

Les clés du retour au travail

Patrick Loisel

M. Bontemps a des questions, car retourner au travail avec une douleur est bien inquiétant. Son patron veut qu'il revienne « à 100 % » alors qu'il n'a guère bougé depuis longtemps. Et le conseiller en réadaptation qui semble s'impatisser. Que faire ?

Données probantes sur les interventions favorisant le retour au travail

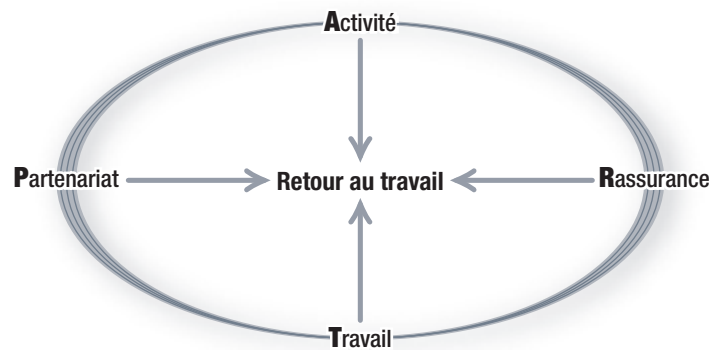
L'état actuel de la recherche apporte non seulement un éclairage nouveau sur les effets pervers de l'incapacité prolongée, mais aussi des solutions pour y remédier. Au cours des dernières années, divers programmes de réadaptation au travail ont été évalués, et il existe maintenant un consensus sur ce qu'ils devraient contenir. Ce dernier regroupe quatre éléments principaux que nous avons appelés les quatre piliers qui sous-tendent le retour au travail et qui peuvent s'exprimer selon l'acronyme PART :

Partenariat, **A**ctivité, **R**assurance et **T**ravail (figure).

- 1- La concertation et le **partenariat** entre les personnes et les organisations concernées (travailleurs ayant une incapacité et leur entourage, entreprises, système de compensation, système de santé) doivent être encouragés^{1,2}. Les données probantes s'accumulent, indiquant que la qualité de la communication, le partage d'objectifs communs, la coordination des actions et la participation des acteurs du milieu de travail favorisent le retour au travail³. Ainsi, certains auteurs ont montré qu'une intervention morcelée comptant la participation d'un seul de ces acteurs et ne tenant pas compte de l'ensemble des interactions entre ces acteurs sociaux constitue un obstacle au retour au travail^{1,4}. De plus, une revue systématique des programmes de retour au travail a récemment permis de conclure que le processus

Figure

Modèle PART



de retour au travail est un événement socialement fragile qui demande la coordination des différents partenaires sociaux⁵.

- 2- L'**activité**, c'est-à-dire la reprise des tâches courantes⁶, doit être encouragée pour tous les types de lombalgie (aiguë, subaiguë ou chronique). Les personnes en phase aiguë doivent donc être incitées à rester actives dans la mesure du possible. En effet, Malmivaara et coll. ont montré, dans un essai à répartition aléatoire, que cette simple recommandation était plus efficace que la physiothérapie⁷. De la même façon, la Paris Task Force⁶ a indiqué, dans une revue systématique des études sur les exercices, que la reprise des activités courantes était d'une plus grande efficacité que des exercices spécifiques pendant les phases aiguës et subaiguës de la lombalgie. Ces recommandations sont également appuyées par la revue systématique sur le repos et les exercices de Hagen et coll.⁸. Demeurer actif semble donc un élément clé.
- 3- **Rassurer** les personnes vivant une incapacité sur leur état de santé et leur devenir est aussi essentiel.

Le Dr Patrick Loisel, chirurgien-orthopédiste, est directeur du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Plusieurs études ont révélé que les croyances rattachées aux craintes du mouvement et le degré de perception d'efficacité personnelle comptent parmi les principaux déterminants du retour au travail chez les personnes souffrant de lombalgie^{9,10}. Ainsi, la rassurance devient un outil privilégié pour agir sur ces conceptions erronées et sur ces peurs. Indahl et coll.¹¹ ont montré, dans un essai à répartition aléatoire, que des explications rassurantes données de façon répétée aux travailleurs en phase subaiguë pouvaient réduire de moitié la durée de l'absence du travail. Rossignol et coll.¹², également dans un essai à répartition aléatoire, ont montré qu'un suivi médical tenant compte des recommandations scientifiques récentes, y compris la rassurance des sujets en phase subaiguë, avait un effet sur l'incapacité. De plus, l'étude de Burton et coll.¹³ a clairement montré que l'utilisation précoce d'un livret d'information donnant des explications simples à visée rassurante avait des répercussions réelles sur l'incapacité et les croyances des participants. Ainsi, il ressort des études récentes de qualité que les interventions visant à rassurer le travailleur ont une influence favorable sur l'incapacité.

- 4- Établir des liens avec les intervenants du milieu de travail par leur intégration et un contact régulier est essentiel dans un processus de réadaptation. Krause et coll.¹⁴, dans une revue de l'ensemble des programmes de réadaptation utilisant des tâches allégées au travail, ont montré que ces interventions avaient un effet positif sur le retour au travail, réduisant souvent de moitié le nombre de jours d'absence. Plus récemment, Franche et coll.⁵, dans une autre revue systématique, arrivent à la même conclusion, c'est-à-dire que l'inclusion du milieu de travail dans le processus de réadaptation diminue la durée de l'absence.

Ainsi, l'approche du patient présentant une douleur persistante ayant entraîné une incapacité au travail de plus de trois ou quatre semaines devrait attirer particulièrement l'attention. Le patient, en l'absence de signes cliniques d'une lésion réellement grave (ex. : paralysie, infection vertébrale avec fièvre prolongée, cancer avec amaigrissement, etc.), est très probablement en train de centraliser sa douleur et entre dans le cercle vicieux décrit par Vlaeyen¹⁵. Les médicaments ne sont certes pas l'unique solution. Une méthode de réadaptation au travail devrait être utilisée parallèlement au traitement médicamenteux, si ce n'est le remplacer.

Retour au cas de M. Bontemps

M. Bontemps comprend mieux maintenant ce qu'il doit faire. Il commence à être rassuré en voyant que son médecin lui propose un plan qui va lui permettre de redevenir fonctionnel et qui va permettre de limiter progressivement sa douleur. Mais comment faire en pratique ?

Bibliographie

- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R et coll. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005 ; 15 (4) : 507-24.
- Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson 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.
- Stock S, Deguire S, Baril R, Durand M. *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculosquelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre ; 1999. 82 pages.
- Amick BC, Habeck RV, Hunt A et coll. Measuring the impact of organizational behaviors on work disability prevention and management. *J Occup Rehab* 2000 ; 10 (1) : 21-38.
- Franché RL, Cullen K, Clarke J et coll. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. Toronto : Institut de recherche sur le travail et la santé ; 2004. Site Internet : www.iwh.on.ca/sr/pdf/TWH_rtw.pdf (Date de consultation : le 8 mai 2008).
- Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP et coll. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine* 2000 ; 25 (4 Suppl.) : 1S-33S.
- Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T et coll. The treatment of acute low back pain. Bed rest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995 ; 332 (6) : 351-5.
- Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G et coll. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 ; (4) : CD001254.
- Dionne CE, Bourbonnais R, Frémont P. A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *CMAJ* 2005 ; 172 (12) : 1559-67.
- Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 (11) : 1028-34.
- Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995 ; 20 (4) : 473-7.
- Rossignol M, Abenhaim L, Séguin P et coll. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000 ; 25 (2) : 251-8 ; discussion 258-9.
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM et coll. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999 ; 24 (23) : 2484-91.
- Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified work and return to work: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 1998 ; 8 (2) : 113-39.
- Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000 ; 85 (3) : 317-32.