



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON-1
FACULTE DE MEDECINE LYON-EST

ANNEE 2015

**« Exploration du processus d'évaluation et de formulation des
restrictions médicales d'aptitude au travail des travailleurs
lombalgiques : expérience de 10 médecins du travail du personnel
hospitalier »**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard – Lyon 1
et soutenue publiquement le 22 juin 2015
pour obtenir le grade de docteur en médecine

Par

Dounia BAKKARI

Epouse AHADE

Née le 11 novembre 1977 au Maroc

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlín	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe**

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénérologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénérologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale

Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
----------	-------	---

Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
-----------	----------------	--

Chêne
Duclos
Phan
Rheims
Rimmele

Gautier
Antoine
Alice
Sylvain
Thomas

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Dermato-vénérologie
Neurologie
Anesthésiologie-réanimation ;
médecine d'urgence
Génétique
Biologie cellulaire
Physiologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie

Schluth-Bolard
Simonet
Thibault
Vasiljevic
Venet

Caroline
Thomas
Hélène
Alexandre
Fabienne

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière
Farge
Figon

Marc
Thierry
Sophie

Composition du jury

Président du jury

Monsieur le Professeur Alain BERGERET

Membres du jury

Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Monsieur le Professeur Gilles RODE

Monsieur le Docteur Jean-Baptiste FASSIER

Monsieur le Professeur Bergeret,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié votre accompagnement le long de notre cursus. Vous nous avez proposé des terrains de stages de qualité, qui nous ont permis de découvrir de nombreuses facettes de notre métier.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Colin,

Nous n'avons pas eu la chance de travailler à vos côtés. Vous nous avez accordé un temps précieux lors de la présentation de notre travail ainsi qu'à sa lecture.

Nous vous témoignons l'expression de nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Rode,

Nous n'avons pas eu la chance de travailler à vos coté. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer à notre jury et d'avoir consacré un temps précieux à la lecture de notre travail.

Monsieur le Docteur Fassier

Vous étiez à l'initiative de ce travail, nous somme très heureux de cette expérience formatrice et enrichissante. Vous avez dirigé notre travail et nous vous remercions infiniment. Nous avons apprécié votre grande disponibilité et votre écoute permanente. Vous avez su nous motiver sans jamais nous décourager. Votre rigueur dans le travail et votre aide très précieuse nous ont marqué tout au long de ces deux années de travail avec vous.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre grande estime, respect et reconnaissance.

A tous les médecins du travail des différents services de médecine préventive des Hospices Civils de Lyon :

- Monsieur le Docteur Philippe Nargues
- Madame le Docteur Marie-Agnès Denis
- Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Fassier
- Madame le Docteur Michelle Vidal
- Madame le Docteur Amélie Massardier
- Monsieur le Docteur Christophe Julien

- Madame le Docteur Valérie Olagner
- Madame le Docteur Annick Duvermy
- Monsieur le Docteur Olivier Robert
- Monsieur le Docteur Jean-Michel Porst

Nous avons été particulièrement attentifs à votre accueil et votre gentillesse. Vous nous avez permis de réaliser les études de dossiers médicaux des agents de votre secteur. Vous nous avez consacré un temps précieux pour réaliser les entrevues. Nous vous exprimons ici l'expression de nos sincères remerciements

Un grand merci à tous les médecins du travail tuteur de stage d'internat

- Le Docteur Isabelle Camus (MSA Ain-Rhône)
- Le Docteur Anne-Sophie Gelon (AST grand Lyon)
- Le Docteur Isabelle Lombard (Centre Léon Bérard)
- Le Docteur Elisabeth Pouget (Ville de Lyon)

Nous remercions particulièrement le Docteur E. Pouget et le Docteur I. Lombard. Vous nous avez autorisés une grande liberté au sein de vos services respectifs afin de mener à bien ce travail. Nous vous exprimons ici notre gratitude et notre respect.

Nous remercions également Madame le Docteur Constance D'Aubarède, Madame le Docteur Sophie Croidieu, Madame le Docteur Anne François et Madame le Docteur Pauline Guinchard. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements pour tous les moments de partage d'expériences. Nous avons apprécié votre gaieté et sympathie.

A l'équipe du service de santé au travail du centre Léon Bérard : Madame Abergel Martine, Madame Renée Alibert, Madame Gilibert Chrystelle et Madame Sylvie Vial.

A l'équipe du service de médecine préventive de la Ville de Lyon : Madame Isabelle Drevon, Madame Annick Rivoire, Madame Marie-Hélène Pirat, Madame Corinne Roussel et Myada.

A mon mari,

Merci de ton soutien et ta présence à mes cotés

A mes grandes filles, Myriam et Lydia

A ma petite princesse Lina

A mes très chers parents,

A mes frères,

A tous mes amis,

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

« Exploration du processus d'évaluation et de formulation des restrictions médicales d'aptitude au travail des travailleurs lombalgiques : expérience de 10 médecins du travail du personnel hospitalier »

Contenu

1. PROBLEMATIQUE	19
1.1 Position du problème	19
1.1.1 Définition des affections rachidiennes lombaires	19
1.1.2 Point épidémiologique	19
1.1.3 Coûts de la lombalgie.....	20
1.2 Manutention manuelle de charge, un facteur de risque professionnel de lombalgie	22
1.2.1 Facteur de risque de lombalgie	22
1.2.2 Exposition professionnelle à la manutention manuelle de charge et risque de lombalgie.....	22
1.3 Prise en charge des lombalgies en médecine de travail	26
1.3.1 Mission des services de santé au travail et du médecin du travail.....	26
1.3.2 La notion d'aptitude	28
1.3.3 Dossier médical en santé au travail	30
1.4 Recommandations de bonnes pratiques en termes de surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à la manutention de charge	30
1.4.1 Contexte d'élaboration des recommandations	30
1.4.2 Les principales recommandations	30
1.5 Evaluation et formulation de l'aptitude médicale	32
2. METHODOLOGIE	33
2.1 Objectif et questions de recherche	33
2.2 Perspective de recherche	34
2.3 Échantillonnage.....	34
2.4 Collecte des données	35
2.4.1 Étude de dossiers médicaux	35
2.4.2 Entrevue individuelle semi structurée	36
2.4.3 Journal de bord.....	36
2.4.4 Focus groupe de restitution de résultats	37
2.5 Analyse des données	37
2.6 Aspects éthiques	41
3. RESULTATS	42
3.1 Examen de santé d'un agent lombalgique	42
3.1.1 Influence du type de visite médicale	42
3.1.2 Éléments recherches.....	43
3.1.3 Éléments décisifs	47

3.1.4	Difficulté de l'examen de santé d'un agent lombalgique	48
3.2	Evaluation du poste du travail d'un agent lombalgique.....	50
3.2.1	Modalités d'évaluation	50
3.2.2	Caractéristiques du poste recherchées	52
3.2.3	Difficulté/facilité de l'évaluation du poste du travail	55
3.3	Restrictions : décision et formulation	56
3.3.1	Objectif-utilité.....	57
3.3.2	Principaux critères de décision	58
3.3.3	Formulation.....	60
3.3.4	Mise en place des restrictions d'aptitude/ aménagement du poste du travail	63
3.3.5	Difficulté de la décision et la formulation des restrictions.....	65
3.4	Suivi et évolution.....	67
3.4.1	Suivi médical	67
3.4.2	Evolution à moyen et à long terme	69
3.5	Relation médecin du travail- encadrement.....	74
3.5.1	Relation générale.....	74
3.5.2	Relation autour de l'évaluation du poste	76
3.5.3	Relation autour des restrictions d'aptitude.....	76
3.5.4	Relation autour du suivi et de l'évolution des agents avec des restrictions d'aptitude	77
3.6	Relation médecin du travail-médecin soignant	78
3.6.1	Autour de l'évaluation de l'état de santé.....	78
3.6.2	Autour des restrictions d'aptitude	79
3.7	Relation médecin du travail-agent.....	80
3.7.1	Autour de l'évaluation de l'état de santé.....	80
3.7.2	Autour de l'évaluation du poste du travail.....	81
3.7.3	Autour des restrictions d'aptitude	81
3.8	Contexte	82
3.9	Résultats marquants.....	84
4.	DISCUSSION.....	85
4.1	Examen de santé d'un lombalgique	85
4.2	Evaluation du poste du travail	86
4.3	Restrictions	88
4.4	Suivi et évolution de l'agent lombalgique sous restrictions médicales d'aptitude	91
4.5	Relation médecin du travail –différents intervenants	93
4.6	Retombés de l'étude	95

4.7	Forces et limites de l'étude.....	95
5.	CONCLUSION.....	97
	ANNEXE.....	101

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différentes étapes et outils d'évaluation de l'exposition à la MMC selon les recommandations de la SFMT.....	31
Tableau 2 : caractéristiques des participants.....	34
Tableau 3 : nombres de verbatim associés à chaque code et sous code.....	39

Liste des figures

Figure 1 : les niveaux du risque lié à la manutention de charge selon la norme AFNOR NF X 35-109.....	22
Figure 2 : Arborescence des codes et sous codes.....	38
Figure 3 : Cycle d'inaptitude dans la fonction public schématisé par Copin.....	92

Liste des annexes

Annexe 1 : décret de nouvelle fiche d'aptitude.....	102
Annexe 2 : red flags.....	103
Annexe 3 : grille de recueil de critère de qualité du DMST.....	104
Annexe 4 : guide d'entrevue.....	106
Annexe 5 : courriel d'information.....	118
Annexe 6 : note de consentement.....	120
Annexe 7 : définitions des codes et sous codes.....	122
Annexe 8 : FIFARIM.....	127

1. Problématique

1.1 Position du problème

1.1.1 Définition des affections rachidiennes lombaires

Les lombalgies se définissent par une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au delà du pli fessier. Elles peuvent s'accompagner ou non d'une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1 [1].

Les lombalgies communes représentent la majorité des cas (90%) des lombalgies prises en charges par les professionnels de santé. Elles sont le plus souvent transitoires [2].

La classification internationale des maladies CIM-10 individualise au sein des affections rachidiennes lombaires : les lombalgies communes et lumbago (M54-5), les lumbagos avec sciatique (M54-4) et les lombo-radiculalgies dues à une hernie discale (M51-1).

Le terme de lombalgie commune concerne principalement les lombalgies non spécifiques, souvent dues en partie à des remaniements dégénératifs vertébraux. Elles s'opposent aux lombalgies dites symptomatiques d'une cause spécifique (tumorale, infectieuse, traumatique, inflammatoire...) [1].

On peut distinguer 3 stades de lombalgie en fonction de la durée :

- Les lombalgies aiguës d'évolution inférieure ou égale à 4 semaines
- Les lombalgies subaiguës d'évolution comprise entre 4 et 12 semaines
- Les lombalgies chroniques avec une durée d'évolution supérieure à 3 mois

On distingue en plus les lombalgies récidivantes définies comme la survenue d'au moins 2 épisodes aigus à moins d'un an d'intervalle.

La lombalgie chronique n'est pas une pathologie mais un symptôme douloureux correspondant à divers mécanismes et étiologies [3].

1.1.2 Point épidémiologique

La lombalgie chronique est une des pathologies les plus fréquentes dans les pays développés [4]. Elle représente la deuxième cause de consultations chez le médecin généraliste et figure au troisième rang dans les demandes d'invalidité. Elle constitue le trouble musculo-squelettique le plus fréquent devant la scapulalgie et les cervicalgies [3]. Selon une enquête de 1995 du centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc), 70% des personnes en âge de travailler ont été victimes au moins une fois d'un épisode de lombalgie dont le tiers avec un arrêt maladie pour ce motif [3].

L'estimation de l'incidence annuelle pour tout épisode de lombalgie confondu varie entre 1,5% et 36 % selon les études [5]. La prévalence est estimée à un moment donné entre 1% et 58,1% et la prévalence à 1 an entre 0,8% et 83,5%.

La prévalence des lombalgies en France a été évaluée par 2 enquêtes effectuées sur la population générale : l'enquête décennale santé (EDS) 2002-2003 et l'enquête handicap dépendance (HID) [6].

L'EDS a été réalisé auprès de l'ensemble des ménages résidant en France métropolitaine et d'âge compris entre 30 et 64 ans. D'après les résultats, plus de la moitié de la population française a souffert de lombalgie au moins un jour dans les 12 derniers mois. La prévalence est significativement différente entre les hommes (54%) et les femmes (57,2%) et ne diffère pas significativement entre les classes d'âge. La prévalence de lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est de 18%, est également significativement différente entre les hommes (15,4%) et les femmes (18,9%) et cette prévalence augmente avec l'âge.

Pour les deux sexes la classe d'âge de 30-44 ans est celle qui est la plus épargnée par les lombalgies.

Dans l'enquête HID, 7% à 8% de la population française de 30 à 64 ans souffre de lombalgie invalidante, la fréquence étant significativement différente entre les hommes (7,9%) et les femmes (7,5%) [6].

En France, les différents indicateurs de fréquence des lombalgies ont peu évolué sur une période de dix ans, quelles que soient les méthodologies ou définitions utilisées [3].

1.1.3 Coûts de la lombalgie

Les coûts humains générés par les lombalgies sont considérables par les handicaps de situation qu'elles créent et les répercussions sur l'emploi qu'elles entraînent. Ainsi elles représentent la deuxième cause d'invalidité et la première cause pour les travailleurs indépendants. C'est l'une des premières causes d'exclusion prématurée du travail [2].

La lombalgie a des coûts directs et indirects dont les proportions sont variables selon les études. Plusieurs études économiques ont mis en évidence l'importance des coûts dus à la lombalgie. Ainsi aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, le coût des lombalgies correspond respectivement à 1,7%, 1,45% et 2,2 % du PIB [2].

En France, le coût direct (consultations médicales, les frais d'hospitalisation, les traitements médicamenteux, la kinésithérapie, les frais de réadaptation et de matériel orthopédique) s'élevait à 1,4 milliards d'Euros en 2003. L'extrapolation de ces coûts à l'ensemble de la

population française à partir de la prévalence des lombalgies chroniques de l'enquête HID conduit à une estimation annuelle qui représente 1,5 % de l'ensemble des dépenses de santé annuelle en France [2].

En termes d'utilisation des services de santé par les patients atteints d'une lombalgie chronique, l'hospitalisation demeure, en France, l'élément de loin le plus coûteux avec le ratio coût/utilisateur le plus élevé. L'utilisation de la kinésithérapie et autres professionnels de santé représente un coût de 23% de l'ensemble des dépenses de santé pour cette pathologie alors que le coût des traitements médicamenteux, les consultations médicales et les explorations représentent respectivement 19,5%, 12,5% et 9,6% [2].

Le coût indirect de la lombalgie concerne la perte de productivité à court et long terme engendré par un travailleur lombalgique absent de son travail, il est de 5 à 10 fois plus élevé que le coût direct [7].

Le pronostic professionnel de la lombalgie chronique en cas d'arrêt de travail prolongé est sombre puisque la probabilité de reprise de travail diminue proportionnellement à la durée d'arrêt du travail. Le taux de reprise du travail est proche de 0% après deux ans d'absence. Les 5% à 10% de patients lombalgiques chroniques représentent 70% à 80% de l'ensemble des coûts liés aux rachialgies [3].

Certaines affections chroniques du rachis lombaire peuvent être reconnues en maladies professionnelles depuis 1999 (tableaux 97 et 98 du Régime Général). Le nombre de maladies professionnelles indemnisées dans le cadre de ces 2 tableaux est stable depuis 2003 avec un coût global de 125,5 millions d'euros par an sur la période de 2004-2008 et un absentéisme annuel moyen de 930 000 journées d'arrêt de travail [2]. Les montants imputables au titre du tableau 98 s'élevaient en 2011 à 130 millions d'euros. Les lombalgies constituent également la première cause d'accident du travail (AT) avec arrêt et la première cause d'accident du travail avec incapacité permanente partielle (IPP). Entre 2007 et 2009, le nombre de journées d'arrêt de travail perdues pour lombalgies en AT est passé de 10 à 10,7 millions et la durée moyenne de ces arrêts de travail est passée de 25 jours en 1970 à 55 jours en 2005 [2].

Selon une étude de 1998, les pathologies rachidiennes discales représentaient 8,9% de l'ensemble des effectifs totaux reconnus en invalidité, ce chiffre a augmenté en 2006 à 10,1% des effectifs totaux. Il existe 2 enjeux de société associés à la lombalgie, le premier serait de réduire les coûts occasionnés par cette pathologie via l'amélioration des pratiques professionnelles et la sensibilisation de la population générale. Le second enjeu serait de

réduire l'inégalité de santé eu égard aux caractéristiques sociales et démographiques des personnes atteintes [7].

1.2 Manutention manuelle de charge, un facteur de risque professionnel de lombalgie

1.2.1 Facteur de risque de lombalgie

Une synthèse des principaux facteurs du risque (FDR) de lombalgie en fonction de leur stade a été publiée par L'INRS.

Les FDR de lombalgies aiguës sont la manutention manuelle, la chute, l'exposition aux vibrations, les postures pénibles sous contrainte, le travail physique dur, le traumatisme, les antécédents de lombalgies, la corpulence et la grossesse.

Les FDR de lombalgies chroniques sont les mauvaises conditions de travail, l'insatisfaction au travail, le travail physique dur, le stress, les contraintes psychosociales, l'absence d'esprit de prévention dans l'entreprise, la durée prolongée d'arrêt de travail, la douleur jugée importante, la mauvaise prise en charge, la gêne fonctionnelle, le tabagisme et l'inactivité.

A partir d'une autre revue de littérature, des facteurs de risque prédictifs de la chronicité, de la récurrence de la lombalgie et du non retour au travail, ont été identifiés. Ces facteurs sont les antécédents de lombalgie, incluant la notion de sévérité de la douleur, la durée de la lombalgie et la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la sciatgie, l'antécédent d'arrêt de travail, l'antécédent de chirurgie lombaire et l'insatisfaction au travail [2].

1.2.2 Exposition professionnelle à la manutention manuelle de charge et risque de lombalgie

1.2.2.1 Point sur la réglementation

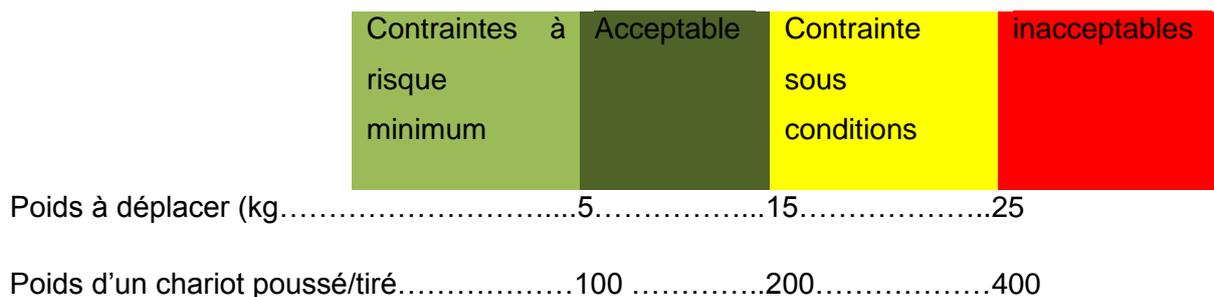
La législation française désigne par le terme manutention manuelle toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement exige l'effort physique d'un ou plusieurs travailleurs. Art R.4541-2 du code du travail.

La législation européenne définit la manutention manuelle de charge (MMC) comme toute opération de transport ou de soutien d'une charge, par un ou plusieurs travailleurs, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, comporte des risques, notamment dorsolombaires, pour les travailleurs (Art 2 de la section I de la directive européenne 90/269/CEE du conseil, du 29 mai 1990).

La notion de charge lourde n'est pas définie dans la réglementation. Il n'y a pas de valeur consensuelle dans la littérature du seuil de charge lourde. La norme AFNOR NF X 35-109

propose des valeurs de 5 Kg de charge par opération pour le risque dit « minimum », de 15 Kg de charge par opération pour le risque dit « acceptable » et de 25 kg sous conditions pour soulever/ porter des charges lourdes.

Figure 1 : Les niveaux du risque lié à la manutention de charge selon la norme AFNOR NF X 35-109



La manutention manuelle de charge a été retenue comme facteur de pénibilité par la loi du 9 novembre 2010 « portant réforme de retraites ».

1.2.2.2 Conséquences de la manutention manuelle de charge sur la santé

La MMC est très répandue chez les travailleurs, puisque, d'après la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail (2012), près du tiers des travailleurs des 27 membres de l'Union européenne portent des charges lourdes au moins le quart de leur temps du travail [2].

Selon les résultats de l'étude Sumer 2010, sur l'ensemble des salariés 37,2% sont exposés à la manutention de charge et 10% sont exposés à plus de 10 heures par semaines de manutention de charge [8]. Sur le secteur des activités liées à la santé, la moitié des salariés sont exposés à la manutention [8].

Les principales conséquences des MMC sur l'homme répertoriées par le site gouvernemental français « travailler-mieux » sont la fatigue, les douleurs et les pathologies de l'appareil locomoteur, les affections du bas du dos, les affections des épaules, les AT...etc.

Globalement la plupart des études épidémiologiques concluent à un lien causal entre lombalgie et manipulation de charge, en accord avec les données de la littérature. Plusieurs

paramètres physiques des activités de MMC sont mis en évidence par les études épidémiologiques, non seulement le poids de charge, mais aussi les conditions posturales de réalisation de la manutention [2].

Selon l'enquête Sumer 2010, 35% des salariés exposés à la MMC ont eu au moins un arrêt maladie durant les 12 derniers mois alors que 14.9% entre eux a eu au moins un accident du travail durant les 12 derniers mois [9].

Accident de travail (AT)

En France, selon les statistiques de la Caisse d'assurance nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, les manutentions de charges sont la première cause d'AT, elles sont responsables d'un tiers des AT.

Au Québec, selon une enquête de l'Institut de recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), les accidents indemnisés les plus fréquents sont des accidents de dos avec 26%. Les accidents de travail les plus fréquents sont ceux provoqués par les efforts en tirant ou poussant et les efforts excessifs en soulevant des objets, avec respectivement 14% et 13%. Trois quart des accidents du travail indemnisés surviennent chez des travailleurs de profession manuelle [10].

Maladie professionnelle (MP)

En France, certaines pathologies rachidiennes peuvent être reconnues en maladie professionnelle (Tableaux 97 et 98 du régime général).

En 2011, d'après les statistiques du régime général de la sécurité sociale 6% des victimes des MP sont liés à des affections du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charge lourdes. Les lombo-sciatiques et lombo-cruralgies sont ainsi la troisième cause de MP. Les MP indemnisées au titre du tableau 98 ont progressé de 2338 cas en 2008 à 3208 cas en 2012.

Il existe une diversité des maladies reconnues comme TMS ce qui rend la comparaison les données européennes de MP difficile [10].

1.2.2.3 Prévalence de la lombalgie selon les expositions professionnelles

La manutention manuelle des charges est ubiquitaire et concerne tous les secteurs d'activité. Cependant, elle touche en premier lieu la catégorie ouvrière [9].

Selon les données de la surveillance épidémiologique dans la région des pays de la Loire, les lombalgies au cours des 12 derniers mois concernent au moins un salarié sur deux dans

tous les secteurs d'activité économique. Les secteurs les plus touchés chez l'homme sont l'énergie, la construction, l'administration et l'industrie automobile. Chez les femmes, les prévalences de lombalgie sont plus élevées dans les industries manufacturières, l'administration, les services aux particuliers, l'éducation/santé/action sociale et la construction.

L'enquête décennale de santé 2002-2003 a montré que le recours aux soins pour lombalgie était augmenté chez les femmes qui déclarent porter des charges lourdes durant leur travail [11].

Selon l'enquête Sumer 2010, 21% des employés de commerce et de service sont exposés aux contraintes physiques marquées dont 15,4% à la manutention manuelle de charge et 15,2% à des postures pénibles. Dans le secteur des activités pour la santé humaine 12,3% des salariés sont exposés à la MMC et 11,6 % le sont pour les postures pénibles [9].

Selon les résultats de surveillance des TMS des Pays de la Loire, plus d'un salarié sur quatre du secteur santé a présenté, au cours des 12 derniers mois, des symptômes de lombalgie pour plus de 30 jours consécutifs, de même pour les salariés n'appartenant pas au secteur santé. La prévalence de symptômes lombaires au cours des 12 derniers mois est importante : 59% des salariés du secteur santé rapportent la survenue de symptôme lombaire à type de courbature, gêne et/ou inconfort, 30% durant les 7 derniers jours. La prévalence des affections lombaires varie peu en fonction de l'âge [12].

Selon les résultats de l'enquête Sumer 2010, les aides soignants figurent parmi les professionnels les plus concernés par le port fréquent de charges lourdes (10 heures ou plus par semaine) [13].

Selon les données de l'enquête ORSOSA, 79% des aides soignantes manipulent de une à 10 fois par jour des patients lourds contre 69% des infirmières. La localisation de douleurs liées aux TMS varie avec l'âge. Ainsi les jeunes infirmières et aides soignantes de 20-30 ans ont plus des douleurs du dos tandis que les soignants de 50-60 ans ont plus des douleurs aux épaules.[12]. La survenue de lombalgie chez le personnel soignant est attribuée, pour une part au moins, aux transferts, repositionnement et aides aux déplacements des patients qui sont à l'origine d'une charge biomécanique rachidienne considérable [12].

Du point de vue organisationnel, les études indiquent que les aides techniques à la manutention sont diverses mais peu utilisées car souvent non appropriées aux métiers de la santé ou à l'organisation du travail, et ne suppriment pas tous les risques [12].

1.3 Prise en charge des lombalgies en médecine de travail

Les lombalgies chroniques communes sont une source d'altération des capacités de travail, d'absentéisme et de rupture des parcours professionnels et de répercussions socioéconomiques importantes chez les travailleurs.

L'absentéisme prolongé peut menacer le maintien dans l'emploi, avec un risque de licenciement pour inaptitude médicale au travail (dans le régime général) ou bien de retraite imposée par voie d'invalidité (dans la fonction publique). Le risque d'exclusion professionnelle est plus préoccupant chez les travailleurs faiblement qualifiés dont la probabilité de retrouver du travail sans contraintes physiques est quasiment nulle [14].

La prévention de la chronicité des lombalgies et de l'incapacité qui en résultent est un enjeu majeur de la santé au travail qui ne pourra que croître dans les années avenir en Europe du fait de l'effet conjugué du vieillissement de la population active, de l'allongement de la vie professionnelle et de l'intensification du travail [2, 15].

1.3.1 Mission des services de santé au travail et du médecin du travail

Les services de santé au travail (SST) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge. Ils conseillent les employeurs et leurs représentants sur les dispositifs et mesures nécessaires afin de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs (code du travail, Art. L4622-2).

Dans les SST, ces missions sont exercées par les médecins du travail dont le rôle est exclusivement préventif (code du travail, Art. L4622-3). Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire qu'ils animent et coordonnent (code du travail, Art. L 4622-8).

Afin d'exercer ces missions, le médecin conduit des actions sur le milieu du travail et procède à des examens médicaux (code du travail, Art. R 4623-1) dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont il assure la surveillance médicale (code du travail, Art. R 4623-15). Il procède pour cela à des examens médicaux qui peuvent être réalisés à l'embauche, de manière périodique ou lors de la pré-reprise ou reprise de travail après arrêt. Enfin il peut prescrire des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail ou au dépistage de maladies professionnelles ou à caractère professionnel (code du travail, Art. R 4624-25).

Le médecin de travail vérifie la compatibilité de la santé du salarié avec le travail et, si besoin, propose des aménagements nécessaires, le plus souvent en formulant des réserves, sur le fondement de l'article L.4624-du code du travail. L'employeur est tenu de prendre en considération les recommandations et propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes. Le non-respect de cette obligation constitue une infraction selon l'article R.4745-1 du code du travail.

L'article R.4624-47 du code du travail prévoit la délivrance obligatoire d'une fiche d'aptitude à l'issue des examens médicaux d'embauche, périodiques, de reprise, ou pour effectuer des travaux spécifiques (surveillance médicale renforcée) ou encore s'il s'agit de salariés en situation particulière (handicaps, moins de 18 ans ...).

Les travailleurs exposés à des MMC ne bénéficient pas, réglementairement, d'une surveillance médicale renforcée.

Le médecin de travail doit réglementairement informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail, les moyens de prévention à mettre en œuvre et le suivi médical nécessaire.

La démarche réglementaire de prévention des risques rachidiens doit respecter les principes généraux de la prévention des risques professionnels déclinés dans le code du travail : adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production.

La prévention des risques rachidiens liés aux MMC s'inscrit dans l'obligation de l'employeur en matière de sécurité et de santé au travail afin d'assurer la sécurité et la protection de la santé physique et mentale des travailleurs. La normalisation AFNOR NX 34-109 d'octobre 2011, intitulé « manutention manuelle de charge pour soulever et pousser/ tirer » prend en considération certains paramètres (caractéristiques de la situation du travail, caractéristiques physiques de la charge, environnement et organisation de la tâche) qui peuvent constituer un support élémentaire d'évaluation des risques professionnels pour les populations chargées d'activités de manutention manuelle.

Selon le code du travail, Art. D 4121-5, les MMC figurent parmi les facteurs de pénibilité du travail au titre de contraintes physiques marquées. Des paramètres associés aux situations de MMC tel que les postures pénibles, les vibrations mécaniques et le travail répétitif sont aussi reconnus comme facteur de pénibilité.

Les SST contribuent à la prévention des risques rachidiens liés aux MMC et aux actions de maintien dans l'emploi à deux niveaux :

- Niveau individuel : représenté par les décisions et conseils de préventions délivrés par le médecin du travail dans le cadre du suivi individuel des salariés
- Niveau collectif : défini par l'action sur le milieu de travail, pour laquelle, le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire apportent leur expertise à l'employeur ainsi qu'aux salariés et à leur représentants, en les renseignant sur la nature des risques identifiés et en proposant des actions correctrices des conditions de travail afin de réduire les risques rachidiens liés aux MMC et favoriser le maintien dans l'emploi.

La prévention des expositions à la manutention manuelle de charge doit s'inscrire dans une démarche de prévention globale de la santé au travail qui repose sur 3 niveaux de prévention :

- Prévention primaire visant à l'évaluation, la limitation et la substitution des situations à risque, à diminuer l'incidence des pathologies rachidiennes d'origine professionnelle.
- Prévention secondaire visant, par le repérage précoce et une surveillance adaptée des travailleurs lombalgiques incluant les facteurs pronostiques de la lombalgie, à limiter les récurrences, l'incapacité et le passage vers la chronicité
- Prévention tertiaire, visant, par les stratégies de prise en charge médico-socioprofessionnelles coordonnées, à favoriser le retour et le maintien en emploi des lombalgiques chroniques en situation d'incapacité prolongée.

1.3.2 La notion d'aptitude

L'aptitude est une notion précisée par le code du travail. Elle concerne la capacité d'un salarié à occuper un poste précis et elle est appréciée par le médecin du travail par rapport un emploi spécifique et particulier.

Le médecin du travail établit, à l'issue de chacun des examens médicaux, une fiche médicale d'aptitude, dans la forme est fixée par l'arrêté du 20 juin 2013 (Annexe 1). Selon l'Article D 4626-35 du Code du Travail, cette fiche d'aptitude ne contient aucun renseignement sur la nature des affections dont l'agent serait ou aurait été atteint et elle mentionne uniquement les contre-indications ou des recommandations concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail.

Le médecin du travail vérifie la compatibilité de la santé du salarié avec le travail et si besoin propose les aménagements nécessaires, le plus souvent sous formes de « réserves » sous

le fondement de l'Article L 4624-1 du Code du Travail. Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver (Art L 6424-3 du Code du Travail).

La formulation des avis du médecin du travail doit être la plus claire et la plus compréhensible possible pour l'employeur et le salarié. L'employeur doit pouvoir apprécier précisément, à la lecture de l'avis, la nature des propositions d'adaptation du poste ou de reclassement qu'il peut faire au salarié.

L'employeur est tenu à prendre en considération les recommandations et les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de poste sauf s'il justifie de motifs l'empêchant de les suivre. Le non-respect de cette obligation constitue une infraction (Art R 4745-1 du Code du Travail).

Dans ce contexte réglementaire, l'avis d'aptitude du médecin du travail a des conséquences importantes sur le salarié (maintien dans l'emploi ou au contraire risque de licenciement) et sur l'employeur (son obligation de sécurité de résultat nourrit un contentieux de plus en plus en plus abondant).

Selon une enquête menée en Basse-Normandie, un an après l'avis du médecin du travail comportant des avis d'aptitude avec réserves, seuls 53% des salariés étaient toujours dans l'entreprise [15].

Selon l'enquête Aquitaine, le taux de licenciement atteint 96% des salariés déclarés inaptes. Ce taux était de 77% dans l'enquête conduite en Bretagne et de 60% dans le Nord Pas de Calais [15].

Selon le rapport Gosselin, les avis d'aptitude avec restrictions ou demande d'aménagement représentent 4,5% de l'ensemble des avis d'aptitude délivrés dans le régime général.

La notion d'aptitude au travail est une préoccupation des pouvoirs publics attestée par différents rapports [15, 16]. En effet, les enjeux liés à la notion d'aptitude sont importants pour les salariés et les employeurs en termes de retentissement sur l'activité professionnelle (aménagement du poste, reclassement ou licenciement) dans un contexte de régimes sociaux différents. Les conséquences juridiques de l'aptitude ont alimenté un contentieux important. Par conséquent, et dans ce contexte complexe, les pouvoirs publics s'interrogent sur la pertinence de la notion d'aptitude au poste et son appréciation systématique par le médecin du travail à chaque visite médicale. Ce questionnement est important dans le contexte d'évolution des missions des services de santé au travail depuis la réforme de la médecine du travail et de pénurie de ressource médicale spécialisée.

1.3.3 Dossier médical en santé au travail

Le dossier médical en santé au travail (DMST) est défini par le code du travail (Art L 4624-2 du Code du Travail). Il est constitué par le médecin du travail lors de l'examen d'embauche et complété après chaque examen médical ultérieur. Il retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, les expositions professionnelles auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et les propositions du médecin du travail. Le dossier médical en santé au travail ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix et à la demande de l'intéressé.

Des recommandations de bonnes pratiques ont été élaborées en 2009 portant sur la définition et les objectifs du DMST [17].

1.4 Recommandations de bonnes pratiques en termes de surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à la manutention de charge

1.4.1 Contexte d'élaboration des recommandations

Malgré une législation spécifique concernant la santé et la sécurité au travail relative à la manutention de charge, comportant des risques notamment dorsolombaires pour les travailleurs (Art R 4541-1 à R 4541-11) ces textes ont une portée limitée quant au repérage, l'évaluation du risque et la surveillance médicale par le médecin du travail.

Le conseil scientifique de la Société Française de Médecine du travail (SFMT), en lien avec la Direction générale du travail, a pris en compte ce constat ainsi que le besoin exprimé par les médecins du travail en termes de recommandations pour choisir le thème de la surveillance médico-professionnelle du risque rachidien chez les travailleurs exposés à des manutentions de charge.

Les recommandations de bonnes pratiques sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données [18].

1.4.2 Les principales recommandations

Concernant l'évaluation de l'exposition à des MMC pour le risque lombaire, la Société Française de Médecine du Travail recommande une stratégie d'évaluation hiérarchisée (3 niveaux) qui doit prendre en compte la globalité des situations de travail. Le tableau ci après résume les différents étapes ainsi que les outils d'évaluation proposés.

Tableau 1 : Différentes étapes et outils d'évaluation de l'exposition à la MMC selon les recommandations de la SFMT

Etapes	Méthodes	Outils
1° niveau : repérage systématique des situations à risque lombaire	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des documents d'évaluation Analyse globale des difficultés de réalisation des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> DUERP[□], analyse des AT, fiche d'entreprise Analyse des retours des acteurs de l'entreprise
2° niveau : identification des dangers et estimation du niveau de risque	<ul style="list-style-type: none"> Méthode observationnelles Méthodes d'auto-évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> Grille d'observation (ex FIFARIM) Echelle de Borg, échelle visuelle analogique, entretiens, questionnaires
3° niveau : analyse des situations complexes	<ul style="list-style-type: none"> Analyse approfondie de la situation de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse ergonomique, entretiens, observation vidéo, instrumentation

□ Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

En ce qui concerne la surveillance médicale, l'information délivrée sur la lombalgie occupe une place importante selon les recommandations de la SFMT. Cette information doit être cohérente et rassurante quant au pronostic.

La surveillance des travailleurs lombalgiques

Le médecin du travail détermine la périodicité en fonction de la persistance de la lombalgie, de son retentissement psychosocial et professionnel et de l'évaluation des risques du poste de travail.

Il est recommandé pour le médecin du travail de rechercher des signes de gravité (*red flags* en annexe 2) ou d'une pathologie sous jacente, encourager le travailleur à la poursuite ou à la reprise des activités physiques, évaluer le retentissement professionnel et apprécier des adaptations potentielles de la situation de travail.

En cas de lombalgie récidivante ou persistante, il convient d'évaluer les facteurs de risque psychosociaux.

Visite de pré-reprise de travailleurs en arrêt de travail

Il est recommandé d'évaluer la douleur, l'incapacité fonctionnelle et leur retentissement. Il convient d'inciter et aider le travailleur à s'inscrire dans une dynamique de retour au travail, d'identifier les difficultés proposer des adaptations et enfin évaluer la nécessité d'engager une démarche de maintien en emploi en concertation avec le travailleur et le médecin traitant.

1.5 Evaluation et formulation de l'aptitude médicale

Bien que les recommandations récentes de la SFMT ont permis de proposer aux médecins du travail certains outils en termes d'évaluation du risque lombaire et du suivi médical de travailleurs lombalgiques, les notions d'évaluation et de formulation de l'aptitude médicale n'étaient pas couvertes par ces recommandations.

Hormis les quelques précisions sur la forme de la fiche d'aptitude apportées par la réglementation, aucune précision ou consensus n'existe à ce jour concernant les libellés de l'avis d'aptitude.

Plusieurs constats concernant l'évaluation et la formulation des restrictions d'aptitude ont pu être identifiés par les observations durant les stages d'internat en médecine du travail, les échanges entre collègues internes et médecins du travail notamment les tuteurs de stage :

- Variabilité des pratiques des médecins du travail en termes d'évaluation d'aptitude : critères de jugement variables (éléments de l'examen clinique, de l'évaluation des risques du poste de travail).
- Variabilité des formules des restrictions médicales d'aptitude pour des cas de travailleurs lombalgiques similaires.
- Cette variabilité existe au sein du même service de santé au travail donc probablement indépendamment du contexte (service inter-entreprise/ service autonome, privé/public).

Des conséquences ont été observées sur le terrain mais on ne dispose par de données de littérature. On pourrait noter :

- Difficulté de compréhensions des avis d'aptitude entre médecins du travail au sein du même service de santé au travail (notamment lors d'une migration d'un salarié d'un effectif de médecin du travail à l'autre)

- Difficulté de compréhension et par conséquent d'application des restrictions par l'employeur et ou le salarié ce qui pourrait compromettre le retour et/ou le maintien à l'emploi.
- Un contentieux abondant alimenté par l'absence de normes et de consensus de formulation des restrictions d'aptitude.

En synthèse, la lombalgie est un symptôme douloureux fréquent et touchant essentiellement la population active. La manutention manuelle de charge lourde constitue l'un des facteurs de risques de lombalgie, et le plus fréquemment rencontré en milieu professionnel.

Le médecin du travail, dans ses missions réglementaires, évalue l'aptitude médicale au travail des salariés dans le but de prévenir toute altération de santé du fait de leur travail. Il est amené à préconiser des réserves d'aptitude pour adapter le poste du travail à l'état de santé du travailleur. Les avis d'aptitudes suscitent l'intérêt des pouvoirs publics du fait de leurs enjeux sur le travail et de leurs conséquences juridiques.

La Société de Médecine du Travail a publié récemment des recommandations de bonnes pratiques concernant le suivi médico-professionnel du risque rachidien lié à la manutention manuelle de charge. Ces recommandations n'abordent pas la notion d'aptitude chez le travailleur lombalgique.

2. Méthodologie

2.1 Objectif et questions de recherche

L'objectif de l'étude était de décrire le processus d'évaluation et de formulation de l'aptitude médicale au travail pour les travailleurs lombalgiques, et d'explorer le point de vue des médecins du travail sur cet exercice.

Questions de recherche :

- Question principale : comment les médecins du travail du personnel hospitalier procèdent-ils pour évaluer et formuler l'aptitude médicale des travailleurs lombalgiques ?
- Questions secondaires : est-t-il possible d'identifier des éléments de consensus sur les choses à faire et les choses à éviter en matière d'évaluation et de formulation de l'aptitude médicale des travailleurs lombalgiques ? quel est le point de vue des médecins du travail du personnel hospitalier sur la difficulté de cet exercice ?

2.2 Perspective de recherche

Une perspective de recherche qualitative a été adoptée afin de répondre aux objectifs de notre étude. La recherche qualitative est une recherche empirique en sciences humaines et sociales conçues dans une optique compréhensive. Elle a pour objet la signification et la description d'un phénomène en l'abordant d'une façon ouverte et large dans son contexte naturel. Le chercheur est lui-même l'instrument de recueil de données et il utilise des méthodes qualitatives (interviews, observation...) sans quantification. L'analyse des données est aussi qualitative et la recherche débouche sur une description, une exploration d'un phénomène, et non sur une démonstration quantitative [19].

2.3 Échantillonnage

Etant donné le nombre limité des médecins du travail du personnel hospitalier, le choix a été fait d'inclure la totalité des médecins. L'étude étant basée sur le volontariat, on n'a pu inclure que 10 médecins sur 12. Deux médecins n'ont pas souhaité participer à l'étude malgré une information claire sur les objectifs de celle-ci. Un médecin n'a jamais répondu à nos relances par courriels et un autre a refusé de participer à l'étude en estimant qu'elle manquait d'intérêt.

Les caractéristiques des participants à l'étude sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

	Sexe	Age	Ancienneté aux HCL
MT1	M	53	> 20 ans
MT2	F	54	Entre 0 et 5 ans
MT3	F	56	> 20 ans
MT4	M	44	Entre 0 et 5 ans
MT5	M	45	Entre 0 et 5 ans
MT7	F	39	Entre 6 et 10 ans
MT8	F	52	Entre 0 et 5 ans
MT9	F	61	Entre 6 et 10 ans
MT10	M	60	> 20 ans
MT11	M	54	> 20 ans

2.4 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir de différentes modalités pour assurer la triangulation des sources de données et augmenter ainsi la validité des résultats. Les données ont été collectées à partir d'entrevues individuelles semi-structurées des médecins du travail du personnel hospitalier, d'étude de dossiers médicaux d'agents ayant eu des restrictions médicales d'aptitude en termes de manutention dans les 18 derniers mois, d'un journal de bord et enfin d'un focus groupe à l'occasion de la restitution des résultats aux participants. L'équipe de recherche était composée d'un interne en médecine et santé au travail, d'un médecin du travail praticien hospitalier et d'une étudiante en master de santé publique (ayant participé au volet « cadre » de l'étude IRMA).

L'étude IRMA (Impact des Restrictions Médicale d'Aptitude au travail du personnel hospitalier des Hospices civils de Lyon) visait à décrire l'impact, du point de vue des différentes personnes concernées, des restrictions médicales d'aptitude au travail des agents hospitaliers ayant des douleurs musculo-squelettiques. Le volet « cadres » de cette étude était conduit par une équipe de recherche constituée d'une étudiante en Master et d'un médecin du travail Praticien Hospitalier. Cette équipe a animé des groupes de discussion de cadres de santé sur les différents sites des Hospices Civils de Lyon.

2.4.1 Étude de dossiers médicaux

La sélection des dossiers médicaux a été faite dans un premier temps à l'aide du logiciel de médecine du travail (Chimed : support informatique des dossiers médicaux du personnel hospitalier). Les critères de recherches étaient les conclusions de visite médicale sous forme d'aptitude avec restrictions ou aptitude avec réserves, et plus précisément avec des libellés comportant la notion de restriction au port de charge ou à la manutention. Dans un deuxième temps, un membre de l'équipe de recherche (interne en médecine et santé au travail, service du Pr Bergeret) a fait une sélection en fonction des libellés en excluant ceux qui évoquaient plutôt des pathologies de membre supérieur. Cette étape a été complétée parfois par une demande de complément d'information auprès du médecin du travail.

L'étude de dossiers médicaux précédait l'entrevue individuelle dans l'objectif de la faciliter en ayant des cas concrets pouvant aider le médecin à répondre aux questions ouvertes.

Cette étape préalable n'a pas pu être mise en œuvre avant 2 entrevues individuelles faute de dossiers identifiés, probablement lié à des résultats non exhaustifs des requêtes dans le logiciel Chimed et à la courte durée d'ancienneté des médecins concernés dans l'institution.

Au total, 36 dossiers ont été étudiés selon une grille d'évaluation de dossier médical en santé au travail inspirée de la grille de recueil de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles selon les recommandations de bonne pratique publiées en 2009 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (annexe 3).

2.4.2 Entrevue individuelle semi structurée

Cette étape a été précédée par l'élaboration du guide d'entrevue. En effet, les données conjointes de l'analyse de la littérature sur la prise en charge des lombalgies en médecine du travail et des constats de notre expérience du terrain ont permis d'élaborer un guide d'entrevue afin de mener les entretiens individuels semi-structurés (annexe 4). Ce guide d'entrevue a été testé aux 3 premiers entretiens et adapté au cours des entrevues suivantes.

Les objectifs de ces entrevues étaient de recueillir l'expérience des répondants en matière d'évaluation et formulation des restrictions médicales d'aptitude chez les travailleurs lombalgiques et de répondre aux autres objectifs de l'étude.

Un membre de l'équipe de recherche (médecin du travail praticien hospitalier) a contacté les médecins du travail du personnel hospitalier par courriel pour leur proposer de participer à l'étude en leur expliquant les objectifs de l'étude et en précisant les noms des intervenants notamment de l'interne chargée de la conduite des entrevues. Lors de cette prise de contact une lettre d'information (annexe 5) et une note de consentement ont été adressées aux participants (annexe 6). Ensuite, l'interne en médecine et santé au travail a contacté les médecins pour réexpliquer les objectifs de l'étude et solliciter un rendez-vous d'entrevue.

Ces entrevues ont été conduites par un membre de l'équipe de recherche (Interne en médecine et santé au travail, service du Pr Bergeret) auprès de 10 médecins du travail du personnel hospitalier ayant prononcé des restrictions médicales d'aptitude chez des agents lombalgiques dans les 18 derniers mois. Elles ont eu lieu de juillet 2014 à janvier 2015. Le chiffre 10 ne répond pas à des nécessités d'ordre statistique mais à un compromis entre les contraintes de faisabilité quant à la conduite des entrevues et taux de réponses positives à la participation de l'étude. La durée moyenne des entrevues a été de 64 minutes, avec une étendue de 33 à 98 minutes.

2.4.3 Journal de bord

Le journal du bord tenu tout au long de l'étude a été source de données supplémentaires. Il avait pour but de recueillir les impressions personnelles du chercheur au fur et à mesure de la conduite de l'étude. Le journal de bord est constitué de notes manuscrites sur papiers, dactylographiées sur Word.

2.4.4 Focus groupe de restitution de résultats

Une réunion de restitution des résultats de l'étude a été organisée le 08/04/15. Cette restitution a été élaborée dans l'objectif de constituer un focus groupe.

Un focus groupe est une discussion planifiée au sein d'un petit groupe de parties prenantes (4-12 personnes) et animée par un modérateur compétent. Il permet d'obtenir des informations sur des préférences et valeurs des personnes concernant un sujet défini [20].

Sept médecins du travail de personnel hospitalier dont un médecin n'ayant pas participé à l'étude, le chef de service de médecine du personnel des hospices civils de Lyon et les membres de l'équipe de recherche ont été présents lors de cette réunion.

Dans un premier temps, un membre de l'équipe de recherche (médecin du travail et directeur de thèse) a procédé à la présentation des résultats du volet « cadres » de l'étude IRMA ensuite un temps d'échange sur ces résultats était animé par le médecin directeur de thèse et co-chercheur de l'étude.

Dans un second temps l'interne en médecine et santé au travail a fait une présentation des résultats de l'étude et le médecin co-chercheur a animé la discussion autour des résultats.

2.5 Analyse des données

Le contenu des entrevues a été enregistré au moyen d'un dictaphone numérique, puis retranscrit et analysé. Au moment de l'analyse des retranscriptions les noms des personnes ou de lieux ont été rendus anonymes et remplacés par des pseudonymes. La correspondance entre les noms et les pseudonymes a été conservés sur un fichier informatique distinct des fichiers des retranscriptions.

L'analyse a été une analyse qualitative thématique visant à identifier les différents critères d'évaluation et formulation des restrictions médicales d'aptitude chez les travailleurs lombalgiques et à recueillir le point de vue des participants sur cet exercice.

La première étape du codage a été effectuée à partir du logiciel d'analyse qualitative MAXQDA.v11. Cette étape a procédé dans une approche déductive d'après les catégories utilisées initialement dans le guide d'entrevue et regroupées schématiquement selon 5 axes :

- Examen de santé d'un agent lombalgique
- Evaluation du poste de travail d'un agent lombalgique
- Restrictions médicales d'aptitude
- Suivi et évolution d'agent lombalgique avec des restrictions médicales d'aptitude

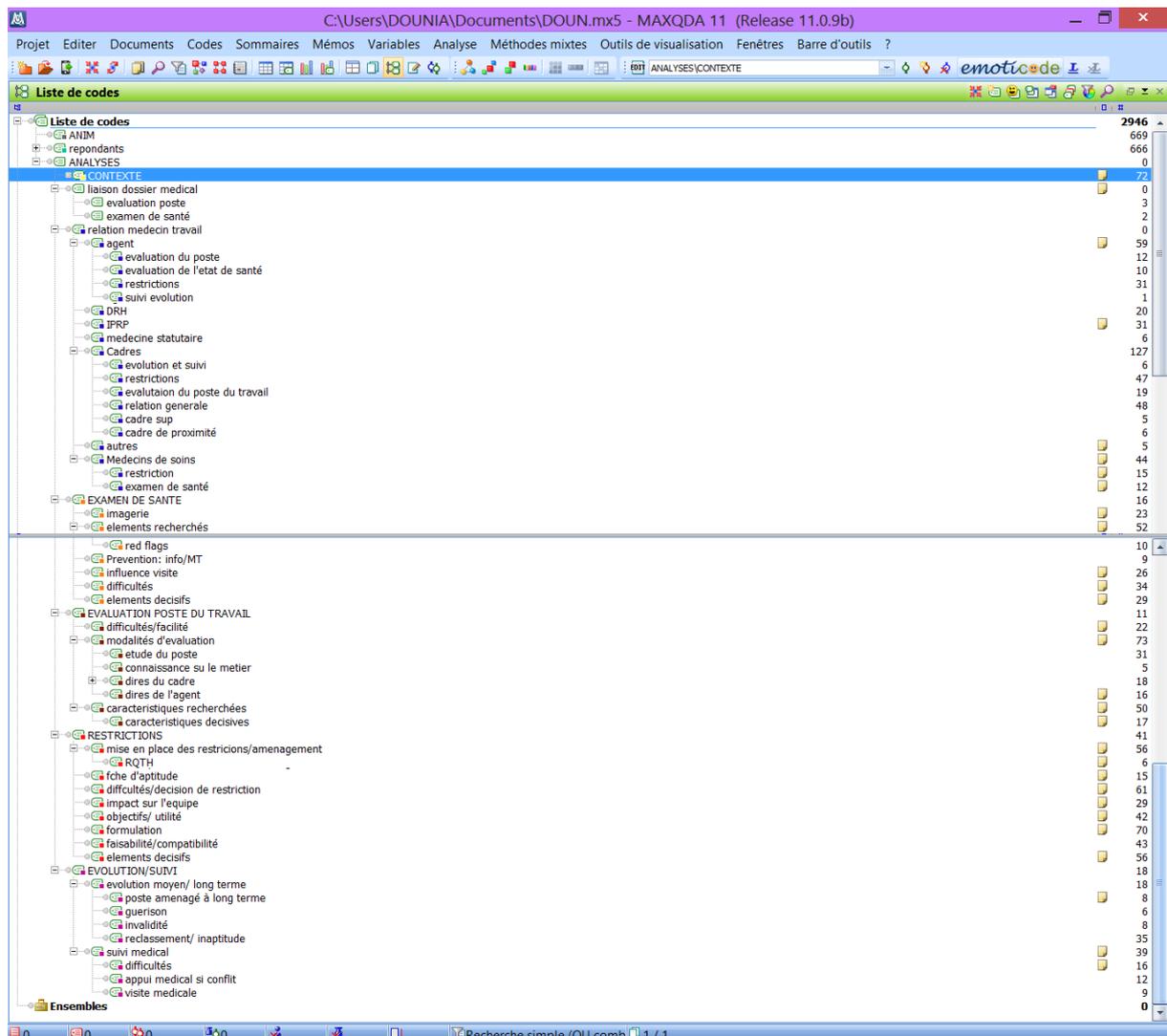
- Relation médecin du travail et différents intervenants

Il s'agissait de repérer dans le contenu de chaque entrevue les réponses correspondant aux différents thèmes du guide d'entrevue. Cette étape a été effectuée en collaboration entre les 2 co-chercheurs (l'interne et son directeur de thèse) elle a permis de faire un premier niveau de codage « à grosses mailles ».

Les catégories comprenant un matériel abondant ont fait l'objet d'une analyse plus fine avec des sous catégories dans un second temps dans une approche inductive.

Le choix était d'analyser chaque entrevue réalisée avant de procéder à la suivante, notamment pour pouvoir adapter le guide d'entrevue en fonction de l'identification progressive de nouveaux thèmes et nouvelles questions.

L'arborescence des codes d'analyse est représentée dans la figure ci-après.



Les données de retranscription et les catégories d'analyse ont été colligées dans une seule base de données qui permet l'identification de la chronologie du processus d'analyse (définitions de codes et des sous codes en annexe 7). Le nombre de verbatim associés à chacune des catégories et sous catégories d'analyse est mentionné dans le tableau ci-après.

Tableau 3 : Nombres de verbatim associés à chaque catégorie et sous catégorie d'analyse.

Code	Nb de segments codés	Nb de documents codés
CONTEXTE	72	9
évaluation poste	3	1
examen de santé	2	1
RELATIONS MEDECIN DU TRAVAIL	0	0
1. agent	59	10
évaluation du poste	12	6
évaluation de l'état de santé	10	7
Restrictions	31	10
suivi évolution	1	1
2. DRH	20	5
3. IPRP	31	10
4. médecine statutaire	6	1
5. Cadres	127	10
évolution et suivi	6	6
Restrictions	47	10
évaluation du poste du travail	19	9
relation générale	48	10
cadre sup	5	4
cadre de proximité	6	3
6. autres	5	4
7. Médecins de soins	44	10
Restriction	15	10
examen de santé	12	10
EXAMEN DE SANTE	16	9

Imagerie	23	10
éléments recherchés	52	10
red flags	10	10
Prévention: info/MT	9	5
influence visite	26	9
Difficultés	34	10
éléments décisifs	29	9
EVALUATION POSTE DU TRAVAIL	11	7
1. difficultés/facilité	22	10
2. modalités d'évaluation	73	10
étude du poste	31	10
connaissance su le métier	5	4
dires du cadre	11	6
fiche du poste	7	6
dires de l'agent	16	8
3. caractéristiques recherchées	50	9
4. caractéristiques décisives	17	9
RESTRICTIONS	41	9
mise en place des restrictions/aménagement	56	10
RQTH	6	3
fiche d'aptitude	15	8
difficultés/décision de restriction	61	9
impact sur l'équipe	29	10
objectifs/ utilité	42	10
Formulation	70	10
faisabilité/compatibilité	43	9
éléments décisifs	56	9
EVOLUTION/SUIVI	18	8
1. évolution moyen/ long terme	18	9
poste aménagé à long terme	8	6
Guérison	6	4

Invalidité	8	7
reclassement/ inaptitude	35	10
2. suivi médical	39	10
Difficultés	16	9
appui médical si conflit	12	9
visite médicale	9	5

2.6 Aspects éthiques

Les personnes incluses dans l'étude ont été informé de façon loyale, en termes compréhensibles des objectifs de l'étude, de leur droit de refuser de participer à l'étude ou de la possibilité de se rétracter à tout moment. Des explications ont été données aux médecins participant au moment de la prise de contact et avant chaque début d'entrevue individuelle. Une note écrite d'information et de consentement ont été adressé par courriel à tous les médecins du travail du personnel hospitalier des HCL

Le protocole de l'étude IRMA a obtenu un avis favorable du comité de protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale (CPPRB sud-est II).

3. Résultats

3.1 Examen de santé d'un agent lombalgique

Les premières questions de notre entrevue ont été formulées dans le but d'explorer les éléments qui semblent être utiles ou importants, selon les médecins participant, dans l'évaluation de l'état de santé d'un agent lombalgique. L'analyse des retranscriptions a permis de classer les éléments recherchés selon les différentes étapes de l'examen clinique.

L'analyse plus fine des verbatim a permis de distinguer une influence du type de visite médicale, les éléments recherchés ainsi que les éléments décisifs pour la prescription des restrictions médicales d'aptitude et enfin la notion de facilité/ difficulté de l'examen clinique de santé d'un agent lombalgique.

L'analyse de cette partie a montré une cohérence globale concernant le déroulement de l'examen clinique, exprimé par la plupart des participants comme « examen classique ».

« Donc l'examen classique, je veux dire ce que je vais faire (...) » MT11

« (...) voila quelque chose de tout à fait traditionnel. » MT5

3.1.1 Influence du type de visite médicale

En réponse à cette question, tous les médecins ont évoqué spontanément la visite de reprise, qui serait la visite la plus représentative des agents lombalgiques selon les déclarations des répondants.

La plupart des participants ont reconnu une différence en termes d'interrogatoire et d'examen clinique en fonction du type de visite médicale.

« Oui, au niveau de l'examen, au niveau de ce que je recherche voila. » MT6

« La visite d'embauche est forcément une visite plus générale. » MT1

Certains répondants (MT4 ; MT7) ont déclaré que l'examen clinique reste inchangé.

« (...) je fais le même examen d'un lombalgique en visite de reprise ou en visite périodique, je n'ai pas de démarche différente. » MT7

« Honnêtement, je pense que je pose les mêmes questions et que j'examine les gens de la même façon. » MT4

3.1.2 Eléments recherches

3.1.2.1 Interrogatoire

La recherche de la douleur, ses caractéristiques (antécédents, chronologie, typologie, intensité et lien avec le travail) et son retentissement aussi bien que la vie personnelle que sur la vie professionnelle (arrêt du travail, difficulté à l'exécution des tâches habituelles) ainsi que la prise en charge thérapeutique, ont été évoqués par tous les médecins participant.

« Les caractéristiques de l'état de santé, l'intensité de la douleur surtout, la limitation de l'activité de la vie quotidienne et les répercussions sur la vie professionnelle (...) alors bien sur la consommation antalgique. » MT3

« (...) quelles sont les plaintes et l'impact professionnel et personnel. » MT7

« Ce qui est important, c'est quand même l'impact de la douleur sur la mobilité que conserve la personne et puis bien sûr l'évaluation de la douleur que la personne a quand elle fait certain nombre de mouvement. » MT8

« Voila, pour moi c'est un indicateur de gravité si jamais il y a des antécédents de lombalgie avec arrêt de travail. » MT2

« (...) un peu l'histoire, les facteurs déclenchant, les correspondances avec le travail, les correspondances avec la vie en dehors du travail, la chronologie, si ça s'améliore pendant les vacances ou pas. » MT1

Par ailleurs, plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT9 ; MT10 ; MT11) ont fait la distinction entre lombalgie aiguë et lombalgie chronique. La chronicité a été jugée comme un critère de gravité selon l'analyse des verbatim.

« (...) s'il me dit qu'il a mal au dos. Je précise l'ancienneté, la typologie. Si c'est chronique, si c'est par phase. » MT10

« (...) surtout pour une aiguë parce que pour une chronique c'est différent. » MT11

« Là, ça dépend du contexte, parce que si c'est une lombalgie aiguë c'est presque plus simple. » MT2

« Si c'est une lombalgie qui traîne depuis des mois, il y a beaucoup plus par exemple de rhumato, infiltration, scanner ou IRM. Si vous voulez, il y a une gradation par rapport à la gravité de la lombalgie. » MT9

Plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT9 ; MT11) ont prêté une attention particulière à la situation sociale de l'agent (parent d'enfant en bas âge, bricolage...etc.) et la notion du trajet domicile-travail.

« Madame Z c'est difficile (...) il y avait un problème, d'horaire. Le problème c'est que ce n'est jamais un cas seul, c'est une dame qui habite très loin, qui a 4 enfants, il y a beaucoup de choses qui font que. » MT4

« Je demande aussi qu'est ce qu'ils ont comme effort personnel, c'est à dire des gens qui viennent qui ont mal au dos, qui refont leur maison le week-end (...), les trajets aussi et les enfants aussi, il y a des femmes qui ont des enfants lourds qu'elles portent énormément. » MT9

« (...) ce qu'il peut entrer en compte. C'est le trajet et le type de moyen de transport. » MT11

« Les longs trajets» est-ce qu'il ya une longue durée de déplacement par voiture ?il habite loin ou pas ?» » MT3

Certains répondants (MT5 ; MT9 ; MT11) ont recherché de façon systématique la notion de formation « gestes et postures » et formation à la manutention.

« (...) dans l'interrogatoire, je vais voir aussi s'ils ont fait des formations à la manutention notamment dans les reprises je vois s'ils n'ont pas eu, je vais les motiver et parfois je mets un petit mot au cadre pour qu'il pense à leur proposer des formations à la manutention. » MT5

3.1.2.2 Examen clinique

Tous les répondants ont décrit un examen du rachis assez semblable dit « classique » comportant la recherche de la douleur à la mobilisation, le Lasègue, la souplesse rachidienne (distance main-sol et Schöber) et réflexes ostéo-tendineux.

« Donc l'examen classique, je veux dire que je vais faire les reflexes ostéo-tendineux, on va rechercher effectivement un Lasègue avec la recherche du faux Lasègue, la distance main-sol est importante parce que c'est fonctionnel et puis à chaque fois ils me disent si ca leur fait mal au dos » MT11

« C'est vrai que je cherche s'il y a une raideur ou pas, si les reflexes sont conservés ou pas et après la distance main-sol tout en sachant qu'il faut une base de référence parce que les gens ils sont raides mais non douloureux. Moi j'avoue que le fait d'avoir un

geste douloureux lors de la mobilisation de la colonne fait quand même partie des éléments importants et en prenant en compte qd les gens ont ou pas un traitement. »
MT8

« Je fais un examen classique, je fais le Lasègue, je fais souvent une contre manœuvre, je regarde le Schöber, la distance main-sol je recherche une sciatgie et réflexes ostéo-tendineux voila. » MT7

Tous les participants ont considéré que la phase d'observation de l'agent au moment de la marche, du déshabillage et de l'installation sur la table d'examen apporte des éléments fondamentaux pour l'évaluation de l'état de santé.

« L'examen clinique, souvent ce que je fais, je les regarde se déshabiller. Après je les laisse marcher. » MT4

« Globalement, j'ai déjà regardé comment les gens se déplacent, comment ils se déshabillent et comment ils s'allongent sur le lit. » MT2

« Les lombalgiques sont très précautionneux(...) ils bougent à peine(...) » MT1

Certaines manœuvres comme la marche talon-pointe et l'accroupissement ont été pratiquées par plusieurs médecins (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT9 ; MT10 ; MT11) lors de la visite médicale d'un agent lombalgique à la recherche de signes de gravité notamment un déficit neurologique.

« Sur une visite de pré-reprise, je vais plus les regarder marcher, les mettre sur les pointes et les talons des pieds, chose que je ne fais pas lors de l'examen systématique. J'essaie de les faire accroupir pour voir comment ils réagissent quand ils bougent leur membres inférieurs voila. Comment ils se relèvent de la table (...) » MT9

« (...) l'examen lui-même, je recherche des signes d'une sciatique. Moi je fais la marche talon-pointe. » MT1

« (...) et alternativement je les fais marcher sur les pointes des pieds et sur les talons pour voir s'il y a un déficit. » MT2

Certains répondants (MT1 ; MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT11) ont émis certaines réserves concernant la Lasègue et la distance main-sol de par l'importance de la volonté d'exécution de l'agent.

« La position penchée en avant, la distance main-sol je ne la fais quasiment pas car quand les gens ont mal de toute façon ils sont incapables de le faire donc moi ça ne m'apporte pas grand-chose. » MT2

« Les histoires de Lasègue, ce n'est jamais probant non plus parce que ceux qui ont l'habitude simulent » MT1

« Souvent, il y a des gens dès que vous faites le Lasègue, ils poussent des hurlements et puis quand vous les mettez assis, sous leur dites « je vais palper les pouls » ils lèvent les jambes sans problème. » MT4

La notion des « drapeaux rouges » a été méconnue de la plupart des médecins participant (MT1 ; MT5 ; MT6 ; MT8 ; MT9 ; MT10 ; MT11). Le reste des répondants a fait le lien avec les recommandations de la Société Française de Médecine du Travail concernant le risque lombaire cependant le contenu était très vague.

« Absolument pas, je n'ai jamais entendu parler. » MT1

« Oui, c'est les recommandations de la prise en charge des lombalgiques (...) je sais ou les trouver en tous cas si j'en ai besoin. » MT7

3.1.2.3 Imagerie

Tous les médecins ont exprimé l'importance de l'imagerie pour l'évaluation de l'état de santé de l'agent lombalgique notamment dans la lombalgie chronique.

« Si c'est une lombalgie récurrente ou chronique, à ce moment là, ça va dépendre aussi de ce que les gens me disent. Mais là avant de mettre des restrictions de vais avoir besoins d'éléments factuels sur l'histoire de la maladie en terme d'imagerie, de traitement et d'avis spécialisé. » MT2

« (...) oui essentiellement d'imagerie qui permet d'avoir une vision plus précise sur la pathologie et là c'est une influence indirecte sur l'évaluation clinique. » MT4

Tous les médecins participant ont mentionné que la demande de l'imagerie relève du rôle du médecin traitant.

Plusieurs répondants (MT7 ; MT9 ; MT11) ont demandé un examen d'imagerie simple (radiologie simple du bassin et du rachis lombaire face et profil) chez les agents lombalgiques chroniques n'ayant jamais eu de bilan antérieur.

« Si, peut être un lombalgique chronique au bout d'un moment je me dis on va faire quand même une radio et puis après je l'adresse au médecin traitant. » MT7

Une demande d'imagerie plus spécifique en l'occurrence un IRM a été mentionnée par un répondant (MT10) dans un contexte bien défini de douleur résistante au traitement et après information du médecin soignant.

« (...) quelqu'un qui a mal au dos depuis un an, qui a fait des automédications aux anti-inflammatoires et qui a fait 40 séances de kiné et qui n'a jamais fait d'examen, bien évidemment je vais faire une IRM pour rechercher une hernie discale (...) si je fais une IRM rapide je m'assure que le médecin ne l'a pas prescrit. » MT10

3.1.3 Éléments décisifs

Après une analyse plus fine des retranscriptions, des éléments forts, semblaient importants pour la plupart des répondants concernant leur décision de restrictions médicale d'aptitude. On peut noter d'une façon homogène parmi tous les répondants, l'importance de la douleur (douleur à la mobilisation, raideur, prise médicamenteuse) et son impact fonctionnel qu'il soit personnel ou professionnel.

« Moi, j'avoue que le fait d'avoir un geste douloureux lors de la mobilisation de la colonne fait quand même partie des éléments importants et en prenant en compte si les gens ont ou pas un traitement. » MT8

« La distance main-sol est importante parce que c'est fonctionnel, et puis chaque fois ils me disent si ça leur fait mal au dos. » MT11

« (...) pour moi, ce qui est important c'est la fonctionnalité, ce qui peut faire ou ne pas faire au travail, et ce qui peut faire ou ne pas faire à la maison et surtout ce qu'il pouvait faire avant et ne peuvent plus faire maintenant. » MT10

« Après, il me semble que ce qui est le plus mise en avant est quand même l'évaluation de l'état douloureux et finalement le traitement antalgique que les gens sont en train de prendre au moment où je les vois pour une reprise du travail. » MT8

« C'est beaucoup plus ce que l'agent vous raconte par rapport à sa vie et tout ce qu'il raconte au travail (...) toute cette correspondance, tout un discours qui est finalement toujours le même et qui me font dire que c'est important et qui me font aller vers une restriction ou vers une approche beaucoup plus décisionnaire. » MT1

Plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT7 ; MT9) ont considéré que la présence d'hernie sur l'imagerie, la notion d'intervention chirurgicale, la chronicité de la lombalgie et la notion d'arrêt maladie de longue durée comme étant des éléments décisifs pour la prescription de restriction médicale d'aptitude.

« Voila, pour moi c'est un indicateur de gravité si jamais il y a des antécédents de lombalgie avec un arrêt de travail. » MT2

« C'est sûr que s'il y a quelqu'un qui me dit « j'ai une sciatalgie L4-L5 » avec un rotulien qui disparaît donc on est plus sûr sur des choses hernie discale...Etc. et là c'est sûr, je vais mettre des restrictions. » MT4

« Comme c'était le cas de cet agent qui était arrêté depuis 3 ans pour son dos et qui a été pris en charge avec un corset pendant 6 mois. Et on pensait qu'il n'allait jamais reprendre (...) c'est clair que là les choses sont complètement différentes. On n'a pas du tout les mêmes répercussions sur le travail entre la lombalgie commune qui fait un épisode de temps en temps. » MT9

« Si c'est une lombalgie récurrente ou chronique, à ce moment là ça va dépendre aussi de ce que les gens me disent. Mais là avant de mettre des restrictions, je vais avoir besoin d'éléments factuels sur l'histoire de la maladie en termes d'imagerie, de traitements et d'avis spécialisé. » MT2

« S'il y a un avis chirurgical. Ça c'est important. » MT4

3.1.4 Difficulté de l'examen de santé d'un agent lombalgique

L'analyse des retranscriptions ont permis de distinguer 3 types d'appréciations du niveau de difficulté de l'examen clinique d'un agent lombalgique : facile, facile avec quelques aspects de difficulté et difficile.

La moitié des répondants (MT1 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT11) a jugé l'examen de santé de l'agent lombalgique était difficile à cause de :

La subjectivité de l'évaluation de la douleur et son impact fonctionnel.

La possibilité de simulation ou de majoration d'un état douloureux par l'agent.

La difficulté de tirer des conclusions pour l'aptitude médicale à partir des résultats de l'examen de santé.

« La lombalgie, on est sur la douleur. On est sur le subjectif donc c'est difficile. »
MT11

« (...) je reconnais que c'est très difficile l'examen clinique d'un lombalgique parce que si vous demandez à quelqu'un de se baisser alors qu'il ne veut pas faire d'antéflexion. Moi personnellement, je trouve que c'est très difficile l'examen d'un lombalgique. » MT4

« C'est la part de subjectivité parce qu'on a des personnes qui se plaignent beaucoup, qui se décrivent trop douloureuses et quand on les examine on n'a pas quand même grand-chose. » MT5

« Je pense que l'examen clinique est difficile. Je vous disais un peu ce que je cherchais mais bien le codifier c'est difficile. » MT3

« Si vous voulez, le problème moi ce côté facile c'est que moi pour l'aptitude on se base beaucoup sur le côté fonctionnel et ça on ne peut pas le vérifier. » MT11

Trois répondants (MT2, MT7, MT9) ont considéré que l'examen clinique était facile. Cependant certains aspects comme l'évaluation des représentations de la douleur et la notion de satisfaction au travail, restaient difficile à cerner. De même les conclusions de l'examen de santé n'ont pas été jugés suffisamment précises pour aider à la décision de restrictions médicales d'aptitude.

« La partie clinique est facile, l'histoire de la maladie, mes antécédents et l'examen physique pour moi c'est facile. Après ce qui est un peu délicat c'est l'exploration des représentations du travailleur par rapport à son mal du dos et par rapport à son travail. »
MT2

« L'examen lui-même est facile. Après savoir l'adapter et de savoir ce qu'il faut en faire est difficile. » MT7

« C'est une bonne question. Je dirais facile mais ce n'est pas pour autant. C'est facile au niveau de l'examen et ce n'est pas forcément facile d'en tirer des conclusions aussi précises que souhaiterait l'encadrement ou l'administration. Parce qu'il y a une part de subjectivité qu'on a quelque fois du mal à appréhender dans toutes ses dimensions. »
MT9

Deux médecins (MT8 ; MT10) ont mentionné que l'examen de santé d'un agent lombalgique était facile et s'intégrait dans l'ensemble de la pratique médicale.

« Je ne pense pas que c'est plus difficile que le reste de la pratique de l'examen clinique je veux dire » MT8

3.2 Evaluation du poste du travail d'un agent lombalgique

L'analyse des réponses de ce thème a permis de constater que d'une façon unanime les dires de l'agent occupent une place importante dans l'évaluation du poste du travail.

Une analyse plus fine a permis de distinguer deux types de pratiques médicales en termes d'évaluation du poste : une pratique se basant essentiellement sur les études de poste sur le terrain et une autre se référant aux dires de l'agent.

On a pu classer les réponses en différentes catégories : les modalités d'évaluation du poste du travail, les caractéristiques du poste du travail et enfin les aspects de difficulté ou de facilité de l'évaluation du poste du travail.

3.2.1 Modalités d'évaluation

L'analyse des verbatim a permis d'identifier 5 moyens d'évaluation du poste : les dires de l'agent, les dires du cadre, la fiche de poste, la connaissance des métiers et l'étude du poste sur le terrain.

Tous les répondants ont considéré que le recueil des dires de l'agent était très important dans l'évaluation du poste du travail.

« Je dirais de façon systématique. Ça commence par les dires de l'agent » MT2

« Alors c'est important ce que dit l'agent car c'est sa perception. » MT4

L'analyse plus fine des retranscriptions a permis de distinguer 2 pratiques différentes en termes d'évaluation du poste du travail selon les médecins.

Un premier groupe de répondants (MT2 ; MT4 ; MT7 ; MT8 ; MT11) a exprimé l'importance de l'étude du poste comme moyen indispensable pour évaluer le poste du travail d'un agent lombalgique. Cette étude était souvent faite en présence du conseiller en condition du travail ou l'ergonome selon les réponses. Certains médecins ont déclaré avoir délégué cette étude de poste à l'ergonome en cas de manque de temps. L'évaluation du poste du travail était basée aussi sur les dires de l'agent, les dires du cadre et les connaissances du terrain (connaissances des métiers, des services et de l'encadrement).

« Si on veut voir une meilleure image, il faut aller voir le service honnêtement. » MT4

« Bien sûr quand on va faire l'étude du poste, maintenant je vais généralement soit avec le conseiller en conditions du travail soit avec l'ergonome. » MT4

« (...) il arrive qu'il faut faire une étude du poste pour quantifier effectivement la charge du travail de cette personne. Et là je pense que je vais solliciter l'ergonome pour effectuer ça. » MT7

Un deuxième groupe a été identifié (MT1 ; MT3 ; MT5 ; MT9 ; MT10) pour lequel, l'évaluation du poste se basait essentiellement sur les dires de l'agent, la connaissance des métiers complétée par le recueil des dires de l'encadrement et des études de poste du travail dans certains cas particuliers tels qu'une demande de maladie professionnelle (MP) ou en prévision de l'aménagement de poste du travail.

« Je ne me base pas sur la fiche du poste parce que j'ai la prétention de connaître tous les postes de travail. Et si je ne les connais pas, je pose la question à l'agent. » MT10

« C'est essentiellement ma connaissance du milieu hospitalier en fonction du grade, de la fonction et du type d'affectation. » MT3

« Je ne vais pas voir le poste sauf quand j'estime qu'il y a un problème particulier notamment si je me dis « ils ne pourront jamais tenir sur ce poste ». Je vais voir le poste ou je sollicite le conseiller en conditions du travail pour demander ce qu'on peut avoir comme aide éventuelle de matériel ou de changement d'organisation. » MT9

« Je sollicite la cadre parfois. Ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps, j'ai appelé la cadre pour dire « écoutez, là j'ai une restriction au port de charge, décrivez moi le poste tel que vous le voyez et comment éventuellement on pourrait l'aménager ? » MT9

L'étude du poste du travail, selon l'analyse des réponses, était motivée par : la demande de maladie professionnelle, la notion d'accident du travail, la notion de chirurgie, l'importance de la doléance et la demande de l'agent qui en découle.

« Surtout dans les cas de reclassement, des problèmes d'adaptation de poste, la déclaration de maladie professionnelle pour bien détailler et argumenter la reconnaissance de maladie professionnelle. » MT3

« Sur plaintes je dirais. La doléance de l'agent et je me déplace le plus souvent ... Les accidents j'aime bien. » MT11

« C'est souvent lors des demandes de maladies professionnelles que je me déplace. » MT5

« Et sinon dès qu'il y a des restrictions, j'essaie de me déplacer. » MT2

« Comme je vous ai dit, c'est quand les gens ont eu une intervention chirurgicale » MT8

Tous les répondants ont exprimé l'utilité limitée de la fiche de poste dans l'évaluation du poste du travail soit par son absence soit par le manque de précision sur les risques.

« Pas de fiche de poste. De toute façon on n'en a pas. » MT11

« Et en ce sens la fiche de poste est une bonne aide pour préciser les tâches mais elle ne va pas donner dans les détails ce que ça représente comme charge de manutention, comme fréquence qui sont des paramètres importants. » MT2

« Je n'ai pas vu de fiche de poste qui précise les mouvements que les agents doivent faire. » MT8

3.2.2 Caractéristiques du poste recherchées

L'analyse des réponses a permis de distinguer les caractéristiques du poste du travail occupé par l'agent lombalgique et les particularités du service qui semblaient importantes à prendre en compte pour les répondants.

3.2.2.1 Caractéristiques de poste du travail

Tous les répondants ont déclaré que la manutention de charge est une caractéristique du poste du travail décisive pour la prescription ou non de restriction médicale d'aptitude chez les agents lombalgiques.

L'analyse des réponses a permis d'identifier d'autres caractéristiques du poste du travail qui étaient recherchées par les médecins participant et qui semblaient importants dans l'évaluation du poste du travail d'un agent lombalgique.

Parmi ces caractéristiques, la répétitivité et les postures contraintes (flexion et torsion du rachis) ont été évoquées par tous les répondants.

« Au départ, c'est le port de charge quand même parce qu'on aura beau avoir l'aide des collègues, une cadre compréhensive et tout, un service où on sait que les patients sont lourds (...) on a beau faire mais ça ne peut pas être possible. » MT9

« C'est sûr qu'il y a le port de charge, la manutention. » MT4

« Le port de charge ça c'est sûr » MT8

« Alors, la manutention en terme de manutention en termes de masse unitaire, de déplacement de charge, de soulèvement de charge, la charge totale soulevée durant la journée entière, des vibrations corps entier, des postures contraignantes, la répétitivité des gestes et tous les mouvements penchés en avant. » MT7

« Le port de charge, j'entend par port de charge bien entendu le poids et aussi surtout la répétitivité. » MT9

Les aides techniques à la manutention et la notion de formation à la manutention sont des éléments qui ont été évoqués par plusieurs médecins (MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT9 ; MT10 ; MT11).

« C'est vraiment la manutention de patient ou de charge, les aides qu'ils ont dans les services, le type de service et puis les formations qu'ils ont pu faire. » MT5

Certains répondants (MT1 ; MT3 ; MT5 ; MT7 ; MT9) ont mentionné le temps du travail, la contrainte du temps, la notion de station debout prolongée comme étant importants pour l'évaluation du poste du travail d'un agent lombalgique.

« Le poste du travail, surtout j'essaie de voir tout ce qui est port de charge et manutention, la station debout prolongée, s'il y a beaucoup de déplacement. » MT5

« La charge de manutention « est-ce que c'est sous contrainte de temps ou pas ? (...) combien de fois par jour ? » et puis il y a les postures contraintes aussi. » MT3

« Le temps du travail est important parce qu'on voit vraiment une différence entre les gens qui travaillent sur des longues périodes. » MT4

« Les 2x12 n'améliorent pas les histoires du dos. » MT1

« Le piétinement et s'ils font beaucoup d'escalier. Et puis aussi s'il y a d'éléments à pousser par exemple des chariots ou des choses comme ça. » MT5

Un seul répondant (MT1) a évoqué le travail sur écran.

« Il y a beaucoup de secrétaires qui ont mal au dos. On n'a pas parlé de ça, le travail sur écran est l'un des grands pourvoyeurs. » MT1

Un autre participant (MT8) a mentionné la polyvalence comme critère important dans l'évaluation du poste d'un agent lombalgique.

« Il faut aussi dire que la philosophie de l'encadrement et de la direction est de privilégier la polyvalence (...). Un agent polyvalent va être soumis à toutes les contraintes qui sont la polyvalence. » MT8

3.2.2.2 Caractéristiques du service recherchées

Tous les répondants ont donné une importance à la qualité du collectif du travail exprimé sous différentes formes : solidarité de l'équipe, ambiance, relation de l'agent avec ses collègues, relation de l'agent avec son encadrement et l'importance de l'absentéisme.

« (...) et la capacité d'entraide, je pose la question très souvent aux agents lombalgiques chroniques. » MT10

« (...) comment aussi, ils vivent leur travail ? Tout ce qui a trait à la possibilité d'organisation du travail et l'ambiance du travail d'une manière générale. » MT9

« La solidarité entre agents, l'écoute que peut avoir le cadre, l'entraide, le stress, le bien-être et la reconnaissance. Risques psychosociaux. » MT7

« Un, je dirais l'absentéisme. Comme j'ai évoqué tout à l'heure l'état d'esprit. Pour moi ça va être 2 questions ouvertes « comment ça va avec les collègues ? » et « comment ça va avec l'encadrement ? » et aussi parfois « comment ça va avec les médecins ? » quand on est dans les services de soins. » MT2

« Est-ce qu'il y a de l'entraide entre agents ? Est-ce que le cadre est bienveillant ? Est-ce que les travailleurs ont un peu de marge de manœuvre et un certain pouvoir d'agir ? » MT3

« L'ambiance, la relation avec le cadre, la relation avec les collègues de même catégorie socioprofessionnelle mais aussi avec la surveillante et la cadre...etc. » MT4

En terme de caractéristiques du service, les répondants ont évoqué spontanément les services cliniques, et par conséquence ils ont jugé important les caractéristiques des patients pris en charge dans le service (tel que l'autonomie et le surpoids des patients), la notion d'absentéisme ou le manque d'effectif, les moyens d'aides techniques à la manutention mis à disposition et la possibilité du travail en binôme.

« La typologie des patients hospitalisés, en clair le pourcentage des patients valide ou pas valides, le pourcentage de patients qui ont un excès pondéral ou pas, le pourcentage des patients qui ont des problèmes psychologiques. » MT10

« Donc voilà, l'activité du service, le type de patient accueilli, la moyenne d'âge, des patients obèses ou pas, des patients autonomes ou pas. Les effectifs maintenant, on est partout aux effectifs cibles donc on est (...) alors la configuration du service, il y a parfois des services un peu dispersés, les gens vont courir d'un bout à l'autre, le stress voilà. » MT9

« Est-ce que c'est le travail de jour ou de nuit ? » MT9

« Donc c'est la connaissance du service et de la pathologie. C'est la pathologie qui me fait savoir quel type de malade et donc quel type de manutention qu'il va y avoir. » MT1

Deux médecins (MT4 ; MT9) ont mentionné le travail de nuit mais l'analyse plus fine des réponses a permis d'identifier la manutention et la possibilité ou pas de travail en binôme. Les deux médecins avaient un avis divergent sur la question du travail de nuit.

« Pour les aides soignantes par exemple, on a pu passer les gens de nuit parce qu'il n'y a pas toutes les levées, les toilettes ...etc. (...) la nuit souvent l'esprit d'équipe est plus fort et ils font les changes ensemble et finalement la nuit est presque moins lourde pour une ASD. » MT4

« Je vous donne un exemple, une aide soignante de nuit qui va avoir une arthrodèse, elle ne peut pas reprendre la nuit parce qu'elle est dans un service où elle sera toute seule la nuit avec beaucoup de patients. » MT9

3.2.3 Difficulté/facilité de l'évaluation du poste du travail

A peu près la moitié des répondants (MT1 ; MT2 ; MT5 ; MT9 ; MT10 ; MT11) a considéré que l'évaluation du poste du travail était relativement facile pour peu de croiser les différentes modalités d'évaluation (dires de l'agent, les dires des cadres, étude du poste...). Cependant des difficultés ont été mentionnées concernant la conclusion qu'on peut tirer de cette évaluation du poste du travail, l'impossibilité de faire une évaluation bien détaillée et bien précise par manque de temps et difficulté de réorganisation des services.

« (...) en confrontant plusieurs avis, je dirais c'est relativement facile. C'est-à-dire que ce n'est pas facile comme ça au premier abord en sortant de la visite médicale mais si ça

nous pose problème et qu'on se dit il y a des zones d'ombres, en interpellant d'autres personnes on y arrive. » MT9

Difficulté d'évaluation de la manutention dans le travail réel.

« Ce n'est pas du tout normé le poids que quelqu'un peut porter, je crois que c'est 25 Kg pour une femme mais objectivement l'INRS dit 15kg. » MT1

« Parce qu'il y a des écarts entre ce que nous dit l'agent, ce qu'on peut imaginer du poste, le profil du poste et la réalité du travail. » MT9

« Moi ça ma paraît irréalisable et puis évaluer combien ils portent et combien de fois par journée. » MT5

Modalités d'évaluation : difficulté de description du travail par l'agent, absence de fiche de poste, difficulté pour les études du poste (fonction de la relation médecin du travail et encadrement, manque du temps médical).

« J'ai réalisé que souvent les gens ont du mal à exprimer ce qu'il font, pour parler concrètement du travail. » MT2

En cas de réorganisation du service.

« Elle est difficile dans le cas de réorganisation du service et c'est très fréquent en ce moment » MT11

Certains participants (MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT8) ont jugé difficile l'évaluation du poste du travail. Les causes identifiées d'après les verbatim sont : le manque du temps médical, la relation avec l'encadrement et la polyvalence des agents (changement inopiné du poste sans prévenir le médecin du travail).

« C'est difficile au niveau du temps parce qu'il faudrait y passer du temps. » MT7

« Ce n'est jamais très facile. Il y a peut être une petite crainte vis-à-vis du médecin du travail. Donc ce n'est jamais tout a fait facile. » MT3

« Ce qui n'est pas facile, c'est que certains postes sont fluctuants. C'est-à-dire un agent, on me dit qu'on va le mettre là et qu'on va le retrouver ailleurs. » MT8

3.3 Restrictions : décision et formulation

L'objectif des questions était d'essayer de comprendre les étapes du raisonnement des médecins du travail conduisant à la formulation des restrictions médicales d'aptitude.

L'analyse des réponses a montré un processus de raisonnement assez cohérent chez la totalité des répondants. Il consistait à croiser les données de l'examen de santé et de l'évaluation du poste du travail pour en conclure des restrictions faisables et compatibles avec le travail.

« Je pars effectivement de l'histoire clinique, après je mets ça en lien avec les contraintes du poste et après voila qu'est ce qui reste possible. » MT9

« Déjà j'essaie de voir où la personne en est cliniquement, qu'est ce qu'elle fait actuellement au niveau professionnel et personnel. Ce n'est pas la même chose si c'est quelqu'un qui est en activité ou s'il est en arrêt depuis 6 mois à un an. Après, il faut voir les contraintes sur le poste et faire l'interaction entre les deux. » MT7

« L'examen clinique, les examens complémentaires, les plaintes de l'agent, les avis de spécialistes. Et après c'est fonction du poste du travail c'est-à-dire s'il y a une incompatibilité entre l'examen clinique et l'exercice de certaines taches à ce moment là on va travailler la dessus. » MT4

L'analyse plus fine a permis d'identifier différents éléments importants dans la décision de restriction médicale d'aptitude. On a pu distinguer l'objectif des restrictions d'aptitude, les critères principaux de décision et de formulation de restriction d'aptitude et la difficulté de celles-ci.

3.3.1 Objectif-utilité

L'analyse des retranscriptions a permis de noter une cohérence globale concernant les réponses sur l'objectif des restrictions médicales d'aptitude. Une analyse plus fine a identifiée le maintien dans l'emploi, la reprise du travail, l'adaptation du travail à l'agent afin d'éviter l'aggravation de sa pathologie et le soulager.

« Et moi je pense qu'il faut l'intégrer à sa reprise et entendre ce qui est pou lui est difficile. » MT7

« Moi l'objectif c'st que les personnes puissent continuer à travailler, c'est vraiment ça. » MT2

« Pour préserver sa santé, sa capacité à travailler et d'adapter le poste à sa capacités restantes. » MT3

« Tout dépend où on se trouve. Qu'ils évitent l'aggravation, qu'ils guérissent, qu'ils tiennent jusqu'à la retraite, qu'ils tiennent jusqu'à ce qu'ils retrouvent un autre poste. Le

but c'est qu'il n'y a pas d'aggravation, pas de récurrence, pas de rechute, pas d'absentéisme quoi. » MT1

Certains médecins participant (MT1 ; MT4 ; MT9) ont décrit la décision de restriction médicale d'aptitude comme un moyen de reconnaissance de l'état de santé de l'agent.

« C'est une prise en compte de sa souffrance quelque part (...) » MT1

« Clairement, je pense qu'il y a quand même que dès qu'on diminue leurs contraintes ils vont mieux. Ceux qui ont mal au dos, il y en a déjà qui sont enfin, ils ont l'impression qu'on a reconnu leur souci (...). Et je pense que les agents s'ils arrivent à avoir des restrictions, c'est une reconnaissance. » MT9

3.3.2 Principaux critères de décision

3.3.2.1 Compatibilité-faisabilité

Le premier critère à satisfaire a été la faisabilité des restrictions selon tous les répondants. Cette faisabilité dépendait essentiellement de la connaissance du service (activité, équipe, absentéisme), de la connaissance de l'encadrement et du contenu du poste (l'objectif premier étant le maintien dans l'emploi et par conséquent l'aptitude au poste).

« J'essaie toujours de voir si la prescription de cette restriction ca être à priori possible connaissant la typologie du service, s'il y a des absents ou pas et comment le cadre en place réagit ou pas quant à la mise en place des restrictions chez un agent. » MT10

« Le premier ca va être de savoir si c'est jouable ou pas. (...) si c'est d'écrire quelque chose qui ne sera absolument pas appliqué c'est foncer tête baissée, c'est aller dans le mur. Ça sert à rien mais on peut le faire en disant mais ça ne sera jamais d'emblée de jeux. » MT1

« C'est vrai que j'essaie de dire, j'ai toujours en tête « est-ce que la restriction que je vais noter va être réalisable ? Est-ce que c'est faisable ? » (...) souvent les agents veulent des restrictions mais j'essaie de leur faire entendre tout de suite qu'il faut que mes restrictions soient compatible avec le fait qu'ils restent aptes au poste quand même. » MT5

« J'essaie que ça reste réaliste par rapport aux contraintes du poste (...) parce que si on met trop de restrictions rien ne peut être fait. » MT3

Plusieurs médecins (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11) ont exprimé que l'incompatibilité des restrictions avec la réalité du travail risquait de compromettre la reprise du travail.

« Une aide soignante de nuit qui va avoir une arthroïdèse, elle ne pourra pas reprendre la nuit parce qu'elle est dans un service où elle est toute seule. » MT9

« C'est bien évident que s'il apparaît comme une charge à l'équipe, il vaut mieux qu'il s'arrête. » MT11

« Je ne absolument pas valider, c'est une question d'éthique, de valider pour moi ne pas porter une charge de 5 Kg ~ pour moi c'est ne pas pouvoir travailler. » MT9

3.3.2.2 Rôle de l'équipe

Environ la moitié des répondants (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT7 ; MT9 ; MT11) a considéré qu'il fallait prendre en compte le retentissement sur l'équipe dans la décision de restriction médicale d'aptitude à cause de la bascule des tâches sur les autres agents induisant une augmentation de la charge du travail et un changement d'organisation.

« Quand on va dire à quelqu'un de ne plus faire ça, ça a un impact sur l'organisation. » MT7

« C'est vrai que c'est de moins en moins facile de prononcer des restrictions pour les agents parce qu'on sait que ça a un retentissement de plus en plus important sur l'équipe et sur l'ambiance générale (...) » MT9

« (...) et là très clairement les restrictions d'un agent vont se répercuter sur la charge du travail des autres et là ça devient vraiment compliqué. » MT2

« (...) ça sera plus au moins toujours une surcharge du travail pour les autres donc c'est quand même difficile de la faire accepter. » MT1

D'autres répondants (MT1 ; MT9 ; MT10 ; MT11) ont mentionné un rôle important de l'équipe dans la décision de restriction en évoquant la solidarité et la tolérance. D'après l'analyse des verbatim, le manque de solidarité et de tolérance au sein de l'équipe pouvait rendre la prescription de restriction médicale d'aptitude très difficile et par conséquent compromettre l'intégration ou la réintégration de l'agent avec des restrictions d'aptitude dans l'équipe.

« Les agents des équipes actuellement apprécient de moins en moins, tolèrent de moins en moins l'absentéisme de leur collègues qui travaillent à mi-temps ou à temps partiel thérapeutique pour des raisons médicales. » MT10

« C'est le grand paradoxe des soignants. Les soignants ont très dur avec la maladie de leurs propres collègues, sauf certaines pathologies comme le cancer du sein. » MT1

« Après, je vais regarder la tolérance des collègues, c'est-à-dire qu'il y a non seulement le travail en binôme mais si quelqu'un a mal au dos « est-ce que ses collègues vont accepter de faire les patients les plus lourds ? Est-ce que ça peut se faire avec ses collègues ? » » MT9

Un répondant (MT8) a jugé que l'impact sur l'équipe n'influçait pas sa décision de restriction médicale d'aptitude.

« Tout en sachant que moi je ne prends pas en compte que dans un service il y a plusieurs personnes qui ont des restrictions. Ce n'est pas vraiment mon sujet, c'est celui du manager. » MT8

3.3.3 Formulation

La restriction de la manutention est un point commun de toutes les réponses analysées. L'analyse plus fine des verbatim a permis d'identifier les caractéristiques des restrictions décrites par les répondants.

Limitation de la manutention ou contre indication de celle-ci (surtout dans la reprise post chirurgie lombaire).

« Limiter ou pas de manutention. » MT7

« Limiter le port de charges lourdes plutôt qu'interdire. » MT2

« Par contre pour un retour de chirurgie pour lombo-sciatique (...) je vais marquer par exemple pas de port de charge lourde pendant 3 mois. » MT2

Restrictions limitées dans le temps.

« En tous cas d'essaie toujours de mettre quelque chose dans la durée. » MT5

« Pas de port de charge pendant 3 mois » MT9

« ca va être temporaire, je ne peux pas aller plus loin mais ça ne sera jamais du définitif. » MT1

Sans appui sur les normes.

« Des normes non je n'en ai pas. » MT2

*« Il serait maladroit de ma part de dire que je m'en fiche éperdument mais pas loin. »
MT10*

Plusieurs répondants ont mentionné des restrictions à des postures penchées en avant (MT1, MT2 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT9°), l'utilisation des moyens d'aides techniques (MT4) et la formation à la manutention (MT5).

« Que la restriction soit temporaire ou pas, ça sera énormément « favoriser le travail en binôme, uniquement en binôme ». Moi souvent, je fais ça « travailler uniquement en binôme ». » MT1

« Favoriser la manutention de patient lourd à deux. » MT11

« Par exemple : ne pas faire de manutention seul. » MT2

*« Je réécris dans le commentaire d'aptitude « utiliser les aides à la manutention »
MT4*

« Souvent je note et j'insiste pas mal pour qu'ils puissent faire des formations. » MT5

Des précisions sur l'affectation de l'agent (telles qu'une demande de mutation ou une restriction à un poste bien défini selon la connaissance des services) ont été rapporté par certains répondants (MT2 ; MT7 ; MT9 ; MT11).

« les mettre sur un secteur léger parce qu'effectivement il y a des secteurs légers.(...) prévoir ou favoriser une mutation hors Hôpital E. » MT11

« (...) après on peut aller plus loin en mettant (...), je mettais par exemple une machine en connaissant la machine et en sachant que sur cette machine il y a des gestes de torsions ou il y a des gestes penchés en avant. » MT7

Certains médecins (MT1 ; MT3, MT9 ; MT11) ont déclaré avoir précisé le poids unitaire concernant la restriction à la manutention (d'une façon empirique et en prenant en compte les dires de l'agent ou en suivant la prescription du médecin soignant).

« Pas de port de charge de plus de 10 Kg pendant 3 mois. Voilà, c'est complètement pifométrique. Ça m'arrive d'écrire quelque chose comme ça. » MT1

« En général, je mets apte sous réserves d'éviter toute manutention de tant. Ce que me disent les agents, s'ils me disent qu'ils ne peuvent pas soulever 10 kg sans souffrir. » MT3

« Alors pas de manutention de charge de plus de 10-15 Kg, c'est effectivement quelque chose que je peux faire. » MT9

« C'est que si c'est un spécialiste qui me dit « pas de port de charge de plus de 15 Kg, donc je vais répéter ça. Je ne vais pas le mettre en porte à faux tout en sachant que ça ne veut pas forcément dire grand-chose dans la réalité. » MT11

Les autres répondants (MT2 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT10) ont estimé que la précision de masse unitaire n'était pas utile (en absence de normes et pour permettre une implication plus active de l'encadrement et de l'agent dans la mise en place des restrictions.

« Je me refuse à mettre un poids » MT7

« J'essaie en tous cas de ne pas trop mettre « pas de port de charge supérieur à 15-10 ou 20 Kg » ça je ne mets quasi jamais les poids et du coup c'est assez subjectif. » MT2

« Pour la lombalgie, c'est un peu plus compliqué parce qu'on se pose plein de questions sur la manutention de charge, est-ce qu'il faut fixer des poids ? Est-ce qu'il faut fixer des seuils ? » MT4

« Moi ce que j'essaie de faire c'est de ne pas fixer de limites précises en terme de poids (...) j'essaie de formuler les restrictions de façon un peu ouverte pour que l'agent et le cadre aient une certaine marge de manœuvre dans l'organisation du poste plutôt que de le coincer. » MT2

« j'essaie de ne pas faire trop compliqué pour que ça soit pas trop difficile pour le cadre et pour l'agent aussi. » MT9

Quelques participants (MT7 ; MT11) ont déclaré que leurs formules de restrictions étaient le fruit de leurs expériences.

« Je pense qu'elles évoluent au cours du temps aussi et elles évoluent en fonction des professions qu'on voit et en fonction des postes. » MT7

Près de la moitié des répondants (MT2 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9) a estimé que la formulation des restrictions était plutôt difficile en raison d'absence de normes de

manutention, la subjectivité et l'impact des restrictions médicales d'aptitude sur l'avenir de l'agent.

« Je trouve que c'est difficile d'être systématique. » MT2

« Parce que de toute façon quand on écrit une restriction ça peut avoir des répercussions. C'est très important pour la personne, comment elle va être perçue. » MT4

« Plutôt long et difficile. » MT7

Les autres répondants (MT1 ; MT3 ; MT10 ; MT11) ont jugé la formulation des restrictions médicales d'aptitude chez un agent lombalgique, comme quelque chose de plutôt facile et que la difficulté résidait dans la mise en place des restrictions.

« L'écriture est facile et la réalisation est difficile. » MT11

Plusieurs répondants (MT2 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT10) ont déclaré ne pas avoir donné une copie de la fiche d'aptitude à l'agent. L'un d'eux a mentionné le cas d'inaptitude temporaire comme un cas particulier où l'agent recevait une copie de sa fiche d'aptitude.

« Non je ne remets pas une copie qu'en cas d'inaptitude temporaire (...) et pour qu'il puisse la montrer à son médecin traitant comme ça son médecin puisse faire, conscience tranquille, l'arrêt du travail. » MT10

« Non pas toujours, il sait qu'il y en a une dans son dossier, je lui dis ce que je marque. Ça m'arrive de la donner et je demande s'il en veut une en générale et je lui dis s'il en a besoin il y a une copie dans le dossier. » MT7

« Non ça dépend s'il me demande oui. Ça dépend de leur relation avec leur cadre, si ça ne se passe pas bien ou ils ont peur que ça ne se passe pas bien je leur donne. » MT9

Certains participants (MT1 ; MT5 ; MT11) remettaient la copie de la fiche d'aptitude à l'agent dès lors qu'il y avait une restriction médicale d'aptitude.

« Alors, dès qu'il y a une restriction d'aptitude, il y a une fiche maintenant pour l'agent. » MT11

3.3.4 Mise en place des restrictions d'aptitude/ aménagement du poste du travail

Plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT5 ; MT9 ; MT10) ont jugé qu'ils ne participaient pas à la mise en place des restrictions médicales d'aptitude.

« Non, une fois que j'ai fait les ajustements en amont je laisse ça à l'agent et à l'encadrement. » MT2

« Non. Enfin peut être ça m'arrive d'intervenir mais je vais dire ce n'est que 10% des restrictions. » MT9

« Non, nous on ne donne qu'un avis. » MT1

De façon contrastée, d'autres médecins (MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11) ont évoqué le contact avec l'encadrement ou le déplacement sur le terrain ou encore la discussion du dossier à la commission médico-sociale comme moyens pour faciliter la mise en place des restrictions d'aptitude.

« Moi souvent ce que je fais je téléphone à la direction des soins ou j'envoie un e-mail soit on en parle en réunion des postes aménagés en essayant que ça reste pas que des mots sur un papier. » MT4

« et puis si je sens parfois que la reprise ça être compliquée mais aussi pour des raisons un peu relationnelles quand je sens que ça va être compliqué vis-à-vis des collègues ou du cadre je me déplace et je vais voir un peu même si je connais le poste , je fais un peu comme ça pour avertir, pour discuter un peu avec le cadre pour que la personne soit un peu mieux accueillie. » MT5

« (...) par exemple, je fais une restriction et j'accompagne ça d'un e-mail que je fais à l'attaché de l'administration. Je dis Madame telle peut reprendre sous réserves de pas de manutention, il conviendrait qu'elle soit affectée dans un autre service où je sais qu'il n'y a pas de manutention. » MT3

Une collaboration en encore une délégation des tâches au conseiller en conditions du travail à été exprimé par plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT5, MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11).

« Oui, c'est possible s'il y a un aménagement et souvent je fais ça avec la conseillère en conditions de travail. » MT7

« Dans le cadre des reclassements oui avec la conseillère en conditions du travail. Après, très clairement les gens qui ont des restrictions d'aptitude sont évoqués aux commissions médico-sociales. » MT11

« Un travailleur lombalgique, ça veut dire qu'une infirmière il faut en faire une secrétaire. Il faut un poste ergonomique et c'est la conseillère en conditions de travail qui intervient. Moi, je n'interviens pas du tout et ça c'est dans les suites. » MT1

La vérification de la mise en place des restrictions ne relevait pas de la responsabilité du médecin du travail selon les déclarations de certains répondants (MT1 ; MT7 ; MT8 ; MT9).

« Non, normalement c'est le rôle de l'administration. » MT10

Cette vérification était faite dans tous les cas à l'occasion de la visite de suivi post restrictions selon les répondants (MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT10).

« Si elles ne sont pas respectées les agents me le disent. » MT10

« Souvent pendant la visite, c'est souvent quand je les revois. » MT9

« C'est les dires de l'agent à la visite de suivi. » MT3

« Justement en revoyant les agents, il y a que comme ça que je peux. Honnêtement, c'est la seule façon en revoyant les agents qu'on peut se rendre compte. » MT4

Peu de répondants (MT3 ; MT4 ; MT8) ont évoqué la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) comme aide à la mise en place des restrictions d'aptitude.

« Je fais souvent des demandes de RQTH justement pour pouvoir avoir des aménagements. Dans les services de soins, c'est peut être un peu dur mais dans les services techniques on peut avoir des aides. Je pense à une infirmière qui a eu un chariot, une aide soignante qui a eu un chariot à hauteur variable électrique. » MT4

« Il faut de toute façon des formations d'adulte assez particulière qui nécessitent la mobilisation de fond de formation et c'est un peu pour ça que j'incite vraiment les gens à monter des dossiers RQTH. » MT8

3.3.5 Difficulté de la décision et la formulation des restrictions

La décision de restriction médicale d'aptitude a été jugé difficile par la plupart des répondants (MT1, MT2, MT4 ; MT5, MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11). Les répondants ont lié la difficulté à la complexité de la décision qui doit prendre en compte plusieurs éléments :

Trouver un bon compromis entre les exigences du poste, l'évaluation de l'état de santé et la faisabilité des restrictions.

« Bah oui c'est difficile. Parfois c'est facile quand vous dites que quelqu'un qui reprend sans port de charge. C'est difficile pour être juste, c'est-à-dire ne pas en faire trop mais en faire suffisamment (...) c'est de moins en moins facile. » MT9

« Plutôt difficile. Parce qu'on a pas la possibilité à l'Hôpital E, aucune possibilité. Moi j'aimerais bien qu'on me les montre s'il y en a, je suis preneur. » MT11

Absence de normes ou de consensus en termes de limitation de manutention.

« Le principe de 'pas de manutention' est trop large. » MT7

« Pour un patient lombalgique, ce qui est extrêmement compliqué c'est l'évaluation de ce que la personne peut faire en terme de manutention parce que la manutention ça veut tout et rien dire. » MT7

« Pareil, on n'a pas un algorithme dans la tête qui nous dit de faire ça et ça. C'est complètement pifométrique, c'est à adapter. » MT1

Impact socioprofessionnel important sur l'agent : il peut être mis en difficulté à cause des restrictions médicales d'aptitude ce qui va à l'encontre du but principal qui est le maintien dans l'emploi et l'éviction de la désinsertion professionnelle. Les restrictions ont été décrites parfois comme une perte de chance d'affectation ou de proposition de poste aménagé voir un risque de poser la question d'inaptitude et par conséquent le risque de mise à la retraite par invalidité.

« Les restrictions, on arrive à une situation il faut être extrêmement attentif parce qu'autant avant quand on demandait on acceptait volontiers qu'il y en a qui ne peut pas faire son travail autant aujourd'hui je vais dire... moi je suis très attentive à ça parce que je sais que ça peut très vite devenir compliqué de gérer quelqu'un qui ne peut pas faire la moitié du travail. » MT9

« C'est vrai que c'est de moins en moins facile de prononcer des restrictions pour les agents parce qu'on sait que ça a un retentissement de plus en plus important sur l'équipe, sur l'ambiance générale et sur l'institution. Et on ne peut pas envoyer tous les agents en retraite par voie d'invalidité. » MT9

« (...) il y a tellement d'impact au niveau socioprofessionnel notamment actuellement à l'hôpital 1 qu'il faut bien y réfléchir. » MT7

« Parce que l'administration nous met beaucoup de pression et là je parle pour maintenant ici. Il y a eu l'habitude qu'on leur donne un poids donc pour moi je dis « il a un problème avec la manutention » et on me dit « oui, mais 3-6 ou 10 Kg ? » MT7

« De peser tout l'impact que ça va avoir parce que le but premier quand même est la santé de l'agent, de le protéger mais aussi qu'il puisse reprendre son poste et qu'il ne le perd pas. » MT7

« L'évaluation n'est pas facile et puis ensuite les conséquences sur le travail ce n'est pas facile non plus. Parce qu'on essaie de protéger le travailleur quand même, que le travail n'altère pas son état de santé et ça ce n'est pas facile. Surtout sur les postes où on sait très bien que « pas de manutention » ... » MT5

« Parce que de toute façon quand on écrit une restriction ça peut avoir des répercussions. » MT4

3.4 Suivi et évolution

3.4.1 Suivi médical

Selon plusieurs répondants (MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT8, MT9 ; MT10 ; MT11), la visite médicale de suivi a été jugée importante.

« Cela serait très utile, je n'ai pas le temps. » MT10

La visite de suivi des agents lombalgiques avec des restrictions médicales d'aptitude n'était pas programmé de façon systématique selon les réponses de certains médecins participant (MT1 ; MT2 ; MT5 ; MT10).

« Je vais vous dire, on n'a pas le temps, je n'ai pas le temps de faire du systématique. Donc la règle est la suivante : si ça va, vous n'avez rien à me dire. Si ça ne va pas vous venez, vous téléphonez ou vous me passez un mail. » MT10

« Je leur dis bien de me rappeler, ce n'est pas vraiment un suivi mais ils ne sont pas lâchés dans la nature. » MT5

« Par contre ce que je ne fait pas c'est de les reconvoquer tout de suite car je pense même je leurs dis qu'il faut qu'on fasse le point, je pense qu'ils ne reviennent pas. Parce qu'ils sont avec leurs restrictions. Et si le cadre lui-même ne se manifeste pas, la situation temporaire se pérennise. » MT2

Les autres participants (MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11) ont déclaré avoir programmé des visites de suivi systématiquement. La fréquence des visites était variable et dépendait essentiellement de la gravité de la pathologie et la lourdeur de la restriction.

« Souvent, je préfère les voir 6 mois après. Je ne sais si on peut appeler ça un suivi. » MT8

« Déjà j'essaie d'organiser une visite périodique à un an quand je sais que c'est des choses qui peuvent être stables. Après une reprise, je revois l'agent 2 à 3 mois après. » MT7

« Alors par exemple, quand il y a des temps partiels thérapeutiques notamment, ils sont revus tous les mois. » MT11

« Je demande à réévaluer au bout d'un mois. » MT9

« Ça va dépendre totalement de la pathologie, de la personne et de son travail. Sur les mi-temps thérapeutiques, je les fais revenir plus souvent. Oui ça va dépendre vraiment de l'état de santé, la situation préoccupante dans le service. » MT4

La commission médico-sociale était décrite par certains répondants (MT4 ; MT8 ; MT10 ; MT11) comme un moyen utile de suivi des agents avec des restrictions d'aptitude.

« Oui. Parce qu'au niveau de la commission médico-professionnelle, on parle souvent des gens même quand il s'agit de reconversion. On essaie de se documenter sur comment ça se passe (...) » MT8

« J'ai tendance à faire revenir les gens beaucoup. Et les réunions postes aménagés, on revoit souvent les personnes. » MT4

Selon les verbatim, l'objectif du suivi était l'évaluation de l'état clinique, la vérification de la mise en place et la faisabilité des restrictions d'aptitude et revoir la durée des restrictions voire parfois la pérennisation de celles-ci.

« On revoit les agents pour voir un peu si on a trouvé un poste. Et puis moi je demande à revoir l'agent pour voir si les restrictions ont été appliqués, voir comment ça se passe, voir si on envisage un changement de service, voir s'ils ont été convoqué. Ils le savent parce que je remets toujours le double à la direction des soins et voir s'ils ont été vu, comment ils vont physiquement et cliniquement. » MT4

« (...) je les vois forcément à l'issue de la durée de restriction (...) voir comment il faut la prolonger ou non. » MT11

La plupart des répondants (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT10 ; MT11) a déclaré avoir apporté un appui médical en cas de conflit, stigmatisation de l'agent par rapport aux restrictions, en intervenant auprès de l'encadrement.

« Il faut parfois que j'intervienne pour dire que c'est une décision médicale et que ce n'est pas parce qu'ils le disent mais parce que je le veux. » MT10

« Oui pour le soutenir ou le sortir. » MT7

« Oui absolument, j'interviens. En générale, je leur dis « on se revoit dans 3 mois et si jamais ça ne va pas vous m'appellez ». Et à ce moment là, ils m'appellent et suivant ce qu'ils me disent, je me déplace ou j'interviens directement auprès de l'encadrement. » MT5

A peu près la moitié des répondants (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT8 ; MT9) a évoqué la difficulté du suivi des agents avec des restrictions de par le temps nécessaire et le changement d'affectation de l'agent suite aux restrictions.

« Le suivi est difficile. Et puis on a beaucoup de monde à voir et ça va tellement vite, on n'a pas le temps. » MT5

« (...) on essaie de se documenter sur comment ça se passe mais je ne les vois plus à ce moment là parce que certaines personnes en formation vont aller travailler dans un bureau des entrées par exemple, après elles ne dépendent plus de nos secteurs mais on en entend parler. » MT8

Le suivi des agents avec des restrictions était jugé facile par certains répondants (MT1 ; MT7 ; MT10 ; MT11).

« Inexistant, je ne le fais pas si ce n'est lors des rendez-vous ultérieurs. Donc plutôt facile. » MT1

« Voir les gens ce n'est pas difficile. » MT7

« C'est facile une fois que ça été fait (...) le suivi est finalement simple mais c'est la mise en place qui est difficile. » MT7

3.4.2 Evolution à moyen et à long terme

Pour une analyse plus pertinente des réponses, on a classé les réponses selon les différents termes d'évolution évoqués spontanément par les répondants : reclassement, mise à la retraite par invalidité, poste aménagé à long terme et guérison.

3.4.2.1 Reclassement

Les facteurs déterminants du reclassement étaient diverses selon l'ensemble des réponses. Selon l'analyse des verbatim, on a pu noter :

- restrictions insuffisantes, incompatibles ou impossible à maintenir dans la durée.
- Retentissement sur l'agent : impact psychologique, stigmatisation et isolement.
- Retentissement sur l'équipe : augmentation de la charge du travail, rupture de la solidarité.
- Age jeune : impossibilité de maintenir les restrictions à long terme.
- Niveau de qualification de base permettant ou non une formation en vue d'une reconversion.

La plupart des médecins (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11) a estimé que le reclassement s'imposait dès lors que les restrictions ne pouvaient être pérennisées dans le temps, qu'elles n'étaient plus suffisantes pour éviter la détérioration de la santé de l'agent ou qu'elles devenaient incompatible avec le travail.

« Après le problème si jamais ça perdure, c'est d'essayer de trouver si on peut faire une reconversion. » MT11

« Et si c'est une restriction qui est trop lourde et qui n'est pas transitoire et bah inapte à leur poste et changement demandé. » MT10

« Ce n'était pas parce qu'elles n'étaient pas suivies mais c'était le fait qu'elles ne pourraient pas être suffisantes dans la durée ou qu'elles ne pourraient pas être maintenues au niveau du poste du travail. » MT8

« Quand le poste n'est plus adapté et qu'on a en plus les possibilités d'aménagement. Et qu'on sait qu'à long terme ça va être compliqué. On ne peut pas faire un aménagement sur dix ans par exemple. » MT7

« Assez simplement quand l'encadrement ou l'administration va nous dirent que là c'est sûr on va rien pouvoir proposer. A partir de là, s'il me semble légitime et s'il me semble qu'en toute bonne foie l'encadrement ou la direction peut proposer quelques choses à ce moment là je vais faire le forcing. Et si je pense réellement que les limitations sont réelles que c'est juste le métier qui n'est plus possible à ce moment là j'essaie d'évoluer vers un reclassement » MT2

« Quand il ne peut plus faire son métier. » MT3

« Quand il y a vraiment un risque pour la santé de l'agent et de le maintenir sur cette fonction. Et qu'on voit qu'on a essayé et là souvent je m'aide par des spécialistes. Quand on voit que l'état de santé se détériore malgré les tentatives d'aménagement à ce moment là je pense qu'il faut un reclassement. » MT4

Plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT7 ; MT11) ont évoqué l'impact des restrictions sur l'agent lui-même (retentissement psychologique, stigmatisation et isolement professionnel) et sur l'équipe (rupture de solidarité en réponse à l'augmentation de charge du travail) comme facteurs importants pour la décision de reclassement.

« C'est un peu là justement quand il y a la rupture de la solidarité, exclusion de l'équipe, quand elle n'en peut plus parce que là à un moment ou un autre le moral va être touché aussi. » MT1

« (...) parce que dans certains pathologies l'agent est complètement ciblé, et de toute façon on ne fera aucun effort pour aménager son poste. Des fois c'est bien qu'il aille dans un autre service. » MT4

« (...) par contre dès que les gens étaient jeunes, ils acceptaient moins bien leur handicap, ne pas pouvoir faire comme les autres. Et puis les équipes n'acceptaient pas bien, ils disaient qu'il vaut mieux qu'ils aillent ailleurs et qu'ils ne pouvaient pas supporter. » MT11

D'autres médecins (MT3 ; MT8 ; MT10 ; MT11) ont mentionné que l'âge jeune, le niveau de qualification sont des éléments importants à prendre en compte dans la décision de reclassement.

« Et puis ça dépend aussi du niveau de départ. C'est beaucoup plus facile de reclasser une infirmière qu'une aide soignante ou encore un agent de service hospitalier. » MT3

« Oui et ça depuis des années je le constate, on a plus de difficultés avec des gens les moins formés au départ. » MT3

« L'agent a encore 5, 6 ou 10 ans de carrière et à ce moment on met sur la liste de la commission médico-sociale pour envisager un changement du poste. » MT10

« (...) cet agent ne peut être lancé dans une formation administrative, elle n'est pas jeune et elle a trop de contraintes par ailleurs. » MT3

« Le seul cas favorable, c'est parce que la personne avait un diplôme lui permettant une reconversion immédiate et avec l'opportunité d'un poste qui se libère. » MT8

Certains répondants (MT3 ; MT4 ; MT5) ont mentionné la gravité de la pathologie comme facteur important dans l'orientation vers un reclassement chez un agent lombalgique.

« Le reclassement dépend de la gravité de la pathologie et la capacité d'évolution des agents. » MT3

« C'est quand, je dirais, quand il y a une pathologie grave, une hernie discale opérée une fois, deux fois et la personne rechute dès la reprise. » MT5

Plusieurs médecins (MT1 ; MT7 ; MT9 ; MT11) ont trouvé que le reclassement des agents lombalgiques était difficile de par la rareté des postes de reclassement proposé par la direction.

« Et que sur tous les gens qui ont un problème du dos à l'hôpital E, à un moment il faut qu'ils quittent l'Hôpital et ça la direction de l'Hopital1 n'est pas prêt de l'entendre. » MT11

« (...) et on a eu la chance de pouvoir les mettre sur les postes par exemple classiquement les aides soignante qu'ont sort des services et qu'on met au service C elles n'ont plus mal au dos sauf qu'aujourd'hui on a plus de poste au service C » MT9

« C'est pour ça que je dis que c'est difficile. Je pense qu'on sait faire mais c'est la réalité du terrain qui ne permet pas et plus trop la faisabilité de ce qu'on peut imaginer. » MT9

« (...) ça va être le reclassement en poste administratif mais on en a pas des tonnes. Ce n'est pas si fréquent les postes de consultation. » MT1

Un répondant (MT8) a évoqué un délai de reclassement allant de 12 à 18 mois avec la nécessité que l'agent soit en situation de reprise du travail.

« Donc, j'ai une dame qui a été opérée deux fois du dos. Je vois que la première intervention a eu lieu en février 2013 (...) donc elle allait reprendre début 2014 qu'un poste adapté mais elle ne pourra intégrer une formation pour une reconversion seulement en 2015. Donc ça fera un an entre sa reprise du travail et sa formation (...) vous appelez ça long ou pas long, je ne sais pas mais je dis que c'est plutôt de l'ordre de l'année. » MT8

« Parfois ça dure plusieurs moi pour dire qu'on est en situation de reconversion et il faut que la personne soit au travail pour pouvoir débloquer la situation. » MT8

3.4.2.2 Retraite par voie d'invalidité

Certains répondants (MT3 ; MT8 ; MT9) ont évoqué la mise à la retraite par invalidité comme une évolution d'agent lombalgique à partir d'un certain âge ou en cas de difficulté de reclassement (problème de qualification, manque de poste de reclassement).

« Et donc inaptitude dans la fonction publique c'est quand on a épuisé toutes les possibilités et là il y a inaptitude et départ à la retraite par invalidité. » MT3

« Je pense qu'on aura de plus en plus d'inaptitude parce qu'on n'a plus de poste à proposer à des gens qui ont des soucis de santé encore plus s'ils ont mal au dos. » MT9

« Je ne sais pas si c'est une question d'âge mais la question de mise en réforme pour invalidité se pose assez vite. » MT8

Quelques médecins (MT10 ; MT11) ont mentionné l'invalidité comme un risque important chez les agents lombalgiques dans le contexte d'une institution hospitalière.

« Mais encore une fois je suis à l'Hôpital E. le risque le plus important c'est le risque d'inaptitude au poste assortie d'une retraite par invalidité. Ça il faut éviter au maximum. » MT11

3.4.2.3 Poste aménagé à long terme

Certains répondants (MT3 ; MT4 ; MT9 ; MT11) ont évoqué la pérennisation du poste aménagé dans certains cas de fin de carrière ou dans des services moins sollicitant en termes de manutention.

« Mais pour des gens qui étaient à 2-3 ans de la retraite ça marchait bien. » MT11

« On a eu la chance de pouvoir les mettre sur des postes, par exemple classiquement les aides soignantes qu'on sort des services et qu'on met au service C. elles n'ont plus mal au dos sauf qu'aujourd'hui on n'en a plus de poste. » MT9

« Mais c'était sur une fin de carrière, pour un an ou deux, là on dirait que c'est résolu. » MT2

Cependant le maintien d'un poste aménagé à long terme a été jugé difficile selon certains répondants (MT1 ; MT7 ; MT11).

« Et qu'on sait qu'à long terme ça va être compliqué. On ne peut pas faire un aménagement sur 10 ans par exemple. » MT7

« (...) six mois ça va être tenable dans une équipe (...). Un an ça veut dire qu'il faut qu'on change de poste. » MT1

« (...) au bout du compte, on sait très bien qu'au bout d'un certain temps ça décale. » MT11

3.4.2.4 Guérison

Peu de cas de retour à l'aptitude sans restrictions était rapporté par les médecins participant (MT1 ; MT5 ; MT9).

« Sauf que moi j'ai appris avec le temps qu'il faut jamais enterrer les gens trop tôt et que l'humain a beaucoup de ressources (...) c'est pour ça maintenant, je temporise énormément. Les gens guérissent quand même. » MT1

« Et puis parfois et heureusement les gens vont bien mieux. » MT5

« (...), ils ont perdu 20 kg et se sont remis à faire des exercices physiques donc ils n'ont plus absolument mal au dos et donc plus de restrictions. Voilà j'ai 3 ou 4 cas pas plus. » MT9

Un répondant (MT10) a évoqué la guérison comme un cas rêvé.

« Impossible. Elle a 35 ans, elle est infirmière, elle est sportive, on lui ôte une hernie discale, elle est arrêtée 4-5 mois, elle reprend à temps partiel, je laisse les restrictions pendant un an et au bout d'un an on fait le point et j'enlève les restrictions. Ça c'est le cas rêvé. » MT10

3.5 Relation médecin du travail- encadrement

3.5.1 Relation générale

L'analyse des réponses a permis de distinguer 3 groupes de médecins selon l'appréciation de leur relation avec l'encadrement.

UN premier groupe (MT3 ; MT7 ; MT9 ; MT10 ; MT11) a exprimé une bonne relation avec l'encadrement et communiquait essentiellement par courriel ou téléphone.

« Les relations sont bonnes. Je veux dire que c'est vraiment des gens de bonne volonté, sincèrement s'ils peuvent faire des choses. » MT11

« Je pense que le Dr Gilbert et moi, on a plutôt de bonnes relations avec les cadres et avec la direction des ressources humaines. » MT9

« Les mails mais j'essaie de les appeler ou aller les voir. Je trouve que rien ne remplace le contact direct. Je pense que les choses peuvent être dites différemment. » MT7

Un deuxième groupe (MT1 ; MT5 ; MT8) a jugé la relation avec l'encadrement mauvaise ou inexistante par manque de temps, manque de communication ou encore un mauvais accueil dans les services lors des déplacements du médecin du travail.

« C'est-à-dire que nos relations sont quasi inexistantes. » MT8

« (...) je pense qu'il faut qu'on soit sur le terrain. Je pense que c'est notre part à nous, parce que les cadres voyants arrivent des restrictions et je pense que ça les agacent beaucoup. » MT5

« Le manque de temps et aussi quand on va dans les services on n'est pas très bien accueilli. » MT5

« De plus en plus retraits, de plus en plus lâches, de moins en moins étroits parce que je les connais quasi plus (...). Elles ne sont pas très bonnes les relations avec les cadres. » MT1

Un troisième groupe (MT2 ; MT4) a exprimé une relation mitigée et cadre dépendante.

« Variable. J'ai des cadres avec lesquels j'ai d'excellentes relations de suivi et de confiance où ils m'appellent pour me dire ce qu'il ne va pas, donc c'est bien. Et j'ai des cadres que je ne connais pas et que je n'ai jamais vus, là j'ignore s'il y a des problèmes. Et j'ai des cadres qui ont un style de management très dur, j'en ai pas tant que ça (...) mais j'essaie d'ajuster ma façon de travailler en fonction de la personne que j'ai en face de moi, à mon interlocuteur. » MT2

« Moi je ne sais pas. Je suis peut-être un peu méfiante. Il y a des cadres, ça se fait spontanément et puis il y a des cadres avec qui c'est plus difficile. Il y a des cadres qui ont déjà une vision de l'agent sans connaître forcément sa pathologie ou qui font un diagnostic et qui ont déjà catalogué l'agent. » MT4

Certains répondants (MT7 ; MT9 ; MT10) ont mentionné une relation plutôt avec les cadres supérieurs.

« Oui, je pense que les cadres supérieurs ont une vue plus globale. Et ils essayent de... ceux qui ont envie de participer, de trouver un peu plus de solution. » MT9

« On connaît mieux les cadres supérieurs parce qu'il y en a moins, et parce qu'on a affaire à eux. Et je pense que c'est important de voir les deux. » MT7

3.5.2 Relation autour de l'évaluation du poste

Tous les médecins ont jugé intéressant l'avis de l'encadrement dans l'évaluation du poste du travail.

La plupart des répondants (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT10) a mentionné une prise en compte de l'avis de l'encadrement dans l'évaluation du poste du travail d'un agent lombalgique. Notamment dans le cas d'une description de l'agent qui semblait majorer ou exagérer la charge du travail d'une façon contrasté avec les connaissances qu'a le médecin du poste du travail.

« C'est très intéressant mais c'est contraignant. C'est intéressant parce que ça va me permettre d'approcher au mieux le travail de l'agent. C'est contraignant parce que ça prend du temps » MT9

« Uniquement dans certains cas. Uniquement quand l'agent apparemment majore, exagère les exigences manœuvrières. » MT10

« Souvent dans ces situations particulières car malheureusement on n'a pas beaucoup de temps pour le faire. » MT5

« (...) et ensuite est-ce que j'interroge l'encadrement ? Oui, c'est souvent quand les gens me disent que sur leur poste du samedi matin ou sur tel horaire c'est difficile parce qu'il y a moins d'agents. Et là je me dis toujours " est-ce qu'il n'est pas entrain de me raconter des cracks pour obtenir un aménagement d'horaires ?" et à ce moment là, le valise avec le cadre. » MT2

3.5.3 Relation autour des restrictions d'aptitude

Tous les répondants ont jugé importante la discussion avec l'encadrement avant la prescription des restrictions d'aptitude.

La moitié des médecins (MT2 ; MT4 ; MT7 ; MT9. MT10) a mentionné une prise de contact avec l'encadrement au moment de la décision des restrictions. Ces médecins décrivaient une sollicitation non systématique de l'encadrement dont l'objectif principal était la vérification de la faisabilité des restrictions d'aptitude.

« Je fais ça dès que je sens qu'il va y avoir une difficulté. » MT10

« Ça dépend. Ça m'arrive mais ce n'est pas systématique. Des fois les gens partent avec leur papier voir leur cadre, des fois je fais un mail, des fois j'appelle parce que justement pour dire quand j'ai un petit doute je dis au cadre "vous me prévenez si ça ne va pas, si les gens n'arrivent pas". » MT9

« Sur la faisabilité et sur la motivation. » MT9

« Et surtout quand je poste des restrictions où je sais que ça va poser un problème sur la définition du poste, j'essaie d'en parler avec l'encadrement. » MT7

L'encadrement n'était pas sollicité par manque du temps médical, par respect du circuit hiérarchique des fiches d'aptitudes (direction des ressources humaines→ cadres supérieurs→ cadres de proximité) selon les réponses de l'autre moitié des répondants (MT1 ; MT3 ; MT5 ; MT8 ; MT11).

« Je pense que dans l'idéal, ça serait mieux après dans la pratique. Moi je sais que par manque du temps. Je n'ai pas eu le temps de faire connaissance des cadres. » MT8

« Alors, ils ne sont pas sollicités directement, et ils sont sollicités par la voie de l'attaché de l'administration auprès du directeur des ressources humaines à qui on adresse les éléments, et qui fait redescendre aux cadres supérieurs et cadres de santé. » MT3

Certains médecins (MT1 ; MT5 ; MT7 ; MT8) ont évoqué une sollicitation par l'encadrement pour apporter plus de précisions à leurs restrictions telles que la précision de la masse unitaire concernant la restriction au port de charge et la durée de restrictions d'aptitude.

« Notamment parce qu'on me demande tellement de précisions que ça va devenir difficile. » MT8

« (...) ils aiment bien qu'il y a des kg mais ça me paraît irréalisable. » MT5

« Souvent on se fait reprendre parce qu'on ne met pas si c'est définitif ou pas. » MT1

3.5.4 Relation autour du suivi et de l'évolution des agents avec des restrictions d'aptitude

La moitié des répondants (MT2 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8) a déclaré une prise de contact avec l'encadrement dans le cadre du suivi d'agent lombalgique avec des restrictions

d'aptitude. Les informations concernant l'évolution étaient recueillies soit à l'occasion de la commission médico-sociale, soit d'une manière informelle (par téléphone, rencontre physique non programmé par exemple au lieu de restauration).

L'objectif était de discuter de la faisabilité de l'aménagement dans le temps ou l'orientation probable vers un reclassement.

« Oui, ça m'est arrivé. Sur les membres inférieurs, oui aussi pour un rachis. Une évaluation plutôt informelle au téléphone. » MT2

« Après, la question quand je discute avec le responsable, c'est de voir que dans un avenir très proche on va s'orienter vers une reconversion si la solution en question n'a pas la possibilité d'aménager vraiment le poste il faut faire autre chose. » MT8

« Je le fais à titre systématique pour ne serait ce d'abord dans le cadre des commissions médico-sociales. On dit "un tel on lui a trouvé tel poste il y a 3-4 mois" et là ce n'est pas le cadre qui est là mais le cadre supérieur qui connaît bien les agents et là on dit "est-ce que ça va ?" et puis le cadre dit "bah oui, depuis qu'il a changé ça va parfaitement. On peut le retirer de la liste des postes aménagés avec des points d'interrogations" donc on fait le pont bien entendu. » MT10

3.6 Relation médecin du travail-médecin soignant

3.6.1 Autour de l'évaluation de l'état de santé

La quasi-totalité des médecins (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT10 ; MT11) a évoqué une sollicitation des médecins soignants pour évaluer l'état de santé d'un agent lombalgique. La communication était faite essentiellement par courrier selon les réponses, elle concernait des agents lombalgiques chroniques.

Les motivations de cette communication étaient assez homogènes entre les répondants. Elles sont représentées par des demandes d'informations sur la pathologie, des demandes de compte rendu d'examens complémentaires ou avis spécialisés et sur la prise en charge thérapeutique.

« Oui. C'est par courrier, c'est énormément par courrier car j'ai du mal à les avoir par téléphone. » MT8

« Non pour les lombalgies, ce n'est peut être pas le plus fréquent. » MT10

« Oui, ça m'est arrivé. Soit que l'agent va me transmettre de lui-même les résultats et à ce moment là je n'ai pas besoin. Soit l'agent lui-même a du mal à récupérer

l'information et à ce moment là je fais un courrier dans lequel je demande souvent au médecin seul est son projet thérapeutique. » MT2

« Et éventuellement prise de contact avec les médecins. Courrier remis au patient qui le remet à son tour à son médecin ou à son spécialiste traitant, pour avoir plus d'informations, des choses un peu plus précises. Des fois, ils ne savent pas exactement, donc j'écris pour avoir des comptes rendus opératoires ou radiologiques. » MT3

Certains répondants (MT2 ; MT10 ; MT11) ont mentionné avoir confié les agents lombalgiques aigus déclarés inaptes temporaires à leur médecins traitants pour une prise en charge thérapeutique et une prescription d'arrêt maladie.

« Soit effectivement pour les confier parce qu'ils sont inaptes temporaires pour une prise en charge. Après c'est pour discuter effectivement de l'avenir de l'agent. » MT11

3.6.2 Autour des restrictions d'aptitude

Plusieurs répondants (MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT9 ; MT10 ; MT11) ont jugé important le rôle des médecins soignants dans la prise de décisions de restrictions, soit en posant un diagnostic précis, soit en délivrant un certificat médical de préconisation de restriction à la manutention.

Certains médecins répondants (MT3 ; MT5 ; MT9, MT10 ; MT11) ont mentionné avoir suivi les prescriptions des médecins soignants concernant les restrictions à la manutention.

« Elle est très importante, je ne dis pas qu'il y a des fois où j'aurai envie de ne pas les suivre. Mais un agent qui arrive avec un certificat de ses médecins traitants avec des restrictions c'est impossible d'aller contre, enfin pour moi. » MT9

« S'ils m'apportent des éléments effectivement sur la prise en charge (...) c'est sûr que si c'est un spécialiste qui me dit " pas de port de charge de plus de 15 kg", je vais le répéter .là je ne vais pas le mettre en port à faux en sachant que ça veut pas forcément dire grand-chose dans la réalité. » MT11

« C'est vrai que si le médecin généraliste ou le spécialiste a marqué " poste aménagé, pas de port de charge de plus de tel " ou " il ne faut pas de flexions en avant ", oui on en tient compte. » MT5

« (...) je tiens énormément évidemment toujours compte de l'avis du médecin traitant. » MT10

« Pas trop, je pense que pour moi, ils auront une influence si effectivement ils ont effectué un bilan d'imagerie. Oui essentiellement d'imagerie qui me permet d'avoir une vision plus précise sur la pathologie et là c'est une influence indirecte sur l'évaluation clinique. Après, j'ai reçu plusieurs fois des certificats de médecins traitants très laconiques " pas de port de charge lourde" bon ça m'aide pas beaucoup. » MT2

« Oui, ça m'arrive souvent, je les appelle. C'est plutôt soit parce que les médecins m'ont sollicité parce que l'agent arrive avec un courrier de contre indication qui me paraît pas très compatible avec la réalité du travail, soit un courrier qui me paraît peu, qui ne correspond pas tout à fait à ce que j'ai moi comme perception ou j'ai l'impression que le médecin était un peu trop restrictif par rapport à ce que je le serai. » MT9

Les avis spécialisés demandés par le médecin soignant étaient décrite comme un appui à la décision de restriction d'aptitude selon les réponses de certains médecins (MT2 ; MT4).

« Quand vraiment il y a des restrictions importante moi je prends souvent l'avis des spécialistes. Quand il faut envisager un reclassement, je ne prends jamais la décision sans appui d'avis spécialisé. » MT4

Deux répondants (MT1 ; MT8) ont jugé que leur décision de restriction d'aptitude n'était pas influencée par l'avis des médecins soignants.

« Ça c'est quelque chose qui me bloque assez facilement, le médecin traitant qui dit "il a mal au dos, il faut absolument lui trouver un poste ". Quand les médecins traitants se mettent à dévier, ils mettent " ne peut pas porter de charges machin". Chacun son rôle ce n'est pas du tout le rôle du médecin traitant. Parce que c'est l'agent qui a été voir le médecin traitant, c'est contrepois pour moi quand le généraliste vient " trouvez lui un poste aménagé". » MT1

3.7 Relation médecin du travail-agent

3.7.1 Autour de l'évaluation de l'état de santé

Les dires de l'agent étaient un élément primordial dans l'évaluation de l'état de santé selon la totalité des participants.

La quasi-totalité des répondants (MT1 ; MT2 ; MT3 ; MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8 ; MT9 ; MT11) a déclaré avoir le sentiment d'être instrumentalisé par l'agent sous forme d'exagération des symptômes.

« Moi, ce qui est principal, ça reste les allégations du salarié. C'est quand même la parole du salarié, ce qu'il ressent. C'est ce qu'il dit par rapport à la durée du travail. »
MT1

« Si je veux être honnête. Ça reste quand même la parole et le discours de l'agent beaucoup plus. Si j'entends par votre question l'examen clinique pur, moi mon point de vue c'est beaucoup plus ce que l'agent vous raconte par rapport à sa vie. » MT1

« et puis à posteriori, c'est vraiment difficulté cette questionlà.de savoir comment se positionner de façon juste, parce que je trouve qu'on a besoin d'avoir un minimum d'empathie pour être en relation et que cette empathie . Et puis moi (...) on m'a appris à croire ce que disent les gens et si quelqu'un me dit qu'il a mal c'est qu'il a vraiment mal. »
MT2

« Je pense que c'est l'influence de l'expression de la douleur. Et ce qui est un peu compliqué pour moi, comme je n'ai pas d'antériorité dans l'appréciation de la douleur. C'est varié que par exemple je ne fais pas d'évaluation analogique parce que je n'en ai pas des préalables. » MT8

« On essaie d'être vigilant, mais malheureusement ça arrive. Et puis il y en a qui savent très très bien le faire. » MT4

« C'est vraiment ce qu'ils ont envie de nous dire. » MT

3.7.2 Autour de l'évaluation du poste du travail

Le recueil des dires de l'agent est très important dans l'évaluation du poste du travail selon la totalité des répondants.

« Je dirais de façon systématique, ça commence par les dires de l'agent. » MT2

« C'est un peu ce que je vous ai dit tout à l'heure. Moi, je les interroge vraiment que ce qu'ils pensent, ce qu'ils sont capable de faire et dans quelle tâche précise ils sont en difficulté. » MT2

3.7.3 Autour des restrictions d'aptitude

Tous les répondants ont estimé important le rôle de l'agent dans la décision de restrictions : sur sa demande, avec son accord, pour reconnaître sa souffrance, le soulager et adapter le travail à son état de santé.

« Alors souvent j'écris l'aptitude, je dis à l'agent est ce que vous pensez que ça correspond bien à ce que vous ressentez ? » MT9

« Alors par définition je fais confiance à l'agent. Donc je vois avec lui ce qu'il peut faire et ne pas faire dans tout ce qu'il fait. » MT11

« Je pense qu'il faut vraiment tenir compte de l'agent. Après il y a des agents vous les mettez n'importe où ça n'irait pas (...) dans le problème de lombalgie, je pense qu'il y a tout un côté psychologique important (...) » MT4

« Effectivement, on pourrait dire qu'avec le même tableau clinique et avec le même pathologie suivant la personne, on va être plus ou moins restrictive. Il y a aussi le social qui joue. Et ça c'est l'individuel du patient. » MT7

Plusieurs répondants (MT1 ; MT2 ; MT4 ; MT7 ; MT9 ; MT10 ; MT11) ont déclaré un sentiment de manipulation par l'agent dans le but d'obtenir des restrictions.

« Ça serait mal honnête de dire qu'elle n'y en a aucune. J'ai expliqué tout à l'heure que je demandais ce qu'il pouvait faire. (...) si quelqu'un n'a rien cliniquement et moi je pense qu'il faut l'intégrer à sa reprise et entendre ce qui est pour lui est difficile. » MT7

Certains médecins (MT2 ; MT7 ; MT9) ont évoqué une certaine rigidité des agents en matière d'application des restrictions d'aptitude.

« Ça m'est arrivé justement où à l'inverse ce n'est pas la direction qui utilise les poids unitaire mais c'est le patient qui va dire que le médecin a dit pas plus de 3kg et si ça fait 3kg et x grammes je ne peux pas. Donc c'est aussi important d'expliquer le pourquoi de la manutention de charge et celle des patients. » MT7

3.8 Contexte

L'analyse de l'ensemble des retranscriptions a permis d'identifier quelques éléments liés au contexte et qui peuvent jouer un rôle important dans le processus de restriction d'aptitude.

- Rôle important de la médecine statutaire dans la fonction publique hospitalière était exprimé selon les réponses de la moitié des répondants (MT1 ; MT4 ; MT7 ; MT8 ; MT9), qui a mentionné un devenir des agents décidés par le comité de réforme départemental et une particularité de la mise à la retraite par voie d'invalidité en cas d'inaptitude.

« (...) les relations sont un peu tendues avec la médecine statutaire et qu'on a plutôt tendance à reformer les gens plus que d'adapter les postes. » MT7

« (...) vous savez comme dans la fonction publique, il y a le comité médicale de réforme pour tous ce qui 'est vérification de congé maladie. Et qu'au niveau de l'Hôpital 1, la commission médicale est finalement faite par la médecine statutaire. Et bien il y a parfois des choses pas forcément très cohérentes entre le ou les médecins de la médecine statutaire et la réalité de ce qui pourrait être fait (...) je ne sais pas si c'est une histoire d'âge mais la question de mise en réforme pour invalidité se pose assez vite. » MT8

- Certains répondants (MT3 ; MT9 ; MT10 ; MT11) ont évoqué que le contexte était à prendre en compte dans la décision des restrictions d'aptitude. Avec la spécificité d'une structure hospitalière, des agents en majorité de sexe féminin, une forte charge manœuvrière et une exposition importante aux principaux facteurs du risque de la lombalgie (manutention, répétitivité, postures contraignantes).

« Non, pas vraiment. C'est la population hospitalière qui est composée de 80% de femmes. Les problèmes lombalgiques touchent les soignants et les soignants sont essentiellement des femmes. » MT3

« D'une manière ou d'une autre, physiquement, je trouve que c'est beaucoup plus lourd qu'avant. » MT1

- La baisse de l'effectif et la tendance à favoriser la mise en maladie au lieu d'intégrer des agents lombalgiques, étaient des facteurs identifiés et jugés défavorables à l'intégration des agents lombalgiques avec des restrictions trop lourdes pour l'organisation du travail (MT4 ; MT5 ; MT7 ; MT8, MT9 ; MT11).

« Et je pense que mes collègues médecins ont dû vous dire la même chose. Aujourd'hui, avec la réduction de l'effectif dans tous les services, ils veulent des agents en forme, polyvalents, qui n'ont pas de restriction de santé et qui peuvent tout faire. » MT9

« (...) oui l'institution aujourd'hui n'a plus les moyens ou la volonté, ça je ne sais pas, de faire une place à ceux qui ont des problèmes. » MT9

« C'est la direction qui préfère actuellement laisser les gens en arrêt (...) » MT9

« (...) on a beaucoup tendance à les laisser en arrêt au lieu de les avoir au travail avec des restrictions. » MT5

3.9 Résultats marquants

L'examen de santé d'un agent lombalgique est décrit comme classique. Il comportait globalement les mêmes éléments selon les réponses de tous les répondants. En contraste, il a été jugé difficile par la plupart des médecins.

L'analyse des réponses concernant l'évaluation du poste du travail d'un agent lombalgique, a permis d'identifier deux modalités différentes. Les dires de l'agent occupaient une place importante selon tous les répondants.

Les critères de décisions de restriction d'aptitude étaient variables selon les réponses. Par ailleurs, la plupart des répondants ont évoqué la faisabilité des restrictions d'aptitude et le rôle important du collectif du travail.

Des difficultés de la décision et de la formulation de restrictions d'aptitude ont été identifiées. Elles ont été exprimées, selon les réponses, en termes d'absence de normes et de consensus et des enjeux qui s'y attachaient en matière de retentissement sur l'agent (aménagement, reclassement, mise en invalidité) et sur l'organisation du travail (impact sur l'équipe et sur l'encadrement).

Un rôle important des conseillers en conditions du travail dans l'évaluation du poste du travail et dans l'aménagement technique des postes.

Les réponses concernant le suivi de l'agent lombalgique avec des restrictions d'aptitude, ont permis d'identifier deux modalités de suivi différentes selon les répondants. La plupart des médecins ont évoqué la commission médico-sociale comme moyen de suivi des agents avec des restrictions d'aptitude.

Le contexte a été décrit comme important dans le processus de décision de restriction d'aptitude. Les principaux éléments identifiés étaient l'importance de la charge manœuvrière en lien avec l'activité de soins, la baisse d'effectif lié aux circonstances économiques et la particularité du régime social public.

4. Discussion

4.1 Examen de santé d'un lombalgique

Bien que l'examen clinique d'un travailleur lombalgique ait été clairement décrit par tous les médecins comme « examen classique », qui comportait dans l'ensemble les mêmes éléments (évaluation de la douleur, examen articulaire et neurologique du rachis), la plupart l'avait jugé difficile.

Selon les médecins la difficulté de l'examen clinique s'est exprimée en termes de subjectivité de l'évaluation de la douleur et par conséquent la possibilité d'être instrumentalisé par le travailleur. En effet, la douleur chronique est décrite dans la littérature comme un phénomène multidimensionnel à 4 composantes interactives (sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale) ou encore une expérience subjective difficile à évaluer de par la variabilité interindividuelle et l'absence de concordance systématique entre l'intensité de la douleur et le gravité de la pathologie [21, 22]. Quant à la lombalgie commune, on retrouve selon la littérature une définition qui mentionne un modèle de pathologie où les représentations individuelles et sociales, les « peurs et croyances » sur la signification de la douleur et de la maladie jouent un rôle important dans le passage à la chronicité et la genèse de l'incapacité fonctionnelle [2].

La possibilité d'instrumentalisation a été rapporté par Fantoni et serait expliquée par le fonctionnement du système de santé au travail axé sur l'aptitude et incitant ainsi les travailleurs à moduler leur informations médicales pour se prémunir d'une perte de chance d'employabilité en cas de restriction de leur aptitude au travail [23].

Les critères les plus importants pour la décision d'aptitude étaient variables hormis la douleur qui était évoquée par tous les médecins. On peut rapprocher nos résultats des facteurs identifiés par Fayad comme facteur de chronicité, de récurrence et de difficulté de reprise du travail dans la lombalgie (sévérité de la douleur, durée de la lombalgie, sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la sciatique, l'antécédent d'arrêt du travail et de chirurgie lombaire) [24].

La méconnaissance globale de la notion des drapeaux rouges par les médecins interrogés pourrait traduire une connaissance insuffisante des recommandations pour l'évaluation des lombalgies (HAS 2000) et du risque rachidien des travailleurs effectuant du port de charge (Société Française de médecine du travail 2013)

4.2 Evaluation du poste du travail

Deux modalités principales d'évaluation du poste du travail ont été distinguées : les dires de l'agent et l'étude du poste.

Concernant la modalité du recueil par les dires de l'agent, il convient de mentionner que tous les médecins l'ont jugée utile et importante. Ce résultat est cohérent avec le peu de littérature traitant le sujet où, l'évaluation subjective par le patient de son travail paraît très importante à prendre en compte car reflète les interactions des différents paramètres professionnels [24, 25]. Cette méthode pourrait être intéressante dans l'évaluation du poste du travail de par sa faisabilité (relativement rapide, réalisée lors de la visite médicale) et sa sensibilité d'exploration des représentations du travail. Par contre, il convient de mentionner qu'elle pourrait représenter certaines limites en termes de subjectivité (risque de majoration ou minoration, risque d'instrumentalisation, difficulté d'élaboration concernant la description du travail réel). On retrouve dans la littérature les méthodes d'auto-évaluation par questionnaire qui placent le travailleur comme principal acteur et qui mentionnent la possibilité de biais en fonction de l'état de santé et notamment une tendance à la majoration des contraintes chez les lombalgiques [2]. L'auto-évaluation pourrait être utile pour classer les postes et déterminer les situations de travail devant faire l'objet d'une évaluation plus précise.

L'étude du poste est une modalité plus complète car elle explore le travail réel. En effet elle permet une analyse plus juste de la charge biomécanique, un complément des descriptions du poste faites par le travailleur, une étude de l'environnement et du collectif du travail et par conséquent une vision plus globale. Selon les recommandations Belges de bonnes pratiques pour la prise, en charge de la lombalgie en médecine du travail, une analyse du travail est recommandée pour identifier les facteurs du risque et proposer des aménagements ergonomiques [26]. Cette analyse implique l'observation de plusieurs cycles de l'activité du travail, l'identification des postures fréquentes, l'estimation de la charge manipulée et la fréquence de la manutention.

Dans notre étude cette modalité d'étude du poste sur le terrain se heurtait en pratique à des difficultés d'application en termes d'insuffisance du temps médical et de contraintes logistiques liées à la spécificité du milieu de soins (accès au terrain difficile et au manque du temps).

Selon les recommandations de bonnes pratiques pour l'évaluation du risque rachidien (SFMT 2014), l'évaluation des risques d'atteintes lombaires doit s'inscrire, dans le cadre d'une démarche structurée, hiérarchisée et multidimensionnelle (analyse ergonomique,

observation, entretiens individuels et/ou collectifs et l'auto-évaluation) respectant les principes ergonomiques participatifs, afin de favoriser une approche globale des risques.

Dans notre étude, la manutention de charge, la répétitivité, les postures contraintes et la qualité du collectif du travail étaient les principales caractéristiques du poste recherchées devant une lombalgie. Ces résultats sont cohérents avec les différentes données de la littérature qui citent ces facteurs de risque comme importants mais ne devant pas être limitatifs pour évaluer le risque rachidien [26, 27]. Seuls quelques médecins ont évoqué de façon variable d'autres caractéristiques explorant l'organisation du travail (temps du travail, travail de nuit, contrainte du temps, polyvalence, piétinement), les moyens de prévention primaire (aides techniques à la manutention, formation gestes et postures) ou encore le risque sur un poste du travail sédentaire tel que le travail sur écran.

Une méthode d'analyse des manutentions destinée aux établissements et personnel de soins a été élaborée en 2001 par l'INRS (ED 682), mais aucun participant n'a mentionné cet outil.

D'autres outils ont été proposés par les recommandations de bonnes pratiques [2, 26]:

- En première intention : utiliser des outils simples de dépistage tel que la grille MAC (Manuel Handling Assessment Charts) ou FIFARIM (Fiche d'Identification des Facteurs du Risque liés à la Manutention du service public fédéral Emploi). (annexe 8)
- En cas de problèmes identifiés : une méthode plus complexe telle que SOBANE ou NIOSH devant être réalisée par des personnes compétentes en ergonomie.

Il convient de mentionner que d'après nos résultats, on peut noter une absence d'utilisation d'outils d'évaluation du risque rachidien comme mentionné dans les recommandation de bonne pratique tel quel l'outil FIFARIM. Ceci pourrait refléter une insuffisance des connaissances de ces recommandations et de ces outils.

Parmi les résultats marquants de notre étude, on peut noter le rôle important et positivement apprécié par les médecins du travail, des conseillers en conditions du travail et les ergonomes qui apportent une aide précieuse, une vision différente de celle du médecin du travail en termes d'évaluation du poste du travail. Ce résultat est clairement cohérent avec la dernière réforme de la médecine du travail et l'instauration de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

L'évaluation du poste du travail d'un travailleur lombalgique a été jugée facile par la plupart des médecins à condition de se contenter d'une évaluation sommaire basée essentiellement sur les dires du travailleur et les connaissances des métiers. Cependant une vision plus complète serait plus difficile selon nos résultats. Les difficultés étaient exprimées en termes d'absence de normes d'évaluation de la manutention, de temps médical insuffisant pour les actions en milieu du travail (étude du poste, observation) et de polyvalence des postes de travail.

Ces constats sont cohérents avec le rapport Gosselin selon lequel la polyvalence est source de difficulté d'évaluation du poste car la définition du poste est plus large ce qui pourrait priver le médecin du travail de ses références métiers [15].

4.3 Restrictions

Avant de discuter nos résultats concernant la décision et la formulation des restrictions médicales d'aptitude, il convient de préciser quelques points.

L'aptitude est une notion précisée par le code du travail, elle concerne l'appréciation de la capacité d'un salarié à occuper un poste et elle est appréciée par le médecin du travail qui peut être amené dans certaines circonstances à proposer des aménagements de postes sous formes de « réserves » ou « restrictions » (code du travail L.241-10-1 et R.241-51). Les restrictions doivent respecter le secret médical en mentionnant uniquement les tâches devant être évitées et celles pouvant être effectuées [28].

La problématique de l'aptitude médicale au travail est une préoccupation des pouvoirs publics qui s'interrogent sur l'utilité de la notion d'aptitude au poste du travail et son appréciation systématique, en abordant sa pertinence médicale, juridique et au regard de l'organisation multidisciplinaire des services de santé au travail [15, 16]. Cette problématique s'inscrit dans un cadre réglementaire complexe alimentant un contentieux abondant [28, 29].

Notre étude a montré un résultat intéressant en identifiant un processus de raisonnement pour l'élaboration des restrictions médicales d'aptitude plutôt cohérent pour tous les médecins. Ainsi les avis d'aptitude étaient fondés à la fois sur l'état de santé du salarié et sur les caractéristiques du poste du travail qu'il occupe. A partir d'un diagnostic qui prend en compte ces deux aspects, le médecin du travail en tire des conclusions sur ce que peut ou ne peut pas faire le salarié. Ces conclusions se traduisaient par des préconisations souvent sous forme d'exclusion de tâches du travail pouvant être incompatibles avec l'état de santé actuel. Ce résultat est innovant car la question n'a jamais été explorée auparavant et aucune donnée scientifique n'existe à ce jour sur le processus de raisonnement du médecin du travail dans la décision d'aptitude.

Dans les résultats de notre étude la prescription des restrictions avait comme objectifs le maintien dans l'emploi, la reprise du travail et l'adaptation du travail à l'homme afin de préserver sa santé. Ce résultat exprimé de façon unanime par les médecins est clairement en accord avec les données de la littérature [15, 30, 31] et les textes réglementaires (Article L.421-2 du code du travail).

Le principal critère identifié par tous les médecins était la faisabilité des restrictions. Ce résultat contraste avec les résultats du volet « cadres » de l'étude IRMA où l'encadrement a exprimé sa difficulté face à des restrictions jugées incompatibles avec le travail. En l'absence de données publiées à ce sujet on ne peut que souligner l'importance de la mise en lumière de cette divergence d'appréciation. Les retombées de ce résultat plaident en faveur de l'organisation en réseau multidisciplinaire (acteurs de santé au travail, encadrement direction des ressources humaines et service social) autour des agents avec des restrictions médicales d'aptitude.

Le rôle du collectif du travail a été jugé important à prendre en compte dans la décision des restrictions médicales d'aptitude en termes d'impact de celle-ci sur l'équipe (augmentation de la charge du travail des collègues, nouvelle organisation du travail), et le rôle important de la qualité du collectif (solidarité, entente, entraide). On pourrait rapprocher ce résultat de l'étude fait de Kergresse et coll.et du volet « cadre » de l'étude IRMA qui vont dans le même sens.

Ces résultats semblent être innovants et on pourrait imaginer ou proposer un groupe de travail discutant la méthodologie de prescription de restrictions intégrant ces deux critères identifiés (faisabilité des restrictions et rôle de l'équipe).

Les résultats de cette étude montrent que la formulation des restrictions d'aptitude d'un travailleur lombalgique est un exercice difficile, nécessitant des ajustements « au cas par cas » sans pouvoir s'appuyer sur des normes ou des consensus. Cela pourrait contribuer à expliquer la variation de certaines pratiques médicales qui ont été identifiées dans notre étude et qui sont également décrites dans la littérature [31, 32].

Les seuls éléments dont on dispose actuellement concernant la formulation d'aptitude sont régis par la réglementation qui reste très vague en mentionnant que le libellé d'avis médical d'aptitude doit permettre d'éclairer suffisamment l'employeur et le salarié sur la capacité du salarié à occuper son poste, les préconisations nécessaires pour préserver son état de santé. Les avis d'aptitude avec réserves peuvent être source de difficultés d'interprétation selon l'importance des restrictions sur la limite d'aptitude/inaptitude, ces difficultés étant supposées être résolues avec la nouvelle fiche d'aptitude dont le modèle est fixé par l'Arrêté

du 20 juin 2013 [29]. Cependant les conclusions écrites par le médecin du travail en termes d'aptitude alimentent un contentieux de plus en plus abondant [15].

Il convient de souligner une proposition intéressante de l'un des médecins en terme de décision et formulation des restrictions, qui consistait à :

- demander une fiche de poste générique de l'agent lombalgique auprès de l'encadrement dans une première étape.
- réfléchir et élaborer une fiche de poste aménagé en fonction des restrictions prévues par le médecin de travail : collaboration mutuelle entre le médecin du travail et l'encadrement dans le respect du secret médical.
- le médecin du travail prononce son aptitude au poste aménagé et non plus au poste générique ce qui pourrait éviter les difficultés d'interprétation des restrictions et par l'encadrement et par le travailleur lui-même.

Cette proposition nous semble très intéressante et il serait judicieux de la soumettre aux différents médecins de l'institution pour évaluer son utilité.

Notre étude a montré que le médecin du travail était acteur dans la mise en place des restrictions d'aptitude, au-delà de leur simple formulation. Ces actions prenaient la forme de sollicitation de l'encadrement parfois interrogé sur la faisabilité, d'étude du poste en vue de proposition d'aménagement et de commission médico-sociale. Ce résultat est concordant avec l'étude réalisée en Basse Normandie qui a montré que des démarches ont été engagées par le médecin du travail dans plus de 70% des cas avant la rédaction d'un avis d'inaptitude [15].

Seulement un tiers des médecins ont évoqué la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé comme moyen facilitateur d'aménagement du poste et donc de maintien dans l'emploi chez les travailleurs lombalgiques. Ceci pourrait être expliqué par une réticence à la fois du praticien et des salariés vis-à-vis de la notion du handicap. En effet, on retrouve dans l'étude menée par Kergresse et Coll la notion de connotations négatives associées au terme et au statut d'handicapé [30].

On pourrait expliquer cette faible utilisation de cette démarche par le contexte d'exercice des médecins interrogés à savoir la fonction publique. Ce dernier élément a été identifié par Kergresse lors d'une enquête menée auprès de 17 médecins du travail. Cette étude avait montré que les médecins de la fonction publique s'appuyaient préférentiellement sur les ressources de l'institution dans laquelle ils travaillaient [30].

Selon le rapport Gosselin, les démarches visant à faire reconnaître la qualité de travailleur handicapé concernent principalement les salariés jeunes, c'est-à-dire clairement les salariés dont le médecin du travail estime qu'ils ont la capacité d'envisager une réorientation et plus de chances d'être reclassés.

Les résultats de notre étude montrent que l'évaluation de l'aptitude médicale d'un travailleur lombalgique est un exercice globalement difficile, et complexe. Les difficultés mentionnées portaient principalement sur l'évaluation de certains aspects cliniques (douleur, représentation de la pathologie), l'évaluation du poste du travail (manque du temps médical, manutention difficile à quantifier dans un contexte de soins) et la formulation des restrictions (absence de consensus).

Les recommandations de bonnes pratiques de la Société française de médecine du travail récemment publiées en termes de surveillance médico-professionnelle du risque lombaire, pourraient apporter des éléments structurants pour guider la pratique des médecins du travail. Cependant ces recommandations n'ont pas été mentionnées ou très peu par les participants de cette étude. Ce résultat pourrait nous inviter à réfléchir sur des stratégies d'implantation qui pourraient augmenter l'impact des recommandations à l'image des stratégies particulières qui ont été proposées pour les médecins d'assurance au Pays-Bas dans l'évaluation des travailleurs ayant une dépression et dans l'application des recommandations concernant la lombalgie commune [33-35].

4.4 Suivi et évolution de l'agent lombalgique sous restrictions médicales d'aptitude

Le suivi des agents lombalgiques avec des restrictions médicales a été fait soit lors de la visite médicale soit lors des commissions médico-sociales. La visite médicale de suivi n'était pas programmée de façon systématique dans à peu près la moitié des cas ce qui est concordant avec un suivi jugé difficile par 6 médecins sur 10. Les difficultés du suivi étaient exprimées en termes de manque du temps et le changement fréquent d'affectation du travailleur suite aux restrictions d'aptitude.

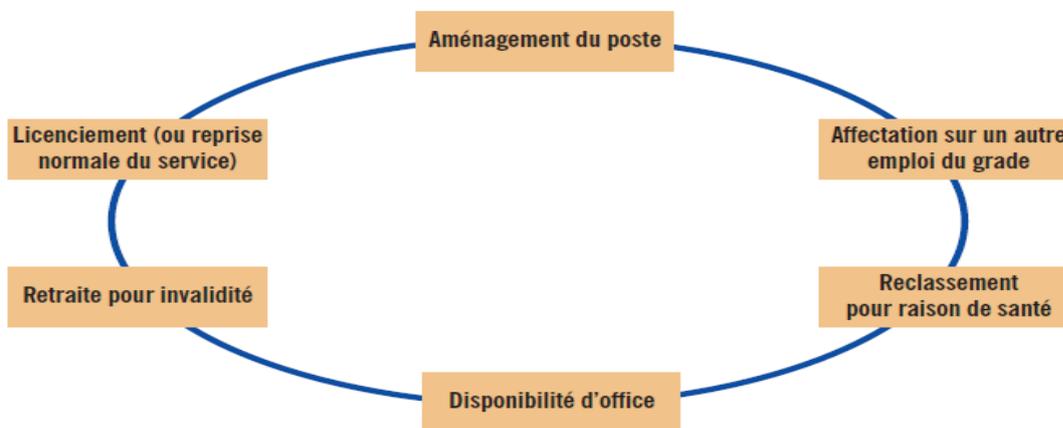
L'insuffisance du temps médical à été rapportée par le rapport Gosselin, qui proposait une organisation du suivi qui devrait pouvoir faire appel à d'autres professionnels de l'équipe santé au travail notamment les infirmières [15].

La commission médico-sociale avait un rôle important dans le suivi des travailleurs lombalgiques avec restrictions selon la plupart des médecins. Ce résultat semblait intéressant et pourrait constituer un mode de suivi principal pour remédier à l'insuffisance du temps médical pour les visites médicales.

Avant de discuter les résultats de cette étude en termes d'évolution d'agent lombalgique avec des restrictions médicales d'aptitude, il convient de se situer dans le contexte de la fonction publique hospitalière et de donner quelques repères réglementaires. En effet, la loi n° 86-33 du 6 janvier 1986 complétée par un décret du 8 juin 1989, mentionne que l'inaptitude pour raison de santé, qu'elle soit temporaire ou définitive, doit conduire les établissements à suivre un cycle (aménagement du poste, changement d'affectation, reclassement pour raison de santé, disponibilité d'office et enfin retraite pour invalidité) avant de répondre favorablement aux demande de reclassement (cf schéma)

Figure 3 : Cycle d'inaptitude dans la fonction public schématisé par Copin

>> Le cycle de l'inaptitude



Par conséquent la question du reclassement ne sera abordée que si l'aménagement du poste ou l'affectation sur un autre emploi du même grade se révèlent impossibles.

Dans la pratique courante, l'affectation sur un autre emploi relevant du même grade telle que l'affectation d'un personnel paramédical sur un poste administratif, est nommé à tort « reclassement » [28]. Cependant, le reclassement pour raison de santé est précisé par l'article 2 du décret n°89-372 du 8 juin 1989 précise que « dans le cas où l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'intéressé peut présenter une demande de reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade ou dans un emploi d'un autre corps ».

Les résultats de notre étude ont permis d'identifier le reclassement comme terme d'évolution fréquente des travailleurs lombalgiques ce qui est cohérent avec les données de la littérature

mentionnant que les pathologies rhumatologiques peuvent limiter le retour des salariés sur un poste sollicitant l'appareil locomoteur notamment dans les secteurs agroalimentaire et paramédical [30].

Le reclassement était justifié par l'insuffisance des restrictions, l'impossibilité de pérennisation de celles-ci et dans quelques cas par le retentissement psycho-social des restrictions sur le travailleur lui-même (stigmatisation, isolement, dépression). Le reclassement était conduit sous forme de changement du poste du travail ou changement du service ce qui est concordant avec les 2 étapes décrites par JY Copin (changement d'affectation et reclassement pour raison de santé).

Le délai de reclassement était mal exploré par notre étude et la seule réponse qu'on a pu recueillir ne pourrait permettre une généralisation ni une conclusion.

Des difficultés de reclassements ont été exprimées par la plupart des médecins. Elles étaient liées au niveau de qualification bas et au manque de poste moins contraignants au niveau ostéo-articulaire disponibles dans l'institution. Ce résultat pourrait être expliqué par la particularité des établissements de soins comportant une forte charge de travail physique et confronté à des réductions de personnel.

La mise en retraite par invalidité constituerait l'étape ultime en cas d'impossibilité de reclassement. Elle n'est décidée que si le fonctionnaire est dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions, et elle est soumise à l'avis du comité médical départemental et la décision de la CNRACL. Selon les résultats de notre étude, cette possibilité était évoquée comme une issue prévisible en cas de difficulté de reclassement. Elle était exprimé parfois plutôt comme un échec du reclassement, un risque à éviter autant que possible par tous les moyens (aménagement du poste, reclassement) mis à disposition du médecin du travail pour remplir sa mission qui est le maintien dans l'emploi.

La pérennisation d'un poste aménagé était difficile selon les résultats de notre étude ce qui est cohérent avec les données de la littérature [15, 30].

4.5 Relation médecin du travail –différents intervenants

Le médecin du travail dans sa pratique individuelle est amené à interagir avec plusieurs acteurs intervenant autour des restrictions médicales d'aptitude.

Ainsi notre étude exploratoire a permis d'identifier ces différents acteurs (médecins soignants, travailleurs, encadrement, direction des ressources humaines, intervenant en prévention tel que les ergonomes et les conseillers en condition du travail, les médecins agréés de la médecine statutaire) et d'évaluer l'importance et l'utilité des ces interactions.

- Relation du médecin du travail avec ses confrères soignants : la plupart des médecins du travail participant à notre étude ont décrit une influence importante de la démarche diagnostique, thérapeutique et de l'avis concernant la reprise du travail du médecin soignant sur leur décision de restrictions médicales d'aptitude. La moitié des participants ont suivi les mêmes préconisations prescrites par le médecin traitant. Un seul médecin du travail était réticent au fait que le médecin traitant puisse préconiser des aménagements du travail. Ceci pourrait être expliqué par les textes réglementaires qui désignent le médecin du travail comme seul acteur de la santé à pouvoir se prononcer sur l'aptitude médicale au poste. La coordination des actions des 2 médecins (du travail et soignants) semblerait importante pour une meilleure prise en charge des salariés.
- Le travailleur a occupé une place primordiale dans le processus des restrictions d'aptitude. Selon nos résultats, il a constitué le vecteur de cette décision de par le fait qu'il est porteur de la lombalgie, qu'il subit des contraintes physiques (manutentions, postures contraintes, répétitivité...etc.) et que la décision des restrictions médicales d'aptitude était prise dans le but de préserver sa santé, de le soulager et de le maintenir dans l'emploi. En corollaire de ce résultat, la plupart des médecins interrogés ont évoqué le risque d'être instrumentalisés par le travailleur afin d'obtenir des aménagements. Ceci pourrait être expliqué par l'importance de la subjectivité de la lombalgie.
- Notre étude a permis d'évaluer la qualité de la relation médecin du travail-encadrement du point de vue des médecins. Dans la plupart des cas cette relation a été jugée bonne ou variable selon le cadre. La communication avec l'encadrement supérieur était privilégiée par la plupart des médecins en raison d'une connaissance plus globale du terrain. Cependant seulement la moitié des médecins du travail sollicitaient l'encadrement autour des restrictions d'aptitude notamment pour vérifier la faisabilité de celles-ci. Les difficultés de collaboration entre médecin du travail et encadrement étaient exprimées selon les résultats en termes de manque de temps médical et du contexte de la fonction publique où le circuit de l'aptitude est très hiérarchisé. Une coopération bien cadrée à l'image des commissions médico-sociales était mieux appréciée. Plusieurs médecins ont jugé important le rôle de l'encadrement dans la mise en place de l'aménagement et ont estimé que la collaboration entre médecin et encadrement ne pourrait être que bénéfique pour le salarié. Ceci est cohérent avec les résultats de l'étude menée par Kergesse et Coll qui a identifié l'implication des employeurs et des dirigeants comme indispensable au maintien dans l'emploi [30].

- Conseiller en conditions du travail ou ergonomiste : appréciation positive par tous les médecins, ces intervenants apportaient une compétence complémentaire et un regard ergonomique différent de celui du médecin du travail. Ce résultat pourrait être expliqué par un bon fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

4.6 Retombés de l'étude

Les principales recommandations qui peuvent être formulées d'après l'étude et qui peuvent améliorer la démarche de restriction médicale d'aptitude chez un travailleur lombalgique sont :

- Explorer le niveau de connaissance des recommandations de bonnes pratiques au sujet de la surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manutentions de charges. En effet, l'étude n'a permis d'explorer que certains aspects et une étude complémentaire pourrait préciser ce niveau de connaissance.
- Evaluer l'utilité et la pertinence de l'outil d'évaluation des risques FIFARIM auprès du collectif pluridisciplinaire de santé au travail (médecin du travail, infirmier de santé au travail, intervenant en prévention). Ce point semble être important à mettre en place de par la force des recommandations de bonne pratique et l'aide que peut apporter cet outil en termes d'évaluation du poste d'un travailleur lombalgique.
- Explorer la possibilité d'un consensus de formulation des restrictions au niveau local qui pourrait se faire sous forme de thesaurus. Cela pourrait permettre une certaine harmonie des pratiques médicales, apporter une cohérence de la position des médecins vis-à-vis de l'employeur et de l'encadrement et enfin éviter les problèmes d'interprétation des libellés d'aptitude.
- Explorer la proposition du travail en collaboration avec l'encadrement sur une fiche de poste générique et une autre dite aménagée. En effet cette piste pourrait être intéressante dans la mesure où la méthodologie est en cours d'essai, une évaluation à moyen terme pourrait être utile en vue d'une généralisation sur l'ensemble de l'établissement.

4.7 Forces et limites de l'étude

L'intérêt principal de l'étude est d'avoir exploré le processus de raisonnement des médecins du travail dans la décision et la formulation des restrictions médicales d'aptitude. Cette question n'a jamais été abordée dans la littérature.

Cette étude a conduit à des résultats originaux notamment l'identification de plusieurs critères de variabilité des pratiques médicales, on pourrait citer de façon non exhaustive la variabilité de critères de jugement de l'état de santé et la variabilité des modalités d'évaluation du poste du travail.

Afin de garantir la validité des résultats, plusieurs critères de rigueur méthodologique ont été appliqués respectant ainsi les recommandations en matière de bonne pratique de recherche qualitative [36, 37]. En effet, le choix des participants à partir d'échantillonnage intentionnel a permis d'inclure dans l'étude des médecins du travail exerçant dans la même institution et sous le même régime réglementaire (fonction publique hospitalière). L'inclusion de la quasi-totalité des médecins est supposée permettre une vision plus globale. La triangulation des méthodes de collecte des données (étude de dossiers médicaux, entrevue, communication des résultats sous forme de focus groupe) a permis de recouper plusieurs résultats leur conférant une validité importante. La triangulation des chercheurs au moment de l'analyse en confrontant trois points de vue différents a permis d'obtenir un consensus sur le codage du matériel recueilli. Un phénomène de saturation des données a été observé sur les dernières entrevues sous forme d'absence de nouveaux résultats.

Les limites de l'étude portent d'une part sur la méthode de récolte de données. En effet certains répondants ont eu parfois des difficultés à élaborer et exprimer leurs idées en cours de discussion durant l'entrevue semi-structurée. Ces difficultés pourraient être liées parfois à la complexité des questions, à l'hésitation de certains répondants à se confier, peut être par intimidation, par peur d'être jugé ou par préoccupation de donner une image satisfaisante. Ces limites ont pu fausser les résultats en sous explorant certains modes de raisonnement, sous évaluant certaines difficultés liées à la pratique médicale en matière de restriction médicale d'aptitude. Le fait que le volet « cadre » de l'étude IRMA était en phase d'exploration en parallèle à notre étude pourrait constituer une des explications des difficultés d'élaboration malgré une note d'information expliquant l'objectif de l'étude communiqué bien en amont de l'entrevue. Certains résultats n'ont pas pu être explorés en profondeur ce qui limite leur portée. Ainsi, la communication de la fiche d'aptitude au travailleur, le cheminement de celle-ci en terme de parcours administratifs, les modalités de communication des restrictions médicales d'aptitude à l'encadrement de proximité et le délai de reclassement n'ont pas été documenté de façon satisfaisante et nécessiteraient des recherches ultérieures. Enfin la subjectivité des chercheurs peut avoir influencé la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Cependant la tenue d'un journal du bord, les discussions entre chercheurs et le focus groupe de restitution des résultats sont susceptibles d'avoir diminué l'influence de possibles biais.

5. Conclusion

De par leurs coûts directs et indirects, les lombalgies constituent un problème de santé publique majeur. La population active est la plus touchée par la lombalgie qui constitue aussi la première cause d'accident du travail.

Le médecin du travail est fréquemment amené à évaluer l'aptitude au travail des travailleurs lombalgiques. Il peut préconiser des aménagements du poste de travail et/ou des restrictions médicales d'aptitude pour favoriser selon les cas le maintien dans l'emploi et la reprise du travail. Les recommandations de la Société française de médecine du travail en matière de surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à la manutention manuelle de charge ont apporté certains éléments structurants pour guider la pratique des médecins du travail. Cependant, les notions d'évaluation et de formulation de l'aptitude médicale n'étaient pas couvertes par ces recommandations. Notre étude s'est attachée à explorer ces deux notions.

Les résultats de l'étude ont permis d'identifier les différentes étapes du processus de raisonnement suivi pour évaluer et formuler des restrictions d'aptitude chez le travailleur lombalgique. Ce processus tel que décrit par les médecins répondants était globalement cohérent. Il se basait essentiellement sur les données de l'examen clinique et les connaissances des contraintes du poste occupé par le travailleur lombalgique. Il intégrait la notion de la faisabilité, la compatibilité avec le travail ainsi que la prise en compte du collectif du travail. Cet exercice était jugé complexe et difficile par les médecins en raison de la place importante occupée par la douleur et ses difficultés d'évaluation. Les autres sources de difficultés étaient, le manque de consensus et de normes pour la formulation des restrictions dans un contexte réglementaire complexe et contentieux de plus en plus abondant, et les conséquences socioprofessionnelles des restrictions sur le travailleur lui-même (isolement professionnel, stigmatisation, risque de perte d'emploi).

L'étude a permis d'identifier que le suivi des travailleurs lombalgiques à l'hôpital requérait souvent du travail pluridisciplinaire, exprimé par une collaboration avec les conseillers en condition du travail ou les ergonomes favorablement appréciée par tous les médecins.

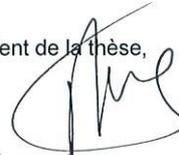
Des critères de variabilité entre médecins ont été identifiés. On a pu noter une divergence sur les critères de jugement de l'état de santé du travailleur lombalgique avec des critères variables. Il en était de même pour des modalités d'évaluation du poste du travail qui étaient évoquées différemment selon les médecins.

D'autres résultats importants ont pu être identifiés, notamment le sentiment d'instrumentalisation par le travailleur lombalgique, exprimé par la plupart des médecins comme un risque fort et inévitable.

La connaissance par les médecins du travail des recommandations de bonnes pratiques de la Société de médecine du travail concernant le risque lombaire n'était pas évaluée de façon globale dans cette étude. Cependant les résultats de l'étude suggèrent une probable méconnaissance de plusieurs éléments importants de ces recommandations.

Les résultats de l'étude permettent de proposer des pistes d'améliorations des pratiques médicales en termes d'évaluation et formulation des restrictions médicales d'aptitude chez le travailleur lombalgique, avec la possibilité d'utiliser des outils communs d'évaluation de la douleur et d'évaluation du poste (FIFARIM, Fiche d'identification des facteurs du risque liés à la manutention). Il serait également intéressant d'explorer la faisabilité d'un consensus sur les formules de restrictions d'aptitude qui pourraient être déclinées sous forme de thesaurus.

Le Président de la thèse,



Pr Alain Bergeret

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 mai 2015

28 MAI 2015

VU : Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU : Pour le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

Références :

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé., *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique*. 2000.
2. Roquelaure, Y., et al., *Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges*. 2013, Société Française de Médecine du Travail.
3. Cherin, P. and C. De Jaeger, *La lombalgie chronique: actualités, prise en charge thérapeutique*. Médecine & Longévité, 2011. **3**(3): p. 137-149.
4. Aptel, M. and M. St-Vincent, *Ampleur des TMS en Europe et au Québec*. 2e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques: de la recherche à l'action. Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST) et le Groupe de Recherche Francophone sur les Troubles Musculo-Squelettiques, Montreal, Canada, 2008.
5. Hoy, D., et al., *The Epidemiology of low back pain*. Best Practice Research Clinical Rheumatology, 2010. **24**(6): p. 769-81.
6. Gourmelen, J., et al., *Frequency of low back pain among men and women aged 30 to 64 years in France. Results of two national surveys*. Ann Readapt Med Phys, 2007. **50**(8): p. 640-4, 633-9.
7. Fassier, J.-B., *Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie*. Revue du rhumatisme, 2011. **78**: p. S38-S41.
8. Vinck, I., *les expositions aux risques professionnels. les ambiances et les contraintes physiques*. SUMER 2010. synthese stat 2014. **numero 8**.
9. Rivalin, R. and N. Sandret, *L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail*. 2015.
10. Duguay, P., F. Hubert, and IRSST, *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec: analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997*. 2003: Montréal: IRSST.
11. Petit, A. and Y. Roquelaure, *Pathologie discale et maladie professionnelle*. Revue du Rhumatisme Monographies, 2014. **81**(1): p. 52-56.
12. Moisan, S., et al., *Prévenir les troubles musculosquelettiques chez les soignants: connaître les expositions et étude des outils d'aide à la manutention*. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2009. **70**(1): p. 13-27.
13. selma Amira, D.A., *Des risques professionnels contrastés selon les métiers*. Dares analyses, 2014. **39**.
14. Fassier, J.-B., et al., *Douleurs et travail: aider le patient à garder un emploi*. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 2014. **15**(1): p. 11-19.
15. Gosselin, H., *Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes. Aptitude, inaptitude Médicale au travail: diagnostic et perspectives*. 2007.
16. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ministère du travail de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue sociale, *Lettre de mission COCT; Aptitude et Médecine du travail*. 2014.
17. Lindecker-Cournil, V. (2009) *Recommandations de bonnes pratiques: dossier médical en santé au travail*.
18. *Elaboration de recommandations de bonne pratique*. Recommandations pour la pratique clinique. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.
19. Mucchielli, A., *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. 2009: Armand Colin.
20. Slocum, N., *Méthodes participatives: un guide pour l'utilisateur*. 2006: Fondation Roi Baudouin.

21. Navez, M., C. Ricard, and J. Alibeu, *Evaluation de la douleur de l'enfant et de l'adulte*. Conférences d'actualisation. 45e congrès national d'anesthésie et de réanimation, Masson, Paris, 2003: p. 335-355.
22. Martinez, V., et al., *Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur*. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 2010. **11**(1): p. 3-21.
23. Fantoni-Quinton, S., *Le système de santé au travail pourrait-il exister sans (in) aptitude?* Droit social, 2013. **décembre**(12): p. 1023-1030.
24. Fayad, F., et al., *[Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors]*. Ann Readapt Med Phys, 2004. **47**(4): p. 179-89.
25. Waddell, G. and A.K. Burton, *Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review*. Occup Med (Lond), 2001. **51**(2): p. 124-35.
26. Mairiaux, P. and D. Mazina, *Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail: Recommandations de bonnes pratiques*. Direction générale Humanisation du travail, 2008.
27. Burton, A.K., et al., *Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004*. European Spine Journal, 2006. **15 Suppl 2**: p. S136-68.
28. Copin, J.-Y., *Reclassement des agents pour raison de santé; une etape du "cycle d'inaptitude"*. Revue hospitalière de France, 2012. **544**: p. 50-53.
29. Pays de la Loire, D., *Aptitude et Inaptitude au poste du travail*. 2014. **8° édition**.
30. Kergresse, M., et al., *Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire*. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, 2013. **74**(6): p. 630-637.
31. Steenbeek, R., et al., *The development of instruments to measure the work disability assessment behaviour of insurance physicians*. BMC Public Health, 2011. **11**(1): p. 1.
32. Schellart, A.J., et al., *Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians*. BMC Public Health, 2011. **11**(1): p. 864.
33. Zwerver, F., et al., *An implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: an experiment in a controlled setting*. Implement Sci, 2011. **6**(1): p. 131.
34. Suman, A., et al., *Cost-effectiveness of a multifaceted implementation strategy for the Dutch multidisciplinary guideline for nonspecific low back pain: design of a stepped-wedge cluster randomised controlled trial*. BMC Public Health, 2015. **15**(1): p. 522.
35. Joosen, M.C., et al., *Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy*. BMC medical education, 2015. **15**(1): p. 82.
36. Tong, A., P. Sainsbury, and J. Craig, *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. International Journal for Quality in Health Care, 2007. **19**(6): p. 349-357.
37. Coté, L. and J. Turgeon, *Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine*. Pédagogie médicale, 2002. **3**(2): p. 81-90.

ANNEXES

Annexe 1

Fiche d'aptitude médicale

(Art. R.4624-47, R.4624-49 du Code du travail, ou R.717-28 du Code rural et de la pêche maritime)

Identité et cachet du service de santé :

Identification de l'entreprise :

Mise à jour de la fiche d'entreprise (mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des articles R.3122-19, R.4412-47, R.4451-82 du code du travail

Salarié (e) : Nom Prénom

Date de naissance :

Date d'embauche :

Poste de travail :

ou emploi (s) dans la limite de 3 (art R.4625-9 et R.5132-26-7 du code du travail et D.717-26-2 du code rural et de la pêche maritime) :

- 1
- 2
- 3

Date de l'étude de poste (jj/mm/aa) :

Cette mention est obligatoire dans les fiches d'aptitude établies en application des articles R 3122-19, R 4412-47 et R 4451-82 du Code rural et de la pêche maritime

Salarié bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) : Oui Non

Nature de l'examen			
<input type="checkbox"/> Visite d'embauche	<input type="checkbox"/> Visite périodique Date de la précédente visite périodique : Le cas échéant date du précédent entretien infirmier : Date du précédent examen de nature médicale si SMR :	<input type="checkbox"/> Visite de reprise <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident ou maladie non professionnel	<input type="checkbox"/> Visite à la demande <input type="checkbox"/> Du salarié <input type="checkbox"/> De l' employeur <input type="checkbox"/> Du médecin du travail (en cas d' inaptitude envisagée) <input type="checkbox"/> Autres cas (art R 717-22 code rural)
Conclusions :			
<input type="checkbox"/> Apte		<input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> 2^{ème} visite (article R.4624-31 du code du travail ou R.717-18 du code rural) <input type="checkbox"/> en un seul examen <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> danger immédiat<input type="radio"/> visite de pré reprise en date du <input type="text"/>	
Date de l'examen :	Heure de convocation : Heure d'arrivée : Heure de départ :	Nom et signature du médecin	
A revoir			

Voies et délais de recours par le salarié ou par l'employeur

Cet avis peut être contesté dans les deux mois suivant sa notification par lettre recommandée avec avis de réception, auprès de l'inspecteur du travail (art R.4624-35 du code du travail ou R.717-18 du code rural et de la pêche maritime).

Ce délai est réduit à 15 jours pour les avis concernant les salariés exposés à des agents chimiques dangereux, des rayonnements ionisants ou travaillant en milieu hyperbare (art R. 4412-48, R.4451-83 et article 33 II du décret n° 90-277 du 28 mars 1990).

Annexe 2 : Tableau «Drapeaux rouges» : probabilité d'une cause organique sous-jacente à la lombalgie d'après Burton et al (2006)

1. Douleur de type non mécanique : douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit ;
2. Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) ;
3. Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée) ;
4. Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur) ;
5. Perte de poids inexplicquée ;
6. Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile ;
7. Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme) ;
8. Déformation structurale importante de la colonne ;
9. Douleur thoracique (= rachialgies dorsales) * ;
10. Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans
11. Fièvre*
12. Altération de l'état général ;

Annexe 3 : Grille de recueil de critères de qualité du DMST



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Grille de recueil des critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles

« Le dossier médical en santé au travail/ travailleur lombalgique »

Objectif 1. Assurer la traçabilité des éléments du DMST							
N°	Critères	Chercheur 1			Chercheur 2		
		OUI	NON	NA	OUI	NON	NA
1	Organisation et classement du dossier						
2	Inscription dans le DMST de l'identité des médecins du travail et des personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail ayant rempli le dossier						
Objectif 2. Disposer dans le DMST des informations permettant de connaître les risques auxquels le travailleur a été exposé							
3	Mention des secteurs d'activité antérieurs et/ou des professions antérieures						
Objectif 3. Disposer dans le DMST des informations permettant de connaître les risques auxquels le travailleur est actuellement exposé							
4	Mention de l'intitulé du poste						
5	Description des activités ou tâches effectuées permettant d'identifier les risques						
6	Description de la nature des risques identifiés						
7	Mention des périodes d'exposition aux risques identifiés						
8	Mention de l'importance de l'exposition aux risques identifiés						
Objectif 4. Disposer dans le DMST des informations permettant de connaître l'état de santé du travailleur							
9	Réalisation d'une synthèse actualisée des antécédents médicaux personnels présentant un intérêt						

	dans le cadre du suivi de la santé du travailleur						
10	Renseignement du statut vaccinal, orienté en fonction des expositions professionnelles						
11	Mention de la présence ou l'absence de symptômes (physiques ou psychiques) ou signes cliniques destinés à évaluer le lien état de santé du travailleur/poste et conditions de travail						
12	Mention des résultats des examens paracliniques						
13	Mention des résultats des dosages d'indicateurs biologiques d'exposition						
Objectif 5. Disposer dans le DMST des informations concernant les propositions et avis du médecin du travail							
14	Mention de la forme et la date des informations délivrées au travailleur sur les expositions professionnelles et les risques identifiés						
15	Présence d'une trace restituable de l'avis médical (fiche d'aptitude ou de suivi médical)						

Annexe 4 : guide d'entrevue

GUIDE D'ENTREVUE (première version)

Premier thème : Examen de santé d'un travailleur lombalgique

Quelles sont les caractéristiques de l'état de santé d'un travailleur lombalgique qui sont recherchées et prises en compte par le médecin du travail ?

Comment sont-elles recherchées ?

- Quels sont les **résultats de l'examen clinique** (et des examens complémentaires) qui vous semblent importants (utiles) pour prononcer votre avis d'aptitude ?
 - qu'est-ce qui est plus important / moins important ?
- Quels sont les éléments que vous recherchez à **l'interrogatoire** (anamnèse) ?
 - De façon systématique
 - De façon occasionnelle
- Quels sont les **éléments que vous recherchez** à l'examen clinique ?
 - de façon systématique
 - de façon occasionnelle
 - connaissez-vous la notion des *red flag* ou drapeaux rouges ?
 - pouvez-vous en citer quelques uns?
- avez-vous une démarche différente selon le **type de visite** ?
 - périodique, pré reprise, reprise, à la demande ?
- Vous arrive-t-il de communiquer avec le **médecin traitant** ?
 - Fréquence ? quelles situations ? Comment (tel, courrier)?
 - Accord de l'agent ? (écrit ou pas)
- Vous arrive-t-il de communiquer avec des **médecins spécialistes** (rhumatologue, rééducateur, etc.) ?
 - Fréquence ? quelles situations ? Comment (tel, courrier)?
 - Accord de l'agent ? (écrit ou pas)
- Vous arrive-t-il de demander des **examens complémentaires** (imagerie, autres) ?
 - Dans quelles situations ? Comment ?
- Vous arrive-t-il de demander des **comptes rendus** de consultation, d'hospitalisation, etc.
- L'examen clinique d'un travailleur lombalgique est-il pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plutôt facile / plutôt difficile ?

Deuxième thème : Evaluation du poste de travail

Quelles sont les caractéristiques du poste de travail d'un travailleur lombalgique qui sont recherchées et prises en compte par le médecin du travail ?

Comment le poste de travail est-il évalué ?

- Quels sont les **paramètres du poste de travail** qui vous semblent importants (utiles) pour prononcer votre avis d'aptitude ?
 - qu'est-ce qui est plus important / moins important ?
 - charge physique ; manutention ; exigences ; pénibilité ; facteurs de risque de lombalgie
- (Quelle est pour vous la définition d'un « poste de travail » ?)
- **Comment procédez-vous** pour évaluer le poste de travail d'un travailleur lombalgique ?
 - Dires de l'agent
 - Dires du cadre
 - Pensez-vous que la discussion avec le cadre est importante pour l'évaluation du poste ?
 - si oui dans quelles circonstances, si non pourquoi ?
 - Fiche de poste
 - Connaissance générale sur le métier
 - Etude de poste (médecin du travail / ergonomiste (conseiller conditions de travail))
 - Dans quelles circonstances est-ce que vous vous déplacez sur le lieu du travail pour évaluer le poste ?
 - Dans quelles circonstances demandez-vous l'aide d'un ergonomiste / conseiller conditions de travail
- Au-delà du poste de travail, quelles sont les particularités du service qui vous semblent importantes à prendre en compte ?
 - effectifs, activité, encadrement, équipe
- L'évaluation du poste de travail d'un travailleur lombalgique est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile ?

Thème intermédiaire : relation médecin du travail/cadre ou supérieur hiérarchique du salarié

- De façon générale, que diriez-vous de vos relations avec les cadres de vos secteurs ?
 - Etablies/inexistantes
 - Bonnes/mauvaises
 - Régulières/irrégulières
 - Suffisantes/insuffisantes
 - Relation de confiance ou pas
- Si réponses négatives, pourquoi ? (manque de temps, inutilité, pas vraiment le rôle du médecin du travail...etc.)
- Si réponses positives, selon votre expérience, comment communiquez-vous avec les cadres dans la prise en charge d'un agent susceptible d'avoir des restrictions d'aptitude médicale ?
 - courriel
 - téléphone
 - transmission de la fiche d'aptitude via la DRH
 - rencontre (déplacement)

Troisième thème : Décision de restrictions médicales d'aptitude

Quel est le processus de décision du médecin du travail dans la prescription de restrictions d'aptitude ? Quels critères ?

- Dans quelles circonstances est-ce que vous décidez de prononcer des restrictions d'aptitude chez un travailleur lombalgique ?
- Sur quels critères (principaux) ?
- Dans quel objectif ?
- Comment procédez-vous pour formuler les restrictions ? (quel raisonnement)
 - Comment faites-vous le lien entre les résultats de votre examen clinique, les exigences du poste de travail, et la formulation des restrictions ?
 - Basez-vous sur des normes ? Des formules « types » ?
- Quelle est l'influence des médecins de soins de la prise de décision de restriction ?
 - courrier du médecin traitant ou d'un spécialiste recommandant des aménagements, etc.)
- Quelle est l'influence de l'agent dans la décision de restriction d'aptitude ?
 - Avez-vous parfois l'impression d'être manipulé par l'agent ?
 - pour avoir des restrictions en sa faveur, sans raisons médicales légitimes ou valides, pour des raisons ou convenances personnelles
 - auriez-vous un exemple à donner ?
 - comment réagissez-vous ?
- Pensez-vous qu'il est important de discuter avec le cadre avant la formulation des restrictions d'aptitude ?
 - Pour connaître les possibilités d'aménagement du poste de travail
 - si oui, dans quelles circonstances ?
 - si non pourquoi ?
 - l'avis du cadre peut-il influencer votre décision ? à quel point ?
- la formulation de restrictions est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile

Quatrième thème : Suivi de la mise en place des restrictions médicales d'aptitude

- Est- ce que vous intervenez dans la mise en place des restrictions (l'aménagement du poste de travail)? Comment ?
 - Remettez-vous systématiquement à l'agent une copie de l'avis des restrictions? Sinon, pourquoi ?
 - Informez-vous directement le cadre (ou le cadre supérieur) lorsque vous prononcez des restrictions d'aptitude ?
 - De quelle façon (téléphone, courriel), si non pourquoi ?
 - Vous arrive-t-il de discuter avec le cadre des aménagements possibles ?
 - Si oui, dans quelles circonstances ? sinon, pourquoi ?

- Dans quelles situations sollicitez-vous une aide pour étudier et / ou aménager le poste
 - ergonomes, IPRP, chargé de mission handicap ?
- Quelles seraient vos attentes en termes de collaboration avec ces intervenants ?
 - pour l'aménagement du poste de travail ;
 - faire du lien avec l'encadrement ; les collègues ?

- Organisez-vous un suivi particulier pour les salariés ayant des restrictions d'aptitude ?
 - Fixez-vous systématiquement une durée déterminée pour les restrictions d'aptitude ?
 - Prévoyez-vous systématiquement de réévaluer la situation à distance (1, 3, 6 mois ?)
 - Selon votre expérience, une visite de suivi à court terme vous semble utile ?
 - Vous arrive-t-il de faire le point avec le cadre sur l'évolution (suivi) du salarié ayant des restrictions? si oui dans quelles circonstances, si non pourquoi ?

- Selon votre expérience, savez-vous si les restrictions émises (aménagement du poste) sont mise en place ?
 - comment le vérifiez-vous ?
 - pensez-vous que c'est le rôle du médecin du travail de le vérifier ?
 - Si l'agent est en difficulté (non-respect des restrictions, stigmatisation, conflit, exclusion) avec ses collègues, son encadrement et/ou la direction, vous arrive-t-il d'intervenir pour apporter votre caution médicale ? Auprès de qui, et comment ?

- Quelles seraient vos attentes en termes de collaboration avec les cadres autour de la mise en place de restrictions d'aptitude ?
- Le suivi de la mise en place des restrictions médicales d'aptitude est-il pour vous quelque chose de plutôt facile/plutôt difficile ?
 - Qu'est ce qui est plus facile/plus difficile ?

- **Comment voyez-vous les conséquences et évolutions à moyen terme (3 à 12 mois) ou long terme (> 12M) ?**
 - A partir de quel moment (dans quelles situations) un reclassement professionnel vous semble s'imposer (nécessaire, inévitable) ?
 - **3 scénarii hypothétiques**
 1. Retour à la « normale » sans restrictions
 2. Restrictions durables ou définitives = poste aménagé
 3. Restrictions insuffisantes ou impossibles = reclassement professionnel

Synthèse

- La formulation des restrictions d'aptitude d'un travailleur lombalgique est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile ?

- Au final, dans quelle mesure les restrictions d'aptitude vous semblent utiles pour le travailleur lombalgique ?

GUIDE D'ENTREVUE (version révisée après les 3 premières entrevues)

Premier thème : Examen clinique d'un travailleur lombalgique

Quelles sont les caractéristiques de l'état de santé d'un agent lombalgique que vous recherchez durant la visite médicale ?

Comment les recherchez-vous ?

- Quels sont les **résultats de l'examen clinique** (et des examens complémentaires) qui vous semblent importants (utiles) pour prononcer votre avis d'aptitude ?
 - qu'est-ce qui est plus important / moins important ?
- Quels sont les éléments que vous recherchez à l'**interrogatoire** (anamnèse) ?
 - De façon systématique
 - De façon occasionnelle
- Quels sont les **éléments que vous recherchez** à l'examen clinique ?
 - de façon systématique
 - de façon occasionnelle
 - connaissez-vous la notion des *red flag* ou drapeaux rouges ?
 - pouvez-vous en citer quelques uns?
- Avez-vous une démarche différente selon le **type de visite** ? (périodique, pré reprise, reprise, à la demande ?)
- Vous arrive-t-il de communiquer avec le **médecin traitant** ou les **médecins spécialistes** (rhumatologue, rééducateur, etc.)?
 - Fréquence ? quelles situations ? Comment (tel, courrier)? demandez-vous des CR de consultation, d'hospitalisation etc.
 - Accord de l'agent ? (écrit ou pas)
- Vous arrive-t-il de demander des **comptes rendus** de consultation, d'hospitalisation, etc.
- Vous arrive-t-il de communiquer avec des **médecins spécialistes** (rhumatologue, rééducateur, etc.) ?
 - Fréquence ? quelles situations ? Comment (tel, courrier)?
 - Accord de l'agent ? (écrit ou pas)
- Vous arrive-t-il de demander des **examens complémentaires** (imagerie, autres) ?
 - Dans quelles situations ? Comment ?
- L'examen clinique d'un travailleur lombalgique est-il pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plutôt facile / plutôt difficile ?

Deuxième thème : Evaluation du poste de travail

Quelles sont les caractéristiques du poste de travail d'un agent lombalgique que vous recherchez?

Comment évaluez-vous le poste de travail ?

Quels sont les **paramètres du poste de travail** qui vous semblent importants (utiles) pour prononcer votre avis d'aptitude ?

- qu'est-ce qui est plus important / moins important ?
- charge physique ; manutention ; exigences ; pénibilité ; facteurs de risque de lombalgie
- (Quelle est pour vous la définition d'un « poste de travail » ?)
- **Comment procédez-vous** pour évaluer le poste de travail d'un travailleur lombalgique ?
 - Dires de l'agent
 - Dires du cadre
 - Pensez-vous que la discussion avec le cadre est importante pour l'évaluation du poste ?
 - si oui dans quelles circonstances, si non pourquoi ?
 - Fiche de poste
 - Connaissance générale sur le métier
 - Etude de poste (médecin du travail / ergonome (conseiller conditions de travail))
 - Dans quelles circonstances est-ce que vous vous déplacez sur le lieu du travail pour évaluer le poste ?
 - Dans quelles circonstances demandez-vous l'aide d'un ergonome / conseiller conditions de travail
- Au-delà du poste de travail, quelles sont les particularités du service qui vous semblent importantes à prendre en compte ?
 - effectifs, activité, encadrement, équipe
- L'évaluation du poste de travail d'un travailleur lombalgique est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile ?

Troisième thème : Décision de restrictions médicales d'aptitude

Intro : après avoir abordé l'évaluation clinique puis l'évaluation du poste de travail, les questions suivantes vont porter sur votre processus de raisonnement et de décision de restriction d'aptitude.

Pouvez-vous essayer de décrire les étapes de votre raisonnement dans la formulation des restrictions d'aptitude ? Avez-vous des critères de décision particuliers ?

- Dans quelles circonstances est-ce que vous décidez de prononcer des restrictions d'aptitude chez un travailleur lombalgique ?
- Sur quels critères (principaux) ?
- Dans quel objectif ?
- Comment procédez-vous pour formuler les restrictions ? (quel raisonnement)
 - Comment faites-vous le lien entre les résultats de votre examen clinique, les exigences du poste de travail, et la formulation des restrictions ?
 - Basez-vous sur des normes ? Des formules « types » ?
- Quelle est l'influence des médecins de soins de la prise de décision de restriction ?
 - courrier du médecin traitant ou d'un spécialiste recommandant des aménagements, etc.)
- Quelle est l'influence de l'agent dans la décision de restriction d'aptitude ?
 - Avez-vous parfois l'impression d'être manipulé par l'agent ?
 - pour avoir des restrictions en sa faveur, sans raisons médicales légitimes ou valides, pour des raisons ou convenances personnelles
 - auriez-vous un exemple à donner ?
 - comment réagissez-vous ?
- Pensez-vous qu'il est important de discuter avec le cadre avant la formulation des restrictions d'aptitude ?
 - Pour connaître les possibilités d'aménagement du poste de travail
 - si oui, dans quelles circonstances ?
 - si non pourquoi ?
 - l'avis du cadre peut-il influencer votre décision ? à quel point ?
- la formulation de restrictions est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile

Quatrième thème : Suivi de la mise en place des restrictions médicales d'aptitude

- Est-ce que vous intervenez dans la mise en place des restrictions (l'aménagement du poste de travail)? Comment ?
 - Remettez-vous systématiquement à l'agent une copie de l'avis des restrictions? Sinon, pourquoi ? ***
 - Informez-vous directement le cadre (ou le cadre supérieur) lorsque vous prononcez des restrictions d'aptitude ?
 - De quelle façon (téléphone, courriel), si non pourquoi ?
 - Vous arrive-t-il de discuter avec le cadre des aménagements possibles ?
 - Si oui, dans quelles circonstances ? sinon, pourquoi ?

- Dans quelles situations sollicitez-vous une aide des CCT (conseillers conditions de travail) pour étudier et / ou aménager le poste
 - Sollicitez-vous plus particulièrement les ergonomes ?
- Quelles seraient vos attentes en termes de collaboration avec ces intervenants ?
 - pour l'aménagement du poste de travail ;
 - faire du lien avec l'encadrement ; les collègues ?

- Organisez-vous un suivi particulier pour les salariés ayant des restrictions d'aptitude ?
 - Fixez-vous systématiquement une durée déterminée pour les restrictions d'aptitude ?
 - Prévoyez-vous systématiquement de réévaluer la situation à distance (1, 3, 6 mois ?)
 - Selon votre expérience, une visite de suivi à court terme vous semble utile ?
 - Vous arrive-t-il de faire le point avec le cadre sur l'évolution (suivi) du salarié ayant des restrictions? si oui dans quelles circonstances, si non pourquoi ?

- Selon votre expérience, savez-vous si les restrictions émises (aménagement du poste) sont mise en place ?
 - comment le vérifiez-vous ? (question qui rejoint souvent l'organisation du suivi)
 - pensez-vous que c'est le rôle du médecin du travail de le vérifier ?
 - Si l'agent est en difficulté (non-respect des restrictions, stigmatisation, conflit, exclusion) avec ses collègues, son encadrement et/ou la direction, vous

arrive-t-il d'intervenir pour apporter votre caution médicale ? Auprès de qui, et comment ?

- Quelles seraient vos attentes en termes de collaboration avec les cadres autour de la mise en place de restrictions d'aptitude ?
- Le suivi de la mise en place des restrictions médicales d'aptitude est-il pour vous quelque chose de plutôt facile/plutôt difficile ?
 - Qu'est ce qui est plus facile/plus difficile ?
- **Comment voyez-vous les conséquences et évolutions à moyen terme (3 à 12 mois) ou long terme (> 12M) ?**
 - A partir de quel moment (dans quelles situations) un reclassement professionnel vous semble s'imposer (nécessaire, inévitable) ?
 - **4 scénarii hypothétiques**
 4. Retour à la « normale » sans restrictions
 5. Restrictions durables ou définitives = poste aménagé
 6. Restrictions insuffisantes ou impossibles = inapte à **ses** fonctions ¹ = reclassement professionnel (si possibilité formation + affectation sur autre fonction)
 7. Inaptitude à **toute** fonction = retraite par voie d'invalidité (RPI) = licenciement pou inaptitude (dans le secteur privé)

¹ Inaptitude à sa fonction ou à toute fonction est prononcée par le Comité médical départemental (après avis du service de médecine statutaire des HCL)

Thème synthétique sur la relation médecin du travail / cadre de l'agent

- De façon générale, que diriez-vous de vos relations avec les cadres de vos secteurs ?
 - ✓ Cadre de proximité (n+1)
 - ✓ Cadre supérieur (n+2)
 - Etablies/inexistantes
 - Bonnes/mauvaises
 - Régulières/irrégulières
 - Suffisantes/insuffisantes
 - Relation de confiance ou pas
- Si réponses négatives, pourquoi ? (manque de temps, inutilité, pas vraiment le rôle du médecin du travail...etc.)
- Si réponses positives, selon votre expérience, comment communiquez-vous avec les cadres dans la prise en charge d'un agent susceptible d'avoir des restrictions d'aptitude médicale ?
 - courriel
 - téléphone
 - transmission de la fiche d'aptitude via la DRH
 - rencontre (déplacement)
- si question peu développée en partie 4, redemander
 - Quelles seraient vos attentes en termes de collaboration avec les cadres autour de la mise en place de restrictions d'aptitude ?

Synthèse

- Au final, la question des restrictions d'aptitude (évaluation, décision, formulation, suivi) d'un agent lombalgique est-elle pour vous quelque chose de plutôt facile / plutôt difficile ?
 - qu'est-ce qui est plus facile / plus difficile ?
- Au final, dans quelle mesure les restrictions d'aptitude vous semblent utiles pour vos agents lombalgiques ?

Annexe 5 : Courriel de présentation de l'étude aux médecins du travail

Chère Consœur, cher Confrère,

Merci d'avoir accepté de participer à l'étude IRMA (Impact des Restrictions Médicales d'Aptitude).

Cette étude s'inscrit dans un double constat : la prévalence des troubles musculo-squelettiques chez les agents, et l'intensification du travail dans le secteur hospitalier.

Dans ce contexte, les médecins du travail sont amenés à prononcer régulièrement des restrictions médicales d'aptitude en vue de préserver la santé au travail de leurs agents, conformément à leur mission réglementaire.

L'objectif général de l'étude IRMA est de décrire l'impact de ces restrictions médicales d'aptitude du point de vue des différents acteurs concernés : médecins du travail, cadres de proximité, cadres supérieurs, directions des ressources humaines. Le point de vue des agents sera documenté dans un second temps.

La collecte et l'analyse des données du volet « cadres » et « DRH » a été menée sur le GHE et le CHLS. Elle est en cours sur le GHN, le GHEH et le GHG. Les résultats de ce volet seront présentés prochainement en réunion de médecins.

L'objectif spécifique du volet de l'étude consacré aux médecins du travail est le suivant : *décrire le processus d'évaluation clinique, du poste de travail, et des restrictions médicales d'aptitude chez les agents souffrant de lombalgies, du point de vue de leur médecin du travail.*

Concrètement, il s'agit de participer à une entrevue individuelle semi-structurée (environ une heure) conduite par Mme Dounia BAKKARI interne de septième semestre qui effectue sa thèse de médecine du travail sur ce sujet.

Un guide d'entrevue a été préparé permettant de recueillir votre expérience sur les 4 thèmes suivants :

1. l'évaluation clinique d'un agent lombalgique
2. l'évaluation de son poste de travail
3. la formulation et la mise en œuvre des restrictions médicales d'aptitude
4. le suivi et l'accompagnement des agents

Pour faciliter cette entrevue, il vous est demandé de bien vouloir donner l'accès à Mme Dounia BAKKARI aux dossiers médicaux de vos agents lombalgiques bénéficiant de restrictions médicales d'aptitude ou d'un poste aménagé. La liste de ces agents a été établie avec votre accord pour le premier volet de l'étude IRMA (groupe de discussion avec l'encadrement et la direction des ressources humaines) et transmise à votre secrétariat.

La consultation de ces dossiers (papier et/ou informatisé dans CHIMED) par Mme Dounia BAKKARI a pour objectif de faciliter la conduite de l'entrevue à partir des cas concrets que vous avez rencontrés.

Pour participer à cette étude, il vous est demandé de bien vouloir lire la notice d'information et signer le formulaire de consentement **en pièces jointes**, conformément à l'accord obtenu auprès du

Comité de protection des personnes. Le formulaire de consentement signé vous sera demandé au début de l'entrevue.

Je reste votre disposition pour toute précision supplémentaire, et vous remercie par avance de l'accueil que vous pourrez réserver à notre interne quand elle vous appellera pour convenir d'un rendez-vous (entre octobre 2014 et mars 2015).

Dr Jean-Baptiste Fassier

Médecin du travail du personnel hospitalier

Annexe 6 : Note de consentement

Consentement de participation Version n°2 du 01/09/2014

Etude IRMA

Impact des **R**estrictions **M**édicales d'**A**ptitude au travail du personnel hospitalier

Mlle, Mme, Mr (NOM Prénom)*

Adresse personnelle* :

.....

Adresse professionnelle* (service) :

.....

N° téléphone (fixe) *: N° portable *:

N° téléphone professionnel *:

**champ obligatoire*

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « IRMA – Impact des Restrictions Médicales d'Aptitude au travail du personnel hospitalier » que M. / Mme, investigateur dans l'étude m'a présentée oralement.

J'ai pris note que cette participation se tiendra sur mon temps de travail, avec l'accord de ma hiérarchie, et n'impose pas de déplacement. Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans aucune conséquence dans le cadre de mon activité professionnelle. Je sais que je peux retirer à tout moment mon consentement, quelles que soient mes raisons sans que ma responsabilité ne soit engagée.

Une lettre d'information précisant les implications d'une telle étude m'a été remise. J'ai lu et compris la lettre d'information. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai reçu des réponses claires et précises. Je peux à tout moment demander des informations complémentaires au Docteur Jean-Baptiste Fassier (Tel : 04.72.35.78.34).

Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de leurs responsabilités et obligations légales.

Je conserve tous mes droits garantis par les articles L.209-1 et suivants du Code de la Santé Publique et la Loi Informatique et Liberté du 6 Janvier 1987 modifiée.

J'accepte que les données nominatives recueillies à l'occasion de cette étude fassent l'objet d'un traitement informatisé par les organisateurs de la recherche. Le droit d'accès et de rectification des données prévu par la loi « Informatique et Liberté » peut s'exercer à tout moment auprès des responsables de l'étude par l'intermédiaire du Dr Jean-Baptiste Fassier (Tel : 04.72.35.78.34).

Les données nominatives recueillies resteront **strictement confidentielles et seront traitées de façon anonyme**. A ce titre, une déclaration de création de fichier informatisé a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés spécifiquement pour cette étude. Je n'autorise la consultation des fichiers que par les personnes seulement qui collaborent à l'étude, dûment mandatées par l'investigateur.

J'ai été informé(e) que conformément au Livre I-Titres 2 et 3 du Code de la Santé publique relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, le Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Est II a donné son autorisation le 19/03/2014.

Date et Signature du Professionnel

Date et Signature de l'Investigateur

Ce document a été établi en 2 exemplaires : l'un remis au professionnel, l'autre archivé dans son dossier source. Toutes les pages de ce document sont paraphées et la dernière page de ce document est signée

Annexe7 : définition des codes et des sous codes

Code	Titre	Définition du code
ANALYSES\CONTEXTE	CONTEXTE	particularité de la fonction publique, restriction budgétaire, sous effectif, particularité du milieu des soins
ANALYSES\EVALUATION POSTE DU TRAVAIL caractéristiques recherchées	caractéristiques recherchées	manutention; charge; fréquence; pathologie prise en charge dans le service; notion de torsion et flexion du rachis 18/09/2014 : postures contraintes, contrainte de temps, trajet, travail sur écran
ANALYSES\EVALUATION POSTE DU TRAVAIL caractéristiques recherchées/ caractéristiques décisives	caractéristiques décisives	Recherchés systématiquement et pouvant influencer la décision de la restriction d'aptitude ex: manutention, répétitivité, spécificité de l'activité, solidarité de l'équipe...
ANALYSES\EVALUATION POSTE DU TRAVAIL\difficultés/facilité	difficultés	difficultés d'évaluation sous 2 angles: - Critères retenus comme facteur de risque tel que la manutention est difficile à évaluer dans le travail réel - Modalités d'évaluation : plusieurs obstacles sont soulignés (expression difficile pour décrire le travail, absence de fiche de poste, étude du poste sur le terrain souvent difficile à cause du manque du temps en encore une mauvaise relation médecin du travail/ encadrement) 21/03/2015 : code rassemblant toutes les réponses / question sur facilité ou difficulté de l'évaluation du poste
ANALYSES\EVALUATION POSTE DU TRAVAIL modalités d'évaluation	modalités d'évaluation	dires de l'agent, connaissance des services et pathologies 16/09/14 : importance de l'interrogatoire importance des déplacements dans le service : vision globale des contraintes aussi bien physiques qu'organisationnelle 08/03/2015 : évaluation du poste du travail d'un agent lombalgique: évaluation des conditions du travail de façon systématique durant le tiers temps 19/03/2015 : Déplacement sur place : cas particulier évoquant difficulté à la reprise, besoin d'aménagement matériel (travail mutuel avec le CCT)
ANALYSES\EVALUATION POSTE DU TRAVAIL	dires de	description du travail par l'agent

modalités d'évaluation\ dires de l'agent	l'agent	
ANALYSES\EVOLUTION/ SUIVI évolution moyen/ long terme poste aménagé à long terme	poste aménagé à long terme	un aménagement qui se pérennise dans le temps et qui reste faisable sur le terrain
ANALYSES\EVOLUTION/ SUIVI\suivi médical	suivi médical	le suivi des agents lombalgiques sous restrictions est fait selon différentes modalités: - visite médicale programmée ou à la demande de l'agent - commission médico-sociale - échange informelle entre médecin du travail et encadrement, entre médecin du travail et agent (au self par ex) - informations relayés par les formateurs manutention sur le terrain
ANALYSES\EVOLUTION/ SUIVI\suivi médical\difficultés	difficultés	difficultés du suivi: - manque du temps - visite médicale de suivi pas toujours systématique - manque d'harmonisation des pratiques en terme de suivi de travailleurs sous restrictions
ANALYSES\EXAMEN DE SANTE\difficultés	difficultés	examen clinique difficile; plainte subjective et personne dépendante; absence de correspondance entre imagerie et clinique; multiples intervenants (généraliste, spécialiste, méd. statutaire, paramed etc.)
ANALYSES\EXAMEN DE SANTE\éléments décisifs	éléments décisifs	à l'examen de santé : douleur, présence de radiculalgie, prise d'antalgique, gêne dans la vie quotidienne, prise en charge chir ou infiltration, hernie aux exams radio scanner ou IRM
ANALYSES\EXAMEN DE SANTE\éléments recherchés	éléments recherchés	douleur; traitement; chronicité du mal du dos; imagerie; prise en charge en médecine de soins (généraliste, rhumato, kiné, osteo) 08/03/2015 : Impact sur la vie perso, trajet dom-W et moyen de transport sont recherché à l'interrogatoire l'examen clinique: dit "classique" comporte le Lasègue, la mobilité rachidienne, palpation rachis et paravert, DMS, ROT cert MT complète avec marche talent-pointe, shober, la recherche du sens libre impression que l'examen clinique que fait le médecin traitant dépend de son expérience professionnelle et l'idée qu'il se fait de la suite de la prise en charge de la lombalgie ex " je cherche un sens libre ... pour les orienter chez quelqu'un qui va les manipuler"
ANALYSES\EXAMEN DE SANTE\imagerie	imagerie	place de l'imagerie : importante, inutile qui prescrit? MT, méd. généraliste ou spécialiste dans quelles circonstances? lombalgie aigue ou

		chronique
ANALYSES\EXAMEN DE SANTE\influence visite	influence visite	<p>impact du type de visite médicale sur l'attitude (réaction) du méd.du travail et prise en charge qui s'en suit</p> <p>visite de reprise plus souvent: diagnostic, PEC+/- courrier méd. soins</p> <p>visite spontanée: situation d'urg (AT, impossibilité de tenir le poste)</p> <p>09/03/2015 : devant la question de l'impact du type de visite sur l'attitude du médecin du travail : la plupart des médecins évoque la visite de reprise (cas le plus fréquent ou le plus marquant en terme de prise en charge d'agent lombalgique?)</p> <p>en général l'examen clinique diffère très peu selon le type de visite alors que l'anamnèse va occuper une place plus importante s'il s'agit d'une visite de reprise ou à la demande</p>
ANALYSES\liaison dossier médical	liaison dossier médical	<p>questions évoquées en liaisons avec les résultats d'étude de dossier d'agents lombalgiques sous restrictions</p> <p>permettant de confronter le médecin du travail à sa propre pratique, se repérer par rapport à un cas concret</p>
ANALYSES\relation médecin travail\agent	agent	<p>l'influence que peut avoir l'agent sur la décision de restriction d'aptitude: nécessité de l'accord de l'agent</p> <p>souvent les restrictions sont prescrites à sa demande</p>
ANALYSES\relation médecin travail\autres	autres	<p>IDE santé au travail, collègues médecins du travail du même service, chsct, syndicat</p> <p>08/03/2015 : travail mutuel entre médecin du travail et formateur manutention: évaluation du poste, suivi</p> <p>09/03/2015 : relation médecin du travail - ostéopathe: selon les convictions du médecin du travail qui pourra orienter les agents lombalgiques vers un ostéopathe.</p>
ANALYSES\relation médecin travail\IPRP	IPRP	<p>intervenant prévention des risques professionnels: ergonome, conseiller, psychologue ...</p> <p>15/03/2015 : aux hospices , l'ergonome et le conseiller en conditions du travail est la même personne</p>
ANALYSES\relation médecin travail\Médecins de soins	Médecins de soins	<p>médecin généraliste, médecins spécialistes (rhumato, psychiatre...)</p> <p>09/03/2015 : relation autour de l'évaluation clinique de l'agent, le projet thérapeutique, préconisation par rapport au retour au travail</p> <p>09/03/2015 : le médecin soignant a un rôle d'appui quant à la décision de restriction prise par le médecin du travail</p>
ANALYSES\relation médecin travail\Médecins	examen de	<p>communication MDT- méd. soignant autour de l'état de santé : évaluation clinique, imagerie, avis</p>

de soins\examen de santé	santé	spécialisé, projet thérapeutique
ANALYSES\relation médecin travail\Médecins de soins\restriction	restriction	communication MDT- Med soignant autour des restrictions: motivation de prescriptions et explication donnée de chaque coté, travail mutualisé
ANALYSES\RESTRICTIONS\difficultés/décision de restriction	difficultés/ décision de restriction	- travail intellectuel fourni par le médecin du travail en absence de référentiel scientifique - décision de lourdes conséquences sur l'agent, le travail et l'institution trouver un juste milieu entre les différents éléments décisif: état de santé, les exigences du poste, la perception du poste du travail par l'agent et l'encadrement et la perception des restrictions par le milieu du travail (agent, collègues et encadrement) 13/03/2015 : notion de l'influence de l'agent sur la décision de restriction: demande explicite de restriction justifié ou pas par l'état clinique importance de la situation sociale (forcément pris en compte dans l'évaluation de l'état de santé et par conséquent dans la décision de restriction) se servir des restriction d'aptitude en les appliquant à la lettre ce qui pourrait empêcher la réalisation du travail réel: ex de la limitation de manutention à x Kg et dès que le poids unitaire ou de patient dépasse cette limite de qlq gramme soit l'agent refuserait d'effectuer la tâche soit l'administration considère l'agent inapte à ce travail en se basant sur les restrictions du médecin du travail
ANALYSES\RESTRICTIONS\éléments décisifs	éléments décisifs	influence de la médecine statutaire; faisabilité des restrictions; arrêt maladie de longue durée; notion d'intervention chirurgicale; vécu de l'agent (douleur, souffrance, retentissement sur la vie perso) 18/09/2014 : gravité de la pathologie 13/03/2015 : la solidarité de l'équipe, l'implication de l'encadrement: rôle important ++++
ANALYSES\RESTRICTIONS\fiche d'aptitude	fiche d'aptitude	fiche d'aptitude communiqué à l'agent 21/03/2015 : la fiche d'aptitude est utilisée parfois comme moyen de communication de la décision de restriction ou d'inaptitude temporaire entre le MDT, l'encadrement et le médecin traitant. cette fiche est communiquée dans ce cas via l'agent concernée qui a une copie de l'avis à l'issue de la visite médicale
ANALYSES\RESTRICTIONS\formulation	formulation	libellé: pas de manutentions; manutention en binôme; pas de port de charge durée temporaire ou définitive
ANALYSES\RESTRICTIONS\impact sur l'équipe	conséquences sur l'équipe	impact des restrictions sur l'équipe: pb organisationnel, répartition des tâches, conflit

ANALYSES\RESTRICTIO NS\mise en place des restrictions/aménagement	mise en place des restrictions/a ménagemen t	aménagement 13/03/2015 : restriction de restrictions sur cert restrictions/ cert service, cert type de patient, cert travaux réaffectation: changement de service matériel : moyen de manutention difficulté de la mise en place/ contexte: poste aux soins dont la restriction à la manutention est difficilement compatible avec la nature du travail, impact sur l'équipe dans un contexte de manque d'effectif, encadrement pas toujours sensible à la notion de restriction ou aménagement de poste
ANALYSES\RESTRICTIO NS\mise en place des restrictions/aménagement\ RQTH	RQTH	rôle de la demande RQTH dans la mise en place des aménagement. objectif de la demande. 18/09/2014 : demande RQTH pour obtenir des aménagement ou pour la retraite
ANALYSES\RESTRICTIO NS\objectifs/ utilité	objectifs	maintien dans l'emploi, reconnaissance, adaptation à l'état de santé 13/03/2015 09:34:12 reprise du travail, protection de l'état de santé de l'agent

MANUTENTIONS MANUELLES

FIFARIM - Fiche d'identification des facteurs
de risques liés à la manutention

Avril 2008

Direction générale Humanisation du travail

Consignes d'utilisation

La fiche d'identification des facteurs de risques liés à la manutention (FIFARIM) est un outil d'analyse à utiliser en complément du guide "Manutentions manuelles: guide pour évaluer et prévenir les risques". Des indications sur l'utilisation de la fiche FIFARIM sont disponibles au chapitre 2 de ce guide.

La fiche FIFARIM a pour but d'attirer votre attention sur les aspects d'une situation de manutention qui peuvent contribuer à créer un risque de lésion corporelle :

- les postures adoptées durant la manutention (items 1 à 6) ;
- l'objet ou la charge manutentionnée (items 7 à 13) ;
- les caractéristiques de certaines tâches particulières telles que le transport, la poussée ou la traction d'une charge (items 14 à 20) ;
- l'influence de l'environnement (items 21 à 22) et de l'organisation du travail (items 23 à 26)

Pour répondre aux 26 questions de la fiche, il est nécessaire de se référer à une seule tâche précise telle qu'elle est effectuée en réalité et d'observer celle-ci.

Lorsque la fonction ou le poste de travail à analyser comprend plusieurs tâches de manutention, la première phase de l'analyse consiste à effectuer un tri entre ces différentes activités ou tâches.

En vous appuyant sur votre expérience personnelle ou sur la perception des travailleurs concernés, analysez d'abord la tâche jugée la plus dangereuse ou la plus pénible pour le dos. Si plusieurs tâches de la fonction ou du poste de travail sont jugées pénibles, n'hésitez pas à compléter plusieurs fiches (une par tâche). Il faut en effet éviter de devoir calculer mentalement une « moyenne » entre des tâches de manutention différentes. N'oubliez pas que votre but doit être d'identifier la ou les tâches présentant le plus grand risque et non pas d'estimer un risque « moyen ».

Avant d'utiliser la fiche pour analyser une tâche de manutention manuelle, soyez également attentif à bien définir le contexte dans lequel vous allez utiliser la Fifarim. Si vous analysez votre propre situation de travail, il s'agit alors d'une AUTO-EVALUATION. Si vous analysez une situation de travail qui n'est pas la vôtre, il s'agit alors d'une EVALUATION EXTERNE. Pour chacun de ces contextes, vous trouverez dans le chapitre 2 de « Manutentions manuelles - un guide pour évaluer et prévenir les risques » des conseils pour insérer votre analyse dans une démarche plus large et lui donner ainsi l'impact souhaité.

Pour chacune des 26 questions de la fiche, vous pouvez répondre en plaçant une croix sur une barre colorée allant de RAREMENT à SOUVENT



Dans cette barre colorée ,

- RAREMENT correspond à une situation observée une fois par semaine ou moins souvent encore;
- SOUVENT correspond à une situation observée tous les jours, plusieurs fois par jour.

Entre ces deux extrêmes, se retrouvent des situations observées

- quelques fois par semaine,
- au maximum une ou deux fois par jour,
- plusieurs fois par jour, mais seulement certains jours,
- etc.

Dans ces cas, c'est à l'utilisateur d'estimer à quel endroit de la barre colorée situer la fréquence du risque dans la situation de travail observée.

Après avoir passé en revue toutes les questions, il s'agit de sélectionner les aspects (minimum 1 et maximum 4) qui nécessitent une intervention prioritaire à cause de leur fréquence et/ou de leur gravité.

Ainsi par exemple pour la rotation du tronc (0, 3), vous tiendrez compte non seulement de la fréquence de ce mouvement mais aussi de son intensité (rotation > 20° ? > 45° ?).

Pour vous aider à définir les priorités mais aussi à proposer des solutions pour la réduction des risques, vous êtes invités à remplir une feuille de synthèse. Il est recommandé de confronter cette synthèse à celle des autres travailleurs concernés, ou de la réaliser collectivement, lors d'une réunion organisée dans ce but.

Nom de l'observateur :	Date de l'observation :
Tâche analysée :	
Lieu de travail :	
Nature de la charge :	
.....	

Les postures

1

Le tronc est-il penché en avant
(flexion au-delà de 45°) ?



2

Les bras sont-ils élevés
au-dessus du plan des épaules ?



3

Faut-il tourner les épaules ou
se pencher en tournant les épaules ?



4

Faut-il incliner le tronc sur le côté pour
manipuler un objet à une main ?



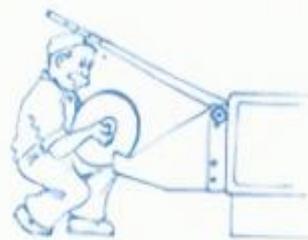
5

Faut-il étendre les bras loin vers l'avant, à plus de 40
cm du corps, pour saisir la charge ?



6

La manutention doit-elle être réalisée dans une
posture contraignante ?
A genoux, accroupi, en équilibre instable

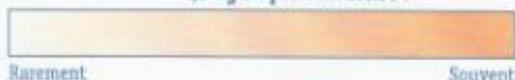


4

FIFARIM

La charge-L'objet

7 Le poids de l'objet dépasse-t-il 25 kg pour les hommes en position debout ?
15 kg pour les femmes en position debout ?
4,5 kg en position assise ?



8 Les objets et leur emballage sont-ils fragiles, instables, excentrique ?



9 La charge est-elle encombrante ?



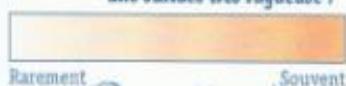
10 Le volume de l'objet peut-il induire une mauvaise estimation de son poids ?
Le poids (approximatif) est-il inconnu ?



11 La charge est-elle difficile à saisir ?



12 L'objet présente-t-il des angles et/ou des bords tranchants, une surface très rugueuse ?



13 L'objet est-il très chaud, très froid, ou très sale ?



FIFARIM

5

La tâche : le transport de charges

- 14** Le transport s'effectue-t-il sur une distance de
- plus de 2 m (en cas de manutention répétitive) ?
- plus de 10 m (en d'autres circonstances) ?



- 15** La tâche implique-t-elle le franchissement de dénivellations (marches, escaliers, plans inclinés...)?



- 16** Y a-t-il des obstacles et/ou des inégalités du sol sur le trajet à parcourir ?



La tâche : poussée ou traction (chariot, trolley...)

17 Le poids du chargement dépasse-t-il :
- 600 kg pour un transpalette ?
- 300 kg pour un chariot ?



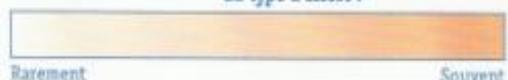
18 Le sol présente-t-il des trous, des inégalités ou des différences de niveau ?



19 L'engin est-il en mauvais état ?
(roues ou roulements détériorés ou encrassés)



20 L'engin est-il équipé de poignées placées à une hauteur inadéquate ou non réglables en fonction du type d'effort ?



FIFARIM

7

L'environnement

21

L'espace disponible pour effectuer la manutention est-il insuffisant ou encombré ?



22

L'environnement physique est-il particulièrement contraignant ?

(Par exemple à cause du climat, de l'éclaireage, du bruit ou de l'empoussièrisme)



L'organisation du travail

23 La machine ou le processus de production imposent-ils une contrainte de temps ?



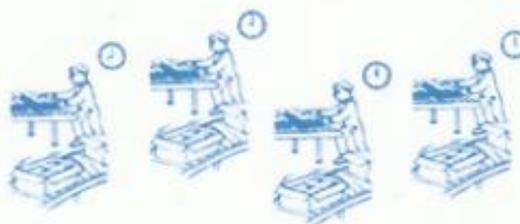
24 Y a-t-il des incitants à la productivité ?



25 Faut-il exécuter des tâches en urgence ?



26 La tâche de maintenance est-elle :
répétitive, monotone ?
- fréquente ? (plus d'une fois toutes les 5 minutes ou plus de 12 fois par heure)
- continue ? (plus d'une heure sans période d'interruption)



Feuille de synthèse: définir des

En pensant aux questions auxquelles vous venez de répondre, entourez au minimum UN et au maximum QUATRE facteurs de risque qui vous paraissent prioritaires en raison de leur fréquence et/ou de leur gravité (ou intensité).

■ LES POSTURES



■ LA CHARGE-L'OBJET



■ L'ENVIRONNEMENT



■ LA TACHE: LE TRANSPORT DE CHARGES



■ LA TACHE: LA POUSSÉE OU TRACTION



■ L'ORGANISATION



priorités et des moyens de prévention

Relevez les facteurs de risque qui nécessitent une intervention prioritaire et décrivez brièvement les causes de ces problèmes.

Numéro de référence dans la FIFARIM	Les causes des problèmes que vous avez identifiés
<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Facteur de risque non prévu dans la FIFARIM	<hr/> <hr/> <hr/>

Proposez quelques moyens de prévention qui vous paraissent adéquats et réalisables et indiquez quels facteurs de risque ils permettent d'améliorer.

Moyens de prévention	Numéro de référence dans la FIFARIM
<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bakkari Dounia

« Exploration du processus d'évaluation et de formulation des restrictions médicale d'aptitude au travail des travailleurs lombalgiques : expérience de 10 médecins du travail du personnel hospitalier »

140 Pages, 3 Tableaux, 3 Figures. Thèse de médecine LYON 2015-n°121

RESUME

La lombalgie, touchant essentiellement les personnes en âge de travailler, constitue un problème de santé publique. Le médecin du travail, dans l'objectif de favoriser la reprise du travail et le maintien dans l'emploi, peut préconiser des aménagements du poste et/ou des restrictions médicales d'aptitude au travail.

L'objectif de cette étude était d'explorer le processus d'évaluation et de formulation des restrictions médicales d'aptitude au travail des travailleurs lombalgiques et de recueillir le point de vue des médecins du travail sur cet exercice.

Une approche de recherche qualitative a été adoptée. 10 médecins du travail du personnel hospitalier ont été inclus intentionnellement. La recherche a été conduite sous forme d'entrevues individuelles semi-structurées précédées d'étude de dossiers médicaux d'agents lombalgiques suivi par le praticien interrogé et ayant eu des restrictions médicales d'aptitudes dans les 18 mois précédents.

Les entrevues ont été retranscrites et analysées au moyen du logiciel MAXQDA v 11.

La description du processus d'évaluation et de formulation des restrictions médicales d'aptitude chez les travailleurs lombalgiques a permis d'identifier les différentes étapes d'évaluation (examen de santé et évaluation du poste du travail). Les critères de jugement de l'état de santé du travailleur lombalgique étaient variables, et les modalités d'évaluations du poste du travail étaient différentes selon les médecins. Ce processus était globalement cohérent. Il s'appuyait sur les données de l'examen de santé et de l'évaluation des contraintes du poste du travail. Il intégrait la faisabilité des restrictions au travail et prenait en compte la notion du collectif du travail. Cet exercice était jugé difficile. Les difficultés étaient liées à l'évaluation de la douleur, la prise en compte du retentissement socioprofessionnel sur le travailleur, le manque de consensus et de normes pour la formulation des aptitudes dans un contexte réglementaire complexe et de jurisprudence abondante.

Des pistes d'améliorations peuvent être proposées en matière d'évaluation d'aptitude médicale au travail avec la possibilité d'utilisation d'outils commun d'évaluation de la douleur et d'évaluation du poste. Concernant la formulation des restrictions médicales d'aptitude, la piste d'explorer la faisabilité d'un consensus sous forme de thésaurus semble intéressante.

MOTS CLES

- Lombalgie
 - Médecin du travail
 - Personnel hospitalier
 - Restriction d'aptitude médicale au travail
 - Evaluation du poste du travail
 - Manutention manuelle de charge
 - Maintien dans l'emploi
 - Aménagement du poste du travail
-

JURY

- | | |
|-------------|---|
| Président : | • Monsieur le Professeur Alain Bergeret |
| Membres : | • Monsieur le Professeur Cyrille Colin |
| | • Monsieur le Professeur Gilles Rode |
| | • Monsieur le Docteur Jean-Baptiste Fassier |
-

Date de soutenance : 22 juin 2015

Adresse de l'auteur : bakkaridounia@gmail.com
