

# Prévention de la désinsertion professionnelle = Synthèse des données actuelles de la littérature sur les maladies chroniques

S Fantoni Quinton, Université Lille  
A Petit, Université Angers  
K Petitprez, H15  
L Rollin, Université Rouen  
JB Fossier, Université Lyon

Marseille, 2018

# Des recommandations de bonne pratique en cours d'écriture

- Contexte
  - Vieillesse de la population active et maladies chroniques
- Commanditaires
  - MT, HAS, DGT, CNAM
- Enjeux
  - Maintien en emploi / durée de vie professionnelle et conditions de travail
- Cible
  - Équipes pluridisciplinaires des SST
- Objectif
  - Proposer un socle commun
  - Améliorer la lisibilité et la cohérence de la PEC

# Maladies chroniques

## Du biomédical au bio-psycho- psychosocial...

- La prise en charge n'est plus centrée sur l'individu mais de type systémique
- Les intervenants sont multiples et dépassent la dyade patient/soignant pour inclure le travailleur, les professionnels du système de soins, le milieu de travail et le système des assurances
- Objectif : pas forcément la guérison mais la participation sociale (dont le retour au travail)

# Recherche bibliographique

## Périmètre

- Choix de sélectionner, en plus des maladies en général, les principales pathologies à l'origine des invalidités, des arrêts > 6 mois, des restrictions d'aptitude, des inaptitudes, des ALD
  - Santé mentale
  - Pathologies cancéreuses
  - TMS Membres et rachis
  - Pathologies cardiovasculaires
  - Pathologies neurologiques
- Critères de sélection
  - Facteurs individuels / professionnels susceptibles d'impacter MEE
  - Interventions favorisant le MEE
- Période : 01/2007 à 03/2018
- Bases de données : Medline, Central, Scisearch, Cairn, Lissa et Eficatt

# Nombre de références

- Nombre références identifiées : 1360
- Nombres de références analysées : 273
- Nombre de références citées : 130 (en cours)

# Limites méthodologiques et niveau de preuve\*

## □ Hétérogénéité

- des paramètres mesurés
- du contenu et des modalités d'interventions,
- de leur implantation,
- des ressources nécessaires et disponibles et des systèmes de protection sociale

## □ Complexité croissante des interventions

- pluridimensionnelles et pluridisciplinaires
- centrées sur l'individu, le travail et la coordination des acteurs
- difficultés pour savoir « qui a fait quoi, quand, comment, où, combien de temps, et pourquoi » ?

## ➔ Difficulté de comparer les différentes études

\*Cullen 2017 ; Odeen 2013 ; Escorpizo 2011 ; Formgoo 2006

# Premiers constats

- Logique de la recherche = (sur)spécialisation
  - Exemples.
    - Lombalgies sub-aigues entre 1 et 3 mois
    - Dépression en arrêt de travail inférieur à 6 mois
  - Littérature très hétérogène
    - Par pathologies
  - Peu de données « transversales » aux différentes pathologies
  - Synthèse difficile en vue d'élaborer un **socle commun**

# Facteurs individuels et professionnels susceptibles d'impacter MEE

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa



# Troubles de santé mentale et MEF\*

## Barrières

Age plus élevé  
Niveau d'études plus faible  
Sévérité des troubles  
Comorbidité psychiatrique ou  
somatique  
Stress au travail

## Facilitateurs

Niveau socioéconomique élevé  
Bonne santé perçue  
Capacité de travail  
Degré de contrôle sur le travail

\* *Ervasti 2017, Gragnano 2017, Cornelius 2011, Lagerveld 2010*

# Pathologies cancéreuses et MEE

## Barrières\*

Age plus élevé  
Niveau d'études  $\leq$  bac  
CSP d'exécution

Localisation cancéreuse  
« défavorable » (poumon, vessie,  
VADS, colon-rectum)

Contrat précaire  
Employé dans une PME

\*INCA 2014, \*\*Menhert 2011

## Facilitateurs\*\*

Age jeune,  
Niveau d'éducation élevé,

Localisations cancéreuses  
touchant des patients jeunes,  
absence de chirurgie, moindre  
présence de symptômes  
physiques ou psychologiques

Rencontre employeur patient  
pour discuter de la reprise,  
perception par le patient de la  
mise en place par l'employeur  
d'éléments pour faciliter la  
reprise

Programmes de  
réentraînement

# TMS et MEE

## Barrières

Age élevé

Limitation fonctionnelle / intensité de la douleur

Détresse psychologique

Croyances menant à l'évitement de l'activité physique

Faible satisfaction au travail

Dramatisation et craintes relatives au travail

## Facilitateurs

Age < 55 ans

Ressentir moins de douleur,  
Percevoir que l'on sera bien accueilli lors du RAT

Avoir des attentes positives à l'égard du RAT

Etre absent du travail depuis moins d'un an

Percevoir que l'on sera bien accueilli lors du RAT

Avoir des attentes positives à l'égard du RAT

Ebrahim 2015, Vooijs 2015, Wertli 2014, Steenstra 2013, Laisné 2012, Corbière 2011, Hayden 2009

# Facteurs communs de MEE \*

## Pathologies CV, mentales, et cancéreuses

### Barrières

Âge plus élevé  
Bas niveau d'éducation

Fatigue  
Dépression

T  
Travail physique  
Tension au travail  
Travail manuel/ type « col bleu »

### Facilitateurs

Statut socio-économique élevé

Bonne santé perçue  
Bonne santé mentale  
Chirurgie moins invasive  
Traitement sans chimiothérapie  
Capacité de travail

Contrat de travail à temps plein  
Autonomie dans le travail  
Support du manager

\* Gragnano 2017, 14 revues de la littérature, 32 études de cohorte

# Facteurs communs de MEE tout type de pathologie\*

Barrières*	Facilitateurs**
Age élevé Bas niveau d'éducation Isolement social ou manque de soutien social/familial	Haut niveau socioéconomique.
Mauvaise santé perçue, anxiété, détresse émotionnelle Limitation des capacités physiques du fait de la maladie chronique Comorbidités notamment psychologiques	Bonne santé perçue Espérance de rétablissement Capacité de travail
Absentéisme : durée ou répétitivité Travail manuel lourd Stress au travail	Marge de manœuvre au travail

\* White 2015, Wagner 2014, Detaille 2009, Duijts 2007

# Interventions favorisant le MEE

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

2018 © Congrès National de Médecine et Santé au Travail, Tous droits réservés - Toute reproduction même pa

# Santé mentale et interventions en milieu de travail

■ 3 revues systématiques (Cullen 2017, van Vilsteren 2015, Odeen 2013) :

- Les évidences disponibles ne permettent pas d'affirmer que les interventions actives en milieu de travail sont globalement efficaces pour réduire l'absentéisme
- Niveau de preuve faible que les interventions en milieu de travail **améliorent le délai jusqu'au 1er retour au travail** (pas forcément d'effet sur un retour au travail durable)
- **Une intervention en entreprise associée** avec une intervention cognitive et comportementale était plus efficace qu'une intervention en entreprise isolément

# Pathologies cancéreuses et interventions en milieu de travail

- 3 revues systématiques (Egan, 2013, Tamminga 2010, et De Boer 2009).
- Les études portant sur des interventions visant le retour au travail ou le maintien en emploi des patients atteints de cancer sont relativement rares, de contenu hétérogène et de faible qualité.
- Les interventions **multidisciplinaires**, incluant des dimensions physiques, psychologiques, et professionnelles, améliorent le retour au travail des patients atteints de cancer avec des preuves de qualité modérée.
- Les patients souhaiteraient un meilleur soutien de la part des SST (De Boer)



# TMS Membres + Rachis et interventions en milieu de travail

- Cervicalgies (**Cochrane, 2011**)
  - Efficacité des interventions en milieu de travail sur la plainte : diminution des arrêts de travail si **interventions complexes** à moyen terme (faible NP)
- TMS persistants (**RS : Oakman, 2016**)
  - Efficacité des interventions à l'échelle individuelle pour réduire perte d'emploi et arrêts de travail, mais pas la douleur (faible NP)
- Cervicalgies et TMS-MS (**RS : OPTIMα, 2014**)
  - Efficacité **programme retour au travail coordonné** versus programme médical seul pour le retour au travail
  - Pauses + aménagements ergonomiques + conseils améliore la récupération
  - Pas d'intérêt sur douleurs des programmes contre le stress (faible NP)

# TMS/RACHIS/troubles mentaux et interventions coordonnées en milieu de travail

- TMS et troubles mentaux (RS : [Cullen, 2017](#))
  - Diminution de la durée des arrêts si **action sur plusieurs des 3 domaines d'intervention**: santé, coordination, travail (haut NP)
  - Impact en terme de coût des **interventions multi-domaines** (NP modéré)
  - Pas d'intérêt des TCC seules pour retour au travail (haut NP)
- TMS et troubles mentaux (cohorte : [Lane, 2017](#))
  - **Coordonnateur du retour au travail** :
    - A court terme : intérêt d'un retour au travail planifié
    - A distance : intérêt de l'interaction interprofessionnelle

# Synthèse provisoire

- Les connaissances sont très inégales selon les pathologies concernées
- Certaines recommandations communes peuvent être formulées
  - Faire le diagnostic de la situation à risque de désinsertion
    - Facteurs individuels et environnement
  - Établir un plan de retour au travail / maintien en emploi (3 dimensions)
    - Travailleur en arrêt / encore au travail
  - Faire le lien autour du travailleur concerné
    - Rôle pivot du médecin du travail / autres intervenants
    - Importance du pilotage des actions et de la stratégie
    - Rôle de coordinateur du retour au travail

## Appel à relecture :

- Que ceux qui seraient intéressés d'y participer se manifestent auprès d'un des auteurs de cette communication et auprès de moi le cas échéant : [fanquin@wanadoo.fr](mailto:fanquin@wanadoo.fr)
- Merci à mes complices et à vous !