

Troubles musculo-squelettiques et retour au travail

Point de départ

Huit pourcent des travailleurs atteints d'un trouble musculo-squelettique éprouvent d'importantes difficultés à retourner au travail. Des chercheurs ont voulu savoir quels facteurs individuels pouvaient être mis en cause, notamment la place que prennent les représentations concernant la santé et la maladie. Un premier volet de ces travaux explorait la question uniquement du point de vue des travailleurs. Cette recherche-ci tient compte non seulement de leurs perceptions, mais également de celles du clinicien chargé de les accompagner dans leur processus de réadaptation au travail.

Responsables

Marie-France Coutu¹, Marie-Josée Durand, Nicole Charpentier, Annick Rouleau, Daniel Côté et Geneviève Cadieux, du Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) de l'Université de Sherbrooke, et Raymond Baril, de l'IRSST.



1

Résultats

Un des éléments qui semblent faciliter le retour au travail à la suite d'une blessure tient à la capacité du clinicien de se faire une idée juste des représentations qui habitent le travailleur tout au long de sa réadaptation. Il semble également important que l'objectif énoncé au début du programme de réadaptation, ainsi que la stratégie mise de l'avant pour y arriver, aient du sens aux yeux du travailleur.

Utilisateurs

Les cliniciens (ergothérapeutes, médecins, kinésologues, psychologues), de même que les conseillers en réadaptation intéressés à mieux cerner les représentations qui entravent le retour et le maintien en emploi.

VOUS AVEZ PEUR DES SERPENTS

et votre pire ennemi vous dit : « Viens, on va aller voir des serpents... » Dans une pareille situation, il y a fort à parier que vous refuseriez tout net cette « promenade ». C'est un peu ce qui se

Qu'est-ce qui fait dérailler le processus normal ?

1 passe pour un certain nombre de travailleurs, incapables de retourner normalement au travail à la suite d'une lésion musculo-squelettique.

Métaphoriser en « peur des serpents » les difficultés de réinsertion professionnelle qu'éprouvent certains travailleurs après une blessure n'est peut-être pas si loufoque qu'il y paraît. Pas du point de vue, en tout cas, de la psychologue Marie-France Coutu, de l'Université de Sherbrooke : « Remplacez "l'ennemi", dit-elle, par un clinicien en qui vous n'arrivez pas à avoir confiance – parce que vous estimez qu'il ne comprend pas votre problème, ou parce que vous différez profondément d'opinion avec lui quant à la stratégie à adopter pour le résoudre –, et il y a fort à parier que ses incitations à risquer un retour au travail (l'équivalent ici du "serpent") ne réussissent pas à vous convaincre de sitôt. Comme disait un des travailleurs à sa première séance de réadaptation : "J'avais les dents serrées, j'avais envie de le rentrer dans le mur. Alors, quand il essayait de me motiver, je le regardais en me disant : "Toi, tu perds ton temps."»

LA QUALITÉ DU RAPPORT « TRAVAILLEUR-CLINICIEN »

À la CSST, les lésions musculo-squelettiques, on connaît ! Non seulement

arrivent-elles dans le peloton de tête du nombre de cas indemnisés – 37% de toutes les réclamations – mais, plus marquant encore, ce type de blessures pose, chez 8% des travailleurs atteints, des difficultés majeures de réinsertion professionnelle, quand cela ne se transforme pas en incapacité permanente.

Dans l'étude sur les types d'écarts de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail, Marie-France Coutu et son équipe ont mis en lumière un paramètre qui apparaît souvent au cœur de cette délicate problématique : l'importance de la qualité du rapport qui s'établit entre le clinicien et le travailleur blessé inscrit à un programme de réadaptation, qualité qui semble en bonne partie se fonder sur les représentations que chacun se fait de la blessure, eu égard au diagnostic.

PEUT-ON JOUER DEHORS MÊME BLESSÉ ?

On entend par représentations l'ensemble des pensées, des croyances et des attitudes qui forgent – consciemment et inconsciemment – l'idée que l'on se fait de la santé, de la maladie, voire de la guérison et du travail. Une représentation peut prendre la forme

d'une association d'idées, ou même d'une logique établie en soi depuis longtemps, du genre « On n'est pas supposé jouer dehors lorsqu'on est blessé ». Les propos d'un des travailleurs participant à l'étude l'illustrent bien : « Depuis qu'on est tout petits, nos parents nous disent : "Quand tu te fais mal ou quand t'es malade, si t'es capable de faire tes loisirs, t'es capable de travailler." »

On a de fortes raisons de croire qu'un écart de représentations entre le clinicien et le travailleur – autrement dit, un écart de « lecture de la réalité » ayant comme conséquence de brouiller la relation thérapeutique – pourrait s'avérer l'un des facteurs importants du maintien de l'incapacité. « Derrière la résistance d'un travailleur après une blessure, il y a souvent non seulement une croyance, mais surtout toute une logique que le clinicien (ergothérapeute, kinésithérapeute) doit arriver à saisir », dit Marie-France Coutu. D'où l'objectif de cette recherche de cerner non seulement les représentations des travailleurs, mais aussi celles des cliniciens eux-mêmes et, plus particulièrement, l'idée qu'ils se font des représentations qui habitent le travailleur blessé devant eux.

LA RÉADAPTATION : DE LA CLINIQUE AU TRAVAIL

Cette investigation était de nature exploratoire. Elle ciblait 12 travailleurs en phase chronique de douleur – absents de leur travail depuis 13 mois en moyenne, l'un même depuis 25 mois – et les cinq cliniciens interagissant avec eux. L'étude a été réalisée à l'intérieur d'un programme de réadaptation d'une durée moyenne de 12 semaines, se déroulant au centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne, à Longueuil.

Le programme a ceci de particulier qu'il se concentre sur l'incapacité du retour au travail dans sa globalité, soit autant sur ses aspects biomédicaux que psychologiques ou sociaux. Durant les premières semaines, il se déroule en clinique, mais se déplace ensuite sur les lieux du travail, prenant ainsi la forme d'un retour thérapeutique, c'est-à-dire un retour progressif, supervisé par l'équipe clinique.

Dans le contexte de cette recherche, l'analyse en profondeur des représentations de chacun a été faite au moyen d'un matériel d'entrevue brut, que les

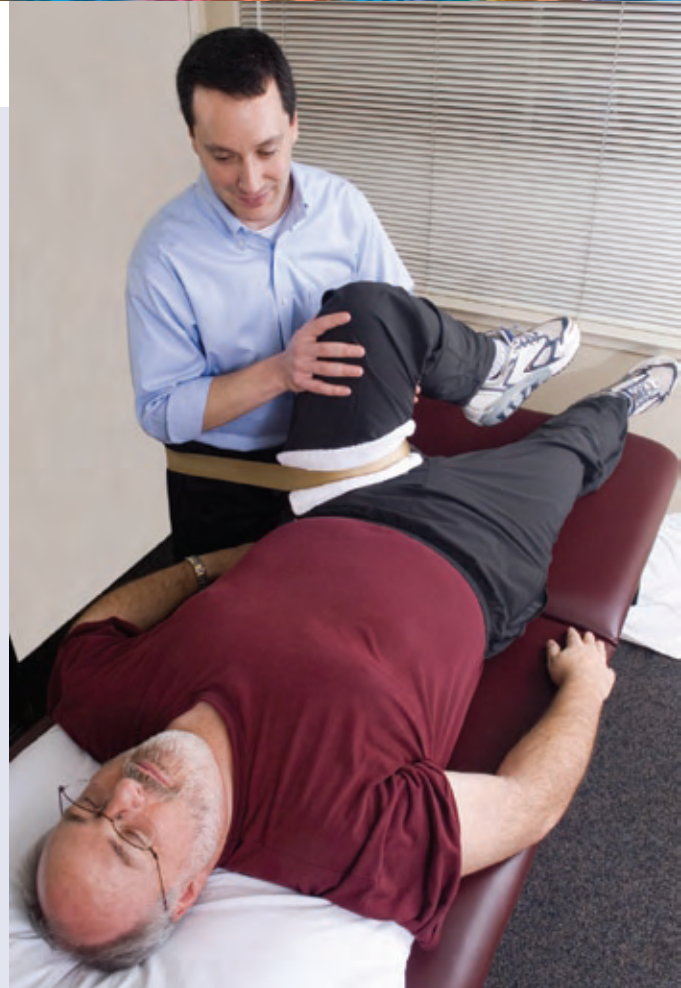
chercheurs ont fait transcrire pour analyser les écarts entre les membres des 12 paires de cliniciens et travailleurs participants à l'étude. « Nous avons privilégié une approche qualitative, qui permet de documenter en profondeur les dynamiques et leur contenu, dit Marie-France Coutu. Cela venait compenser certaines faiblesses de notre étude, comme le fait que les travailleurs aient tous été envoyés par une seule source, soit la CSST, ce qui peut faire ressortir des caractéristiques particulières qui ne se retrouvent pas chez d'autres référents. Aussi, parce qu'ils travaillent dans ce centre de recherche, les cliniciens étaient déjà sensibilisés à l'importance des représentations, ce qui n'est peut-être pas le cas dans la pratique actuelle. »

L'ANXIÉTÉ DU RETOUR

Les chercheurs avaient initialement imaginé, eu égard aux représentations, trois grands types d'écart (de A à C) susceptibles d'émerger des différentes dynamiques. Décrits de façon sommaire :

- Le **scénario A** prévoyait un écart, tant sur le plan de la compréhension des représentations du travailleur que du jugement du clinicien. Ce scénario aurait le plus grand écart.
- À l'inverse, le **scénario B** comporterait l'écart le plus petit, voire pratiquement inexistant.
- Dans le cas du **scénario C**, il n'y aurait pas d'écart entre la représentation du travailleur et son interprétation par le clinicien. En revanche, la représentation du travailleur de son problème serait très différente du jugement du clinicien. Par exemple, le client pourrait percevoir comme incontrôlables des douleurs dans le dos dont personne ne semble avoir trouvé le diagnostic menant à la guérison, selon lui, bien qu'il ait consulté différentes ressources.

Les résultats n'ont fait ressortir aucun scénario A, mais les chercheurs ont



Photos : iStockphotos

Ses échanges avec le patient permettent au clinicien de comprendre les comportements de celui-ci vis-à-vis de son traitement et d'adapter ses propres représentations.

pu documenter les scénarios B et C. Par ailleurs, ils ont recensé deux nouveaux scénarios.

Ainsi, dans le cas du **scénario D**, les cliniciens ont peu d'accès aux représentations des travailleurs, mais après observation, ils discernent néanmoins un facteur qui nuit au processus de réadaptation. Un objectif et une stratégie sont alors élaborés pour en réduire l'effet négatif. Dans les deux cas de ce scénario, un changement comportemental s'est opéré en faveur d'une réactivation. Par contre, pour les deux travailleurs concernés, des contraintes administratives liées à l'employeur ont mis fin au programme prématurément. Le **scénario E** présente une situation où le clinicien fait une interprétation parcellaire de la représentation du travailleur. Il mentionne avoir peu d'occasions de déterminer un élément nuisible au processus de réadaptation

qui serait concret (comme dans le cas du scénario D) et qui permettrait d'orienter le travailleur vers une trajectoire de retour au travail.

Les 12 paires de cliniciens et travailleurs se sont finalement rangées dans quatre des cinq catégories. L'exercice s'est soldé par sept retours au travail et cinq non retours.

Les écarts de type C, caractérisés par un désaccord partiel quant au diagnostic, ont été les plus nombreux, avec six cas. Dans le rapport, un des cliniciens engagés dans ce type d'écart raconte une dynamique qu'il a vécue : « Ce travailleur est persuadé qu'il a quelque chose de grave touchant sa colonne vertébrale au complet, alors que le diagnostic est d'une entorse cervico-dorsolombaire, (touchant seulement une partie de la colonne). » Comment cet écart de représentation peut-il arriver à miner les efforts de retour au travail ? « C'est à cause de la grande anxiété de cet homme », poursuit le clinicien, qui dit aussi avoir de bonnes raisons de croire que cette anxiété s'est transformée

travail permettra d'ailleurs d'agir précisément sur les comportements d'évitement.

RISQUER DE PERDRE LA FACE ?

Voici un exemple d'un des scénarios D, ce type d'écart se caractérisant par un très mince accès du clinicien aux représentations du travailleur. Ce dernier souffre d'une hernie discale somme toute assez classique, corroborée par le diagnostic clinique. Le dossier achoppe toutefois, car on n'arrive pas à comprendre que cette hernie entraîne une si longue absence.

Dans les premières semaines de réadaptation en clinique, le clinicien constate que le travailleur souhaite se réactiver physiquement. Or, une fois de retour chez lui, il ne passe pas à l'action. Après observation et réflexion, le clinicien formule une hypothèse qui paraîtra étrange à prime abord. Selon lui, si ce travailleur ne s'engage pas vraiment dans sa réadaptation, c'est peut-être qu'il a peur... de se désavouer aux yeux des autres.

Le clinicien explique, en substance, que « pour justifier aux autres le fait qu'il ne fasse rien », le travailleur s'est enfermé dans une démonstration de douleur complètement démesurée pour une situation comme la sienne. « C'est la seule façon qu'il a trouvée de se justifier parce qu'avant, c'était un homme qui faisait tout. » Donc, s'il refait de l'activité du jour au lendemain, croit-il, il risque de perdre la face vis-à-vis de son entourage. « Eh ben... t'étais

pas si blessé que ça ! », a-t-il peur d'entendre. Que faire alors ?

Le clinicien a l'idée de « déplacer l'ergothérapie de la clinique à la maison » afin non seulement d'aider graduellement le travailleur à se remettre sur pied, mais également de faire en sorte que la « présence d'un clinicien à la maison permette de justifier cette réactivation aux yeux des autres ». « Il n'est pas toujours nécessaire d'affronter directement le travailleur, dit Marie-France Coutu. Ce que l'on fait ici, et dans les limites du programme, c'est d'intégrer l'obstacle à la stratégie de réadaptation. »

Tout cela ne garantit pas pour autant le retour au travail, car la réinsertion professionnelle des travailleurs est une réalité qui fait intervenir des facteurs non seulement psychosociaux, mais aussi administratifs et légaux. Dans deux des échecs de retour au travail du groupe D, incluant le cas ci-dessus, ce sont des contraintes administratives liées à l'employeur qui ont nui au processus, qui était pourtant en bonne voie.

L'étude de Marie-France Coutu et de ses collaborateurs montre l'importance d'un travail de décodage des représentations du travailleur, eu égard à sa santé, à sa maladie ou aux pressions provenant de son milieu social. Mieux, elle soutient qu'une analyse de « l'armature » de ces représentations fournit souvent une explication potentielle des comportements du travailleur vis-à-vis de sa réadaptation et, ultimement, de son retour au travail. Selon elle, ces résultats peuvent aussi être utilisés par l'employeur pour tenter de comprendre pourquoi l'employé ne se sent pas prêt à retourner au travail et agir, dans la mesure du possible, sur certaines de ces perceptions. **PT**

LUC DUPONT

Pour en savoir plus

COUTU, Marie-France, Raymond BARIL, Marie-José DURAND, Nicole CHARPENTIER, Annick ROULEAU, Daniel CÔTÉ et Geneviève CADIEUX.

Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail, Rapport R-581, 47 pages.

Téléchargeable gratuitement à :

www.irsst.qc.ca/files/documents/Pub_IRSST/R-581.pdf

BARIL, Raymond, Marie-José DURAND, Marie-France COUTU, Daniel CÔTÉ, Geneviève CADIEUX, Annick ROULEAU et Suzy NGOMO. *TMS – L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail*, Rapport R-544, 112 pages.

Téléchargeable gratuitement :

www.irsst.qc.ca/files/documents/Pub_IRSST/R-544.pdf

Pour commentaires et suggestions : magazine-prevention@irsst.qc.ca



en crainte démesurée de se blesser à nouveau en retournant au travail.

Le clinicien percevant assez bien l'élément psychologique qui modèle la représentation, il est en mesure de proposer au travailleur des objectifs de réadaptation s'appliquant davantage à son type de personnalité, voire à la représentation qu'il se fait de la maladie. Dans ce cas-là, il orientera à dessein, mais avec le consentement du travailleur, la réadaptation vers un recadrage de la gravité du problème, et vers une réduction des comportements d'évitement qui en découlent. L'accompagnement clinique sur les lieux de