

Maintien et retour au travail: un objectif à partager



PATRICK LOISEL, MD
TITULAIRE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE EN RÉADAPTATION AU TRAVAIL
BOMBARDIER – PRATT & WHITNEY CANADA
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, QUÉBEC, CANADA

Colloque « Réinsertion professionnelle du travailleur malade ou handicapé »
S.S.S.T, Charleroi, 18 avril 2008



Alf Nachemson, 1983



Work for All
For Those with Low Back Pain as Well

ALF NACHEMSON, M.D.*

“Work for all—for those with low back pain as well” should be a slogan that, given the present state of knowledge, is well justified from a medical, psychologic, and economic point of view.



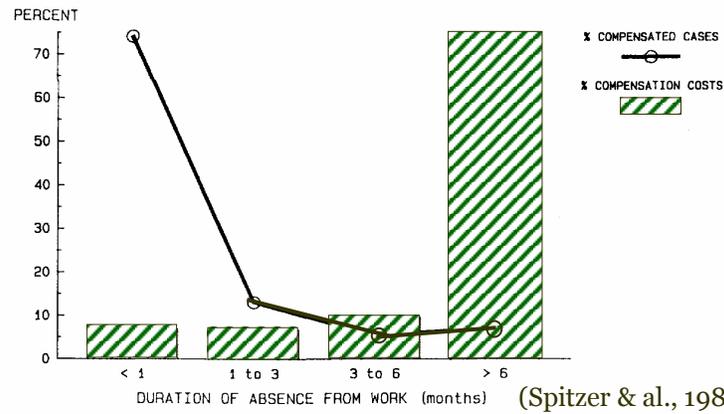
Plan

- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- Le psycho
- Le social
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

Plan

- **Des faits qui étonnent!**
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- Le psycho
- Le social
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

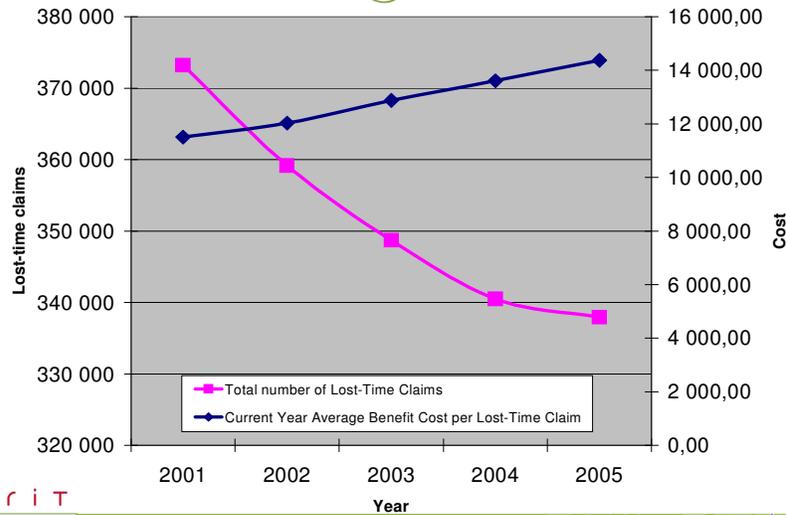
Des faits qui étonnent



Des faits qui étonnent

- Coûts de perte de productivité au Canada:
 - Musculo-squelettique: 7,5 milliards \$/an
 - Santé mentale: 8 milliards \$/an
- Coûts des maux de dos aux Pays Bas:
 - 1,7% du GNP, 93% dus à l'incapacité

Des faits qui étonnent



Des faits qui étonnent

- Résultats de l'Enquête Santé Québec 1998
 - Douleur ressenties assez souvent ou tout le temps ayant dérangé les activités au cours d'une période de 12 mois

Au cou	13,8%
Haut du dos	13,7%
Bas du dos	24,7%
Épaules	13,3%
Avant-bras/poignets/mains	8,3%
Genoux	9,5%

Des faits qui étonnent

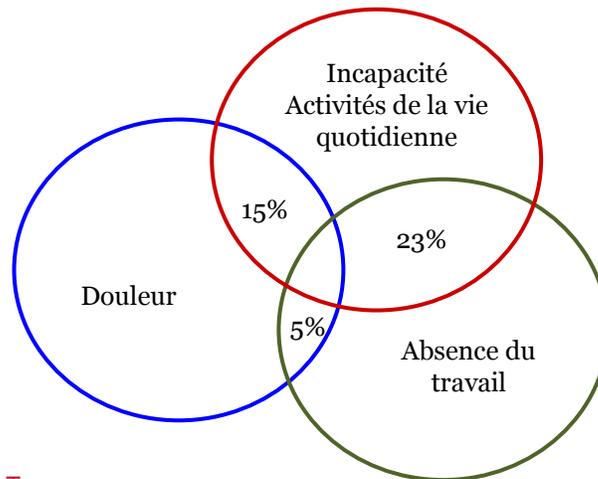
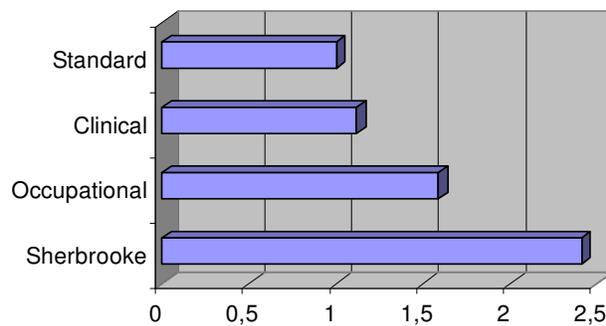


Figure adaptée de Waddell et al., 2002

Des faits qui étonnent

Rate ratio (Cox model) of return to regular work



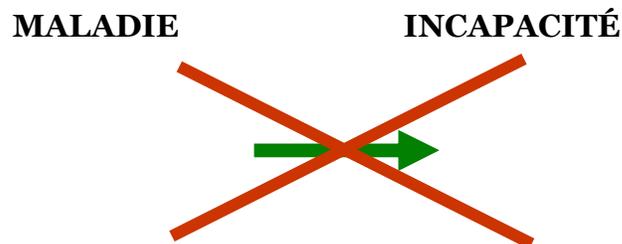
Modèle de Sherbrooke: Loisel et al., 1997

Plan

- Des faits qui étonnent!
- **Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?**
- Le bio
- Le psycho
- Le social
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

La nature de l'incapacité

Le modèle purement biologique :
La maladie est la cause de l'incapacité



Pourquoi?

L'incapacité au travail

- Problème pour les milieux de travail
 - Affecte la production
 - Perturbe l'organisation
 - Génère coûts directs et indirects
- Problème pour les travailleurs
 - La compensation ne suffit pas à maintenir la qualité de vie
 - Douleur chronique
 - Perte du rôle social de travailleur
- Les prédicteurs de l'incapacité au travail ne sont pas ceux de la maladie à l'origine de l'incapacité

Données probantes sur l'incapacité

- La guérison complète est souvent impossible (Waddell, 2000)
- La plupart des gens travaillent avec de la douleur (Enquête Santé Québec 1998)
- La plupart des traitements sont inefficaces sur l'histoire naturelle (Waddell, 2000)

Les prédicteurs d'incapacité au travail

- **Facteurs reliés à la PERSONNE:**

- Dramatisation
- Peurs et croyances erronées
- Attente d'efficacité personnelle (Dionne et al, 2004)
- Perception d'incapacité
- Peu d'espoirs de guérison

Burton 1995; Cole 2002; Crook 1998; Feuerstein 1991; Haldorsen 1998; Jensen 1999; Klenerman 1995; Sandström 1986; Sullivan 1998; Tate 1999

D'après Schultz, 2004



Les prédicteurs d'incapacité au travail

- **Facteurs ORGANISATIONNELS**

- Stress au travail
- Satisfaction au travail
- Exigences du travail (quantité, rythme, monotonie,...)
- Faible contrôle
- Relations de travail difficiles

Bigos 1991; Coste 1994; Hemingway 1997; Infante-Rivard 1996; Krause 2001; Thomas 1999; van der Weide 1999

D'après Schultz 2004

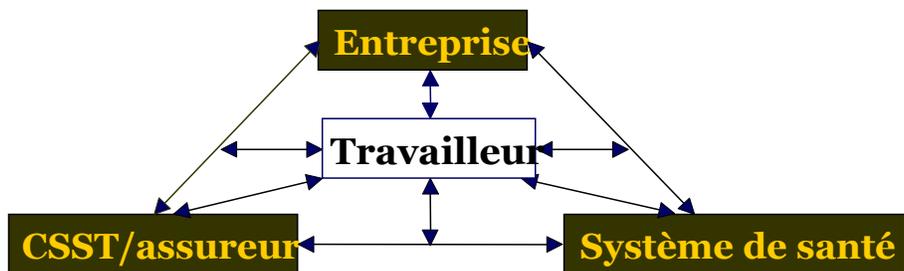


Les prédicteurs d'incapacité au travail

- Facteurs ADMINISTRATIFS
 - Compensation (Abenhaim et al, 1995; Baldwin et al, 1996; Sinclair et al, 1997)
 - Contestation (Butterfield et al, 1998; Baril et al, 1994)

Données probantes

- Incapacité = multifactorielle



Interactions entre les partenaires (Loisel & al, 2001)

Passage du modèle biomédical au paradigme d'incapacité...



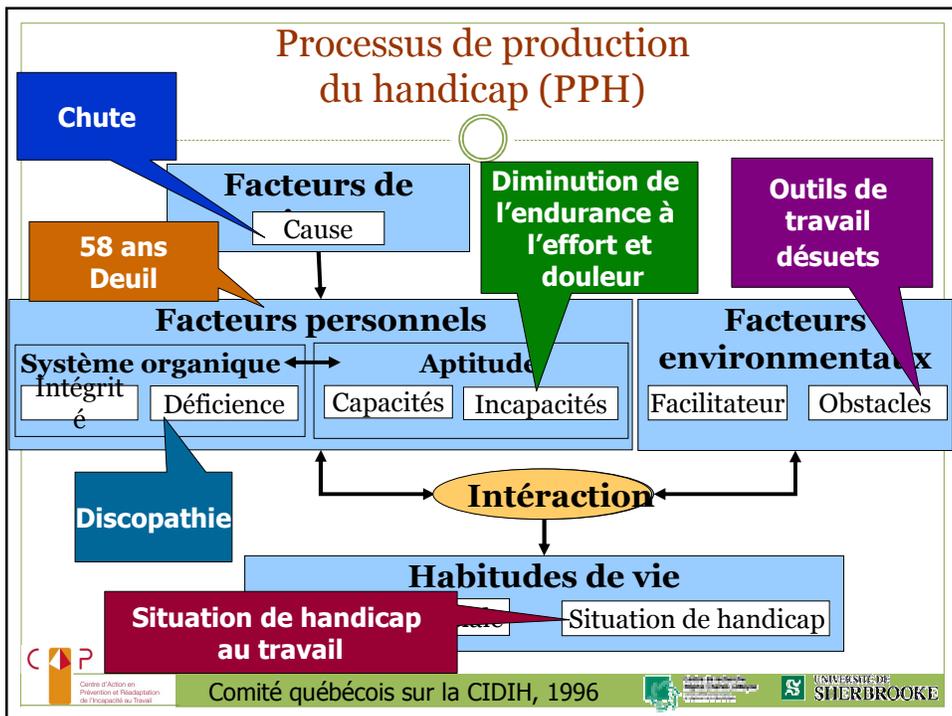
Modèle biomédical



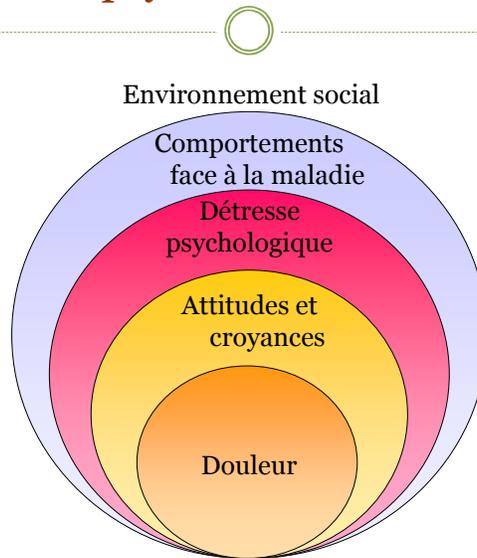
Paradigme d'incapacité



Processus de production du handicap (PPH)



Le modèle biopsychosocial (Waddell, 1998)



Plan

- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- **Le bio**
- Le psycho
- Le social
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

La douleur persistante

- Surtout si elle apparaît disproportionnée avec les signes objectifs
- La classique amplification des symptômes
- **Est probablement le symptôme d'une centralisation de la douleur**

La douleur persistante

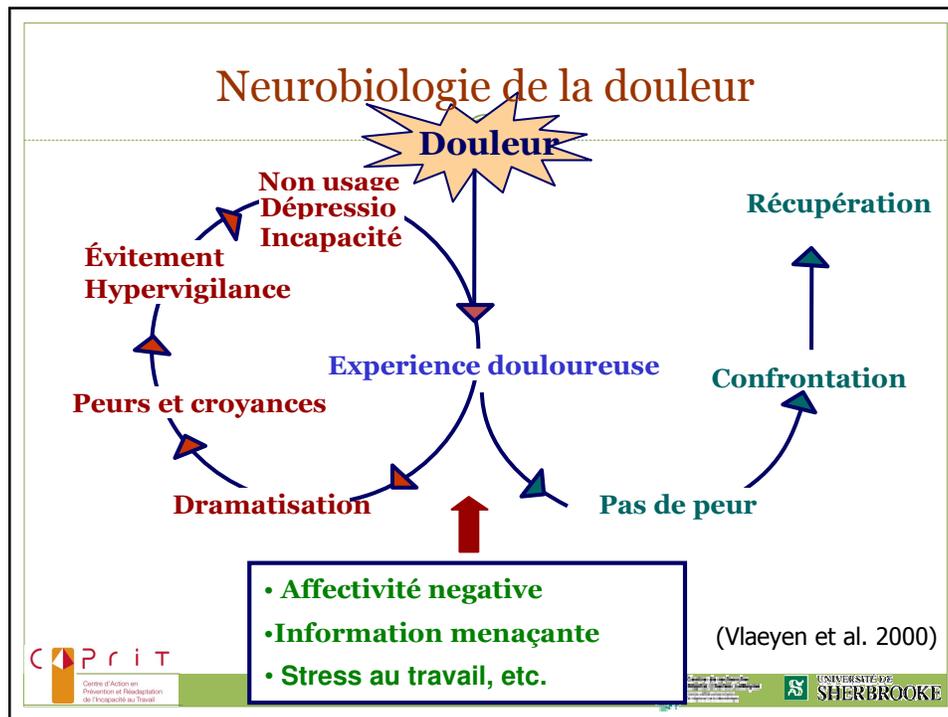
- La combinaison :
 - d'influx prolongés périphériques initiaux
 - d'influx descendants subséquents venant du cerveaumodifie le seuil d'excitation des neurones intermédiaires (substance gélatineuse de la corne antérieure)

La douleur persistante

- Cas habituel: retour à la normale du seuil d'excitation du neurone intermédiaire
 - Les centres ne reçoivent plus d'information douloureuse
- Douleur persistante: abaissement persistant du seuil d'excitation des neurones intermédiaires
- Conséquences: allodynie, hyperalgésie, douleur prolongée, douleur référée

La douleur persistante musculo-squelettique

- Est composée:
 - D'une nociception périphérique qui s'atténue (cicatrisation)
 - Et d'une anomalie de la modulation de la douleur d'origine centrale qui s'intensifie
- C'est la centralisation de la douleur



L'incapacité doit devenir la cible de l'intervention

- La douleur aiguë a engendré craintes et incapacité
- L'incapacité engendre la douleur persistante
- La périphérie est cicatrisée
- Agir directement sur les causes de l'incapacité

CAPRIT Centre d'Action en Prévention et Réhabilitation de l'Incapacité au Travail

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Plan

- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- **Le psycho**
- Le social
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

L'expérience de la douleur

- Différents scénarios:
 - La personne a l'impression de ne pas être capable de gérer, de tolérer ni de réduire la douleur.
 - La personne ne comprend pas ce qui lui arrive.
 - ✦ Différentes opinions médicales
 - ✦ Sa douleur ne diminue pas

L'expérience de la douleur

- Différentes conséquences émotives en réaction à ces scénarios:
 - Dramatisation de la douleur (« Catastrophizing ») (Sullivan et al., 1995).
 - Peurs et croyances (Vlaeyen et al., 2000)
 - ✦ « Ce doit être grave puisque les médecins ne trouvent pas ce que j'ai... »
 - ✦ « Le seul fait de lacer mes chaussures augmente ma douleur, vais-je être capable de retourner au travail?
 - ✦ « Et si la douleur réapparaît alors que je suis dans l'échelle au travail. Je pourrais tomber et me tuer... »

Conséquences psychologiques

- Anxiété:
 - ✦ Kinésiophobie (Vlaeyen et al. 2000)
 - Phobie du mouvement
 - ✦ Trouble d'anxiété généralisée
 - Inquiétudes excessives et intolérance à l'incertitude
- Dépression
 - ✦ Persistance de incapacité

Prévalence des troubles de l'humeur McWilliams et al. (2003)

Diagnostic	Douleur persistante (n = 382)	Population nord-américaine (n = 5495)
Trouble de l'humeur	21,7 %	10,0 %
Dépression majeure	20,2 %	9,3 %

Prévalence des troubles de l'humeur McWilliams et al. (2003)

Diagnostic	Douleur persistante (n = 382)	Population nord-américaine (n = 5495)
Troubles anxieux	35,1 %	18,1 %
Trouble d'anxiété généralisée	20,2 %	9,3 %
Trouble panique	6,5 %	1,9 %
Phobie simple	15,7 %	8,3 %
Phobie sociale	11,8 %	7,8 %
Trouble de stress post-traumatique	10,7 %	3,3 %

Les perceptions des patients

- En comprenant les peurs et croyances de la personne, il est plus facile de rassurer
 - Bien que pas toujours facile (Coia et Morley, 1998; Fitzpatrick, 1996)
- « Croyez-vous que vous serez de retour au travail d'ici quelques semaines? »
 - Si le patient vous dit « non »: croyez le!

Plan

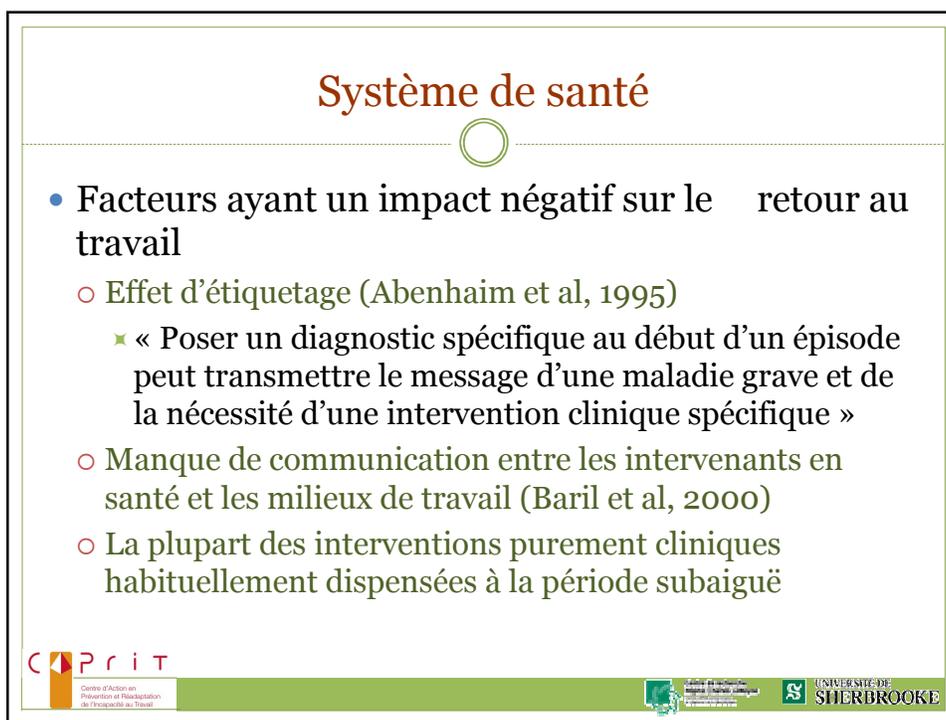
- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- Le psycho
- **Le social**
- Le système
- Des pistes pour l'intervention

Que faire? Où aller ? Qui croire?



Système de santé

- Facteurs ayant un impact négatif sur le retour au travail
 - Effet d'étiquetage (Abenham et al, 1995)
 - ✦ « Poser un diagnostic spécifique au début d'un épisode peut transmettre le message d'une maladie grave et de la nécessité d'une intervention clinique spécifique »
 - Manque de communication entre les intervenants en santé et les milieux de travail (Baril et al, 2000)
 - La plupart des interventions purement cliniques habituellement dispensées à la période subaiguë



Pourquoi réécrire aux 2 semaines

1619 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance: [redacted]

Date de naissance: [redacted]

Diagnostique et évolution de la pathologie et des traitements: **ENTORSE LOMBAIRE**
Glace/repos/Viax d'usage
AT ad 01/07/02 in ce
RV le 07/02

474 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance: [redacted]

Date de naissance: [redacted]

Diagnostique et évolution de la pathologie et des traitements: **entorse lombaire**
A Travail 8472
physioth
RV dans 1 sem.

CSST Commission de la santé et de la sécurité au travail

Attestation médicale

Initiale ou Complémentaire

Consolidation: Si la période de consolidation est de 14 jours ou moins, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion professionnelle, inscrire la date prévue de consolidation.

05 JUL 2001

11126

Prénom et nom à la naissance: [redacted]

Date de naissance: [redacted]

Diagnostique et évolution de la pathologie et des traitements: **Lombalgie 8472**
entorse lombaire
AT ad 04 07 01
RV 04 07 01

CSST Commission de la santé et de la sécurité au travail

Attestation médicale

Initiale ou Complémentaire

Consolidation: Si la période de consolidation est de 14 jours ou moins, à compter de la date où le travailleur est devenu incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion professionnelle, inscrire la date prévue de consolidation.

05 JUL 2001

01 06 21

02 07 01

le diagnostic ?

Et que comprendre quand ça change

56081 Numéro d'assurance-maladie

Prénom et nom à la naissance: [redacted]

Date de naissance: [redacted]

Diagnostique et évolution de la pathologie et des traitements: **Discopathie lombaire sévère**
A Signif Temp.
7 sem.

CSST Commission de la santé et de la sécurité au travail

Rapport médical

Sommaire de prise en charge ou D'évolution

4/2

Consolidation: De 60 jours ou moins ou Plus de 60 jours

120770857

Le travailleur est: Physiothérapie, Hospitalisation

8

Avez-vous travaillé à un autre médecin? Oui Non

Sequelles permanentes à prévoir: Oui Non

Date de l'événement: 10/10/00 Date de la visite: 10/20/01

Signature du médecin: [redacted]

Que va retenir le travailleur, l'employeur, l'assureur, l'avocat ???

Ce qui fonctionne

- **INTERVENTIONS EN ENTREPRISE:**
 - « Graded activity » en milieu de travail (Lindström et al, 1992; Staal et al, 2004)
 - Modifications du travail (Loisel et al, 1997; Anema et al, 2004)
 - Réadaptation consécutive à l'intervention en milieu de travail en période subaiguë (Loisel et al, 1997; Yassi et al, 1995; Arnetz et al, 2003)
 - Une assignation temporaire **UTILE À LA RÉADAPTATION**

Priorités pour les travailleurs

- Du respect
- Un travail intéressant
- De bonnes communications
- Un sens de l'accomplissement
- Un équilibre travail – famille
- Pouvoir développer ses compétences

La responsabilité du milieu de travail

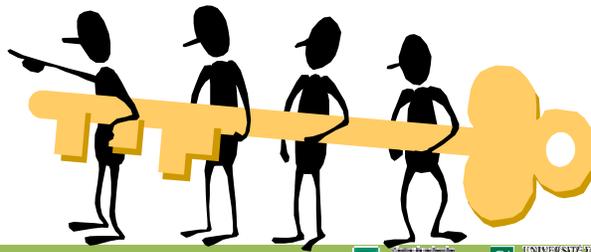
- Considérer les ressources humaines comme un capital précieux:
 - L'incapacité est un problème personne – environnement : l'organisation partage la responsabilité de l'incapacité avec le travailleur
 - Veiller au « présentéisme »: il précède l'absentéisme

Plan

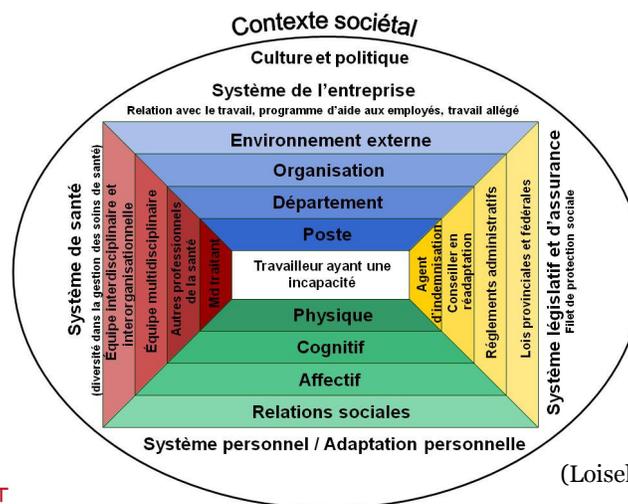
- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- Le psycho
- Le social
- **Le système**
- Des pistes pour l'intervention

Frank & al., 1998 (CMJA)

- Preventing Disability From Work-Related Low-Back Pain - New Evidence Gives New Hope - If We Can Just Get All the Players Onside (CMAJ, vol 158)



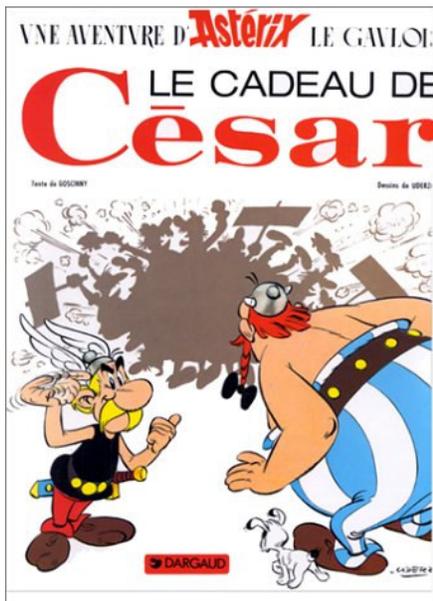
Le salarié / patient dans le système



(Loisel et al., 2005)

Les plus grands défis

- Règles du système: lois et règlements
- Multiples acteurs
- Culture et intérêts des acteurs (médicaux, d'assurances, d'entreprise, etc.)
- Nécessiter d'adapter l'approche pour répondre au paradigme d'incapacité
- Dialogue entre les acteurs
- Comprendre et comprendre les autres
- Le patient / salarié qui cherche à s'orienter ...



Ils sont fous
ces Romains!

De multiples variations

- Sociopolitiques
 - Selon pays, province, état, etc.
- Selon la cause de l'incapacité
 - Maladie, accident, travail, route, loisirs, etc.
- Culturelles
 - Signification de la maladie, douleur, etc.
- Selon les intervenants
 - Médecin, employeur, assureur, etc.
- Selon le patient / salarié
 - Antécédents, représentations, craintes, co-morbidité, etc.

Les solutions possibles

- Convaincre les décideurs
- Faire collaborer les acteurs
- Rediriger les ressources
 - Interventions en entreprise
 - Temps pour le dialogue
 - « Intervenant pivot »
 - Équipe interdisciplinaire
- Approche gagnant-gagnant

Plan

- Des faits qui étonnent!
- Une approche bio-psycho-sociale: pourquoi?
- Le bio
- Le psycho
- Le social
- Le système
- **Des pistes pour l'intervention**

L'intervention devra s'adapter

- De grands principes doivent guider l'intervention
- Mais elle devra s'adapter :
 - Au patient
 - À son emploi
 - Aux intervenants du système
 - Au système

Les données probantes

- Prédicteurs d'incapacité (Waddell et al, 2003; Schultz et al, 2004; Turner et al, 2000; McIntosh et al, 2000; ...)
- Essais randomisés (Loisel et al 1997; Anema et al 2007; Arnetz et al, 2003; Lindstrom et al 1992; Karjalainen et al 2003; Scheer et al 1995; ...)
- Études Cochrane (van Oostrom et al, 2008; Karjalainen et al, 2008; Schonstein et al, 2008; Aas et al, 2008; Bruinvels et al 2008)
- Études d'implantation d'interventions (Durand et al, 2007)

Ce qui ne facilite PAS le retour au travail: professionnels de la santé

- Traitements spécifiques pour une maladie
- La plupart des manuels expliquant l'anatomie...
- Tests pour préciser un diagnostic spécifique (lorsque les signaux rouges sont exclus)
- Chirurgie
- Brève rencontre dans une salle d'urgence



Ce qui ne facilite PAS le retour au travail: milieu de travail

- Organisation du travail déficiente
- Relations de travail difficiles
- Peu d'autonomie dans le travail
- Contestation
- Actions perçues pour épargner des coûts
- Ignorance des travailleurs absents
- Travaux allégés perçus inutiles



Ce qui ne facilite PAS le retour au travail: système d'assurance

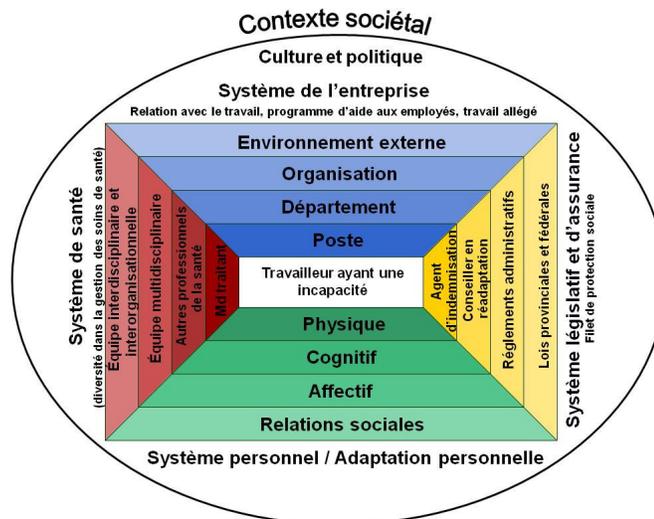
- Contestation des cas
- Délais dans la prise en charge
- Obstacles à la transmission d'information
- Prise en charge organisée en fonction du modèle biomédical

Les grands principes: P.A.R.T.

- Partenariat
- Activité
- Rassurance
- Travail

Interventions efficaces

P
A
R
T
E
N
A
I
R
E
S



Interventions efficaces

- **ACTIVITÉ:** reprise progressive contre
 - Le déconditionnement
 - Les craintes
 - La dépression
- Approche cognitivo-comportementale (Main, Linton, et nombreux autres auteurs)

Interventions efficaces

- **RASSURANCE:**
 - Par des cliniciens (Indahl et al, 1995)
 - Par une campagne publicitaire (Buchbinder et al, 2003)
 - Par le « Back book » (Burton et al, 1999; Coudeyre et al, 2003)
 - Par la compréhension des craintes du patient



Interventions efficaces



• Travail:

- Tâches progressives en milieu de travail (Lindström et al, 1992; Staal et al, 2004)
- Modifications du travail (Loisel et al, 1997; Anema et al., 2005)
- Réadaptation APRÈS l'intervention en milieu de travail (Loisel et al, 1997; Yassi et al, 1995; Arnetz et al, 2003)
- Tâches allégées (Krause)
- Formation des superviseurs (Shaw)

Meilleures pratiques pour une organisation

- Considérer les ressources humaines comme un bien précieux:
 - Réduire la pression sur le capital humain à un niveau physiologiquement et psychologiquement acceptable
 - L'incapacité est un problème personne environnement: l'organisation partage la responsabilité du problème dans son milieu de travail
 - Présentéisme: précède l'absentéisme

Meilleures pratiques pour une organisation

- Tâches allégées peuvent être efficaces si elles facilitent la réadaptation du travailleur
- Si les tâches allégées doivent persister: le problème persiste
- Une organisation en santé fait des travailleurs en santé
- La motivation du travailleur peut dépendre de la motivation de l'employeur



Programmes de retour au travail

- **Les grands principes + l'adaptation au contexte**
- Nombreux programmes testés mais interventions peu décrites
- Programmes prescrits vs programmes implantés
- Contradictions apparentes (effets tiers)
- Des programmes / outils à développer (Loisel & al., 2005)
- **Développer sur évidences, implanter selon le contexte, TESTER**



Félix Leclerc

« Non vraiment j'y tiens la meilleure façon de tuer un homme C'est de le payer à ne rien faire. »



Programme stratégique de formation des IRSC en prévention d'incapacités au travail

- Programme de formation international et transdisciplinaire
- Allocation versée aux étudiants inscrits: aucun frais pour les étudiants
- Activités: Sessions d'été (juin) de 2 semaines à Montréal, stages dans différents milieux de recherche, formation en ligne
- Durée du programme: 3 ans
- S'ajoute au diplôme de doctorat ou post-doctorat de l'université d'origine de l'étudiant
- Demande d'admission: 15 janvier

www.usherbrooke.ca/wdp

Information: Brenda.Santos@USherbrooke.ca

Merci!



- Institut de Recherche Robert Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST)
- Commission de la santé et sécurité du travail (CSST)
- Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Réseau de recherche en adaptation réadaptation du Québec (REPAR)
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
- Réseau HEALNet des centres d'excellence du Canada
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (RRSSSM)
- Travailleurs, syndicats, employeurs

<http://www.caprit.ca>

