l'importance de :
 - l'équipe multidisciplinaire: médecins spécialistes de la douleur, ergonomes, assistant social, kiné, psy, médecin du travail, médecin conseil ,
 - le rôle du coordinateur: garde le contact avec le lieu de travail, facilite la communication avec les parties prenantes, veille à la ligne du temps des interventions
 - l'intervention participative sur le lieu de travail
- **Coordinateur** du retour au travail et **Court délai** entre arrêt et reprise : deux facteurs **prédictifs de réussite** des interventions (Hamer et al. 2013)

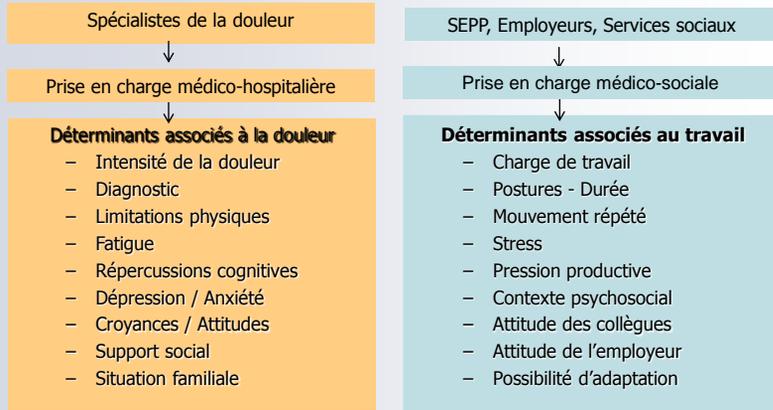
Barrières au retour et/ou maintien au travail

- **Facteurs personnels** : Méconnaissance de ses propres limites, Attente d'un rétablissement complet, age (plus avancé), faible niveau d'éducation, pas de pratique d'un sport, revenu familial, interférence vie familiale-prof.
- **Facteurs liés à l'état de santé** : Diminution des capacités physiques , Douleurs persistantes, Niveau de fatigue ressentie, Intensité de la douleur, Douleurs diffuses, Antécédents, Sévérité initiale des douleurs, Antécédents d'absentéisme de longue durée, plus grande durée d'absence initiale, Somatisation
- **Facteurs psychosociaux** : relations avec les collègues, l'employeur, détresse psychologique
- **Facteurs liés au travail** : travail lourd, stressant, marges d'adaptation, polyvalence,...

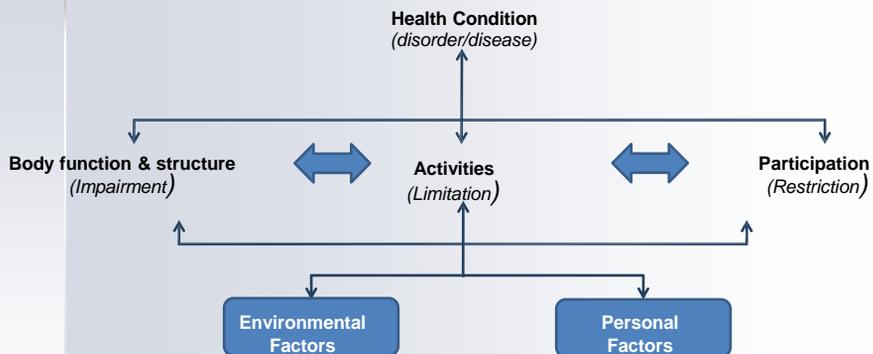
Constats tirés des entretiens (2)

- **Entreprises, SIPP, SEPP**
 - Ne sont pas en mesure d'estimer la fréquence des incapacités de travail liées aux douleurs chroniques
 - Pas de programme **spécifique** à la douleur chronique
 - Politique de gestion ciblée (TMS), de l'absentéisme : contact après 3 semaines d'absence, visite de pré-reprise, reprise partielle, adaptation de poste, télétravail
 - Évaluation difficile des programmes
- **Centres belges de la douleur**
 - Perception que les facteurs clés sont essentiellement personnels et sociaux (par ex., financier, familial ou de personnalité)
 - N'ont pas connaissance d'initiatives concrètes mises en place dans les entreprises
 - 30 à 40% des patients ont une demande active de reprise du travail
 - souhait d'une intervention précoce du médecin généraliste et non d'une simple prescription d'une incapacité (durée d'IT moyenne 76 mois)
- **Associations de patients et organismes spécialisés**
 - Peu d'initiatives en termes de retour au travail
 - Priorité à la reconnaissance du handicap lié à la douleur
 - Peu de marges d'adaptation dans les entreprises

Conclusion : 2 approches indépendantes

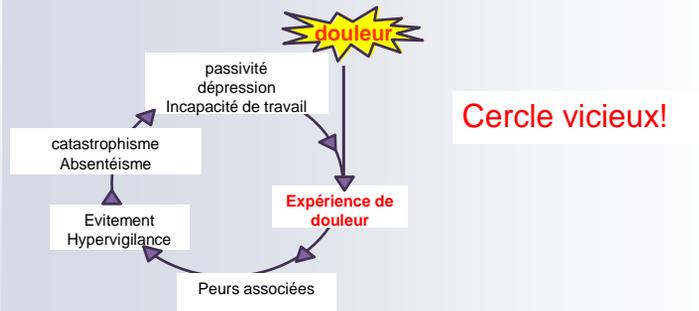


Modèle ICF de l'OMS (2001) : International Classification for Functioning, disability and handicap



L'incapacité de travail

- Paradigme classique de l'incapacité de travail : *Le travail fait mal !*
 - En terme de prévention: « Avoid the cause and you will avoid the disability »
 - En terme de traitement : « Curing the disease will avoid disability »
- **Conséquence :**



Adapted
from J. Vlaeyen, Pain 2000

UN AUTRE CHEMIN EST-IL POSSIBLE?

L'expérience de la douleur dépend du plaisir, de l'autonomie, de la satisfaction

Dimarso (2001, n=1624)

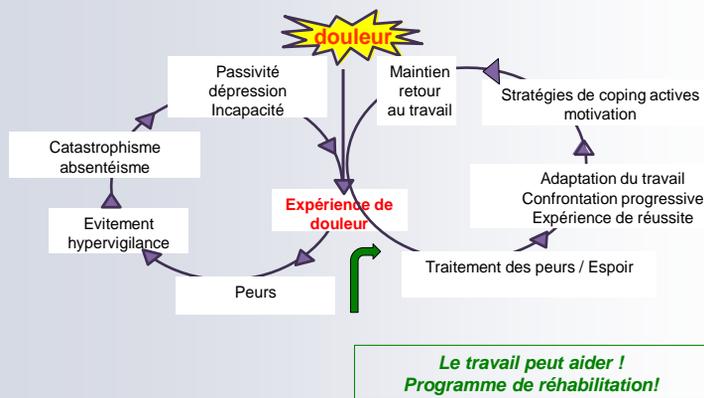
Chronic pain by category		Potential active population in Belgium
Employees	34%	37%
Unemployed	18%	10%
Blue-collar workers	12.9%	27.7%
Independent workers (liberal prof.)	2.6%	14%
.....		



Pain, 2010 : Richter et al. : IRMf: désactivation des régions du cerveau stimulées par le réseau de la douleur durant des tâches de distraction

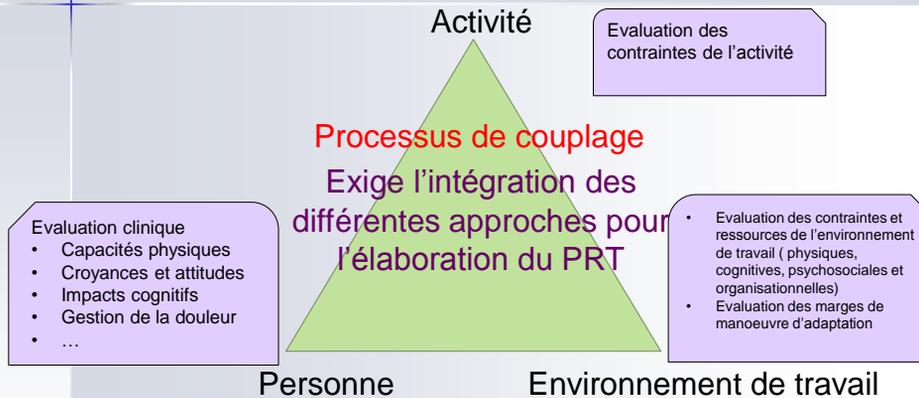
OUI : un autre chemin est possible

Mais il nécessite une autre façon de penser et de travailler ensemble!



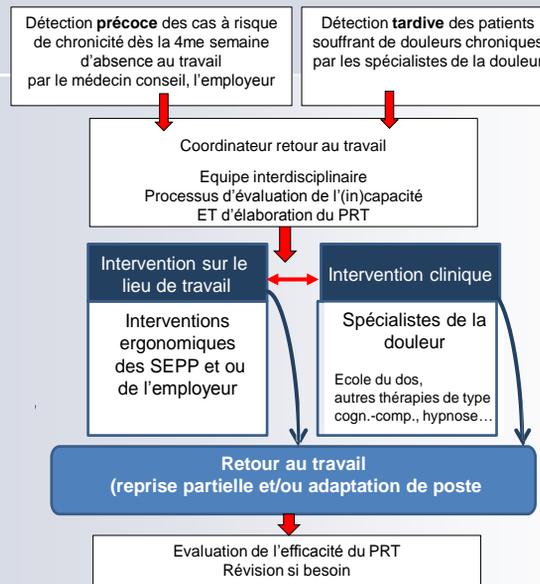
Adapted from J. Vlaeyen, Pain 2000

Approche intégrative et participative



Couplage adapté : bonne personne au bon poste dans un bon contexte!

Modèle de réinsertion professionnelle



Quelle évaluation?

- En général, évaluation en termes de réduction de la douleur, de l'anxiété,... (Turk 2002,...)
- **Mais quels autres impacts à moyen et à long terme ?**
 - Diminution des médicaments?
 - Augmentation des activités physiques?
 - Amélioration de la qualité de vie?
 - **Maintien et/ou retour au travail?**
 - Coût-efficacité?

Programme intégré de réinsertion professionnelle (PIRP)

- Réduction significative de la douleur perçue
- Réduction significative (63%) des prescriptions médicamenteuses
- 43% d'augmentation des activités physiques
- Retour au travail entre 48% et 65 % (après 7 années de douleurs!) - EX. RT après chirurgie lombaire:20%)
- Coûts-bénéfices : 62% de réduction du coût médical

Or, seulement 6% de patients traités par des spécialistes de la douleur chronique sont intégrés dans un PIRP !

- Seuls les programmes comportant plusieurs composantes disciplinaires ont un impact réel sur le retour au travail (Cullen et al 2016)

POURQUOI?

PRT difficiles à organiser!

- Exige la collaboration de nombreux acteurs : médecins algologues, médecins du travail, médecin conseil, psychologues, ergonomes, travailleurs, employeurs
- Chacun d'eux attend une rétribution ou une compensation (par ex. pour la perte de production)
- De moins en moins de marges de manoeuvre dans les entreprises en raison des nouvelles formes d'organisation (polyvalence, flexibilité, lean,..)
- Peu sinon pas de communication entre le monde médical et le monde de l'entreprise

Recommandations du groupe de travail à l'Inami (1)

- L'évaluation de l'(in)capacité de travail devrait avoir pour objectif fondamental la prévention de l'incapacité de travail.
- La mise en place d'une équipe interdisciplinaire dans un cadre d'interprétation du modèle biopsychosocial de la douleur chronique avec un coordinateur « retour au travail »
- L'évaluation de l'(in)capacité devrait se baser sur deux processus:
 - 1) analyse des facteurs inhérents à la douleur
 - 2) analyse des facteurs inhérents au travail
- En terme de parcours, il faudrait faire une distinction entre deux groupes de douleurs chroniques, celles avec
 - 1) un substrat biomédical est présent (rachis, douleurs neuropathiques et ostéoarticulaires)
 - 2) des douleurs plus diffuses (fibromyalgie, syndrome douloureux chronique, psychiatriques)

Recommandations (2)

- Le développement d'outils de communication pour favoriser la collaboration entre les équipes médico-psychologiques et l'entreprise et les SEPP
 - 1) Création de fiches-types de synthèse des analyses
 - 2) Création de fiches de pénibilité et analyse des marges de manœuvres en termes d'adaptation de poste
 - 3) Concertation ergothérapeute – ergonomiste
 - 4) Réunion ergonomiste, MDT, équipe des services d'algologie, médecin-conseil, patient
- Cadre de financement incitant au travail coordonné des acteurs impliqués

Recommandations (3)

- Information et sensibilisation des médecins et des équipes pluridisciplinaires des centres d'algologie sur les freins et les leviers au maintien/retour au travail des personnes souffrant de douleurs chroniques ainsi que sur les dispositifs d'aide mis en place par les pouvoirs publics
- Incitation pour les entreprises à développer un système de mesure de la pénibilité des postes de travail en vue d'identifier les postes plus légers existants, faciliter l'accueil et le maintien des personnes nécessitant un travail adapté

Un exemple d'intervention pour les patients atteints de sclérose en plaques

- Projet interdisciplinaire: CHU, Lecit, employeurs, patients
 - Évaluer les troubles cognitifs : **neurologue, neuropsychologue CHU**
 - Les répercussions sur le travail : **entretien ergonomique, carnet de bord et visite sur le lieu de travail**
- Envisager des stratégies de prises en charge et d'adaptations en collaboration avec le **travailleur** et l'**employeur**
 - Tout en évitant la théorie implicite du hamac (Falzon, 1996) : réduire l'activité du travailleur
 - En posant les questions éthiques de l'intervention sur le terrain



Merci / Dank u

Working for healthier tomorrow...

Dame Carol Black, 2008