

Lombalgie et réintégration au

Le cas des travailleurs de la construction

AU QUÉBEC, EN 2003, les blessures au dos survenues en milieu de travail ont été responsables du retrait de 32 404 travailleurs de leur emploi. Chez le personnel de la construction, la fréquence et la gravité de ces accidents sont environ trois fois plus élevées que dans les autres secteurs d'activité. L'IRSST a financé une étude, réalisée en collaboration avec la CSST, visant à faire l'essai d'un programme favorisant la réintégration en emploi de travailleurs blessés du secteur de la construction. La recherche, dirigée par Marie-José Durand, de l'Université de Sherbrooke, porte sur l'action concertée et précoce d'une équipe interdisciplinaire, tenant compte à la fois de l'état de santé et des différentes capacités des travailleurs, ainsi que de divers éléments de leur environnement de travail.

Point de départ

La fréquence et la gravité des accidents au dos sont environ trois fois plus élevées chez les travailleurs de la construction que chez ceux des autres secteurs. Des chercheurs ont voulu mettre à l'essai un programme de réintégration au travail dans ce milieu.

Responsables

Marie-José Durand¹ et Patrick Loisel, de l'Université de Sherbrooke; Diane Berthelette, de l'Université du Québec à Montréal; Jocelyne Beaudet, de la CSST; Daniel Imbeau, de l'École polytechnique de Montréal.



Résultats

L'exposition graduelle et supervisée aux tâches et la collaboration entre les partenaires impliqués (médecin traitant, assureur, employeur, travailleur, équipe clinique) pendant le processus de retour progressif au travail sont des conditions essentielles pour la réussite.

Utilisateurs

Toute personne qui intervient auprès de travailleurs atteints d'un mal de dos.

LES LOMBALGIES

Les lombalgies représentent près d'une blessure sur quatre (23,5%) chez les travailleurs de la construction du Québec. Sans égard au secteur d'activité, 90% des personnes affectées retourneront au travail dans les premières semaines après leur blessure.

La lombalgie comporte trois phases: aiguë, qui dure d'une à quatre semaines après le début des symptômes; subaiguë, durant de quatre à douze semaines; chronique, s'étalant sur plus de douze semaines. Comme l'explique Marie-José Durand, le programme proposé se base sur l'amorce de démarches de réactivation et de réintégration dans la phase subaiguë. « La grande majorité des travailleurs se rétablit et revient au travail, sans intervention particulière ou encore, avec quelques traitements de physiothérapie, pendant la première phase ou au début de la deuxième. Pour éviter les interventions inutiles, le programme devait débuter dès la phase subaiguë, lorsqu'un travailleur ne semblait reprendre ni ses activités régulières, ni son travail. À ce moment, le travailleur est dit "à haut risque" d'absence prolongée du travail. Une fois le stade chronique atteint, une simple réactivation ne suffit plus: les craintes sont trop grandes et il est nécessaire de réactiver les travailleurs avant d'entreprendre leur retour progressif au travail. » Même si seulement 7% des travailleurs souffrant de lombalgie évoluent vers une absence du travail de plus de six mois, ils engendrent 75% des coûts liés à cette affection. Or, comme l'ont démontré quelques études au Québec, la qualité de la vie et l'état de santé de cette proportion de travailleurs seront très compromis pendant de longues années.

LES TRAVAILLEURS DE LA CONSTRUCTION

L'étude porte plus particulièrement sur les travailleurs de la construction pour plusieurs raisons, précise la chercheuse. « Cette clientèle nous offre le plus grand défi. Ce secteur a démontré, pendant

plusieurs années, un très faible taux de retour au travail après une blessure et un grand nombre d'accidents annuels. De plus, comme les travailleurs de la construction ne sont souvent pas rattachés à un seul milieu physique de travail, mais se déplacent d'un chantier à un autre, les modifications de postes semblaient impossibles au cours des processus de réintégration. Aussi, les emplois dans ce secteur comportent des tâches très variées et d'importantes exigences physiques, ce qui réduit les possibilités de les alléger. Le retour progressif des travailleurs de la construction est donc très peu utilisé au Québec. »

LE PROGRAMME D'INTERVENTION

L'approche a été mise au point par la CSST et par des chercheurs du Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) de l'Hôpital Charles-LeMoine. Dans un des volets de l'étude, M^{me} Durand et son équipe se sont attardées à l'évolution de l'état de 20 travailleurs de la construction souffrant de lombalgie à la suite d'un accident du travail et admis au programme proposé. Ils ont été suivis par une conseillère en réadaptation, un médecin omnipraticien spécialisé en réadaptation au travail, un ergothérapeute, un ergonomiste, un kinésologue, un psychologue, et ce,





en collaboration avec l'employeur de chaque participant.

L'équipe de recherche a été mise en place afin de tenir compte des multiples facettes du retour au travail : la santé physique du travailleur, ses caractéristiques psychologiques (craintes, tolérance à la douleur), son environnement de travail (exigences, organisation, outils) et sa relation avec ses pairs et avec son employeur.

L'innovation tient au fait que l'ensemble de ces facteurs était intégré au cœur du programme de réadaptation. De même, la réadaptation se faisait par la réactivation du travailleur et par son retour progressif et supervisé à ses tâches habituelles. De cette façon, une partie des interventions du programme se déroulait en milieu de travail.

Quatre principes constituent la base du programme, soit : la nécessité de la réactivation physique et psychologique de l'individu face à la reprise du travail et à ses activités courantes, en évitant les traitements passifs; l'importance d'une action concertée avec les différents partenaires (médecin traitant, équipe interdisciplinaire, conseiller en réadaptation et agent d'indemnisation de la CSST, employeur, travailleur) pendant le retour progressif au travail; la réduction des différentes contraintes environnementales (physiques, organisationnelles, relationnelles) du poste de travail pendant et à la fin du processus si nécessaire; l'intégration progressive des tâches de travail réelles qui favorisent la

reprise du rôle du travailleur. Au sujet des deux premiers principes, M^{me} Durand affirme : « Il est important que l'équipe clinique et le médecin traitant qui entourent le travailleur arrivent à un consensus, sinon cela risque de nuire à sa réintégration. Un écart entre les opinions des intervenants peut lui causer des inquiétudes, lui donner l'impression que son trouble est plus grave ou que les spécialistes ne savent pas vraiment ce dont il souffre. La communication entre les divers collaborateurs, par sa présence et sa qualité ou par son absence, constitue soit un levier, soit un frein. »

LE MODÈLE ET LA DÉMARCHÉ

Marie-José Durand et son équipe avaient pour objectif d'apprécier si le modèle théorique du programme (les quatre principes mentionnés) était applicable dans la réalité. « Les étapes du processus ont majoritairement été accomplies. Cependant, les participants à l'étude ont été dirigés vers le programme alors qu'ils avaient déjà atteint la phase chronique. Or, au départ, ils devaient l'être pendant la phase subaiguë. Ainsi, l'effet de la précocité de l'intervention n'a donc pas pu être apprécié. Ensuite, il est ressorti que des délais, parfois longs, pour les échanges entre les différents partenaires ont provoqué des retards dans les soins prodigués aux travailleurs, allongeant ainsi les périodes hors travail et parfois sans traitement. »

« Également, poursuit la chercheure, nous avons observé, d'une part, l'ouverture des employeurs face au programme, et ce, même si la démarche exigeait certaines adaptations de leur côté, et d'autre part, la difficulté d'accès de l'équipe interdisciplinaire aux médecins traitants des individus, provoquant parfois des freins importants dans la démarche de retour progressif au travail. » L'établissement de l'action concertée, par la communication entre les différents partenaires, un des principes de base du programme, figure parmi les difficultés que rapportent l'équipe interdisciplinaire et les travailleurs.

L'expérimentation a tout de même permis de confirmer la validité de la démarche proposée. Selon les résultats obtenus, une reprise des activités de travail à plus de 50% du temps normal pendant le processus de réintégration

augmentait les chances de retour en emploi à la fin du programme. D'autre part, elle a aussi attesté que les principes clefs de l'intervention favorisaient effectivement la reprise des tâches : l'amélioration des capacités de travail des individus, la diminution des contraintes (rotation des tâches, outils moins lourds, etc.) et l'action concertée entre les partenaires.

« Le but du programme évalué n'est pas de guérir, mais de permettre à un travailleur blessé, absent du travail depuis plus de six à huit semaines, et qui présente un très grand risque d'évoluer vers une absence prolongée, de reprendre ses activités, dont son emploi. Dans certains cas, sa douleur persistera pour un temps, mais souvent à une plus faible intensité que lors de son admission au programme, et ce, malgré la réussite de son retour au travail. Le programme est donc centré sur la reprise de la fonction et des rôles sociaux. Quant aux retards observés dans les délais prévus pour son application, force est de constater que quelques structures administratives et médicales actuelles, la persistance de certaines pratiques cliniques en vigueur malgré la présence d'évidences scientifiques proposant des approches différentes ou inverses, ainsi que le manque de disponibilité de certaines ressources médicales ont contribué à moduler et souvent à ralentir la prise en charge des individus comme prévue.

« L'efficacité du programme a été évaluée dans quelques études : environ 70% des gens ont réintégré le marché du travail à la fin et y sont toujours un an après. Pour obtenir ce taux d'efficacité, le programme doit être donné adéquatement, ce qui demande l'orchestration et la collaboration de tous ». **PT**

ISABELLE DESBIENS

Pour en savoir plus

DURAND, Marie-José, Diane BERTHELETTE, Patrick LOISEL, Jocelyne BEAUDET, Daniel IMBEAU.

Travailleurs de la construction ayant une lombalgie – Évaluation de l'implantation d'un programme de collaboration précoce en réadaptation, Rapport R-489, 100 pages.

Téléchargeable gratuitement :

www.irsst.qc.ca/files/documents/pub/IRSST/R-489.pdf