



**HAL**  
open science

## Quand la recherche s'impose au présent

Marie-José Durand

► **To cite this version:**

Marie-José Durand. Quand la recherche s'impose au présent : Point de vue du chercheur, au Québec. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France. halshs-00604973

**HAL Id: halshs-00604973**

**<https://shs.hal.science/halshs-00604973>**

Submitted on 12 Jul 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Quand la recherche s'impose au présent**

Marie-José Durand, Ph.D., erg.

Professeur titulaire, École de réadaptation, Université de Sherbrooke

Directrice, Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)

Communication au

**3<sup>ème</sup> Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques**

*Échanges et pratiques sur la prévention*

Grenoble, 26-27 mai 2011

Organisé par :

L'Anact : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et

Pacte : Unité mixte de recherche du CNRS et de l'Université de Grenoble

pour le Groupe de recherche francophone sur les troubles musculosquelettiques

## Introduction

L'incapacité au travail en raison d'un trouble musculosquelettique (TMS) est un problème important qui sévit principalement dans les sociétés industrialisées et en voie d'industrialisation. Cette problématique à multiples composantes engendre des souffrances humaines pouvant aller jusqu'à l'exclusion du travail et impose des coûts importants directs et indirects au système de santé, aux compagnies d'assurances, aux employeurs et aux gouvernements. L'incapacité au travail est un problème complexe se produisant lorsqu'un salarié est incapable de maintenir ou de réintégrer son travail. En 2001, suite à l'analyse des évidences scientifiques récentes dans le domaine et de discussions au sein d'une équipe de recherche interdisciplinaire, le **paradigme d'incapacité au travail** a été proposé (Loisel et al., 2001). Pour aider un salarié à retourner au travail en santé et de façon durable, ce paradigme propose de prendre en considération un ensemble de facteurs non seulement propres à l'individu absent du travail en raison d'un TMS, mais également en lien avec son environnement qui composé de trois principaux systèmes soit le système de soins de santé, l'environnement de travail et le système de compensation financière (Loisel et al., 2001). Ainsi, cette transformation majeure de la compréhension des causes de l'incapacité au travail a permis de passer d'un modèle conceptuel dit « biomédical », mettant l'accent sur la compréhension et le traitement de la lésion physique, à un modèle de type biopsychosocial, où il importe surtout de considérer la complexité de l'être humain et de son environnement (Engel, 1977; Waddell, 1987).

Depuis une dizaine d'années, le Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), une organisation québécoise à but non lucratif du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyné de Longueuil et affilié à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, a développé et évalué divers outils et programmes d'intervention pour favoriser le retour au travail des salariés. Son laboratoire de recherche clinique a reçu des salariés absents du travail depuis en moyenne 10 mois en raison d'un TMS. Entre 1997 et 2010, une équipe clinique interdisciplinaire a offert le programme PRÉVICAP. L'objectif de ce programme est le retour au travail au poste occupé lors de l'accident ou de la déclaration d'inaptitude. Outre la douleur qui est un symptôme commun chez les salariés ayant un TMS, les études au CAPRIT ont clairement démontré que les participants au programme PREVICAP avaient des troubles anxieux et un haut niveau de détresse. De fait, 50 % présentaient un trouble d'anxiété généralisé à l'admission au programme PREVICAP (Coutu et al., soumis) alors que 64 % avaient de la détresse élevée à extrême (Coutu, Durand, Loisel, Goulet, & Gauthier, 2007). En fait, seulement 16,6 % des salariés admis au programme avait un score plus faible sur l'échelle de détresse que le score moyen de la population générale québécoise (Coutu et al., 2007).

Les principes du programme PRÉVICAP soulignent l'importance d'une intervention de réactivation rapide centrée sur le développement des capacités de l'individu en tenant compte des exigences de son environnement de travail, tout en mettant l'emphase sur la coordination efficace assurant une collaboration entre les différents partenaires (salarié, médecin traitant, employeur, syndicat, assureur, famille) et faisant usage dès que possible du milieu de travail réel de travail pour réaliser la réadaptation.

Dans le cadre d'une approche individualisée en réadaptation au travail, les cliniciens se doivent de reconnaître les facteurs psychosociaux et liés au travail et agir efficacement sur ces éléments ou encore orienter le patient vers des ressources spécialisées à la suite de leur évaluation. Afin d'aider les cliniciens à identifier ces facteurs, une approche d'évaluation systématique de dépistage des cas à risque d'absence prolongée du travail en identifiant les obstacles et les facilitateurs au retour au travail a été développée à la fin des années 90, l'outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT) (Durand, Loisel, Hong, & Charpentier, 2002). Cet outil, utilisé au début du programme PRÉVICAP, a été développé afin de standardiser la pratique de détection des facteurs de risque de maintien de l'incapacité au travail. Le développement de cet outil respecte le paradigme d'incapacité au travail décrit plus tôt et recense des facteurs biopsychosociaux non seulement propre au salarié, mais également à son environnement de travail, système de compensation et système de santé. Dans ce qui suit, des informations sur le développement de cet outil, sa description et son implantation seront présentées.

### **Développement de l'outil**

L'OISHT a été développé en 1997 par un comité d'experts constitué de médecins généralistes, d'un orthopédiste, d'un ergonome, d'un ergothérapeute et d'un biostatisticien. L'OISHT a été élaboré en se basant sur l'analyse des données récentes de la littérature et sur l'expertise des membres du comité. Son développement a suivi quatre étapes : 1) choix d'un cadre conceptuel approprié, 2) revue critique de la littérature et consultation de spécialistes, 3) élaboration d'une version préliminaire de l'outil et 4) pré-test dans un contexte réel avec des cliniciens et des salariés et révision et retests subséquents (Durand *et al.*, 2002).

Le cadre conceptuel retenu pour le développement de cet outil est le Processus de production de handicap (PPH) (Fougeyrollas, 1991). Ce modèle, développé par le Comité québécois sur la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH), considère le handicap comme le résultat situationnel d'un processus interactif entre les caractéristiques de la personne et celles de l'environnement. Le cadre conceptuel du PPH définit la situation de handicap en utilisant la définition du CQCIDIH selon laquelle la réalisation ou non d'une habitude de vie, c'est-à-dire une activité courante ou un rôle social qui assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence, résulte de l'interaction entre l'atteinte de systèmes organiques et des aptitudes (capacités et incapacités) de la personne d'une part et des facteurs environnementaux d'autre part (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998). Ainsi, dans le cadre de la réadaptation, la situation de handicap au travail se définit comme le résultat d'une interaction défavorable entre les facteurs personnels et les obstacles environnementaux, incluant le milieu de travail, le système administratif de compensation et le système de soins de santé. Cette situation empêche la réalisation d'une habitude de vie, importante chez l'adulte soit le travail.

À partir de la littérature scientifique et de l'expertise clinique, des indicateurs de gravité (signal rouge) et des indicateurs de situation de handicap au travail (ISHT) ont été identifiés. Les signaux rouges sont des indices qui laissent suspecter une pathologie grave requérant des soins médicaux spécifiques. Les ISHT sont des indicateurs sur les causes de la prolongation d'une situation de handicap au travail et peuvent être d'origine physique, psychosociale, ergonomique ou administrative. Ces indicateurs ont été intégrés dans une structure d'entrevue semi-dirigée par

le médecin et le clinicien dont le contenu porte sur les caractéristiques sociodémographiques, l'histoire au travail, le syndrome douloureux, l'état de santé général, les antécédents médicaux, l'histoire familiale et sociale, l'environnement de travail et la perception du salarié de son incapacité (Durand et al., 2002). En plus des entrevues, des questionnaires autoadministrés présentant de bonnes qualités métriques ont été identifiés dans la littérature et sont administrés aux salariés.

## **Description de l'outil**

L'OISHT est un guide développé spécifiquement pour aider les cliniciens à identifier de façon systématique les facteurs de situation de handicap au travail et ainsi permettre de formuler un diagnostic de la situation de handicap au travail de la personne évaluée. Son but principal est d'éliminer un diagnostic de gravité et de formuler un diagnostic sur la ou les causes de la prolongation d'une incapacité au travail régulier ou sur un état rendant difficile la réalisation du travail. Ceci permet par la suite d'établir un plan personnalisé adressant dans un ordre prioritaire les cibles d'intervention. Outre une meilleure compréhension de la situation de la personne, d'autres objectifs sont visés tels que l'amorce d'une relation d'aide avec le salarié, l'explication au salarié de l'approche adoptée par les intervenants du programme PRÉVICAP ainsi que l'initiation d'une intervention éducative concernant les différentes facettes de son problème de santé afin de le rassurer.

L'OISHT comporte des questions ouvertes sur les facteurs physiques, psychosociaux, occupationnels et administratifs afin d'aider les cliniciens à détecter les ISHT et les signaux rouges. Les ISHT ont été classés en trois catégories : personnel, administratif et ergonomique. L'OISHT est divisé en 10 sections : 1) histoire de la maladie actuelle, 2) syndrome douloureux, 3) conditions de santé antérieure et actuelle, 4) examen physique, 5) habitudes de vie, 6) histoire sociofamiliale, 7) situation financière, 8) environnement de travail, 9) perception et attentes du salarié et 10) analyse des résultats et recommandations.

L'OISHT est administré le plus tôt possible par un intervenant formé à cet effet. Suite à l'entretien semi-structuré et à la passation des questionnaires pour confirmer le diagnostic et/ou préciser certains ISHT, une pondération est effectuée. La pondération est un processus de raisonnement clinique sur la probabilité qu'un ISHT représente un facteur de risque ou un obstacle à la reprise du travail de l'individu. Aussi, il importe de distinguer les facteurs non modifiables (ex. : âge ou sexe) des facteurs de risque ou obstacles modifiables (ex. : craintes, déconditionnement physique ou encore perception que le travail est trop exigeant). Les facteurs et obstacles modifiables deviennent donc des cibles d'action ou des éléments à surveiller de près. Par conséquent, les ISHT sont ordonnés et seuls les plus déterminants et modifiables sont conservés et rapportés à la section 10 sur l'analyse et les recommandations. Également, dans cette section, sont rapportés les atouts, c'est-à-dire les facteurs favorables à un éventuel retour au travail. Cette analyse permettra d'élaborer un plan d'intervention personnalisée pour le salarié. Dans certains cas, une évaluation approfondie pourrait être requise. Il s'agit d'un complément d'évaluation personnalisée et est recommandée au besoin afin d'explorer une ou plusieurs sphères spécifiques (ex. : évaluation ergonomique ou psychologique).

## **Implantation de l'outil**

L'implantation de l'OISHT a été réalisée entre 2001 et 2003 dans le cadre du Réseau de réadaptation au travail du Québec (RRTQ), consortium composé de onze établissements publics de santé au Québec. Le RRTQ avait pour mission de prévenir l'absence prolongée du travail par le développement et la mise en œuvre de programmes de prévention et de réadaptation basés sur les évidences et s'adressant aux personnes et aux entreprises ainsi que de promouvoir le développement des nouvelles connaissances et des pratiques en réadaptation au travail par la recherche et la formation (Loisel & Labelle, 2003). Quatre équipes interdisciplinaires provenant de différentes régions au Québec ont été formées au programme PRÉVICAP. Ce travail a permis d'outiller les cliniciens à évaluer de façon systématique les différents facteurs biopsychosociaux impliqués dans le maintien de l'incapacité au travail. De plus, le suivi d'une cohorte de 222 salariés absents du travail en raison de TMS et ayant été pris en charge au programme PRÉVICAP par une des équipes formées, a permis de réaliser que ce type d'évaluation permettait aux cliniciens de mieux prioriser les obstacles au travail et d'ainsi favoriser le retour au travail en santé (Marois & Durand, 2009). Cette étude souligne les relations entre la détection des facteurs de risque, l'approche individualisée et le retour au travail. En effet, une des hypothèses des auteures était que le repérage précoce des obstacles à l'entrée d'un programme de réadaptation permettait aux cliniciens d'intervenir plus intensivement et donc de réduire au minimum la durée de l'incapacité. Par conséquent, pour un salarié, un programme pourrait être axé vers la réduction des craintes de se blesser à nouveau alors que, pour un autre, le programme pourrait se concentrer sur la réduction des contraintes du milieu de travail, soit en améliorant le soutien social provenant des collègues ou en réduisant les exigences de travail lorsqu'elles sont trop élevées.

## **Conclusion**

En fonction des évidences actuelles, il semble clair que l'évaluation des salariés en absence prolongée doit aller bien au-delà des facteurs dits cliniques. Dans les phases subaiguë et chronique, une attention particulière devrait être portée aux facteurs psychosociaux et à ceux qui sont liés au travail. De plus, il faut non seulement dépister les facteurs de risque et les obstacles au retour au travail, mais également les pondérer afin de formuler des actions à poser ou encore de diriger le patient vers des ressources compétentes qui pourront agir. L'adoption plus étendue de l'OISHT pourrait également contribuer à réduire les écarts de discours et à coordonner les actions avec plus d'efficacité. Enfin, l'utilisation de cet outil permet de s'arrimer au paradigme d'incapacité en adoptant une approche à la fois plus globale (reconnaissant l'importance des interactions entre le salarié et son environnement), plus complexe (parce qu'elle nécessite des compétences nouvelles et une collaboration interprofessionnelle) et mieux adaptée à la réalité actuelle (puisque l'incapacité au travail est à la fois un phénomène physique, psychologique, économique et social).

## Bibliographie

- Coutu, M. F., Durand, M. J., Loisel, P., Goulet, C., & Gauthier, N. (2007). Level of distress among workers undergoing work rehabilitation for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), 289-303.
- Coutu, M. F., Durand, M. J., Marchand, A., Labrecque, M. E., Berbiche, D., & Cadieux, G. (soumis). *Documenter la présence et la variation dans le temps des facteurs de maintien du trouble de l'anxiété généralisée auprès de travailleurs en réadaptation au travail pour une douleur persistante d'origine musculo-squelettique*. Montréal, QC: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail.
- Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q. N., & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in Work Disability Prevention: The Work Disability Diagnosis Interview. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 191-204.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fougeyrollas, P. (1991). The handicap creation process. *ICIDH International Network*, 4, 1-2.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise du Processus de Production du Handicap*. Québec, QC: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Trembaly, C. (2001). Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Loisel, P., & Labelle, J. (2003). Le Réseau en réadaptation au travail du Québec: Le défi de l'application des connaissances et mise en oeuvre d'un programme clinique. In Institut de la santé publique et des populations des IRSC & Initiative sur la santé de la population canadienne (Eds.), *Mise en application des connaissances sur la santé publique et des populations* (pp. 65-67). Ottawa: Instituts de recherche en santé du Canada.
- Marois, E., & Durand, M. J. (2009). Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation*, 31(12), 994-1007.
- Waddell, G. (1987). 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), 632-644.