

# L'INCAPACITÉ CHRONIQUE

## Objectif : retour au travail



Photo : Fotosearch, Corbis

Lorsqu'un travailleur accidenté est incapable de reprendre son travail, tout son univers est bouleversé. Souvent, ce n'est pas tant le physique que le moral qui fait obstacle. Avec deux projets menés en parallèle, la CSST s'est mise en quête de solutions pour déceler le malaise et aider le plus tôt possible.



PAR | MARC TISON |

**LE DIAGNOSTIC MÉDICAL** est tombé comme une masse. À la suite d'un accident du travail au dos pendant le déchargement de son camion, un routier, appelons-le Marco, est désormais déclaré inapte à reprendre son travail, et ne pourra plus conduire son poids lourd. Or, il adorait son métier. Ajoutez les difficultés conjugales qui s'en sont suivies, et notre homme est victime d'une profonde dépression. En fait, le routier est engagé, sans le savoir, sur la voie de l'incapacité chronique.

Devinant la profondeur de la crise, la conseillère de la CSST a demandé l'aide d'une psychologue et d'un physiothérapeute. Peu à peu, l'homme s'est ouvert. « La conseillère de la CSST a été une gestionnaire de cas très efficace : elle discutait avec le professionnel de la santé et la psychologue, s'assurait de la circulation de l'information et de sa pertinence, et intégrait le travailleur dans le processus », relate Alain Gaumont, physiothérapeute et spécialiste des facteurs psychosociaux de la chronicité.

« On a réussi à renverser la vapeur. Marco a repris goût à la vie. Un an et demi plus tard, il retournait au travail », conclut M. Gaumont, encore touché par cette fin heureuse. Voilà l'exemple d'une intervention sensible, concertée... et réussie. Et c'est exactement ce que la CSST voulait savoir : pourquoi et en quoi certains intervenants réussissent-ils mieux que d'autres quand ils rencontrent des travailleurs sur la pente de l'incapacité chronique?

L'incapacité chronique peut survenir lorsqu'un travailleur n'est pas en mesure de reprendre son emploi d'origine, un emploi équivalent ou un emploi convenable. Ce risque de chronicité, comme on l'appelle, est prévisible lorsqu'il est attribuable à des lésions graves, amputations, brûlures majeures, par exemple. Mais dans d'autres situations, des lésions qui n'entraîneraient pas d'incapacité chronique chez la plupart des travailleurs se dégraderont pour certains en problèmes à long terme. Pourquoi? « La recherche scientifique nous dit que, au-delà des facteurs médicaux, ce qui fait la différence, ce sont les facteurs psychosociaux », explique Josée Jobin, conseillère en développement et en formation à la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation. La perception de la douleur, la peur du retour au travail et du risque de se blesser à nouveau font obstacle à la réinsertion du travailleur. Son environnement familial et social se transforme à mesure que son inactivité se prolonge. Son univers gravite désormais autour de ses angoisses. Le retour au travail s'éloigne...

« En proportion de l'ensemble, les cas d'incapacité chronique sont peu

nombreux, mais ils sont coûteux », fait remarquer Guylaine Rioux, vice-présidente aux relations avec les partenaires et à l'expertise-conseil de la CSST. « Quatre pour cent des 144000 travailleurs qui font des demandes d'indemnisation, chaque année, nécessitent 73% des débours de 1,6 milliard \$, soit plus d'un milliard pour compenser les conséquences de leur lésion. Par année! À ces coûts financiers s'ajoute le drame humain du travailleur : perte d'identité, vie familiale brisée, détérioration de l'état de santé physique et mentale... En raison de ces coûts humains et financiers, il vaut la peine qu'on s'y attarde et qu'on essaie de trouver des solutions. » Or, trouver une solution signifie déceler le malaise et agir en temps opportun. Comment? Tout le problème est là. « Avec les travailleurs à risque de chronicité, l'approche conventionnelle ne fonctionne pas », insiste Marie Larue, alors directrice de l'indemnisation et de la réadaptation à la CSST. « La gravité de la lésion n'est pas le meilleur prédicteur de la chronicité. Un soutien spécifique sur le plan de l'encadrement et des conditions de pratique des intervenants est nécessaire avec cette clientèle. » L'organisation doit donc être en mesure d'ajuster ses méthodes et son approche avec la clientèle à risque de chronicité, sans remettre en cause les services efficaces et bien adaptés à la très grande majorité des travailleurs accidentés. La CSST s'est mesurée à ce défi.

### TROIS SPÉCIALISTES DANS L'ARÈNE

En 2004, Serge Gingras, alors directeur de l'indemnisation et de la réadaptation, a demandé à trois spécialistes d'observer, pendant deux ans, les pratiques et les habitudes des intervenants



Photo : Marie-Josée Legault

**La perception de la douleur, la peur du retour au travail et du risque de se blesser à nouveau sont des facteurs qui peuvent faire obstacle à la réinsertion du travailleur, ont pu constater Josée Jobin et Guylaine Rioux.**

des directions régionales des Laurentides et de Lanaudière afin de définir de nouvelles façons d'intervenir auprès de la clientèle à risque de chronicité. Les trois sont chercheurs et intervenants dans des domaines qui touchent de près la réadaptation et la chronicité. « Donc, pas juste des théoriciens », précise M<sup>me</sup> Jobin, qui était la chargée de projet. Présentations : Jean-Pierre Gagnier<sup>1</sup>, consultant en développement des pratiques professionnelles auprès du réseau de la santé et des services sociaux, et professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, spécialisé dans les situations complexes où il faut travailler en réseau. Réginald Savard<sup>2</sup>, professeur et responsable de la maîtrise au Département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke,



1



2



3

très au fait de la question de la réinsertion au travail. Alain Gaumond<sup>3</sup>, physiothérapeute, enseignant et formateur, dont le mémoire de maîtrise traitait des facteurs psychosociaux faisant obstacle au retour au travail.

### UN DÉFI MODERNE

Les organisations de services font dorénavant face à l'important défi de répondre aux besoins des clientèles à risque. « Ces situations plus délicates sont partout en nombre croissant, indique Jean-Pierre Gagnier. Elles engendrent une proportion significative des coûts, sollicitent les gestionnaires et les intervenants, et ces problèmes peuvent évidemment alimenter les critiques au sein de la population et des médias. »

La CSST ne fait pas exception, et la responsabilité confiée aux trois spécialistes montrait qu'elle avait déjà pris le taureau par les cornes. Or, le taureau en question aurait pu être observé depuis une tour d'ivoire. Mais au contraire, à l'invitation de la Commission, les trois chercheurs sont descendus dans l'arène. Ils ont ainsi été témoins des actions d'un bout à l'autre de la chaîne : comment est menée l'entrevue avec le travailleur, comment se fait la révision d'une charge de travail, comment s'établit la relation entre le gestionnaire, le chef d'équipe et l'intervenant, comment tous les acteurs, internes et externes, interagissent au quotidien. À la Direction régionale des Laurentides, l'expérience a été à la fois intimidante, valorisante et enrichissante. « Pendant près d'un an et demi, évoque le directeur Bernard Chabot, nous avons été observés sous vitre, mais dans NOTRE réalité, avec nos grandeurs et nos misères, avec les exigences qu'imposent les lois, sans oublier celles strictement administratives, et avec ce que nous sommes : nos employés ne sont ni des docteurs en

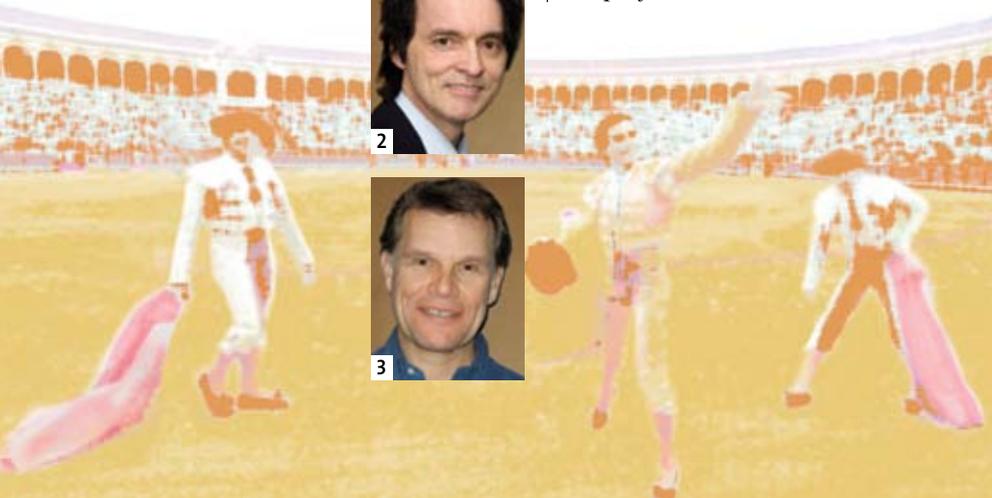
intervention ni des thérapeutes, ce sont des professionnels de la CSST en relation d'autorité et en même temps en relation d'aide. » De ces observations concrètes, solidement ancrées dans la réalité, les chercheurs ont tiré des conclusions qui peuvent être résumées en quatre grands principes.

### QUATRE FACTEURS

En chronicité, le **facteur temps** est primordial. Or, repérer tôt les cas à risque de chronicité est plus facile à dire qu'à faire. « C'était chercher une aiguille dans une botte de foin », reconnaît Bernard Chabot. Il faut que l'organisation du travail et la formation des intervenants permettent d'en percevoir — et même d'en chercher — les indices, aussi tôt que possible. Marie Larue renchérit : « Ce qui est capital et on n'insistera jamais assez là-dessus, c'est que la détection des travailleurs à risque de chronicité s'effectue tôt, et que leur prise en charge soit optimale. »

Le **communication** est le second facteur essentiel. « Nous nous sommes rendu compte qu'il y a des conseillers et des agents absolument extraordinaires, sans qu'ils le sachent, parce qu'ils font appel au gros bon sens », décrit M. Gaumond. Ceux-là ont des dons innés pour l'écoute et la communication. Ils savent voir au-delà des apparences, déchiffrer le non-dit.

D'autres utilisent une approche par résolution de problèmes. « Ils font une bonne collecte de données, une bonne analyse, et ils ont un plan de traitement qui intègre le travailleur — on lui demande son avis —, orienté vers son retour au travail, mais en respectant son cheminement personnel », poursuit-il. Ces manifestations, presque intuitives, n'étaient souvent ni systématiques, ni concertées, ni planifiées. « Les intervenants s'investissaient avec beaucoup d'énergie dans la réadaptation du travailleur, mais on a observé qu'il leur était difficile de considérer systématiquement tous les éléments en cause dans leurs interventions, indique Réginald Savard. De plus, face à la souffrance des personnes accidentées, il y avait une difficulté à maintenir la bonne distance avec les travailleurs parce qu'ils étaient touchés par eux et les accompagnaient dans une période extrêmement difficile de leur vie. » Cette juste distance n'est pas évidente à jauger lorsqu'on est devant une personne qui



souffre, tant sur le plan physique que psychologique. L'intervenant éprouve souvent de l'impuissance, pas toujours facile à vivre. Une certaine et authentique compassion est nécessaire, mais il faut en même temps maintenir ce qu'on appelle « une tension optimale avec le retour au travail ». On envoie ainsi un message au travailleur : malgré les effets de l'accident, il est toujours vu comme ayant le potentiel pour retourner au travail. Ce maintien varie selon la dynamique des personnes et le temps de leur réadaptation. « Un agent ou un conseiller ne peut pas intervenir de la même façon avec tous les travailleurs, cela demande une adaptation constante à la situation singulière de chacun, c'est un travail exigeant et complexe », fait-il valoir.

Le troisième facteur est la **concertation**. Josée Jobin donne l'exemple suivant : l'intervenant peut inciter au retour au travail, sans savoir que le médecin, de son côté, se questionne et réfère le travailleur à d'autres spécialistes. Cet aspect de la chronicité a fait l'objet d'une réflexion commune de Jean-Pierre Gagnier et des intervenants de la CSST. « Dans une situation complexe, il faut développer le travail d'équipe. On doit s'assurer que l'information est bien transmise et que les bonnes personnes sont au bon endroit, au bon moment, pour agir en soutien au travailleur. » Dans certaines circonstances, le médecin sera la personne la plus crédible, et c'est par lui que devra être transmise l'information. À d'autres moments, une communication avec l'employeur donnera de meilleurs résultats. « En ce sens, indique la psychologue, une intervention complexe exige qu'on détermine où sera placé le levier. » Cette concertation accélère la prise de décision et favorise l'action la plus efficace. « On n'est pas sûr de réussir dans 100% des cas, ajoute-t-il, mais grâce à un travail d'équipe et des conditions appropriées d'encadrement et d'accompagnement, on augmente beaucoup les chances. »

Dernier facteur, enfin : le **soutien de l'organisation**. En des termes plus techniques, les trois consultants recommandent l'adoption d'un « modèle bio-psycho-social », qui tient compte à la fois des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la détection et la prévention de la chronicité. Ces changements doivent être soutenus par l'organisation, les compétences

« Avec la chronicité, tout est affaire de temps. Plus tôt on détecte les indices d'une incapacité chronique et on agit en conséquence, plus grandes sont les chances d'un retour au travail », soutient Marie Larue.

Photo : Marie-Josée Legault



développées tant au plan du savoir que du savoir-faire « et, ce qu'on oublie souvent, du savoir être, ajoute Réginald Savard. Quelles sont les habiletés de communication dont j'ai besoin pour permettre à la personne de s'exprimer de telle sorte qu'elle sente que je la comprends? Cette compréhension est la base de la mobilisation du travailleur pour son retour au travail. Elle est une source de motivation pour agir, mais cette écoute doit être active et non passive, pour favoriser l'action. Toute personne qui éprouve de la douleur veut d'abord être comprise dans sa souffrance afin de se sentir soutenue dans ses efforts d'adaptation pour retourner travailler. » De telles adaptations de perspective, d'objectif et d'organisation doivent se traduire par le soutien et la juste appréciation du délicat travail des intervenants. « Cet accompagnement se fait par les chefs d'équipe, qui doivent acquérir l'art de questionner, par les cadres intermédiaires dans leur façon de revoir les cas difficiles avec leur équipe, et évidemment par l'équipe de gestion régionale qui doit soutenir le tout, explique Marie Larue. C'est là le principe de l'intervention érigée en système. »

#### LES MEILLEURES PRATIQUES

Pendant que la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation confiait ce mandat aux trois spécialistes, à l'automne 2005, le vice-président aux opérations, soucieux d'implanter de façon permanente et durable les nouvelles façons d'intervenir dans les cas à risque de chronicité, a décidé de recenser les meilleures pratiques d'intervention. Il voulait comprendre comment ses agents et conseillers arrivent à faire la différence lorsque des risques de chronicité se présentent. Ce mandat, qui s'est étendu de novembre 2005 à mai 2006,

a été confié à Sylvie Lefrançois, directrice régionale de l'Estrie. Toutes les régions ont été mises à contribution; chacune a été invitée à proposer les noms de quatre intervenants qui se montraient particulièrement efficaces dans le traitement des cas à risque de chronicité. Au total, les noms de 24 agents d'indemnisation et de 41 conseillers en réadaptation ont été recueillis. Après que des comités d'orientation et de travail ont conçu les questionnaires et les guides d'entrevues, leurs pratiques ont été répertoriées, puis évaluées. Des groupes de discussions ont ensuite identifié neuf « moments-clés », comme on les a appelés, des moments et des événements qui peuvent faire pencher la balance. « La beauté de l'histoire, c'est que dans cette documentation des meilleures pratiques ressortaient les mêmes points observés dans les deux régions pilotes », mentionne Josée Jobin.

« Les conseillers et agents savent qu'ils peuvent faire une différence », reconnaît Sylvie Lefrançois.

Photo : Imacom Communication



Quels sont ces moments-clés? Petite énumération...

- Les communications avec le travailleur, tout particulièrement la première rencontre — « un moment capital, où on met le dossier de côté pour être totalement en mode écoute », commente Sylvie Lefrançois.
- L'apparition de l'indice d'un problème psychologique.
- Les contacts avec les ressources internes ou externes.
- Une évolution dans l'attitude du travailleur — le moment où il fait le deuil de son ancien travail, par exemple.
- Le retour d'un dossier après un recours en justice administrative ou un changement d'intervenant.
- La déception ou l'inconfort de l'intervenant, qui a proposé un plan d'action que le travailleur n'applique pas — « il faut reconnaître son état, l'exprimer, et prendre du recul », précise Sylvie Lefrançois.
- L'apparition d'obstacles — une rupture dans le couple, par exemple.
- L'intervention chez l'employeur, « qui permet de l'influencer au bon moment pour le responsabiliser à l'égard du lien avec son travailleur ».
- Et enfin, la prise de connaissance du dossier, qui « aide à se forger une perception du travailleur ».

« Les conseillers et agents que nous avons rencontrés montraient une préoccupation du client, résume Sylvie Lefrançois. Ils sont dévoués. Ils savent qu'ils peuvent faire une différence. Ils ont la préoccupation de rassurer. Ils valorisent la progression, ils sont optimistes et sont en recherche de solution. » Elle condense le tout en une formule magique : « Ils ont le goût du client! »

#### **SUR LE TERRAIN...**

Début 2007, un travailleur de la construction, couvreur, appelons-le François, a fait une chute depuis le toit où il travaillait. Au départ, il ne semblait pas présenter de risque de chronicité. Toutefois, des indices ont commencé à apparaître. Autrefois très actif, l'homme ressentait de l'anxiété en raison de son inactivité professionnelle et un manque de valorisation depuis son arrêt de travail. Compte tenu de la présence de plusieurs facteurs psychosociaux — inquiétude face à la persistance de la

**« Nos employés ne sont ni des docteurs en intervention ni des thérapeutes, ce sont des professionnels de la CSST en relation d'autorité et en même temps en relation d'aide », résume Bernard Chabot, ici aux côtés de Johane Blanchette.**



Photo : Lucien Isabelle

douleur (le traitement médical prescrit était-il pertinent?), malaise face à son incapacité à reprendre son travail, conflit avec l'employeur, maladie intercurrente (diabète) — la conseillère a décidé de rencontrer ce travailleur de façon plus fréquente et soutenue. Peu à peu, au fil des rencontres, les craintes, les déceptions, les blessures de l'âme se sont révélées, puis estompées. La conseillère a su établir un lien de confiance qui lui a permis de bien saisir la réalité du travailleur. Plusieurs facteurs psychosociaux ont été cernés dans le plan d'intervention. L'accompagnement a permis à François de mieux comprendre sa situation, d'explorer diverses possibilités et d'envisager des solutions en lien avec ses attentes et les limites de la CSST. « Le travailleur a repris confiance en lui et il est sur la bonne voie, relate Johane Blanchette, chef d'équipe en réadaptation à la Direction régionale des Laurentides. Ce cas démontre que nous sommes en mesure de dresser rapidement un portrait, validé au fur et à mesure de l'évolution de la situation, ce qui permet de travailler sur les obstacles réels et d'en tenir compte par rapport à l'objectif du retour au travail ». Cette histoire en cours donne un aperçu des pratiques optimales d'intervention issues des deux projets de la CSST. C'est cette conjonction d'éléments ayant fait leurs preuves sur le terrain qui fait la force de cette nouvelle approche, peut-être unique en son genre.

« Bien souvent dans les organismes de services, les pratiques optimales

sont mises au point et évaluées hors du milieu d'application, sans qu'on se préoccupe du contexte juridique, administratif et socio-économique de leur application, fait remarquer Jean-Pierre Gagnier. De plus, ces pratiques d'intervention ne sont pas associées à un encadrement ni à un accompagnement qui en soutiennent et maintiennent l'application concrète au quotidien. Les pratiques optimales de la CSST, au contraire, proviennent des intervenants de l'organisme et de projets menés avec deux directions régionales. »

Ce long parcours n'est pas encore achevé. « Nous en sommes maintenant à l'étape de transférer ces connaissances à l'ensemble du réseau de la CSST et cela s'inscrit dans un processus d'amélioration continue », décrit Marie Larue. Mais les résultats s'esquissent déjà. « On voit la tendance se dessiner depuis plus d'un an, indique Bernard Chabot : des durées de réadaptation beaucoup plus courtes, et davantage de réintégrations en emploi... Tout cela sans augmentation des contestations — on n'a rien imposé à aucun travailleur. Notre problème, conclut-il, était qu'on se rendait compte qu'il s'agissait de cas compliqués quand il était trop tard. Là était l'enjeu : peut-on les déceler tôt? On a démontré que oui : on trouve maintenant plusieurs aiguilles dans la botte de foin. » « Le deuxième enjeu, enchaîne M<sup>me</sup> Jobin, consiste à travailler de façon régulière et soutenue sur ce qui fait obstacle au retour au travail. C'est le défi majeur de la prévention de l'incapacité chronique. » **PT**