

ERGONOMES ET RÉÉDUCATEURS, HISTOIRE D'UNE COLLABORATION SUR LA LOMBALGIE CHRONIQUE

BRAMI LAURENT

Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail des Pays de la Loire
Rue de la Treillerie - BP 23 - 49071 Beaucouzé cedex, France, l.brami@anact.fr

BILLABERT COLETTE

Centre Régional Spécialisé de l'Arche, Le Mans, France

BONTOUX LUC

Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, Angers, France

ROQUELAURE YVES, PENNEAU-FONTBONNE DOMINIQUE

Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle C.H.U. d'Angers, Angers, France

Résumé

Une démarche sur le maintien en emploi, dite A.C.T.H. a été expérimentée. Destinée à des salariés souffrant de lombalgie chronique, son efficacité repose sur la collaboration entre rééducateur et ergonome ; son objectif est d'enrayer le mécanisme d'exclusion professionnelle généré par la lombalgie chronique en proposant reconditionnement à l'effort et intervention ergonomique en entreprise. Les deux partenaires avaient des représentations bien distinctes des mécanismes de cette pathologie ; il existait cependant des facteurs prédisposant à l'édification d'une collaboration. Un réseau multidisciplinaire a ainsi été constitué. Au cours de la démarche, quelques difficultés sont apparues. Elles ont été surmontées grâce à de nombreux temps d'échanges, permettant ainsi l'enrichissement mutuel des pratiques respectives de chaque partenaire, ainsi que l'évolution de leurs représentations.

Mots clés : Réseau multidisciplinaire, nouvelles pratiques, évolution des représentations.

ERGONOMIST AND PHYSIOTHERAPISTS, STORY OF A COLLABORATION ABOUT CHRONIC LOW BACK PAIN

Abstract

A.C.T.H (Amélioration des Conditions de Travail des Handicapés lombalgiques) is a new way of treating the employees suffering from chronic low back pain. Its purpose is to maintain them in working condition and its efficiency lies on the collaboration of both physiatrics and ergonomist. The main goal here is to avoid the professional exclusion process which results from chronic low back pain by working, at the same time, on the causes and the effects of the problem (specific training to effort, risk prevention at work). A network including professionals working in different areas (National Health Service, occupational medicine, health care centres...) has thus been created. The partners working together had all different views about this pathology, and some difficulties appeared as far as coordination was concerned. Nevertheless, all the professionals involved in the project insisted upon the positive experience of sharing out their skills and changing their practices.

Key words : professional network, new practices, sharring skills and points of view.

PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE A.C.T.H.

S'inspirant des travaux de l'équipe de P. LOISEL réalisés à «la clinique des maux de dos» de Sherbrooke, communiqués en 1993-1994, la démarche A.C.T.H. (Amélioration des Conditions de Travail des Handicapés lombalgiques) est une expérimentation sur le maintien en emploi des salariés victimes de lombalgie chronique. Initialement née du partenariat entre le Centre de Consultation de pathologie professionnelle du C.H.U. d'Angers et l'A.R.A.C.T. des Pays de la Loire, cette démarche vise un objectif de prévention du risque d'exclusion professionnelle qui menace tout salarié handicapé par la lombalgie chronique. Le caractère novateur de la stratégie thérapeutique élaborée repose sur une double prise en charge, constituée d'un soin de reconditionnement à l'effort visant à agir sur les effets de cette pathologie, et d'une intervention ergonomique en entreprise visant à agir sur ses causes par la maîtrise de ses facteurs de risque professionnel. Ce qui fait qu'en réalité il s'agit de la prise en charge non pas d'un individu isolé, mais d'un binôme ; le salarié ainsi que l'entreprise qui l'emploi. Compte tenu de l'ampleur de la problématique de cette démarche, il a fallu établir de nouvelles modalités de collaboration entre les nombreux acteurs institutionnels concernés par la maîtrise des moyens nécessaires au protocole A.C.T.H. Le fonctionnement en réseau a semblé le plus approprié à l'évolution des pratiques induites par la démarche A.C.T.H.

LES PREMIERS RÉSULTATS

Après deux années et demi de phase opérationnelle, le dispositif présente le bilan suivant :

- 169 consultations multidisciplinaires d'inclusion,
- 134 personnes lombalgiques ont suivi un stage de restauration fonctionnelle du rachis (reconditionnement à l'effort),
- 61 ont pu bénéficier d'une intervention ergonomique en entreprise.

Des bilans de suivi des lombalgiques ont déjà été réalisés à 6 mois et un an après la reprise du travail. Il concerne un échantillon de 92 personnes seulement, en raison du décalage temporel de l'inclusion des lombalgiques par groupes de 6 à 8 personnes.

Tableau 1 : Présentation d'un relevé des résultats concernant les salariés en arrêt à l'entrée dans le programme (octobre 2000).

	Lombalgiques en situation de travail
Avant rééducation	0%
Fin de rééducation	73%
à 6 mois	67%
à 1 an	72%

MISE EN PLACE DE LA COLLABORATION ENTRE ERGONOMES ET RÉÉDUCATEURS

En fait, dans la situation de chacun de ces deux partenaires, il existait des facteurs prédisposant à la mise en place de leur collaboration. Depuis déjà quelques années, les rééducateurs avaient fait le constat de résultats insatisfaisants obtenus par les soins qu'ils avaient l'habitude de proposer à leurs patients lombalgiques chroniques. Focalisée sur la

prise en charge de la douleur, leur action thérapeutique installait le patient dans une attitude passive. C'est pourquoi ils souhaitaient se tourner vers la méthode nord-américaine de reconditionnement à l'effort, orientée vers la redynamisation du lombalgique devenant acteur de sa propre prise en charge. Mais, au-delà de la difficulté pour réunir les moyens matériels de cette rééducation, l'instauration d'une nouvelle démarche thérapeutique s'est heurtée initialement à la résistance au changement de l'équipe soignante dans son ensemble mais aussi de l'environnement médical et paramédical des patients.

Pour certains lombalgiques, l'attente reposait essentiellement sur l'intervention ergonomique en entreprise. Mais, à plusieurs reprises, des difficultés ont empêché la mise en œuvre du volet ergonomique de la démarche. Or de nombreux patients en rééducation portent un espoir dans l'amélioration des conditions de travail. Ceci a parfois été à l'origine de tensions entre les patients et les membres du réseau de prise en charge. Ceci a parfois été à l'origine d'incompréhension entre les ergonomes et les équipes de rééducation. Le protocole A.C.T.H. a montré l'importance de l'enjeu professionnel sur les effets des soins de rééducation, il souligne également l'importance et parfois la difficulté d'une collaboration pluridisciplinaire, notamment du fait de temps d'intervention très différents.

Dans l'éventail des incidents ayant émaillé cette collaboration, le problème de la synchronisation entre stages de rééducation et interventions ergonomiques a constitué une difficulté récurrente. En effet, pour les ergonomes, le protocole prévoyait d'effectuer des restitutions d'analyses des situations de travail aux lombalgiques, en cours de stage de reconditionnement à l'effort. Or, autant la durée des stages de rééducation s'est avérée maîtrisable, ce ne fut pas le cas pour les interventions ergonomiques. Cela peut s'expliquer à partir des principes sur lesquels s'appuie la méthodologie ergonomique comme la participation, l'appropriation et l'accompagnement pour lesquels le rythme est fixé par les acteurs de l'entreprise.

Au-delà de la difficulté de synchronisation, certaines prises en charges ont souffert d'un retard dans le déclenchement des interventions ergonomiques. Il semble que ces retards aient été en lien avec le mode d'initiation de la procédure d'inclusion. En effet, lorsque celle-ci n'est pas effectuée par le médecin du travail, aucune des différentes étapes de proposition de la démarche à l'employeur n'a pu avoir lieu. Des délais supplémentaires ont donc été nécessaires afin d'impliquer le médecin du travail et, d'obtenir son positionnement sur ce volet de la prise en charge. A plusieurs reprises, le médecin du travail a renoncé à la proposition de l'intervention ergonomique ayant jugé que le décalage temporel était trop important. Cette vision peut être corroborée par les tableaux de répartitions des interventions par département.

Tableau 2 : Ratio intervention ergonomique pour les bénéficiaires de stage de rééducation

	Salariés inclus	Interv. ergonomique	Taux d'intervention
Département A	52	34	65,4%
Département B	11	11	100%
Département C	71	16	22,5%

Le score de 100% de prise en charge complète (rééducation et ergonomie) dans le département B s'explique par le fait que les initiatives d'inclusion ont été exclusivement du fait de la médecine du travail, ce qui traduit sans doute une demande forte de la part des entreprises. Ceci souligne la nécessité d'informer systématiquement le médecin du travail dès la phase d'inclusion dans la démarche lorsque celui-ci n'est pas à l'origine de la

demande. Afin de compléter l'interprétation du différentiel entre le nombre d'interventions et le nombre de prises en charges rééducatives, il faut rappeler que pour des raisons de financements seuls les salariés du secteur privé ont pu bénéficier des interventions ergonomiques. C'est pourquoi, les bénéficiaires des stages de reconditionnement à l'effort ne relevaient pas tous du protocole A.C.T.H.

Ces quelques éléments d'interprétation soulignent des difficultés à fonctionner en réseau dans la conduite des protocoles de prise en charge de salariés lombalgiques. La coopération entre disciplines se heurte à des représentations différentes des facteurs de risque potentiels de lombalgies et des situations de travail, ce qui nécessite de longs temps d'échange. Ceux-ci doivent être pris en compte dans l'allocation de moyens afin de permettre un fonctionnement satisfaisant de l'équipe pluridisciplinaire. La mise en place d'une prise en charge novatrice des lombalgiques chroniques a permis de développer les coopérations entre ergonomes, rééducateurs et médecins du travail autour d'un projet concret.

CONCLUSION

Les résultats globalement positifs sur l'objectif de maintien en emploi des bénéficiaires de cette prise en charge, justifie le sentiment de satisfaction partagé par l'ensemble des partenaires du réseau A.C.T.H. et, entretient la motivation de cette équipe dans ses efforts d'optimisation du protocole. Cependant, la pluridisciplinarité est une construction permanente qui nécessite de fréquentes remises en question des modalités propres de prise en charge des différents acteurs.

RÉFÉRENCES

- (1) Derriennic F., Leclerc A., Mairiaux P., Meyer J.P., Ozguler A. (2000). Lombalgie en milieu professionnel, Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Expertise collective, Les éditions INSERM.
- (2) Loisel P. et coll. (1996). La clinique des maux de dos un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité, Etudes et recherches, Rapport, IRSST.
- (3) Dubus V., Bontoux L., Billabert C., Colin D., Brami L., Penneau-Fontbonne D., Roquelaure Y., Richard I. (2000). Etude du devenir physique des patients lombalgiques chroniques après réactivation physique dans le dispositif A.C.T.H., XV^{ème} Congrès de la SOFMERR, Caen, Annales de réadaptation et de médecine physique, éd. Elsevier.