

Le retour progressif au travail est-ce la solution ?

Marie-José Durand

M. Bontemps a tenté un retour progressif au travail avec l'aide de son médecin après une absence de huit mois. Au bout de deux semaines, sa situation s'est avérée très difficile, car ses douleurs ont augmenté de façon importante. De plus, il reste convaincu que le travail peut aggraver sa blessure et il ajoute que son retour a été mal perçu par ses collègues. Son médecin devrait-il le remettre en arrêt de travail ?

ACTUELLEMENT, LE RETOUR PROGRESSIF au travail est une pratique courante appuyée par les médecins, les professionnels de la santé et les interlocuteurs du monde du travail. Généralement, cette façon de faire est principalement axée sur l'exécution d'un nombre d'heures réduit par semaine et, dans certains cas, sur la sélection de tâches moins exigeantes. Cette pratique a été inspirée, entre autres, par différentes études selon lesquelles elle était efficace et moins coûteuse. Par exemple, Loisel et coll.¹ ont montré, dans un essai clinique à répartition aléatoire réalisé dans la région de Sherbrooke, que la combinaison d'une intervention clinique (consultation médicale structurée) et d'une intervention en milieu de travail (groupe d'ergonomie participative et retour thérapeutique au travail) permettait de réduire de façon importante l'incapacité du travailleur par rapport à la prise en charge classique. Les résultats montrent que ces interventions permettaient d'accélérer grandement (par 2,4) le retour au poste régulier et d'améliorer la qualité de

M^{me} Marie-José Durand est chercheuse-boursière du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et professeure titulaire au Département de réadaptation de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Elle est également chercheuse associée au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et directrice du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT). Elle est titulaire d'un doctorat en sciences cliniques et a fait un post-doctorat en sciences sociales.

Tableau 1

Rapports coût-avantage et coût-efficacité du modèle de Sherbrooke

Somme moyenne investie	3291 \$
Économie moyenne	18 509 \$
Nombre moyen de jours d'absence évités après un suivi de six ans ²	293 jours

vie. L'étude portait sur des personnes souffrant de lombalgie. Les rapports coût-avantage et coût-efficacité de ce programme se sont révélés importants (tableau 1). Ce modèle, communément appelé « modèle de Sherbrooke », a été adapté au début des années 2000 par les Pays-Bas, et des résultats similaires ont été obtenus³. Dans les études cliniques, les pratiques de retour thérapeutique au travail consistent en un retour progressif au poste régulier ou à un poste semblable, avec des tâches allégées puis progressivement augmentées en fonction des capacités du travailleur. De plus, une supervision hebdomadaire est offerte dans le milieu de travail¹⁰. Dans les études expérimentales, les pratiques de retour thérapeutique sont supervisées de très près et elles ont souvent fait l'objet d'accord préalable avec les milieux de travail, ce qui favorise leur réalisation. Actuellement, plusieurs études sont en cours dans les pays scandinaves qui utilisent une démarche similaire pour les problèmes de santé mentale (troubles d'adaptation, dépression légère ou modérée)⁴⁻⁶.

Tableau II

Critères de réussite du retour thérapeutique au travail

Critères

Exigences de travail légèrement inférieures aux capacités du travailleur au début de la démarche.

Exigences et organisation du travail qui permettent au travailleur de maintenir une marge de manœuvre suffisante pour « réguler » son activité de travail. Ce concept de marge de manœuvre se définit comme la possibilité ou la liberté dont dispose un travailleur d'élaborer différentes façons de travailler afin de respecter les exigences de production, sans effet défavorable sur sa santé⁹. La notion de régulation de l'activité de travail se révèle un élément clef du maintien au travail.

Progression hebdomadaire des tâches de travail afin d'assurer le reconditionnement spécifique du travailleur et de s'assurer de l'évolution positive de la démarche¹⁰.

Les attentes de production sont précisées au travailleur, en accord avec les intervenants du milieu de travail.

Conditions et attentes en lien avec le travailleur en retour au travail connues des différents intervenants (médecins, professionnels de la santé, superviseurs, collègues).

Accompagnement du travailleur afin de fournir un recadrage de la démarche (ex. : modification des tâches de travail ou gestion des peurs et des craintes liées à différentes situations vécues au travail).

Questions clés

Selon vous, M. Bontemps, quelles sont les tâches que vous pensez être en mesure de faire en tenant compte votre douleur ?

Est-ce que M. Bontemps peut prendre des pauses au travail ? À quelle fréquence ?

Peut-il occasionnellement demander de l'aide ?

Est-ce accepté par le groupe de travail ?

A-t-il la possibilité d'organiser l'ordre de ses tâches dans la journée ?

Au cours des prochaines semaines, quelles sont les tâches supplémentaires qui seront ajoutées et représentent-elles des exigences supérieures ?

Est-ce que les attentes sont explicites ?

Le superviseur de M. Bontemps est-il d'accord avec les tâches des deux premières semaines ?

Comprend-il qu'il ne peut en ajouter, et ce, même si les autres travailleurs sont mécontents ?

Est-ce que l'objectif de retour progressif a été expliqué aux autres travailleurs ?

M. Bontemps ressent de la douleur au cours des deux premières semaines. Quelles en sont les causes ? La surcharge de travail ?


Le stress lié à son retour ?

Bien que le retour progressif au travail (exposition à temps partiel aux tâches) semble être la clef du succès, la réalité de certains travailleurs apparaît parfois tout autre. Par exemple, lors de la reprise du travail, il peut arriver que les collègues et les superviseurs ne soient pas informés du retour du travailleur, ce qui crée des irritants et une désorganisation temporaire pouvant nuire à la production et au climat de travail. En outre, la réduction des heures de travail d'une personne n'est pas toujours associée à celle des attentes en matière de production, ce qui entraîne souvent une surcharge pour le travailleur et un stress supplémentaire. Ces éléments sont des facteurs de risque d'une rechute. Par ailleurs, les tentatives in-

fructueuses de retour au travail, c'est-à-dire un retour progressif qui entraîne une rechute ou une nouvelle absence prolongée, sont maintenant considérées comme un facteur de risque d'incapacité prolongée^{7,8}. En effet, ces échecs peuvent entre autres renforcer chez le travailleur son faible sentiment d'efficacité et lui confirmer d'une certaine façon qu'il n'est pas prêt. Ainsi, l'importance du sentiment de réussite pour le travailleur dans les premiers jours est cruciale pour assurer un retour stable⁷. Cette réussite nécessite toutefois la mise en place de conditions favorables. Par conséquent, il est nécessaire de se poser constamment la question : **Est-ce que le retour progressif au travail est réellement thérapeutique**

pour cette personne ? (tableau II). Pour M. Bontemps, les deux premières semaines au travail semblent confirmer la représentation qu'il se fait de sa maladie et de son incapacité.

EN SOMME, LES PREUVES scientifiques actuelles appuient l'adoption d'un retour thérapeutique au travail avec toutes ses composantes afin de favoriser un retour au travail stable de personnes en santé. Par une action concertée entre les différents partenaires de la démarche, les intervenants doivent faire preuve d'une grande vigilance pour que les conditions optimales d'un retour au travail soient présentes et que cette exposition graduelle soit un tremplin vers la reprise du rôle de travailleur, et non un frein.

Pour en savoir plus sur la notion de marge de manœuvre dans un processus de retour au travail, vous pouvez vous rendre au www.irsst.qc.ca/fr/_publication_irsst_100383.html. 

Bibliographie

- Loisel P, Abenhaim L, Durand P et coll. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997 ; 22 (24) : 2911-8.
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S et coll. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of the Sherbrooke model of back pain management: a six-year follow-up study. *Occup Environ Med* 2002 ; 59 : 807-15.
- Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM et coll. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007 ; 32 (3) : 291-8 ; discussion 299-300.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Siemerink JC, Tummers-Nijssen D. Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines: a retrospective cohort study. *Occup Environ Med* 2003 ; 60 (Suppl. 1) : i21-5.
- van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occup Environ Med* 2003 ; 60 (6) : 429-37.
- van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B et coll. Cost-effectiveness of a workplace intervention for sick-listed employees with common mental disorders: design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2008 ; 8 : 12.
- Durand MJ, Baril R, Loisel P, Gervais J. *Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire*. Montréal : Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTE). Sous presse.
- Durand MJ, Loisel P, Hong QN, Charpentier N. Helping clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *J Occup Rehabil* 2002 ; 12 (3) : 191-204.
- Durand MJ, Vézina N, Baril R et coll. *Étude exploratoire sur la marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail : définition et relation(s) avec le retour à l'emploi*. Montréal : Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec (IRSST) ; 2008. Site Internet : www.irsst.qc.ca/fr/_publication_irsst_100383.html (Date de consultation : le 2 octobre 2008).
- Durand MJ, Loisel P, Durand P. Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail : description et fondements théoriques. *Revue canadienne d'ergothérapie* 1998 ; 65 (2) : 72-80.