

Incapacité prolongée et retour au travail

Marie-José Durand

Depuis 14 mois, M. Bontemps a consulté plus de dix professionnels de la santé qui ont tous une explication et un point de vue un peu différents de son problème. Comme la douleur est toujours présente, M. Bontemps évite maintenant toutes les activités qui peuvent l'augmenter, car il a peur d'aggraver son état. Il a tenté, avec l'aide de son médecin, un retour progressif au travail qui s'est révélé difficile. En effet, sa douleur s'est fortement accrue, malgré des tâches allégées. Au bout de deux jours, il s'est dit incapable de continuer. Il trouvait, par ailleurs, ses collègues peu empathiques à son problème.

EN 2008, IL EST DÉSORMAIS reconnu que la prise en charge des personnes présentant des douleurs persistantes en raison de troubles musculosquelettiques doit reposer sur une approche biopsychosociale^{1,2}. Plus précisément, les cliniciens devraient tenir compte du fait que l'incapacité prolongée au travail n'est pas la simple conséquence d'une déficience, mais plutôt la résultante d'interactions entre, d'une part, les paramètres de santé de la personne blessée et, d'autre part, les différents systèmes sociaux (système de soins de santé, milieu de travail et système d'indemnisation)^{1,3}.

Quelques facteurs

Pour adopter cette vision et l'utiliser dans sa pratique, le clinicien doit d'abord s'appropriier les différents éléments à repérer dans chaque système. Dans cette optique, un groupe d'experts cliniciens, piloté par le Dr Patrick Loisel, professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, a mis au point une approche systématique pour le diagnostic de la situation de handicap au travail ou DSHT⁴. Cette dernière repose à la fois sur le paradigme d'incapacité^{1,3} et sur le modèle de proces-

sus de handicap qui reconnaît que la situation de handicap au travail est la résultante de l'interaction entre les capacités d'une personne et les facteurs environnementaux⁵. Le DSHT vise deux buts : 1) éliminer un diagnostic grave en évaluant la présence de signaux d'alerte (par exemple : claudication intermittente, syndrome de la queue de cheval) ; et 2) poser un diagnostic permettant d'expliquer les causes de l'incapacité de travail prolongée en interrogeant le travailleur sur des indicateurs précis^{4,6}. La liste de ces indicateurs est constamment mise à jour à partir de recensions systématiques récentes et d'études sur le sujet⁷⁻¹⁴. Les indicateurs (facteurs et obstacles) reposant sur des données probantes fortes sont présentés dans le *tableau I*. La présence d'un ou de plusieurs facteurs ou obstacles lors de l'évaluation d'un travailleur augmente le risque d'incapacité de travail prolongée.

Une liste, et après ?

Si une liste de facteurs et d'obstacles au travail permet de nommer les risques d'incapacité à long terme d'une personne ou les freins à son retour au travail, elle ne suffit pas pour mettre en place un plan d'action.

Tout d'abord, il importe de distinguer les facteurs non modifiables (âge ou sexe) des facteurs de risque ou obstacles modifiables (craintes, déconditionnement physique ou encore perception que le travail est trop exigeant). Les facteurs et obstacles modifiables deviennent donc des cibles d'action ou des éléments à surveiller de près^{4,10,12,15,16}.

Deuxièmement, comme le mentionnent plusieurs auteurs, dans les phases aiguë (de 0 à 4 semaines) et

M^{me} Marie-José Durand est chercheuse-boursière du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et professeure agrégée au Département de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Elle est également chercheuse associée au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné et ergothérapeute au Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT). Elle est titulaire d'un doctorat en sciences cliniques.

Tableau 1

Principaux facteurs prédictifs et obstacles au retour au travail^{4,7-16}

Facteurs sociodémographiques et liés aux habitudes de vie

- Avoir plus de 40 ans
- Être célibataire ou divorcé
- Avoir des personnes à charge
- Avoir des habitudes de consommation d'alcool ou d'autres substances

Facteurs cliniques

- Gravité de la blessure
- Antécédents de lombalgie
- Présence de signes neurologiques
- Intensité de la douleur
- Irradiation de la douleur sous le genou
- Déconditionnement physique
- Diagnostic précis (avant 7 jours d'absence)

Facteurs psychosociaux

- Perception négative de l'état de santé et de l'incapacité
- Degré de détresse élevé
- Dépression grave
- Anxiété
- Peurs et craintes face à l'activité
- Catastrophisme
- Présence d'un événement stressant (deuil, maladie d'un proche, etc.)
- Faible soutien familial et social

Facteurs liés aux services de santé

- Délai d'attente de plus de 30 jours avant les soins
- Insatisfaction envers les services de santé reçus

Facteurs liés au travail

- Durée de l'arrêt de travail
- Absence de projection du travailleur face au retour au travail
- Ancienneté peu élevée
- Perte du lien d'emploi
- Secteur d'activité (construction)
- Petites et moyennes entreprises
- Absence de travaux légers pouvant être confiés au travailleur
- Exigences physiques élevées
- Latitude décisionnelle peu élevée
- Degré de satisfaction au travail peu élevé
- Soutien social au travail peu élevé

subaiguë (de 4 à 12 semaines), il y a une prédominance des facteurs cliniques, alors que dans la phase dite chronique (plus de 12 semaines d'absence du travail), les facteurs psychosociaux et liés au travail prennent plus d'importance^{7,15,16}. Ainsi, selon la durée de l'absence, le clinicien devra porter une attention particulière à l'interrogation de certains facteurs.

Troisièmement, comme l'affirme Waddell¹⁰, il n'existe pas un seul facteur explicatif, mais bien un ensemble de facteurs et d'obstacles qui vont varier selon leur importance relative. Cette réalité souligne la nécessité de ne pas seulement établir la liste des facteurs et obstacles, mais également de les pondérer^{4,12}. Cette pondération devrait se faire en ordonnant l'influence des facteurs et obstacles afin de dégager les interactions mutuelles, autrement dit l'effet domino. Plus précisément, il s'agit d'établir les facteurs à modifier en premier afin d'obtenir un effet sur les autres.

Voici quelques exemples de questions à se poser :

- Les obstacles au travail (comme le manque de soutien au travail, les exigences physiques élevées) sont-ils un frein à un retour progressif ?
- Faut-il cibler d'abord le déconditionnement physique pour redonner confiance au travailleur ?
- Les craintes et les appréhensions quant au retour au travail perturbent-elles la progression du travailleur sur le plan physique ?

Une approche individualisée

C'est seulement en pondérant les facteurs et obstacles

au retour au travail que des actions thérapeutiques particulières et ciblées pourront être mises en place. Ce constat est appuyé par certains auteurs qui mentionnent l'importance de bien cerner les facteurs et obstacles au retour au travail, mais surtout de poser des actions adaptées au travailleur et non d'offrir des traitements universels. Dans le cadre d'une approche individualisée, les cliniciens doivent reconnaître les facteurs psychosociaux et liés au travail et agir efficacement sur ces éléments ou encore orienter le patient vers des ressources spécialisées à la suite de leur évaluation. Il existe au Québec des ressources spécialisées pour des personnes souffrant d'une incapacité prolongée. Cependant, ces équipes étant autofinancées, elles ont besoin d'un agent payeur comme la CSST, la SAAQ ou encore un assureur privé. Le régime public offre peu ou pas de services spécialisés. L'étude de Marois et Durand⁹, menée auprès de 222 travailleurs en absence de travail prolongée en raison de problèmes musculosquelettiques, souligne justement les relations entre la détection des facteurs de risque ou obstacles, l'approche individualisée et le retour au travail. En effet, une des hypothèses des auteurs est que le repérage précoce des obstacles à l'entrée d'un programme de réadaptation permet aux cliniciens d'intervenir plus intensivement et donc de réduire au minimum la durée de l'incapacité. Par conséquent, pour un travailleur, un programme pourrait être axé vers la réduction des craintes de se blesser à nouveau alors que, pour un autre, le programme pourrait se concentrer sur la réduction des contraintes du milieu de travail, soit en améliorant le soutien social pro-

venant des collègues ou en réduisant les exigences de travail lorsqu'elles sont trop élevées.

Bien que le travail d'origine du DSHT ait été réalisé pour des personnes atteintes de lombalgies, il semble maintenant clair que la plupart des facteurs et obstacles au retour au travail sont communs aux autres structures anatomiques susceptibles d'être touchées par un trouble musculosquelettique entraînant une incapacité prolongée¹². De plus, des études récentes montrent la pertinence de cette approche chez les personnes devant s'absenter du travail en raison de problèmes de santé mentale¹⁷.

Éléments clés

En fonction des données actuelles, il semble clair que l'évaluation des travailleurs en absence prolongée doit aller bien au-delà des facteurs dits cliniques. Dans les phases subaiguë et chronique, une attention particulière devrait être portée aux facteurs psychosociaux et à ceux qui sont liés au travail. De plus, il faut non seulement dépister les facteurs de risque et les obstacles au retour au travail, mais également les pondérer afin de formuler des actions à poser ou encore de diriger le patient vers des ressources compétentes qui pourront agir. Les ressources spécialisées existantes, comme le CAPRIT, partagent des caractéristiques semblables (tableau II). L'adoption plus étendue de l'approche décrite précédemment pourrait également contribuer à réduire les écarts de discours et à coordonner les actions avec plus d'efficacité. Enfin, une telle approche de l'incapacité correspond à une pratique médicale à la fois plus globale (reconnaissant l'importance des interactions entre le travailleur et son environnement), plus complexe (parce qu'elle nécessite des compétences nouvelles et une collaboration interprofessionnelle) et mieux adaptée à la réalité (puisque l'incapacité au travail est à la fois un phénomène physique, psychologique, économique et social).

Bibliographie

- Loisel P. La douleur chronique et l'absentéisme. *Le Médecin du Québec* 2008 ; 43 (5) : 89-90.
- Nachemson A. Back pain: delimiting the problem in the next millennium. *Int J Law Psychiatry* 1999 ; 22 (5) : 473-90.
- Loisel P, Durand MJ, Berthelette D et coll. Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain. *Dis Manag Health Outcomes* 2001 ; 9 (7) : 351-60.
- Durand MJ, Loisel P, Hong QN et coll. Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *J Occup Rehabil* 2002 ; 12 (3) : 191-204.
- Fougeyrollas P, St-Michel G, Bergeron H, Cloutier R. The handicap creation process. *ICIDH International Network* 1991 ; 4 : 8-15.
- Durand MJ, Loisel P, Charpentier N, Labelle J, Hon QN. *Le programme de retour thérapeutique au travail (RTT) : un programme de réadaptation*

Tableau II

Caractéristiques des programmes efficaces

- Équipe interdisciplinaire axée sur la réactivation du travailleur
- Approche cognitivocomportementale de la douleur
- Accompagnement en milieu de travail
- Retour thérapeutique au travail (modulation des tâches et accompagnement au travail)
- Progression
- Réévaluation systématique
- Informations aux collègues et aux supérieurs sur les enjeux d'un retour progressif pour le travailleur et sur l'environnement de travail
- Évaluation des facteurs de risque liés au poste de travail

au travail basé sur les données probantes. Canada. Centre de recherche clinique en réadaptation au travail PREVICAP de l'Hôpital Charles LeMoine. Longueuil : 2004.

- Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P et coll. A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *CMAJ* 2005 ; 172 (12) : 1559-67.
- Fransen M, Woodward M et coll. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002 ; 27 (1) : 92-8.
- Marois E, Durand MJ. Predictive factors and obstacles associated with return to work among individuals with a long-term work disability who have participated in an interdisciplinary work rehabilitation program. *Disabil Rehabil* 2008. Sous presse.
- Waddell G, Burton AK, Main CJ. *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Londres : Royal Society of Medicine Press ; 2003.
- Brox JJ, Storheim K, Holm I et coll. Disability, pain, psychological factors and physical performance in healthy controls, patients with subacute and chronic low back pain: a case control study. *J Rehabil Med* 2005 ; 37 (2) : 95-9.
- Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ et coll. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med* 2001 ; 40 (4) : 374-92.
- Krause N, Frank JW, Dasinger LK et coll. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind Med* 2001 ; 40 (4) : 464-84.
- Oleinick A, Gluck JV, Guire KE. Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *Am J Ind Med* 1996 ; 30 (5) : 540-55.
- Frank J, Sinclair S et coll. Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – If we can just get all the players onside. *CMAJ* 1998 ; 158 (12) : 1625-31.
- Linton S. Psychological risk factors for neck and back pain. Dans : Nachemson A et Jonsson E, rédacteurs. *Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment*. Philadelphie : Lippincott Williams and Wilkins ; 2000. pp. 57-8.
- Briand C, Durand MJ et coll. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil* 2008. Sous presse.