

Influence d'une politique active du médecin-conseil sur la réintégration professionnelle. Incapacité de travail après cure chirurgicale pour hernie discale lombaire.

A Rehabilitation-Oriented Approach In Health Insurance Medicine. Return to Work After Surgery For Lumbar Disk Herniation.

Donceel P (*) (**), Du Bois M (**)

Résumé

Objectifs : L'objectif de la présente étude était de vérifier si le médecin-conseil de l'assurance maladie est capable d'influencer favorablement le degré et la date de la reprise du travail après une intervention chirurgicale pour cause de hernie discale.

Méthode : Etude prospective avec participation de 60 médecins-conseils, qui ont été divisés au hasard en deux groupes : un groupe de contrôle et un groupe d'intervention.

Le groupe d'intervention a été chargé de baser l'évaluation de l'incapacité de travail sur plusieurs directives spécifiques avec une politique active, afin de réduire au maximum la durée de l'inactivité. Le but à poursuivre était la reprise rapide et efficace du travail. Les moyens utilisés ne sont pas d'une nature de contrôle répressif, mais englobent avant tout une attitude motivante, d'accompagnement et thérapeutique concernant l'incapacité de travail en concordance avec la littérature scientifique et avec utilisation optimale des possibilités légales.

Résultats : L'utilisation du schéma d'intervention a résulté en une réduction de l'incapacité de travail de longue durée jusqu'à 10,1 % dans le groupe activement accompagné par le médecin-conseil, en comparaison avec les 18,1 % enregistrés dans le groupe de contrôle.

Les principaux points de divergence ($p < 0,001$) dans l'évaluation de l'incapacité par les deux groupes concernent la communication d'informations au patient quant à l'incapacité de travail escomptée et sur les règles légales, un retour progressif au travail, des recommandations pour une mobilisation précoce et enfin la concertation et le contact entre le médecin-conseil et le médecin traitant.

Conclusion : Une politique active des médecins-conseils est un élément essentiel de la revalidation des patients après une intervention pour cause de hernie discale de la colonne vertébrale.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:5-14

Mots clés : médecin-conseil, incapacité de travail, réintégration professionnelle, intervention, hernie discale lombaire, chirurgie.

Summary

Aims: The aim of this study was to determine if health insurance fund's medical advisors (médecins-conseils) could favorably influence the return to work of patients who had undergone lumbar disk surgery.

Methods: We performed a prospective study involving 60 medical advisors who were randomly divided into two groups: an intervention group and a control group. The intervention group was asked to actively apply specific criteria in order to determine whether they could shorten the sick leave time of enrolled patients. The end-point was a rapid and effective return to work. The method avoided any repressive attitude; rather, it consisted in preferentially using motivation, support measures and appropriate therapy, all of which have been described in the literature, while totally respecting the existing legal framework.

Results: Following the study period, 10.1% of the patients in the intervention group were still on long-term sick leave compared to 18.1% in the control group. The main differences ($p < 0.001$) in patient assessment concerning the moment a return to work was possible between the two groups were: informing patients of the expected duration of their disability and of the applicable statutory regulations, a progressive return to work, advice on early mobilization and finally, cooperative discussion between the medical advisor and the attending physician.

Conclusion: Active participation by health fund medical advisors is an essential element in the rehabilitation of patients who have had lumbar disk surgery.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:5-14

Key Words: medical adviser, work incapacity, professional reintegration, intervention, lumbar disc herniation, surgery.

(*) Département de santé publique, Section de médecine du travail et d'assurance, Katholieke Universiteit Leuven

(**) Médecin-conseil, Direction médicale de l'Alliance des Mutualités Chrétiennes, Bruxelles (Belgique)

Adresse pour correspondance : Pr. Peter Donceel, Département de santé publique, Section de médecine du travail et d'assurance, Katholieke Universiteit Leuven, Kapucienenvoer 35/5, B-3000 Leuven (Belgique), e-mail : peter.donceel@cm.be

INTRODUCTION

La durée et la nécessité d'une restriction des activités physiques et professionnelles après une intervention chirurgicale de la colonne lombaire pour une hernie discale sont des thèmes controversés dans la littérature médicale [1]. Différents auteurs ont formulé des recommandations en matière de rééducation post-opératoire et de programmes d'exercices progressifs. Dans la pratique, une certaine réserve subsiste toutefois souvent à ce propos, en raison de la crainte d'une récurrence des douleurs ou de l'apparition d'une nouvelle hernie ou d'une instabilité [2, 3]. Une telle attitude implique néanmoins des risques importants. Selon Keel, une période prolongée d'inactivité physique et des restrictions fonctionnelles associées à un long congé de maladie constituent des facteurs bio-psycho-sociaux susceptibles d'entraîner l'apparition d'une douleur chronique dans le bas du dos [4]. Une étude contrôlée datant de 1993 a démontré qu'un programme de rééducation avec des exercices intensifs, l'apparition des lombalgies n'étant pas considérée comme un facteur restrictif, a débouché sur une amélioration de la situation fonctionnelle qui, à son tour, a entraîné une meilleure aptitude au travail [5]. Tant pour le médecin traitant que pour le patient, il s'avère positif d'appliquer le principe : « don't let the pain be your guide » [2].

Après une intervention chirurgicale pour une hernie discale de la colonne lombaire, la durée moyenne de l'incapacité de travail en Belgique est de 12 à 16 semaines. Certaines études soulignent cependant qu'une reprise plus rapide du travail et le retour à un niveau d'activité normal après une simple discectomie doivent être possibles avec des effets positifs sur l'état de santé et le fonctionnement du patient. Carragee *et al.*, après avoir suivi une cohorte de 50 patients successifs pendant 2 à 7 ans, ont conseillé de reprendre les activités précédentes au plus vite après l'intervention. Le délai moyen de reprise du travail après celle-ci n'était que de 1,7 semaine. Lors d'une étude de contrôle, il s'est avéré qu'aucun patient n'avait changé de travail en raison de douleurs dans le dos ou dans les jambes. Plus la recommandation de retourner au travail et de reprendre ses activités normales était précoce, plus elle avait des chances de succès [1].

Selon Andersson, les patients limités par des douleurs lombaires manifestent peu d'initiatives en vue d'une reprise du travail [6]. La chance de réintégration professionnelle diminue à mesure que la durée d'absence au travail augmente. Toute recommandation visant à reprendre le travail devrait se baser sur une comparaison des possibilités objectives de mouvement du patient avec les exigences requises par le métier [7], le maintien de la santé étant primordial. Ce principe n'est pas toujours ap-

pliqué et le conseil donné au patient – après un programme de rééducation ou non – soit de reprendre le travail, soit de rester en incapacité de travail n'est généralement pas basé sur des motifs médicaux objectifs. La décision ou l'avis de reprise du travail sont souvent exclusivement basés sur les plaintes du patient, qui ne sait ou n'entrevoit pas les conséquences négatives que peut avoir une incapacité de travail prolongée.

Selon Hall, l'activité physique peut déboucher, même si les douleurs persistent, sur une nette amélioration fonctionnelle et faire partie intégrante du traitement et du processus de rééducation. Selon cet auteur, il n'existe pas la moindre preuve selon laquelle un retour précoce au travail serait néfaste pour le dos [7]. Fordyce *et al.* considèrent même que le médecin, fondant sa décision sur les plaintes du patient en matière de douleurs et de limitation fonctionnelle, court le risque d'entretenir une lombalgie chronique [8]. Si, pendant le traitement, l'accent n'est pas mis sur l'importance d'une reprise du travail, le patient est confirmé dans son appréciation qu'il est et reste inapte au travail [9].

Batié pense qu'un programme de rééducation fonctionnelle réussi repose essentiellement sur les axes suivants : informer suffisamment le patient, établir un diagnostic précis, donner des conseils pour accepter les recommandations destinées à maîtriser les symptômes et donner des directives claires concernant l'activité physique qu'il peut effectuer sans crainte d'aggraver son état [10]. Contrairement à l'avis général donné au patient qu'il est encore inapte au travail, des directives précises en matière d'activité physique peuvent lui donner une meilleure impression des activités qu'il peut reprendre sans crainte d'aggraver son état. De telles directives peuvent aussi être utiles pour le médecin du travail et même pour l'employeur, afin de faire face, lors de la phase initiale, aux capacités de l'employé [10]. Notre expérience nous a appris que, dans la pratique, de telles mesures pour la promotion de la réintégration sociale et professionnelle sont peu appliquées. C'est souvent le contraire qui est pratiqué. En effet, la plupart des décisions en matière d'incapacité de travail sont prises sur la base des plaintes du patient. La prescription d'une incapacité de travail de longue durée ne peut généralement pas être établie sur les seules constatations cliniques, mais reflète aussi la crainte du médecin traitant qu'un retour au travail sans restrictions puisse donner lieu à une aggravation [7]. Dans une étude précédente [11], nous avons montré que 12 mois après une intervention chirurgicale pour cause de hernie discale lombaire, 20 % des assurés n'étaient pas encore aptes à reprendre le travail. La principale victime de l'absence d'un traitement post-opératoire actif est le patient. En effet, il court le risque d'une chronicisa-

tion de ses lombalgies et d'une limitation de ses activités physiques. De nombreux moyens financiers, qui pourraient être mieux affectés en matière de politique de santé, se perdent alors dans l'indemnisation de l'incapacité de travail.

En Belgique, les médecins-conseils des mutualités ont une obligation légale d'évaluer l'incapacité de travail chez les employés interrompant le travail pour des raisons médicales. La législation de l'assurance maladie et de l'invalidité leur offre la possibilité de suivre régulièrement les assurés en incapacité de travail et de se concerter avec les médecins traitants sur le traitement et l'opportunité d'une rééducation. En ce sens, ils peuvent instaurer une politique préventive axée sur la prévention de l'incapacité de travail de longue durée ou permanente. Jusqu'à présent, aucune politique concrète n'a été toutefois mise en œuvre afin d'appliquer, de manière conséquente, des actions de prévention de l'incapacité de travail de longue durée dans la pratique des médecins-conseils. De nombreux médecins-conseils se limitent à l'évaluation des dommages physiques et ne consacrent que peu ou pas d'attention à la réadaptation fonctionnelle et professionnelle. Dans de nombreux autres pays, la situation des médecins-conseils ou des médecins de la sécurité sociale est également comparable.

L'objectif de la présente étude était de vérifier si le médecin-conseil de l'assurance maladie est capable, à l'aide d'un programme d'intervention structuré axé sur une mobilisation précoce et une reprise rapide des activités sociales et professionnelles, d'influencer favorablement le degré et la date de la reprise du travail après une intervention chirurgicale pour cause de hernie discale pendant la première année de l'incapacité de travail. La reprise du travail ou non par l'assuré a ici été utilisée comme paramètre de résultat.

MÉTHODE

1. Protocole d'étude

Tous les médecins-conseils néerlandophones (n = 60) de l'Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes se sont investis dans cette enquête.

Environ la moitié de la population obligatoirement assurée en Belgique est affiliée à cette Mutualité. Les centres médicaux des Mutualités ont une répartition géographique équilibrée et chaque médecin-conseil est responsable des assurés d'une région donnée. Les médecins-conseils ont été divisés en deux groupes : un groupe de contrôle et un groupe d'intervention. À l'aide de chiffres fortuits générés par ordinateur, les médecins-conseils ont été classés au hasard dans le groupe d'intervention ou le

groupe de contrôle. Les deux groupes comptaient trente médecins-conseils.

Chacun des groupes a relevé les informations socio-professionnelles et médicales des assurés à l'aide d'un questionnaire. Les questions portaient sur les caractéristiques démographiques, la formation, l'emploi, la nature du travail, la satisfaction professionnelle, le comportement face au tabac, les antécédents médicaux concernant la pathologie dorsale, les antécédents d'interventions sur le rachis, la localisation de la douleur, les signes de paralysie à la suite de la hernie, le type d'intervention, la présence de contestations médico-légales en rapport avec l'incapacité de travail et la durée de la période d'incapacité de travail avant l'intervention chirurgicale.

Le questionnaire a été rempli durant la première consultation de chaque nouveau patient assuré ayant introduit une demande pour allocations d'incapacité de travail après avoir subi une intervention chirurgicale pour cause de hernie discale de la colonne lombaire. Étant donné que la technique chirurgicale n'est pas toujours claire lors de la première consultation du médecin-conseil, toutes les techniques opératoires ont été prises en compte. Des critères d'inclusion supplémentaires pour l'étude étaient les suivants :

- être assuré comme salarié pour l'assurance maladie invalidité obligatoire. Les indépendants ont été exclus en raison des différents critères et procédures légaux lors de l'évaluation de l'incapacité de travail dans l'assurance maladie ;
- être âgé de 15 à 64 ans ;
- être en incapacité de travail depuis moins de un an au moment de l'intervention chirurgicale.

Le groupe de contrôle a été constitué de trente médecins-conseils auxquels on a demandé de procéder à l'évaluation de l'incapacité de travail selon la procédure habituelle. Le groupe d'intervention par contre, également constitué de trente médecins-conseils, a été chargé d'évaluer l'incapacité de travail selon plusieurs directives spécifiques (abordées plus loin au § 3). Les recommandations relatives à l'accompagnement post-opératoire des patients souffrant d'une hernie discale sont fondées sur la littérature scientifique abordée dans l'introduction et sur les directives portant sur le traitement et la rééducation de patients souffrant d'un mal de dos chronique [1, 2, 3, 10, 12].

L'évaluation médicale des médecins-conseils dans le groupe d'intervention s'est opérée mensuellement, en commençant environ 6 semaines après l'intervention chirurgicale jusqu'à la date de reprise du travail par les patients. Après chaque consultation, le médecin-conseil a noté la motivation de sa décision (prolongation ou fin de l'incapacité de travail). Un an après l'intervention, la situation professionnelle de tous les patients a été contrôlée. À la suite de ce contrôle, les patients ont

été classés en deux groupes : patients ayant repris le travail à cette date ou bien patients toujours en incapacité. La reprise du travail a constitué la variable dépendante sur laquelle porte le résultat.

Les données du questionnaire standardisé ont été utilisées en vue de détecter d'éventuelles divergences objectives dans la composition des deux groupes de patients. On a également procédé à une comparaison des avis des médecins-conseils dans les deux groupes. Les médecins-conseils du groupe d'intervention ont noté leurs actions lors de chaque contact avec leurs patients. A la fin de la période d'étude, les médecins-conseils du groupe de contrôle ont reçu un questionnaire portant sur toutes les recommandations et les décisions des médecins-conseils concernant les patients qu'ils avaient suivis.

2. Traitement des données

Le calcul du nombre de sujets nécessaires pour mesurer l'intensité de l'intervention des médecins-conseils a été fait sur les hypothèses suivantes : un risque $\alpha = 0,05$, une puissance de 80 % et une amélioration minimale de l'incapacité de travail de longue durée à 12 mois – critère de jugement principal – d'au moins 40 %, à la suite de l'intervention. Un groupe contrôle et un groupe intervention, de 300 assurés chacun, ont été constitués.

Nous sommes donc partis du principe qu'une diminution de 40 % du nombre de personnes en incapacité de travail de longue durée après intervention était pertinente.

Les caractéristiques des deux groupes d'assurés ont été comparées à l'aide d'un test de chi 2 pour les variables qualitatives et d'un test non paramétrique H de Kruskal et Wallis pour les variables non qualitatives. Le test de chi 2 a également été utilisé pour comparer les résultats des deux groupes d'assurés après une année de suivi.

Afin de mesurer l'effet de l'intervention des médecins-conseils sur la durée post-opératoire de l'incapacité au travail, la méthode de Kaplan-Meier et le test du log-rank ont été utilisés. L'application du modèle des risques proportionnels de Cox a permis la prise en compte des éventuels facteurs de confusion. Le seuil de signification statistique a été fixé à 5 %. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS® (*Statistical Package for Social Science*).

3. Le schéma d'intervention

L'option visée pour le schéma d'intervention a été de respecter au maximum l'autonomie des médecins-conseils. Le médecin-conseil a défini indépendamment sa politique pour chaque cas individuel. Pour ce faire, il a certes dû tenir compte, autant que possible, du schéma d'intervention. Cela n'avait donc absolument aucun caractère contraignant,

mais valait certes comme référence ou standard lors de l'évaluation.

Le principe général est que le médecin-conseil mène une politique de médecin-conseil active, afin de réduire au maximum la durée de l'inactivité tant dans la vie quotidienne que professionnelle. La reprise rapide et efficace du travail était l'objectif. Les moyens ici utilisés ne sont pas, en premier lieu, d'une nature de contrôle répressif, mais englobent avant tout une attitude motivante, d'accompagnement et thérapeutique concernant l'incapacité de travail.

Nous abordons ci-après brièvement les éléments du schéma.

a) Fixation du délai ou fixation de la date de l'intervention du médecin-conseil

Il importait que le médecin-conseil ait, rapidement après l'intervention, un premier contact avec l'assuré à sa consultation. Entre 4 à 6 semaines après l'intervention, le médecin-conseil convoquait l'assuré pour la première fois.

Afin de bien planifier, suivre et adapter la politique de suivi, il prévoyait ensuite, et aussi longtemps que l'assuré était en incapacité de travail, au moins une nouvelle consultation de suivi toutes les 4 semaines.

b) Explication du rôle

Dans le schéma, nous demandons au médecin-conseil de libérer du temps, durant la première consultation, pour la communication d'informations sur sa tâche et sur les critères légaux. Il demandait à l'assuré si le motif de la convocation, le contenu de la consultation et le rôle du médecin-conseil lui paraissaient clairs et précisait ce que l'on attendait de lui. Le cadre légal et les indicateurs lors de l'évaluation étaient succinctement expliqués, dans un langage compréhensible de tous.

c) Collecte de données

Lors de chaque consultation, le médecin-conseil suivait l'évolution des plaintes (douleurs) et le traitement. Pour cette enquête, deux instruments spécifiques ont été ajoutés : la *gradation Oswestry* et la gradation de douleur visuelle.

Lors de l'examen clinique, un examen neurologique des membres inférieurs (réflexes, force musculaire et troubles sensoriels) était réalisé. Le test de Lasègue ou le test *straight leg raising* était toujours effectué. Le médecin-conseil se servait des signes de Waddell si l'anamnèse et les facteurs cliniques fournissaient des données contradictoires.

Lors de chaque consultation, on demandait à l'assuré comment il entrevoyait lui-même ses chances de reprendre le travail et quels pouvaient être à ce moment-là et selon lui les éventuels facteurs limitants.

Spécifiquement pour la pathologie du dos et la rééducation après l'intervention, le médecin-conseil évaluait plusieurs facteurs de risque qui étaient associés à une incapacité de travail à long terme. Sur la base de ces facteurs de risque, le médecin-conseil évaluait si un accompagnement actif était nécessaire ou si l'assuré pouvait peut-être, sans trop d'incitation, entamer et réaliser de lui-même une reprise du travail. La liste suivante de facteurs de risque avait été remise aux médecins-conseils :

- une longue incapacité de travail préopératoire ;
- un âge élevé ;
- un revenu faible ; une classe sociale défavorisée ; un bas niveau de formation ;
- être ouvrier dans une entreprise où le travail est répétitif, ou sollicite beaucoup la colonne lombaire, où il y a des manutentions de charges lourdes ;
- une faible satisfaction ou une faible motivation professionnelle ;
- une longue hospitalisation ; une évolution postopératoire compliquée ;
- une période de chômage ;
- une chirurgie lourde (touchant plus d'un niveau ou comprenant une opération de fusion) ;
- une lésion dorsale attribuée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- un antécédent d'intervention du rachis ;
- l'existence de problèmes psychologiques ; une dépression ;
- le sexe féminin ;
- des troubles sensoriels des membres inférieurs lors de l'examen clinique ;
- le tabagisme ;
- une intervention survenue tardivement ;
- une rééducation fonctionnelle démarrée tardivement ;
- une dépendance aux médicaments ;
- une sinistrose ;
- une contestation juridique concernant l'incapacité de travail.

d) Informations, directives et avis aux assurés

Le médecin-conseil recommandait à l'assuré de se mobiliser activement : une certaine douleur dans le dos ou dans les jambes est normale lors de l'évolution postopératoire et ne doit pas entraver l'augmentation progressive des activités. Il donnait clairement le message selon lequel la reprise d'activités sociales et professionnelles est importante pour le rétablissement et le maintien d'une bonne santé. Il était logiquement attendu que l'assuré puisse reprendre le travail dans les mois suivant l'intervention.

La reprise du travail n'était déconseillée dans les premières semaines après l'intervention que lorsqu'il y avait la manutention fréquente de charges lourdes ou une sollicitation importante de la colonne vertébrale avec mouvements de flexion et de torsion réguliers.

Le médecin-conseil conseillait à l'assuré d'effectuer, à compter de la 4^e à la 6^e semaine après l'opération un programme d'exercices. Si aucune amélioration de l'état de l'assuré n'était apparue au bout de trois mois, le médecin-conseil envisageait le renvoi du patient vers un centre spécialisé.

La reprise partielle du travail comme moyen de réintégration professionnelle était explicitement mise en avant par le médecin-conseil pendant la consultation.

e) Concertation avec le secteur traitant

Il était conseillé de discuter du dossier et de se concerter avec le médecin traitant si le médecin-conseil souhaitait avoir accès aux examens techniques et spécialisés que l'assuré n'apportait pas spontanément lors de la consultation. Lorsque des problèmes sociaux ou psychiques n'étaient pas pris en charge, la concertation était également recommandée. D'autres motifs de contact pouvaient être la sinistrose, des affections concomitantes et un suivi inadapté ou défectueux des prescriptions médicales.

Le contact avec le spécialiste traitant était indiqué s'il existait une certaine imprécision quant au déroulement de l'intervention et au rétablissement postopératoire. Si, après l'intervention, aucune rééducation ou aucune recommandation n'étaient données, il était également souhaitable de contacter le chirurgien ou éventuellement le médecin traitant, afin de se concerter.

Le médecin du travail était contacté si les obstacles à la reprise du travail se situaient au niveau des conditions de travail ou de la nature des activités professionnelles. Egalement si des problèmes se posaient en cas de reprise partielle du travail, le médecin-conseil devait se concerter avec le médecin du travail.

Le renvoi vers le service de travail social se faisait en cas de problèmes sociaux et de demandes d'assistance.

f) Discussion du cas avec d'autres médecins-conseils

La discussion du dossier avec des collègues médecins-conseils pouvait être utile en cas de difficultés ou de doute sur la « politique » à mener.

Tous les accords pris avec l'assuré sur les activités, de préférence dans le cadre d'un plan de réintégration, étaient notés et minutieusement suivis.

RÉSULTATS

1. Paramètres démographiques et sociaux

Tous les patients ayant présenté une déclaration d'incapacité de travail après une intervention pour

cause de hernie discale et ayant satisfait aux critères d'inclusion ont été pris dans l'étude. L'enquête a commencé en octobre 1996. Lors de la clôture, en juin 1997, 710 patients avaient été enregistrés, dont 345 étaient suivis par un médecin-conseil du groupe d'intervention.

Etant donné le caractère obligatoire de l'évaluation du médecin-conseil, cette étude ne compte aucun patient perdu de vue pendant la période de suivi.

L'âge moyen (39,2 ans) ne différait pas de manière statistiquement significative pour les deux groupes. L'enquête comptait 464 hommes et 246 femmes, avec une différence entre le groupe d'intervention (69,0 % hommes) et le groupe de contrôle (61,9 % hommes) ($p = 0,0479$). Pour l'ensemble des autres caractéristiques de la population enregistrées, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence. La durée moyenne de la période d'incapacité de travail avant l'opération du rachis s'élevait respectivement à 22 jours et 28 jours pour le groupe de contrôle et le groupe d'intervention.

2. L'incapacité de travail après l'intervention

Conformément au schéma d'intervention, la présence permanente de douleurs sans autres signes cliniques objectifs n'était pas en soi un motif suffisant pour encore différer le retour au travail. Il a été demandé aux médecins-conseils du groupe

d'intervention de motiver par écrit, avec raisons médicales, toute prolongation de l'incapacité de travail. Le motif le plus fréquemment cité pour prolongation de l'incapacité de travail portait sur des signes cliniques objectifs d'excitation des racines nerveuses, l'apparition d'autres problèmes médicaux et une baisse objective de la mobilité de la colonne lombaire.

Les courbes de durée de l'arrêt de travail des deux groupes sont représentées dans la figure 1. Les courbes diffèrent à l'avantage du groupe d'intervention (test du log-rank ; $p < 0,001$). Par ailleurs, 52 semaines après l'intervention, cette différence restait présente : le pourcentage des patients ayant été suivi par les médecins-conseils du groupe d'intervention présentant une incapacité de travail était moins importante (10,1 % *versus* 18,1 %) (test χ^2 ; $p < 0,002$). L'analyse multivariée effectuée par régression logistique indique que les variables suivantes sont associées, dans un sens positif (+) ou négatif (-), à une incapacité de travail sur 52 semaines après l'opération : par ordre décroissant d'importance de l'association : une précédente opération du dos (-), une plus longue période d'incapacité de travail avant l'intervention (-), un âge moins avancé (+), une consultation médico-sociale chez un médecin-conseil du groupe d'intervention (+), sexe masculin (+) et absence de douleurs irradiantes avant l'intervention (+).

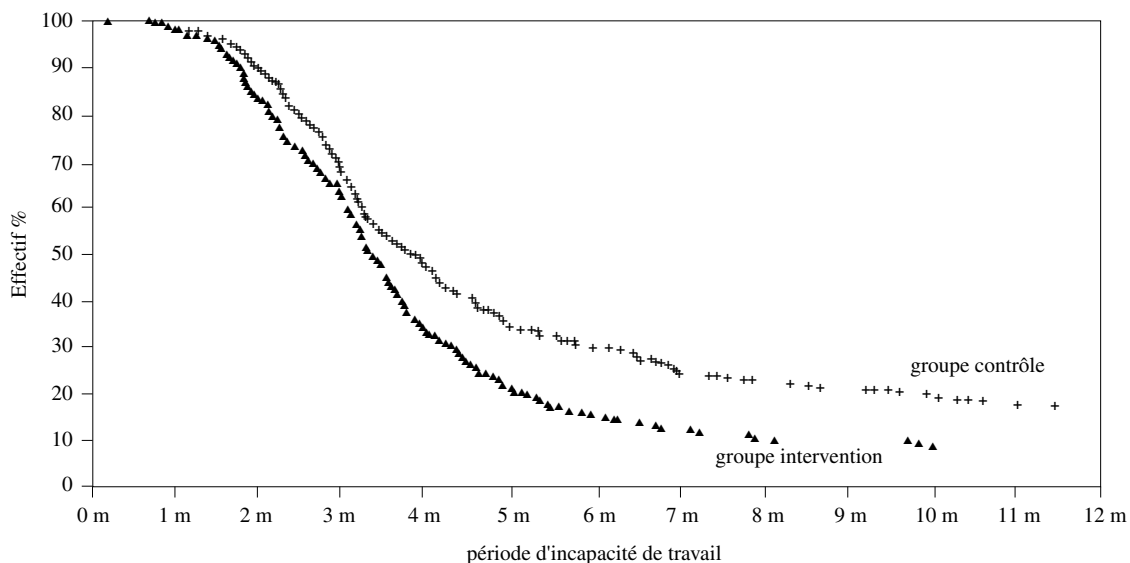


Figure 1. La durée de l'incapacité postopératoire (*en mois*) après une intervention chirurgicale pour hernie discale de la colonne lombaire.

Le résultat d'une politique active orientée vers la réinsertion professionnelle (groupe d'intervention).

La différence entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention est statistiquement significative (*Test log-rank* : $p < 0,001$)

Le modèle de Cox indique les facteurs importants associés à une reprise du travail pendant la période de suivi : une période plus courte d'incapacité de travail avant l'intervention, un âge moins avancé,

l'absence de douleurs irradiantes avant l'intervention, le sexe masculin, l'absence de précédentes opérations du dos, le fait d'être non-fumeur et d'être médicalement accompagné par un médecin-

conseil du groupe d'intervention. Un effet bénéfique du programme d'intervention des médecins-conseils, axé sur la réintégration professionnelle, est ainsi démontré, et ce tant pendant la première année de l'incapacité de travail que 12 mois après l'intervention.

3. L'approche du médecin-conseil dans les deux groupes

Les médecins-conseils du groupe d'intervention n'ont évidemment pas appliqué tous les éléments du schéma pour l'ensemble des patients de leur groupe. Chez les personnes reprenant rapidement le travail, cela n'avait, par exemple, aucun sens de prendre des mesures de réadaptation spécifiques. En outre, on pouvait aussi aborder, dans le groupe de contrôle, des éléments du schéma d'intervention, étant donné qu'ils font partie du cadre légal.

Le tableau I montre l'utilisation des éléments de la politique des médecins-conseils du schéma d'intervention par les deux groupes de l'enquête. Les principaux points de divergence ($p < 0,001$) concernent la communication d'informations au patient quant à l'incapacité de travail escomptée et sur les règles légales, un retour progressif au travail, des recommandations pour une mobilisation précoce et enfin la concertation et le contact entre le médecin-conseil et le médecin traitant. Les résultats confirment que la concertation avec le médecin du travail est traditionnellement assez rare (5,8 % des cas dans le groupe d'intervention et 2,7 % dans le groupe de contrôle). La première consultation médico-sociale dans le groupe d'intervention a eu lieu conformément aux directives environ 5 semaines après l'intervention, de sorte que l'accompagnement a pu commencer plus rapidement.

Tableau I
Comparaison de l'attitude des médecins-conseils du groupe d'intervention et du groupe de contrôle

Les éléments de l'intervention des médecins-conseils	Groupe d'intervention (% des cas)	Groupe de contrôle (% des cas)	Valeur <i>p</i>
La reprise partielle ou progressive du travail	22,6	4,1	< 0,001
Echange d'information avec le spécialiste traitant	40,6	13,7	< 0,001
Informier l'assuré de la durée normale de l'incapacité de travail	73,7	36,7	< 0,001
Contact avec le médecin du travail	5,8	2,7	0,04
Contact avec des prestataires de soins, autres que le chirurgien traitant	2,9	5,2	0,12
Expliquer la tâche légale des médecins-conseils ainsi que les critères légaux d'incapacité de travail	63,2	19,7	< 0,001
Discussion du cas avec d'autres médecins-conseils	1,5	0,8	0,43
Fournir des recommandations pour une mobilisation précoce	50,4	26,6	< 0,001
Période entre l'intervention chirurgicale et le premier contact avec l'assuré à la consultation des médecins-conseils (<i>semaines</i>)	5	8	< 0,001

4. Répercussions financières

Dans la période de 12 mois après l'opération, les 365 patients du groupe de contrôle totalisaient ensemble 60 123 jours d'incapacité de travail. Le groupe d'intervention avec 345 patients comptait, pour cette même période, 46 348 jours d'incapacité de travail. Avec une indemnisation journalière selon un régime de six jours et une allocation moyenne de 32,2 euros, cela signifie que dans la période concernée d'un an, l'assurance maladie a réalisé une économie de 839,12 euros par patient dans le groupe d'intervention.

DISCUSSION

1. Considérations méthodologiques

Les médecins-conseils des organismes assureurs en charge de l'assurance maladie peuvent être consi-

dérés comme des juges indépendants. Ils ne sont en aucun cas – certainement jusqu'à présent – impliqués dans la définition de la politique thérapeutique, y compris l'indication d'une intervention chirurgicale ou de soins postopératoires.

Leur domaine de travail se situe sur le plan de l'évaluation et de l'accompagnement de l'assuré en incapacité de travail. Selon le schéma d'intervention du médecin-conseil, les assurés ou patients ont été encouragés par les médecins-conseils du groupe d'intervention à procéder aussi rapidement que possible à une mobilisation active. Il leur a en outre été conseillé de reprendre rapidement toutes leurs activités professionnelles, ménagères et récréatives préopératoires, à condition d'éviter de soulever de lourdes charges ou de se pencher ou d'effectuer des rotations fréquentes de la colonne lombaire. Les patients ont également été informés qu'une certaine douleur résiduelle dans le dos ou une dou-

leur irradiante dans les jambes peut être normale après une telle intervention chirurgicale, mais que cela ne doit pas en soi être une raison pour différer le retour à un niveau d'activités normal.

Les médecins-conseils ont de plus reçu des instructions visant à identifier au plus tôt plusieurs facteurs de stress psychosociaux. Ceux-ci sont en effet importants en vue de pouvoir, conjointement avec un examen médical poussé, procéder à l'évaluation des possibilités fonctionnelles du patient et de les comparer aux exigences fonctionnelles de leur travail.

Toutes les autres données de suivi ont été collectées par les médecins-conseils lors du premier examen du patient.

Les patients déjà en incapacité de travail depuis plus de 12 mois au moment de l'opération n'ont pas été repris dans l'étude. Différentes études montrent effectivement que la réintégration professionnelle au sein de ce groupe est déjà compromise [11, 13, 14]. Les chances de retour à la situation de travail antérieure sont déjà nettement réduites si quelqu'un est déjà absent depuis une si longue période.

2. L'influence du schéma d'intervention du médecin-conseil

Nos résultats attestent que l'accompagnement par le médecin-conseil, basé sur la communication d'informations et la stimulation de la reprise des activités en comparaison avec l'appréciation classique de l'incapacité de travail, débouche sur une nette amélioration du degré de reprise du travail un an après l'intervention chirurgicale. De plus, pendant la période d'étude de 52 semaines, les différences avec le groupe de contrôle se sont clairement manifestées. La finalité de l'intervention chirurgicale, à savoir une diminution de la douleur et un retour plus rapide au niveau d'activités antérieur [7], est donc soutenue par un accompagnement actif par le médecin-conseil.

On peut manifestement déduire des courbes Kaplan-Meier que l'effet de la politique d'intervention des médecins-conseils commence déjà 6 semaines après l'intervention et reste présente pendant au moins un an après l'opération. Cela correspond aux constatations de Hazard *et al.*, qui stipulent que les patients souffrant d'un mal de dos chronique doivent avoir la chance, après un traitement médical adapté, de reprendre le travail. Une politique active en matière de reprise du travail, d'éventuels facteurs de stress psychosociaux étant alors rapidement détectés, doit, selon ces enquêteurs, être entamée dans les 6 à 8 semaines pour les patients souffrant de douleurs chroniques dans le bas du dos [13].

La nette différence entre les 2 groupes en matière de reprise du travail peut exclusivement s'expliquer

par la politique différente menée par les médecins-conseils. Ce résultat démontre qu'une politique active des médecins-conseils, mettant l'accent sur une reprise progressive du travail, des conseils adaptés donnés au patient, une mobilisation précoce et un examen rapide lors de la consultation médico-sociale, offre un meilleur soutien aux patients. La communication d'explications adéquates sur l'affection peut apprendre aux patients à comprendre que les symptômes et la gêne qu'ils ressentent ne constituent pas une menace pour leur santé future. La littérature nous dit que la fixation d'objectifs réalistes et fiables en matière de rétablissement donne un résultat plus positif que le fait de dire au patient que ses possibilités futures sont incertaines [10].

Catchlove et Cohen ont démontré que la reprise du travail avait un effet positif sur les plaintes des patients souffrant de douleurs chroniques [9]. Les résultats de Carragee le confirment [1]. Notre étude prouve que l'application de ce principe chez les patients après une intervention chirurgicale pour cause de hernie discale à hauteur de la colonne lombaire est justifiée. Le but final recherché par tout programme de rééducation est la reprise du travail. Contrairement à Carragee qui ne fait aucune distinction entre la reprise d'activités physiquement lourdes et d'un travail plus léger, nous pensons qu'il est justifié d'accepter des limites, dans la phase initiale du rétablissement, concernant le levage de lourds objets et une flexion et une rotation fréquentes ou répétitives de la colonne vertébrale [15]. L'accent doit ici être mis sur une bonne communication avec le patient quant aux avantages et aux inconvénients de la reprise de ses activités. Tant le chirurgien que le médecin traitant et le médecin-conseil doivent conseiller aux patients de ne pas rester inactifs et de reprendre dès que possible des activités n'entraînant aucune sollicitation physique lourde de la colonne vertébrale [7]. La douleur seule n'est pas un argument pour déconseiller de telles activités. Manniche *et al.* ont démontré que des patients subissant pour la première fois une discectomie pour cause de hernie discale présentent, après un programme d'exercice intensif où le mal de dos n'est pas un facteur restrictif, une nette amélioration de leur aptitude au travail [5]. Il est entre-temps généralement admis que, également pour les patients souffrant de douleurs chroniques dans le bas du dos, des activités physiques, dont la marche, le vélo et la natation, doivent malgré tout être recommandées dans le cadre d'un retour progressif à un programme d'activités normal [16].

La reprise du travail peut aussi être influencée par d'autres éléments que des facteurs purement physiques. La motivation, la satisfaction professionnelle et le niveau des allocations peuvent interférer avec la décision du patient de reprendre le travail en

dépit d'une meilleure condition physique [17]. Egalement après la correction de ces facteurs de confusion, une politique des médecins-conseils basée sur des informations précises et une mobilisation progressive permet un retour accru au travail. Si le médecin-conseil met l'accent sur une reprise progressive des activités de la vie quotidienne et des tâches professionnelles, il peut favorablement influencer la reprise du travail. Il contribue ainsi activement à la politique de rétablissement. Notre étude démontre que l'assertion « *don't let the pain be your guide* », mise en avant par Manniche [2], est à appliquer dans le cadre de l'évaluation de l'incapacité de travail pour les employés relevant de l'assurance maladie.

Les avantages sur le plan de la situation sociale, psychologique et sanitaire des assurés ayant réussi leur réintégration professionnelle ne sont pas quantifiables. L'impact financier de la politique active des médecins-conseils peut certes se calculer. Sur 100 patients subissant une opération du dos, cela entraîne une économie de 83 991,96 €. Nous ne tenons pas ici compte des effets secondaires via les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu des personnes reprenant le travail. Si tous les patients que nous avons suivis lors de cette étude étaient accompagnés par le biais du schéma d'intervention, cela entraînerait une baisse des coûts de 306 278,65 € pour l'assurance maladie. Il n'est pas ici tenu compte de l'effet d'économie cumulatif sur les années suivantes.

La façon, dont le patient en incapacité de travail après une cure chirurgicale pour cause de hernie discale lombaire est accompagné, est importante en vue d'une réintégration professionnelle réussie. La stratégie ciblée des médecins-conseils, avec des informations adaptées sur la nature et le déroulement normal du rétablissement, des explications concernant le cadre médico-légal, un accompagnement strict lors de la consultation médico-sociale, la fixation d'objectifs précis et une collaboration multidisciplinaire avec le médecin traitant et le médecin du travail a finalement résulté en une réduction de l'incapacité de travail de longue durée jusqu'à 10,1 % dans le groupe activement accompagné par le médecin-conseil, en comparaison avec les 18,1 % enregistrés dans le groupe de contrôle.

Nous pouvons en conclure qu'il est judicieux que le médecin-conseil adopte une attitude active et stimulante vis-à-vis du patient, en vue de sa réintégration sociale et professionnelle. Il n'est pas ici justifié d'adopter une politique passive consistant simplement à contrôler le degré d'incapacité de travail. Il ressort de cette étude qu'une action continue en vue de promouvoir la reprise du travail entraîne finalement une nette hausse du nombre d'assurés reprenant leurs activités professionnelles à plein temps. Le conseil de reprendre le travail doit être

basé sur des données objectives, et non sur des plaintes subjectives.

Les conclusions sont évidentes. Les médecins-conseils et les médecins traitant doivent, dans la pratique, mener une politique axée sur une reprise du travail rapide, éventuellement progressive, dès que cela est possible. Une telle politique des médecins-conseils est un élément essentiel de la rééducation des patients après une intervention pour cause de hernie discale de la colonne vertébrale.

Note :

Certaines des données de cet article ont déjà été publiées dans la revue Spine et sont utilisées ici avec l'autorisation de l'éditeur : Donceel P, Du Bois M, Lahaye D. Return to work after surgery for lumbar disc herniation. A rehabilitation oriented approach in insurance medicine. Spine 1999,24,9:872-6.

RÉFÉRENCES

1. Carragee EJ, Helms E, O'Sullivan GS. Are postoperative activity restrictions necessary after posterior lumbar discectomy? A prospective study of outcomes in 50 consecutive cases. *Spine* 1996;21:1893-7.
2. Manniche C. Assessment and exercise in low back pain. With special reference to the management of pain and disability following first time lumbar disc surgery. *Dan Med Bull* 1995;42:301-13.
3. Manniche C. Clinical benefit of intensive dynamic exercises for low back pain. *Scand J Med Sci Sports* 1996;6:82-7.
4. Keel PJ. Psychosocial criteria for patient selection: review of studies and concepts for understanding chronic back pain. *Neurosurgery* 1984;15:935-41.
5. Manniche C, Asmussen K, Lauritsen B, Vinterberg H, Karbo H, Abildstrup S, Fischer Nielsen K, Krebs R, Ibsen K. Intensive dynamic back exercises with or without hyperextension in chronic back pain after surgery for lumbar disc protrusion. A clinical trial. *Spine* 1993;18:560-7.
6. Andersson GB, Svensson HO, Oden A. The intensity of work recovery in low back pain. *Spine* 1983;8:880-4.
7. Hall H, McIntosh G, Melles T, Holowachuk B, Wai E. Effect of discharge recommendations on outcome. *Spine* 1994;19:2033-7.
8. Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA, Spengler D. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs traditional management methods. *J Behav Med* 1986;9:127-40.
9. Catchlove R, Cohen K. Effects of a directive return to work approach in the treatment of workman's compensation patients with chronic pain. *Pain* 1982;14:181-91.
10. Battie MC, Nordin M. Education and training. In Wiesel SW, Weinstein JN, Herkowitz H, Dvorak J, Bell G (eds.): *The lumbar spine. The international Society for the study of the lumbar spine. 2nd edition.* WB Saunders Company. Philadelphia Pennsylvania, 1996, 889-97.
11. Donceel P, Du Bois M. Fitness for work after surgery for lumbar disc herniation. *Eur Spine J* 1998;7:29-36.
12. Weber H. The natural history of disc herniation and the influence of intervention. *Spine* 1994;19:2234-8.
13. Hazard RG, Mayer TG, Vanharanta H. Functional restoration for the patient with chronic low back pain. In Wiesel SW, Weinstein JN, Herkowitz H, Dvorak J, Bell G (eds.): *The lumbar spine. The international Society for the study of the lumbar spine. 2nd edition.* WB Saunders Company. Philadelphia Pennsylvania, 1996, 1042-56.

14. Nygaard OP, Romner B, Trumphy JH. Duration of symptoms as a predictor of outcome after lumbar disc surgery. *Acta Neurochir Wien* 1994;128:53-6.
15. Xu Y, Bach E, Orhede E. Work environment and low back pain: the influence of occupational activities. *Occup Environ Med* 1997;54:741-5.
16. Hazard RG. Spine update. Functional restoration. *Spine* 1995;20:2345-8.
17. Junge A, Frohlich M, Ahrens S, Hasenbring M, Sandler A, Grob D, Dvorak J. Predictors of bad and good outcome of lumbar spine surgery. A prospective clinical study with 2 years' follow up. *Spine* 1996;21:1056-64.
18. Marras WS, Lavender SA, Leurgans SE, Fathallah FA, Ferguson SA, Albrecht WC, Rajulu SL. Biomechanical risk factors for occupationally related low back disorders. *Ergonomics* 1995;38:377-410.