

Stratégie du retour au travail

À propos d'un cas clinique d'obésité massive

Dans le cadre d'une consultation spécialisée "maintien dans l'emploi", un homme de 43 ans nous est adressé par un médecin spécialiste de la nutrition. Ce patient avait atteint un poids maximal de 250 kg pour 1,82 m (IMC à 75,5 kg/m²) et évoquait des difficultés professionnelles auprès de son médecin traitant. Ce dernier avait donc suspecté un burn-out et l'arrêt de travail initial remontait à plus de deux ans.

Thomas Descaux*, Pr Patrick Ritz**, Pr Jean-Marc Soulat*, Dr Fabrice Herin*
 (*Service des maladies professionnelles et environnementales, Hôpital Purpan, Toulouse, desciaux.t@chu-toulouse.fr;
 **Service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition, Hôpital Larrey, Toulouse)

Présentation du cas

Dans le cadre de son travail de technicien de maintenance en stations-service, il effectue l'entretien et le dépannage des équipements nécessaires à la livraison, distribution et facturation des carburants (pompes, systèmes informatiques et monétiques) sur un secteur géographique équivalent à une région.

Depuis l'adolescence, son poids était stable autour de 150 kg. En quelques années il a pris une centaine de kilos, pour atteindre un poids maximal de 250 kg vers l'âge de 40 ans. Au cours de cette prise de poids, il a progressivement rencontré des difficultés à assumer les tâches les plus physiques de son poste de travail. Parallèlement, une sensation de fatigue intense, d'abord physique puis psychique, s'est installée. Au terme de ce processus, un sentiment d'inutilité et des idées suicidaires se sont progressivement imposés à lui. Au seuil du passage à l'acte, il a alerté son médecin traitant qui l'a immédiatement arrêté.

Suite à la mise en route d'un traitement antidépresseur, son généraliste l'a orienté vers un psychiatre libéral avec lequel il a entamé un travail analytique. Au bout de quelques mois, il a émergé du syndrome dépressif et réalisé qu'il était allé au bout de ses forces physiques et psychiques et que son excès de poids avait fortement contribué à cela. Quelques mois plus tard, il a consulté un médecin spécialiste de la nutrition puisqu'il souhaitait s'orienter vers une chirurgie bariatrique. Il pesait alors 226 kg (IMC

à 68 kg/m²) et le bilan réalisé par le spécialiste avait amené à suspecter un diabète de type 2, une hypertension artérielle, une insuffisance cardiaque et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Seul le SAOS a finalement été confirmé par les examens complémentaires. Après 9 mois d'un suivi rapproché, l'intervention chirurgicale (sleeve gastrectomie) a eu lieu. Cinq mois après l'intervention, le patient avait perdu 62 kg et la question du retour au travail a émergé pour les médecins et le patient, ce dernier exprimant toutefois certaines craintes concernant ses capacités physiques à reprendre son poste. Un réentraînement à l'effort dans un service de médecine du sport lui a donc été conseillé.

Reprise du travail après burn-out

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel partage un large panel de symptômes avec la dépression. Il peut être défini comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail » (1). Ce diagnostic avait initialement été évoqué par le généraliste dans un contexte de crise suicidaire en lien avec des difficultés professionnelles rapportées par le patient. Lors de la consultation, nous n'avons pas noté d'éléments discriminants en faveur d'un burn-out, comme, par exemple, de notion de "but professionnel irréalisable", de "présentisme" accru (nombreuses heures supplémentaires, diminution, voire



suppression des temps de pause), ou encore d'"absentéisme perlé" (courtes périodes d'absence répétées). Cet absentéisme est bien souvent le premier signe visible de l'incapacité à faire face et de l'entrée dans la phase patente de la pathologie. La question du diagnostic précis (burn-out ou dépression) est primordiale. En effet, le burn-out étant principalement lié à l'organisation et aux conditions mêmes du travail, un retour sur le même poste conduirait très probablement à un échec, voire à une décompensation plus violente encore. À l'opposé, le retour au travail d'un patient ayant souffert de dépression secondaire à des éléments extra-professionnels permet souvent une optimisation de la prise en charge

psychologique et la consolidation de la pathologie par le retour du lien social, représenté par celui du travailleur au collectif de travail.

Réhabiter le travail

Il est ici primordial de souligner le fait que cette consultation a uniquement pu avoir lieu grâce à un contexte propice. En effet, le projet de vie du patient, émergeant suite au travail analytique mené avec le psychiatre, était parfaitement synchronisé avec les discours médicaux du spécialiste et du généraliste qui anticipaient déjà le retour au travail. Ce contexte "convergent" nous semble essentiel à saisir puisque c'est au cœur de cette temporalité commune des différentes prises en charge que tout le nœud de la problématique du retour au travail a pu se jouer.

À l'opposé, on mesure aujourd'hui le nombre de situations ayant engendré des catastrophes professionnelles et leurs retentissements familiaux ou sociétaux. En effet, les différents discours (patient, généraliste, spécialiste, médecin du travail, employeur) à propos du travail sont susceptibles de "diverger" à tel point que le patient se retrouve confronté à un paradoxe : travail ou pas ? Transitoire ou définitif ? Les questions restent en suspens et le patient, dans la confusion, se trouve contraint à la passivité (2), dans l'attente d'une autorisation à réhabiter psychiquement son travail. « Le travail ? N'y pensez pas ! » (Sous-entendu : « Soignez-vous d'abord, on verra après. »). Ce discours encore trop souvent prononcé par les professionnels de la santé balaie d'un revers de main toute la dimension professionnelle et ne fait qu'aggraver le blocage de l'élaboration d'une pensée autour du travail. Les progrès accomplis par la médecine durant les dernières dé-

ciennies ont admirablement amélioré la survie des patients et réduit les impacts indésirables des thérapeutiques. Tout comme la qualité de vie des patients, de l'entourage familial, social et professionnel, le pronostic en termes d'insertion professionnelle s'en est trouvé transformé.

Préconisations

Dans l'objectif de préparer la reprise du travail de ce patient, nous avons préconisé plusieurs actions :

- Organiser une visite de préreprise auprès du médecin du travail pour préparer le retour du salarié dans l'entreprise et envisager les aménagements de poste nécessaires.
- Informer la commission médicale préfectorale du permis de conduire de sa pathologie puisque le SAOS fait partie des pathologies de classe IV (3) pour lesquelles les détenteurs du permis de conduire du groupe léger doivent se présenter à la visite médicale d'un médecin agréé.
- Mettre en place un protocole expérimental de réentraînement au travail, en parallèle du travail de réentraînement à l'effort mené en médecine du sport. À l'aide d'un cardiofréquence-mètre, une adaptation progressive des contraintes physiques du travail sera calquée sur les efforts que le patient supporte en médecine du sport.
- Instaurer une reprise en temps partiel thérapeutique (TPT), avec réévaluation périodique et augmentation régulière du temps de travail par paliers successifs, afin d'évaluer de façon objective les capacités de travail de la personne et favoriser une reprise à temps complet à terme.
- Solliciter une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Cette reconnaissance présente en effet de nombreux intérêts pour fa-

voriser le maintien dans l'emploi du salarié (surveillance médicale renforcée [4], aides financières, techniques et organisationnelles pour le maintien dans l'emploi du salarié).

Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi

Après des mois, voire des années, d'arrêt maladie, de multiples mutations au sein de l'entreprise (réduction d'effectifs, modification des procédés de travail, révision des objectifs, acquisition de nouveaux équipements, progrès technologiques...), le travailleur n'est plus adapté aux exigences du travail, ni en mesure d'assumer les missions qui composent un poste de travail qui a évolué. Ajouté à cela le fait d'avoir été "interdit/empêché" d'anticiper son retour au travail, c'est une véritable double peine qui s'abat sur lui, à laquelle s'ajoute le risque de l'inaptitude à l'issue de la visite de reprise (5) et le licenciement qui en découle. La conception holistique de la santé (6) et de la prise en charge du sujet replace l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire au cœur de notre réflexion. Il est essentiel que le médecin du travail y soit intégré précocement pour évaluer et prévenir les éventuels retentissements de la pathologie sur l'insertion professionnelle. Le médecin généraliste est ainsi en première ligne et peut orienter son patient vers le médecin du travail pour toute problématique d'adéquation santé-travail. Cette consultation peut être organisée rapidement, au moment du diagnostic de la pathologie ou dès le début d'un arrêt de travail, afin de garantir le succès du maintien dans l'emploi. ■

Mots-clés

Burn-out, Travail, Obésité

Bibliographie

1. Maslach C. Burned out. *Human Behavior* 1976 ; 5 : 16-22.
2. Venturini E. Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine. Thèse de doctorat : psychologie. Université Paris-Descartes : Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie, 2014, 588 p.
3. Arrêté du 31 août 2010 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
4. Code du travail, article R4624-18.
5. Herin F, Macovei D, Puel-Sonneville C, Soulat JM. Diabète et travail : aspects réglementaires. *Diabète & Obésité* 2011 ; 6 : 209-14.
6. Définition de la santé de l'OMS. 1946.