

La douleur chronique et l'absentéisme

Patrick Loisel

Onze mois se sont écoulés depuis l'accident de M. Bontemps. Il ne sait plus « à quel saint se vouer ». Il a encore mal, son couple va mal, son fils prend de la drogue et le nouveau contremaître est désagréable. Comment peut-il s'en sortir ? Comment pouvez-vous vraiment l'aider ?

AU QUÉBEC, LE RAPPORT Spitzer a mis en évidence que 7 % des dorsolombalgies liées au travail évoluaient vers un congé de maladie de plus de six mois (cas dits chroniques) et qu'elles étaient responsables de 75 % des coûts associés à l'ensemble de ce problème¹.

Selon l'Enquête québécoise sociale et de santé 1998², les troubles musculosquelettiques (TMS) sont la principale cause d'incapacités dans la province dont une importante proportion serait attribuable aux TMS liées au travail. En effet, selon cette enquête, près de 20 % de la population du Québec a déclaré avoir un problème au niveau du système ostéoarticulaire. Par ailleurs, les troubles de santé mentale sont responsables d'un nombre rapidement croissant d'absences du travail³.

Qu'est-ce qui a changé ?

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs études concernant la prise en charge des travailleurs en congé de maladie ont été réalisées. Les résultats obtenus ont profondément modifié la compréhension des causes de la douleur persistante et de l'absence prolongée du travail qui survient chez certains employés. En effet, les facteurs qui empêchent la personne de retourner à son poste sont non seulement associés à la maladie causale, mais aussi et principalement à des facteurs psychosociaux et environnementaux. Ainsi, les données probantes du *tableau* sont des prédicteurs d'absence prolongée du milieu de travail⁴. Par ailleurs, elles indiquent que des éléments étrangers à la blessure elle-même, tels que la perception que peut avoir le travailleur de la signification de ses symptômes, des risques d'un éventuel retour au

Tableau

Prédicteurs d'absence prolongée du milieu de travail⁴

- ⊗ L'insatisfaction de la personne en ce qui a trait à son travail.
- ⊗ Le sentiment d'aliénation de la personne en ce qui a trait à son milieu de travail.
- ⊗ La durée de l'absence du milieu de travail.
- ⊗ La perte de son emploi.
- ⊗ Les attentes de la personne quant à son retour au travail.

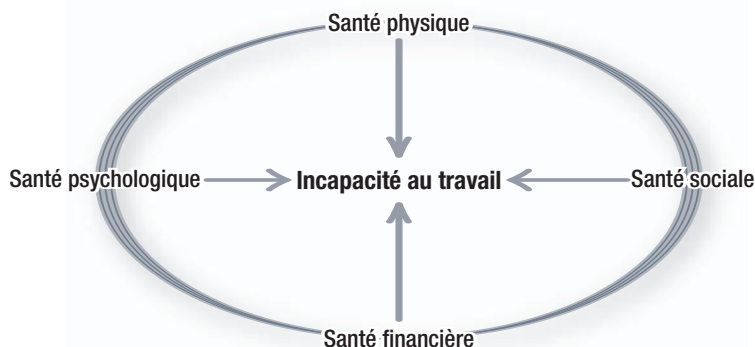
travail ou de l'effet d'un retour au travail sur sa vie personnelle aura une influence plus marquée que les exigences réelles du milieu de travail. La stabilité de l'emploi et les attentes de la personne face à son retour au travail sont également des facteurs de prédiction de chronicité⁴.

Cette transformation importante de la compréhension des conséquences des maladies et traumatismes sur l'absence du travail a permis de passer d'un modèle dit « médical », mettant l'accent sur la compréhension et le traitement de la maladie, à un modèle de type biopsychosocial où la complexité de l'être humain et de son environnement est partie prenante de l'absentéisme au travail. Ainsi, les nouvelles données probantes s'appuient maintenant sur le concept d'incapacité qui reconnaît que l'incapacité prolongée au travail n'est plus la simple conséquence d'une déficience (lésion), mais plutôt la résultante d'interactions entre des paramètres de santé physique et psychologique de la personne blessée et de son environnement composé des trois principaux systèmes sociaux en cause, soit le système de soins de santé (chargé du traitement de la maladie), l'environnement de travail

Le Dr Patrick Loisel, chirurgien-orthopédiste, est directeur du CAPRIT et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Figure

Facteurs influant sur l'incapacité



(plus ou moins favorable au retour au travail dans des conditions acceptables) et le système de compensation financière (qui varie selon le contexte de survenue de la lésion initiale)⁵ (figure). Il s'agit donc d'aller au-delà du diagnostic médical et de tenter de saisir ce qui, dans l'interaction entre les caractéristiques personnelles et environnementales, amènera le travailleur présentant une incapacité à réintégrer son poste et à maintenir une vie active au travail. Ce point sera aussi déterminant pour l'évolution de la douleur.

À l'aide de ces bases et des réactions psychologiques à la perception douloureuse, Vlaeyen et coll. ont mis au point un modèle concernant la peur et l'évitement de la douleur⁶. Ils soulignent ainsi que **l'existence de croyances irrationnelles et dramatiques rattachées à la douleur provoque la peur de cette dernière, entraînant l'évitement de tous les mouvements pouvant la causer**. Cette tendance à l'évitement sert donc de plan d'action au patient pour tenter de lutter contre la douleur. Cependant, cette stratégie d'adaptation est inefficace et même nuisible, puisque ces comportements d'évitement persistants ont un effet néfaste sur l'appareil locomoteur et le système cardiovasculaire du travailleur, entraînant un déconditionnement physique et une persistance, voire une aggravation du syndrome douloureux. Comme une représentation adéquate de la problématique est un facteur important dans l'adoption de comportements sains, certains auteurs recommandent de trouver et de modifier les croyances erronées rattachées à la représentation de la maladie, avant

d'établir toute intervention pour promouvoir les comportements sains⁷. Cependant, il est tout aussi important de s'assurer que les représentations et les objectifs mutuels des intervenants et du patient s'harmonisent. En l'absence d'accord, les deux parties ne seront pas centrées sur le même plan d'action et n'utiliseront pas les mêmes critères d'évaluation¹⁶. Un grand écart entre les perceptions du patient et celles du corps médical est d'ailleurs fortement lié à une limitation importante du niveau de fonctionnement quotidien.

Le cas de M. Bontemps

M. Bontemps n'a plus seulement mal au dos. Sa vie personnelle (problèmes familiaux) et sa vie professionnelle (mésentente avec son contremaître) sont devenues difficiles et contribuent à l'augmentation de sa douleur, ce qui prolonge son retrait du travail. Et son médecin qui ne comprend pas sa douleur ! Une bonne discussion a permis à M. Bontemps et à son médecin de clarifier le problème, de s'entendre sur des objectifs communs et d'élaborer un plan de retour au travail acceptable pour les deux parties.

Bibliographie

1. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 1987 ; 12 (7 Suppl) : S1-S59.
2. Institut de la statistique du Québec. *Enquête sociale et de santé 1998*. Sainte-Foy : Les Publications du Québec ; 2001.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Mental health policies and programmes in the workplace*. Genève : L'Organisation ; 2005. Site Internet : www.who.int/mental_health/policy/services/13_policies%20programs%20in%20workplace_WEB_07.pdf (Date de consultation : mars 2008).
4. Waddell G, Burton AK, Main CJ. *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Londres : The Royal Society of Medicine Press ; 2003.
5. Loisel P, Durand MJ, Berthelette D et coll. Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain. *Dis Man Health Outcomes* 2001 ; 9 (7) : 351-60.
6. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000 ; 85 (3) : 317-32.
7. Coutu MF, Baril R, Durand MJ et coll. Representations: an important key to understanding worker's coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *J Occup Rehabil* 2007 ; 17 (3) : 522-44.