Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

3-2 | 2001
Évolutions de l'ergonomie

La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique

The transformation of occupational rehabilitation from a compartmentalized perspective to a systemic perspective

La transformación de la réadaptación en el trabajo desde una perspectiva fragmentaria hasta una perspectiva sistémica

Marie-José Durand et Patrick Loisel

Édition électronique
URL : http://journals.openedition.org/pistes/3799
DOI : 10.4000/pistes.3799
ISSN : 1481-9384

Éditeur
Les Amis de PISTES

Édition imprimée
Date de publication : 1 octobre 2001

Référence électronique
Marie-José Durand et Patrick Loisel, « La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 3-2 | 2001, mis en ligne le 01 octobre 2001, consulté le 30 avril 2019. URL : http://journals.openedition.org/pistes/3799 ; DOI : 10.4000/pistes.3799

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique

The transformation of occupational rehabilitation from a compartmentalized perspective to a systemic perspective
La transformación de la réadaptación en el trabajo desde una perspectiva fragmentaria hasta una perspectiva sistémica

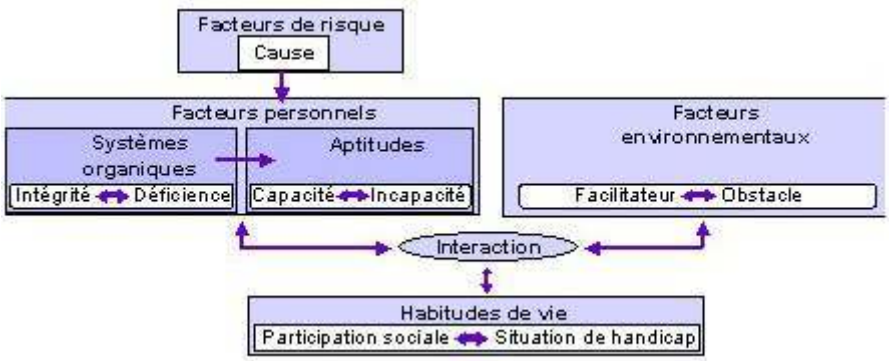
Marie-José Durand et Patrick Loisel

1 La réadaptation au travail s'est profondément transformée au cours des quinze dernières années, entraînant avec elle des modifications de rôles et d'implication tant des acteurs du monde médical que de ceux du travail. Pour illustrer cette transformation, nous décrirons l'évolution des programmes nord-américains de réadaptation au travail offerts des années 85 à nos jours auprès des personnes présentant des troubles musculo-squelettiques et nous présenterons la tendance émergente par la description d'un programme et de ses processus. Nous nous attarderons au contenu des programmes ainsi qu'aux formes d'interactions des personnes impliquées dans ceux-ci avec l'environnement de travail. Toute cette transformation peut être située dans un des nombreux modèles personne- environnement. Ainsi, afin de situer notre propos, nous présenterons tout d'abord le modèle conceptuel de Processus de production de Handicap précédé d'une définition contemporaine de la réadaptation.

1. LA RÉADAPTATION AU TRAVAIL ET LE MODÈLE DE PROCESSUS DE PRODUCTION DE HANDICAP (PPH)

2 La réadaptation au travail peut se définir par un ensemble d'actions posées pour permettre à un individu de « rétablir » la congruence entre ses capacités et les exigences de son environnement (Dawis et Lofquist, 1984 ; Kielhofner, 1995 ; Vondracek et coll., 1986). Il s'agit plus spécifiquement ici des exigences physiques, mentales et sociales associées à la réalisation du travail. Un individu présente un besoin de réadaptation au travail lorsqu'il est en situation de handicap au travail (SHT). Le cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap définit la SHT en utilisant la définition CQCIDIH (Fougeyrollas et coll., 1996) selon laquelle la réalisation ou non d'une habitude de vie résulte de l'interaction entre l'atteinte de systèmes organiques et des aptitudes de la personne d'une part et des facteurs environnementaux d'autre part. La figure 1 schématise les différentes dimensions de ce modèle conceptuel. Dans le présent contexte, la SHT est le résultat d'une interaction défavorable entre une déficience musculo-squelettique qui entraîne une perte de capacité à réaliser certaines tâches et des obstacles environnementaux, incluant le milieu de travail, le système administratif de compensation et même parfois le système de santé, et résultant en une impossibilité à réaliser l'habitude de vie « travail ». Actuellement, la clientèle susceptible de recevoir un programme de réadaptation au travail est issue d'une petite proportion des travailleurs qui vont développer une situation de handicap au travail à long terme, soit moins de 7à 10 % des travailleurs qui se blessent (Linton, 1998 ; Miedema, Chorus, Wevers et van der Linden, 1998 ; Spitzer, 1987).

FIGURE 1. CADRE CONCEPTUEL DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (CQCIDIH, 1996)



3 Bien que cette conception interactive personne-environnement de la réalisation du travail soit de plus en plus partagée par les acteurs impliqués, plusieurs générations de programmes de réadaptation se sont succédé avant d'en arriver à concevoir un programme intégrant les différentes dimensions de cette habitude de vie. En effet, avant les années 1985, l'ensemble des interventions de prise en charge des dorso-lombalgies mettait l'emphase sur la réduction ou la disparition de la déficience survenue dans le système musculo-squelettique (Loisel et coll., 2001a ; Nachemson, 1999). Plusieurs années de recherches ont été nécessaires afin de démontrer l'inefficacité de cette cible (Frank et coll., 1996 ; Karjalainen et coll., 2001 ; Loisel et coll., 2001a ; Spitzer, 1987). Par la suite, l'amorce de la réadaptation au travail s'est véritablement faite dans le début des années

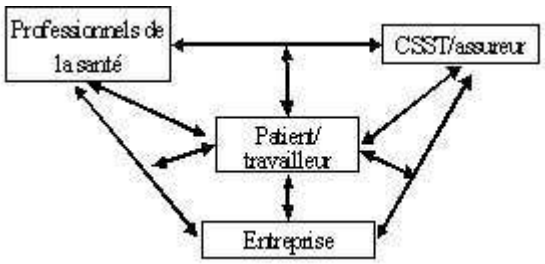
85 sur un postulat principalement axé sur l'amélioration des capacités de l'individu sans considération de l'environnement réel de travail. Pour cette période, ce sont les travaux de Mayer et collaborateurs (1985, 1987, 1989) qui ont grandement modifié la prise en charge des troubles musculo-squelettiques et entraîné dans leur sillon de nombreuses équipes de recherche et de clinique (Bendix et coll., 1996 ; Mitchell et Carmen, 1994). Le programme de réadaptation développé par Mayer et collaborateurs était basé sur la théorie suivante : une approche centrée sur la reconnaissance du syndrome de déconditionnement chez le travailleur blessé, la considération de la contribution des facteurs psychosociaux et socio-économiques propres à la problématique de l'incapacité prolongée, l'importance de la responsabilisation du client dans son processus et l'adhésion à une approche cognitivo-comportementale de la douleur (Mayer et Gatchel, 1989). Selon ces auteurs, seule une intervention multidisciplinaire pouvait favoriser le retour au travail. Ce programme, offert par des professionnels de la santé, se déroulait dans un milieu médical et cela, sans égard au travail régulier des individus blessés. Les deux premières études quant à son efficacité ont révélé que dans le groupe qui recevait le programme, environ 81 % des travailleurs étaient au travail après un an, alors qu'il n'y en avait que 33 % dans le groupe contrôle. Plusieurs groupes (Bendix et coll., 1998 ; Lanes et coll., 1995 ; Mitchell et Carmen, 1994 ; Oland et Tveiten, 1991) ont tenté de répliquer ces résultats mais aucune de ces études n'a pu approcher un taux de succès similaire aux études originales et même quelques-unes ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes, traité et contrôle (Bendix et coll., 1998 ; Mitchell et Carmen, 1994). La qualité scientifique des études de Mayer et collaborateurs (1985) est maintenant questionnée à cause d'un biais de sélection probable et de l'imprécision de l'indicateur utilisé pour mesurer le retour au travail (Bendix et coll., 1998 ; Cutler et coll., 1994 ; Durand et coll., 1998 ; Frank et coll., 1996). De plus, une étude récente a même suggéré que le site d'implantation de ce type de programme (région urbaine ou rurale) avait un impact très important sur la variable retour au travail (Bendix et coll., 1998). Toutes ces études se sont principalement attardées à mesurer le retour au travail, considéré comme une variable dichotomique, donc un indicateur de l'habitude de vie travail. De plus, dans ces études, seule l'efficacité a été mesurée, les hypothèses causales du retour au travail n'ayant pas été explorées plus finement. Cependant, il est maintenant admis que Mayer et collaborateurs (1985) ont été des pionniers ; ils ont posé une première brique dans l'édifice du nouveau paradigme qui consiste à considérer l'incapacité plutôt que la déficience (Loisel et coll., 2001a ; Nachemson, 1999). Ainsi, dans le modèle du PPH (Fougeyrollas et coll., 1996), le programme de Mayer et collaborateurs (1985) s'inscrit dans le volet capacité-aptitude.

4 Par la suite, de nouvelles connaissances ont favorisé la production de programmes de réadaptation intégrant le milieu de travail et s'appliquant de façon plus précoce (Frank et coll., 1998 ; Nachemson, 1999). Dans une revue de l'ensemble des programmes de réadaptation utilisant des tâches allégées de travail, comportant toutes les clientèles avec atteintes physiques confondues, Krause (1998) a montré que ces interventions avaient un effet positif sur le retour au travail, divisant souvent par deux le nombre de jours d'absence du travail. En effet, les résultats de trois études randomisées, jugées de qualité scientifique supérieure s'adressant plus spécifiquement à une clientèle présentant des dorso-lombalgies, convergent quant à leur taux de succès. Plus spécifiquement, Loisel et collaborateurs (1997) ont démontré, dans un essai clinique randomisé réalisé dans la région de Sherbrooke, que la combinaison d'une intervention clinique et d'une intervention en milieu de travail permettait de réduire de façon importante l'incapacité

au travail par rapport à la prise en charge conventionnelle, en accélérant significativement (x 2,4) le retour au travail au poste régulier et en améliorant la qualité de vie des patients. Le coût avantage et le coût efficacité de ce programme se sont révélés importants, puisqu'une moyenne de 3 291 $ par travailleur investis dans les interventions a permis d'économiser une moyenne de 18 509 $ par travailleur et d'éviter ainsi une moyenne de 293 jours d'absence par travailleur après un suivi de six ans (Loisel et coll., soumis). Au Manitoba, l'équipe de Yassi (1995) a également démontré qu'en appliquant une intervention utilisant des « tâches allégées » pré-déterminées dans le secteur hospitalier, 100 000 heures d'absence au travail ont été sauvées dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin. Et finalement, l'étude de Lindstrom (1992) a également montré dans un essai randomisé que l'exposition au groupe expérimental a favorisé un retour plus rapide au travail et également moins de jours d'absence du travail attribuable aux problèmes de dos après deux ans que le groupe contrôle. Or, bien que dans ces trois études, les résultats suggèrent une plus grande efficacité de l'intégration du travail dans les trois programmes que l'approche traditionnelle, la nature de l'exposition au travail variait ainsi que les professionnels impliqués. En effet, dans l'étude de Loisel et collaborateurs (1997), l'exposition au travail réel pré-lésionnel était utilisée comme médium, dans l'étude de Yassi (1995), il s'agissait plutôt de réentraînement dans un poste réservé et finalement pour la dernière étude, l'exposition au travail se traduisait par un programme d'exercices personnalisé à la suite d'une visite au poste de travail (Lindstrom et coll., 1992). Par conséquent, bien que les données probantes actuelles suggèrent l'intégration du milieu de travail au cœur de la réadaptation, nous ne savons pas précisément quelle est la forme la plus optimale que devrait prendre cette composante. Toutefois, il est évident que la tendance émergente est le déplacement de la prise en charge vers le milieu du travail. Ainsi dans le modèle du PPH, ces programmes quittent la dimension unique des capacités pour utiliser les facteurs environnementaux comme milieu d'entraînement, ceci se rapprochant plus de l'habitude de vie travail. Par ailleurs, les intervenants impliqués dans le processus de réadaptation au travail variaient d'une étude à l'autre. Dans les études de Yassi et collaborateurs (1995) et Lindstrom et collaborateurs (1992), il s'agissait principalement de professionnels de santé : ergothérapeute, médecin généraliste, physiothérapeute. L'étude de Loisel et collaborateurs (1997), plus récente, a intégré au sein de son équipe un ergonome qui intervient directement sur le milieu de travail. Cet ajout d'un spécialiste du travail témoigne de la considération plus importante du milieu de travail comme contributif à l'habitude de vie travail. Cependant, dans ces trois études il n'est nullement fait mention de l'arrimage avec des acteurs à l'extérieur de l'équipe de professionnels de santé.

5 Plus récemment, les données probantes suggèrent qu'en plus de favoriser des programmes d'intervention impliquant le milieu de travail, l'emphase devrait être également mise sur une démarche de collaboration entre les partenaires concernés dans le retour au travail. En effet, les évidences s'accumulent, suggérant fortement qu'une intervention morcelée n'impliquant qu'un seul des partenaires et ne tenant pas compte de l'ensemble des interactions entre les partenaires ne serait pas efficace (Frank et coll., 1998 ; Loisel et al., 2001a) (figure 2).

FIGURE 2. INTERACTION ENTRE LES PARTENAIRES IMPLIQUÉS DANS LE RETOUR AU TRAVAIL

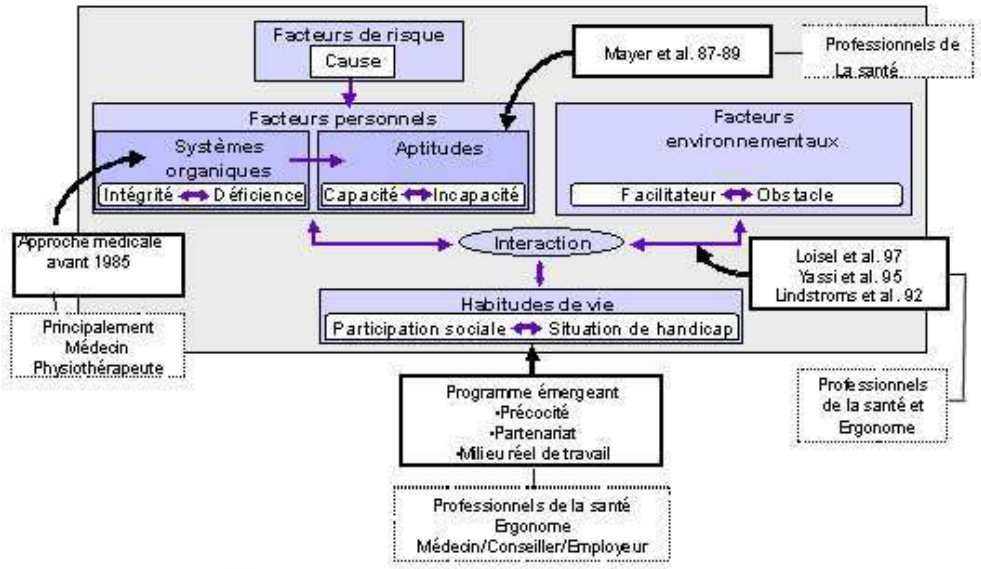


6 Cette dimension de la collaboration dans la perspective de prévention tertiaire (personnes en situation de handicap au travail) est jusqu'à maintenant très peu documentée dans la littérature scientifique mais fortement partagée comme valeur auprès des cliniciens expérimentés. Toutefois, dans le cadre de la prévention secondaire, les évidences commencent à émerger, la prévention secondaire correspondant aux actions entreprises pour un groupe de travailleurs qui présentent des symptômes mais n'ont pas été exclus du travail, donc en présence de certaines incapacités mais qui continuent à participer à l'habitude. Ainsi en prévention secondaire, il a été démontré qu'un milieu de travail supportant, répondant aux besoins du travailleur dès le premier jour où le problème est rapporté, favorise les relations employeur-employé ainsi que le retour au travail (Frank et coll., 1998). Aussi, Baril et Berthelette (2000) confirment également que plusieurs facteurs organisationnels semblent influencer l'implantation d'intervention de maintien du lien d'emploi, soit : la culture de l'entreprise, l'organisation du travail, les règles organisationnelles et les relations intra et inter-organisationnelles. Parallèlement, la collaboration entre l'entreprise, les professionnels de la santé et l'assureur est primordiale dans la prise en charge du travailleur (Friesen et coll., 1999). Dans une étude en prévention secondaire portant sur les facteurs facilitant ou limitant la prise en charge des travailleurs ayant une atteinte musculo-squelettique (Stock et coll., 1999), le peu de communication avec le médecin traitant a également été identifié, par les gestionnaires et les professionnels du service médical des entreprises, comme un facteur limitant le processus de retour au travail. Les entreprises soulignaient que leurs préoccupations étaient différentes de celles des médecins, soit pour le médecin de promouvoir le rétablissement du patient et éviter les rechutes et pour l'entreprise d'éviter l'absence du travail et de réduire les coûts de cotisation à la Commission de la Santé et Sécurité du Travail (CSST, organisme gouvernemental de compensation pour les accidents de travail au Québec). Une étude prospective de dix ans de Wiesel et collaborateurs (1994) avait permis d'évaluer l'efficacité d'une intervention qui avait pour but de surveiller l'évolution du travailleur blessé et de guider la prise de décision du médecin traitant par le respect de lignes directrices établies pour le traitement des sujets ayant une atteinte musculo-squelettique. Les résultats de cette étude ont démontré que le respect de ces lignes directrices et une meilleure communication entre le médecin et le milieu de travail avaient permis de réduire de moitié le nombre de jours d'absence du travail. De plus, il est maintenant conseillé que l'assureur soit un collaborateur clé dans le processus de réadaptation (Frank et coll., 1998) car il intervient directement à la fois avec le travailleur, le milieu de travail et les intervenants de la santé. Il peut favoriser une meilleure communication entre les partenaires et permettre de réduire les délais (Friesen et coll., 1999) liés aux contraintes administratives de la gestion des dossiers qui entravent fréquemment la prise en charge précoce des travailleurs. En résumé, les données

probantes provenant des programmes de prévention secondaire ont soulevé l'importance de l'ajout et de l'arrimage des différents acteurs impliqués (employeur, assureur, médecin traitant, équipe de réadaptation) au processus de retour au travail. Ainsi pour la réalisation de l'habitude de vie de travail, les programmes de prévention secondaire reconnaissent plus en profondeur l'apport des facteurs environnementaux dans la reprise de l'habitude travail tel que décrit dans le modèle du PPH (Fougeyrollas et coll., 1996). La figure 3 résume les différentes générations de programme de réadaptation en fonction du modèle conceptuel.

7 En somme, les connaissances qui émergent suggèrent à la fois de déplacer la réadaptation au travail vers le milieu réel et de reconnaître la nécessité d'intégrer les nouveaux acteurs, extérieurs à l'équipe de professionnels de la santé, au processus même de retour au travail. Afin d'illustrer cette transformation, nous décrirons dans la section qui suit la structure d'un programme de réadaptation au travail qui tente d'intégrer ces nouvelles dimensions. Par la suite, nous aborderons les différents enjeux de cette implantation.

FIGURE 3. LIENS ENTRE LES GÉNÉRATIONS DE PROGRAMME DE RÉADAPTATION ET LE CADRE CONCEPTUEL DU PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (CQCIDIH, 1996)



___ : Programme offert
Acteurs impliqués
Ergonome fait partie seulement de l'étude Loisel et coll., 1997

2. LE PROGRAMME PRÉVICAP (PRÉVENTION DES SITUATIONS DE HANDICAP AU TRAVAIL)

2.1 ORIGINE DU PROGRAMME

8 Le programme PRÉVICAP se situe dans la continuité des travaux de l'étude réalisée à Sherbrooke (modèle de Sherbrooke) (Loisel et coll., 1997) et de l'expérience clinique de 10 ans qui découle de ces travaux. Il s'agit d'un programme dont les caractéristiques principales sont 1) la collaboration systématique entre des conseillers en réadaptation de la Commission de la Santé et Sécurité du travail (CSST) (organisme de compensation du

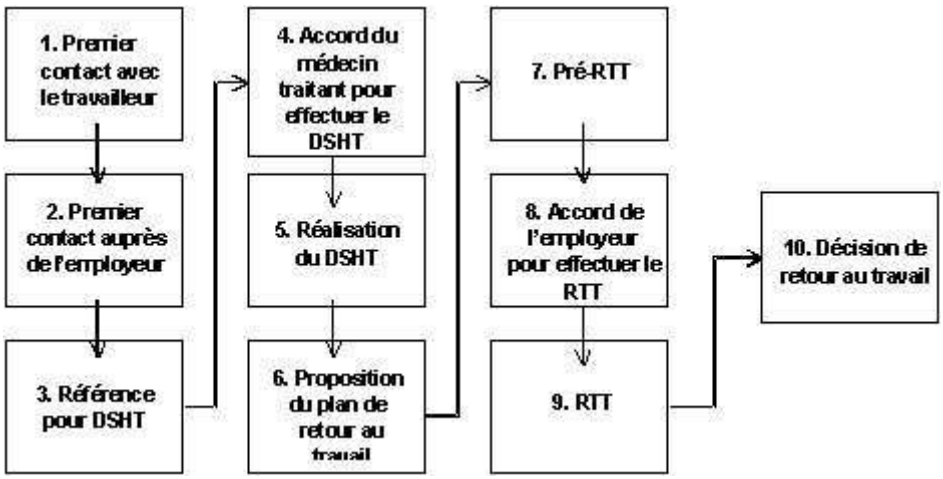
Québec) et l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail PRÉVICAP ; 2) la prise en charge précoce des travailleurs ; 3) l'intégration rapide du travail réel dans le programme ; 4) l'établissement d'une collaboration avec l'employeur et le médecin traitant. Ce programme vise le retour rapide au travail en santé des travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques. Le programme PRÉVICAP est offert depuis plus de trois ans à une clientèle variée de personnes ayant une situation de handicap au travail. L'équipe PRÉVICAP est constituée des professionnels suivants : ergothérapeute, kinésiologiste, psychologue, ergonome, médecin et d'un orthopédiste (consultant sur demande). Les acteurs externes comprennent le conseiller en réadaptation de la CSST, le médecin traitant, l'employeur, le représentant syndical (selon les contextes) et le réseau social de l'individu.

9 Les étapes du programme PRÉVICAP présentées ici ont été élaborées à partir de la littérature scientifique. Elles ont été testées une première fois avec le modèle de Sherbrooke et adaptées par la suite en fonction des nouveaux changements sociaux, particulièrement celui de l'application plus systématique par la CSST depuis 1995 d'une politique de maintien du lien d'emploi dans les entreprises. Les étapes du programme seront présentées sous la forme d'un modèle opérationnel, tel que défini par Rossi et collaborateurs (1998), c'est-à-dire la schématisation de l'algorithme de ses différentes parties.

2.2 LE MODÈLE OPÉRATIONNEL DU PROGRAMME PRÉVICAP

10 La figure 4 présente les étapes à travers lesquelles le travailleur chemine dans le programme PRÉVICAP. Les dix étapes de ce modèle opérationnel sont détaillées ci-dessous.

FIGURE 4. MODÈLE OPÉRATIONNEL DU PROGRAMME PRÉVICAP



2.2.1 PREMIER CONTACT AVEC LE TRAVAILLEUR

11 Le conseiller en réadaptation de la CSST effectue le premier contact auprès du travailleur afin de vérifier son admissibilité à la CSST. Cette étape initiative se fait dès la réception de la demande faite par l'employeur à la CSST. Le conseiller rencontre le travailleur à domicile afin de recueillir des informations sur le fait accidentel, sur le contrat de travail

avec l'employeur et sur les services de santé que reçoit déjà le travailleur. Le conseiller lui explique aussi lors de cette visite quels sont les services offerts par la CSST ainsi que leur fonctionnement.

12 *Acteurs impliqués : travailleur, conseiller*

13 *Éléments-clefs : Contact précoce, partage de l'information*

2.2.2 PREMIER CONTACT AUPRÈS DE L'EMPLOYEUR

14 Suite à la visite chez le travailleur, le conseiller en réadaptation communiquera avec l'employeur afin de lui confirmer les renseignements obtenus et préparer le milieu de travail à la démarche de réadaptation amorcée. Ce premier contact permet de vérifier dans quelle mesure l'environnement de travail sera favorable à la réalisation du programme.

15 *Acteurs impliqués : Conseiller, employeur*

16 *Éléments-clefs : Contact précoce avec le milieu de travail, implication de l'acteur du milieu du travail au processus*

2.2.3 RÉFÉRENCE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE HANDICAP AU TRAVAIL (DSHT)

17 Les travailleurs demeurant absents du travail plus de quatre semaines et qui ont été identifiés à risque d'incapacité prolongée sont référés à l'équipe PRÉVICAP (dans la réalité, la référence est souvent plus tardive). Pour ce faire, le conseiller en réadaptation utilise un outil d'évaluation qui lui permet d'identifier les travailleurs considérés à risque et pour lesquels un retour au travail n'est pas prévu dans les prochaines semaines par le médecin traitant et cela, en fonction des facteurs recensés dans la littérature. La référence pour le DSHT est expliquée et proposée au travailleur par le conseiller. Cette référence précoce permet d'offrir rapidement des services de réadaptation à une clientèle ciblée à risque d'incapacité prolongée.

18 *Acteurs impliqués : conseiller, travailleur*

19 *Éléments-clefs : Dépistage des individus à risque de développer une situation de handicap au travai l*

2.2.4 ACCORD DU MÉDECIN TRAITANT POUR LE DSHT

20 Suite à la référence à l'équipe PRÉVICAP par le conseiller en réadaptation, le médecin de l'équipe communique avec le médecin traitant afin de l'informer et de lui proposer une évaluation de la situation de handicap au travail pour son client. Cette démarche a pour but de favoriser, dès le début du programme, la collaboration du médecin traitant.

21 *Acteurs impliqués : médecin de PRÉVICAP, médecin traitant du travailleur*

22 *Éléments-clefs : Implication du médecin traitant dans le processus*

2.2.5 RÉALISATION DU DIAGNOSTIC DE LA SITUATION DE HANDICAP AU TRAVAIL (DSHT)

23 Après avoir obtenu l'accord du médecin traitant, une évaluation est réalisée par l'équipe PRÉVICAP. Le DSHT est une activité qui a pour but d'éliminer un diagnostic de gravité (c'est-à-dire une indication de maladie grave spécifique qui survient dans environ 1 % des

cas) et de préciser les causes des incapacités de travail aussi bien au niveau du travailleur que de son environnement. Cette évaluation clinique est exécutée par un médecin du travail accompagné d'un autre intervenant de l'équipe (ergothérapeute ou ergonome). Afin de s'assurer que le DSHT soit réalisé de façon standardisée, des indicateurs pronostiques de l'incapacité prolongée et de la situation de handicap au travail ont été tirés de la littérature scientifique et de l'expérience clinique. Le DSHT a été développé par un comité d'experts dans le domaine des atteintes musculo-squelettiques. Il s'agit en fait d'un examen physique, de questionnaires auto-administrés et d'une entrevue dirigée. Il est utilisé de routine depuis plus de quatre ans par l'équipe PRÉVICAP et permet d'établir e clairement un plan de traitement personnalisé pour les besoins du travailleur en fonction des facteurs personnels et de l'environnement ayant un impact sur la situation de handicap au travail. L'employeur est contacté pour discuter de son adhésion à la démarche et des différentes étapes du retour au travail.

24 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire (médecin et ergothérapeute ou ergonome) travailleur, médecin traitant du travailleur, employeur*

25 *Éléments-clefs : dépistage et élimination d'un problème de santé grave, formulation d'un jugement sur la situation de handicap au travail qui tienne compte de l'interaction personne-environnement, élaboration d'un plan de retour au travail*

2.2.6 PROPOSITION DU PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL

26 Suite à la réalisation du DSHT, un plan de retour au travail est proposé à la fois au travailleur, au médecin traitant et au conseiller en réadaptation de la CSST. Après une entente préalable avec l'employeur sur les conditions de retour progressif au travail et après la réception des approbations du médecin traitant et du conseiller de la CSST, le plan de réadaptation retenu est mis sur pied. Le programme PRÉVICAP, composé de la « Préparation au Retour Thérapeutique au Travail » (pré-RTT) et du « Retour Thérapeutique au Travail » (RTT), est donc entrepris.

27 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire (médecin du travail, ergothérapeute ou ergonome), travailleur, médecin traitant du travailleur, conseiller*

28 *Éléments-clefs : négociation entre les acteurs externes sur un plan optimal de retour au travail*

2.2.7 PRÉPARATION AU RETOUR THÉRAPEUTIQUE AU TRAVAIL (PRÉ-RTT)

29 La pré-RRT est une intervention de réadaptation visant la mise en place de conditions favorables à la réintégration en milieu de travail. Elle est effectuée par les membres de l'équipe PRÉVICAP. Cette phase préparatoire permet de développer les capacités physiques, psychologiques et sociales du travailleur par des interventions de réconfort, de reconditionnement physique, de mise en situation de travail spécifique, d'éducation et de gestion du stress et de la douleur. De plus, la pré-RTT permet d'explorer et de préparer le milieu de travail afin de pouvoir y effectuer, si possible, un retour progressif au poste régulier. Des réunions interdisciplinaires hebdomadaires sont réalisées afin d'établir les objectifs de traitement. De plus, des rencontres et des contacts téléphoniques réguliers auprès du conseiller en réadaptation et de l'employeur sont effectués. Cette période est la plus courte possible et une première exposition au travail pré-lésionnel est souhaitable dès la première semaine, même si le travailleur ne peut réellement effectuer ces tâches de travail.

30 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire, travailleur, médecin traitant du travailleur, conseiller, employeur*

31 *Éléments-clefs : négociation entre les acteurs sur un plan optimal de retour au travail*

2.2.8 ACCORD DE L'EMPLOYEUR POUR EFFECTUER LE RTT

32 Afin de pouvoir mettre en œuvre la phase de Retour Thérapeutique au Travail (RTT), une entente avec l'employeur doit être confirmée sur le processus de retour progressif au travail (tâches disponibles, mode de rémunération, etc.). Cette entente avec l'employeur est réalisée par la collaboration entre l'équipe de réadaptation et le conseiller en réadaptation de la CSST.

33 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire, travailleur, employeur, conseiller*

34 *Éléments-clefs : négociation entre les acteurs sur la mise en oeuvre du retour au travail*

2.2.9 RETOUR THÉRAPEUTIQUE AU TRAVAIL (RTT)

35 Le RTT consiste 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 (Durand et coll., 1998 ; Durand et Loisel, 2001). Il consiste en une intervention en milieu de travail réel qui peut inclure si nécessaire l'étude ergonomique du poste de travail ainsi que des modifications de ce poste. Il a pour objectif principal de favoriser le développement d'agirs spécifiques au travail. L'évolution du travailleur lors du RTT est suivie de façon concertée par l'équipe interdisciplinaire de réadaptation (réunions interdisciplinaires hebdomadaires) et le conseiller en réadaptation en interaction avec l'employeur et le médecin traitant. À chaque semaine, une proposition de tâches est envoyée à l'employeur et une entente est établie pour la semaine qui suivra. Ainsi, tous les acteurs impliqués suivent semaine après semaine la progression et approuvent la démarche.

36 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire, travailleur, employeur, conseiller, médecin traitant*

37 *Éléments-clefs : progression de l'exposition au travail, supervision équipe interdisciplinaire et acteurs dans le milieu du RTT*

2.2.10 DÉCISION DE RETOUR AU TRAVAIL

38 Le programme de réadaptation se terminera lorsqu'une décision face au retour au travail sera prise par les partenaires et le travailleur concerné. En conformité avec la loi sur les accidents et les maladies professionnelles (LATMP) et les procédures de la CSST, la consolidation médicale demeurera sous la responsabilité du médecin traitant. Elle permettra d'orienter le travailleur vers l'une des solutions suivantes : 1) le retour à un travail identique ou semblable à son travail pré-lésionnel (consolidation sans limitation fonctionnelle), 2) le retour au travail dans un emploi convenable lorsque des limitations fonctionnelles seront incompatibles avec les exigences de l'emploi pré-lésionnel ou 3) l'incapacité permanente à travailler.

39 *Acteurs impliqués : équipe interdisciplinaire, travailleur, employeur, conseiller, médecin traitant*

40 *Éléments-clefs : décision consensuelle concernant le retour au travail*

41 En somme, les caractéristiques qui distinguent ce programme de la pratique courante en réadaptation au travail au Québec sont de divers niveaux. D'abord, ce programme peut être offert dès la huitième semaine après l'accident de travail, car il veut agir avant que l'incapacité devienne complexe ou même irréversible. Aussi, un des critères d'admission au programme est l'existence d'un lien d'emploi pour le travailleur blessé, c'est-à-dire qu'il possède un poste de travail régulier qui lui est réservé chez un employeur pour une période de un à deux ans selon la taille de l'entreprise à partir de la déclaration de l'accident. Ainsi, il s'agit réellement de rétablir la compatibilité d'un travailleur avec un poste ciblé et connu. Le but n'est donc pas de remettre le travailleur en forme afin d'améliorer son aptitude générale au travail sans avoir de poste prédéterminé. Il arrive cependant que l'équilibre ne peut être rétabli et le travailleur sera alors orienté à un autre poste ou vers une autre solution. De plus, une des clefs de ce programme est l'utilisation du milieu réel de travail comme espace d'entraînement. Les principes sous-jacents à l'utilisation du contexte de travail ont déjà fait l'objet d'une précédente publication (Durand et coll., 1998). Ceci contraste avec un bon nombre d'interventions de réadaptation au travail qui privilégient encore l'approche de simulation des tâches de travail en milieu clinique. Par ailleurs, comme dès le départ l'employeur se situe comme partenaire dans le processus de la résolution du problème de situation d'handicap de son travailleur, l'implication se distingue également comme caractéristique du programme. Finalement, un des postulats de base confirme que la compétence de l'ergonome est essentielle pour analyser et formuler des recommandations sur les contraintes environnementales. Or, la pratique actuelle au Québec révèle que cette analyse est souvent réalisée par des professionnels ayant une connaissance moins approfondie que l'ergonome de l'univers du travail.

3. DISCUSSION

42 Le bilan de l'évolution des programmes de réadaptation au travail et la structure innovatrice du modèle opérationnel de PRÉVICAP illustrent bien les profondes transformations émergentes de la pratique. Il nous semble intéressant de faire ressortir d'une part le parallèle entre cette transformation des rôles et l'ajout de nouveaux collaborateurs et d'autre part, les logiques de professionnalisme et de collaboration. Dans une recension des écrits sur la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé, D'amours (1997) a mis en opposition certains éléments de ces deux logiques dont la vision de l'individu et la nature des relations entre les acteurs.

43 Selon cette auteure, la logique de professionnalisme adhère plus à une vision mécaniste de la personne, plus réductionniste, de type médical tandis qu'une logique de collaboration s'associe à une vision humaniste, plus systémique, plus interactionnelle de l'individu avec son milieu. Ceci correspond à l'émergence des nouveaux programmes de réadaptation considérant la situation de handicap au travail de l'individu plutôt que la lésion déclenchante. En fait, comme il a été résumé plus tôt, l'ensemble des nouvelles données probantes confirment l'avènement de ce nouveau paradigme de l'incapacité consistant à considérer la personne et son environnement (Loisel et coll., 2001a). Mais ce paradigme est-il actuellement partagé par les acteurs dans le cadre de la réalisation du programme PRÉVICAP ? Depuis quatre ans, certains obstacles sont parfois observés face à l'adoption de ce paradigme. Par exemple, certains employeurs exigent que les travailleurs reviennent au travail dans l'état pré-lésionnel c'est-à-dire avec l'ensemble de leurs

capacités retrouvées sans utiliser le retour progressif au travail. Ils souhaitent des travailleurs à « 100 % de leur capacités » ou pas du tout. Cette compréhension de la maladie (présente ou absente) n'est pas cohérente avec le besoin de réentraînement du travailleur dans son milieu de travail. De plus, certains employeurs formulent certaines craintes face à l'intervention ergonomique proposée afin de réduire les contraintes environnementales. C'est pourquoi, avant même que le programme débute réellement, les intervenants du programme et le conseiller en réadaptation doivent négocier avec le milieu de travail afin de s'assurer le partage de l'importance d'un retour progressif au travail. Comme les références au programme proviennent le plus souvent de la CSST ou du médecin traitant et non pas de l'entreprise, un terrain d'entente avec chaque employeur doit être trouvé à chaque fois. Il faut également mentionner que le programme applique une « approche ergonomique de réadaptation » qui diffère dans son mandat et ses processus de l'intervention classique (Loisel et coll., 2001b). Cette nuance est expliquée à l'employeur, ce qui permet dans la plupart des occasions, de réduire les craintes liées à une perception des coûts élevés de l'intervention ergonomique. En fait, pour la majorité des employeurs de petites et grandes entreprises, l'expérience nous démontre qu'ils présentent une certaine flexibilité et ouverture face au programme. Cette attitude se révèle surtout après que les attentes et les besoins de l'ensemble des acteurs ont été exprimés clairement.

44 Un autre obstacle au paradigme d'incapacité est la représentation même que le travailleur se fait de sa maladie. Ainsi, s'il est profondément convaincu que la douleur doit avoir complètement disparu avant de reprendre le travail, les actions des intervenants de PRÉVICAP, du conseiller en réadaptation et de l'employeur peuvent être vécues comme du harcèlement, de l'abus ou du manque de respect. De façon simplifiée, la représentation que le travailleur se fait de son mal de dos origine de plusieurs sources, dont ses expériences passées et l'ensemble des messages reçus après l'événement accidentel (Coutu et coll. 2000). Donc, tant et aussi longtemps que l'ensemble des acteurs, médecin traitant, conseiller en réadaptation, employeur, collègues de travail et famille, ne partagent pas sans équivoque la vision de l'incapacité, plutôt que de la déficience, l'adhésion au programme PRÉVICAP demeure difficile. Les intervenants doivent d'abord agir pour modifier cette conception. Pour l'équipe PRÉVICAP, il est maintenant très évident que dès que l'ensemble des acteurs liés au processus d'incapacité partagent cette conception, la progression dans le programme est facilitée et le succès généralement assuré.

45 Par ailleurs, l'autre élément qui oppose les logiques de professionnalisme et de collaboration est la nature même des relations entre les acteurs. Dans la logique de professionnalisme, on privilégie le contrôle, le pouvoir, l'autorité, les frontières étanches par opposition à la collaboration où l'on partage et intègre les savoirs, où les zones d'intervention sont communiquantes et où la collaboration est interactive. Or, l'application du programme PRÉVICAP repose sur l'adoption d'une logique de collaboration entre les acteurs. Cette conception modifie en profondeur les façons de faire actuelles au Québec. Les professionnels de la santé du programme PRÉVICAP ne sont plus seulement des prestataires de service ; le conseiller en réadaptation n'est plus uniquement le gestionnaire de service ; l'employeur n'est plus l'acteur absent des débats et le médecin ne se confine plus à un rôle d'orienteur vers des services dispersés. Au contraire, tous les acteurs doivent partager la même perspective et le même objectif de retour au travail pour assurer de la cohérence à la démarche que le travailleur pourra

aussi percevoir comme une aide pour retourner à son rôle social. Bien entendu, une telle démarche a ses exigences. D'abord, l'employeur doit accepter que le travailleur blessé retourne progressivement à son travail plutôt que celui-ci reprenne d'emblée l'ensemble des tâches de son poste régulier. Ceci requiert de la flexibilité de l'employeur, souvent des réorganisations des tâches dans le milieu de travail et implique la collaboration temporaire des collègues. Cependant, l'intervention en milieu de travail évite soigneusement d'imposer une surcharge à ceux-ci. Ainsi, une des conditions essentielles est que l'employeur se reconnaisse une part de responsabilité dans le processus de retour au travail en santé de son travailleur. Dans un premier temps, il doit donc accepter un travailleur moins productif tout en consentant à un objectif à plus long terme pour maintenir sa main-d'œuvre. Pour un employeur au Québec les coûts financiers importants pour un dossier d'incapacité prolongée facilitent sans doute l'adhésion au programme. Pour sa part, le conseiller en réadaptation doit accepter de partager son leadership du retour au travail avec les intervenants de PRÉVICAP et favoriser le dialogue avec l'employeur afin de permettre l'accès au poste de travail et ainsi éviter des actions légales. Dans cette perspective, le rôle des intervenants de PRÉVICAP est de mettre en œuvre le ré-entraînement au travail et de s'assurer que le but de retour au travail est toujours partagé par l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche.

46 Ainsi, la mise en œuvre du programme PRÉVICAP demande une plus grande mobilisation de tous les acteurs et d'accepter de modifier leur rôle habituel dans le système. Or, cet appel au changement ne convient pas à tous. En fait, dans notre expérience, certains acteurs préfèrent conserver leurs rôles classiques et formulent des réticences face au programme PRÉVICAP. Par exemple, quelques médecins traitants refusent d'accompagner un travailleur qui désire adhérer au programme ou encore certains employeurs, malgré une entente préalable, ne respectent pas les conditions du retour thérapeutique au travail des travailleurs. Jusqu'à maintenant, l'implantation de PRÉVICAP repose sur une négociation presque quotidienne avec les différents partenaires : en fait, il s'agit d'établir cette logique de collaboration dès le départ comme une condition préalable à l'amorce du programme. Il arrive souvent de retarder l'entrée d'un travailleur blessé dans le programme parce qu'un des acteurs est réticent à l'approche.

4. CONCLUSION

47 La croissance du nombre d'incapacités et leurs coûts imposent la nécessité d'un changement dans la prise en charge. Les solutions sont maintenant connues, mais elles requièrent des changements importants dans les rôles des acteurs impliqués et dans les processus, dont certains sont ancrés dans un contexte légal. Cependant, la mise en œuvre avec succès du programme dans une région du Québec tend à confirmer le bien-fondé de sa logique et la possibilité de faire évoluer les mentalités et perspectives. Cette évaluation vient d'être confirmée par la récente décision du conseil d'administration paritaire de la CSST qui est de soutenir un projet d'implantation élargi de ce programme dans quatre régions du Québec par l'entremise du réseau de réadaptation au travail du Québec. Puissent les acteurs continuer à s'entendre pour permettre aux travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques de conserver le travail qu'ils avaient choisi et savaient bien faire !

BIBLIOGRAPHIE

Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P., Pajot, A. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi.* IRSST Montréal, R-238.

Bendix, A.F., Bendix, T., Labriola, M., Boekgaard, P. (1998). Functional restoration for chronic low back pain : two-year follow-up of two randomized clinical trials. *Spine*, 23, 6, 717-25.

Bendix, T., Bendix, A. F., Busch, E., Jordan, A. (1996). Functional restoration in chronic low back pain. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6, 2, 88-97.

Coutu, M.F., Dupuis, G.H., Marchand, A., O'connor, K., Trudel, G. (2000). Adoption et maintien d'habitudes comportementales saines : Recension des modèles explicatifs. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 5, 2, 23-35.

Cutler, R.B., Fishbain, D.A., Rosomoff, H.L., Abdel-Moty, E., Khalil, T.M., Rosomoff, R.S. (1994). *Does nonsurgical pain center treatment of chronic pain return patients to work ?* A review and meta-analysis of the literature. *Spine*, 19, 6, 643-52.

D'amours, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec.* Thèse de doctorat non-publiée, Université de Montréal, Montréal.

Dawis, R.V., Lofquist, L.H. (1984). *A psychological theory of work ajustment.* New York : University of Minessota.

Durand, M.J., Loisel, P., Durand, P. (1998). Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail : description et fondements théoriques. *La revue canadienne d'ergothérapie*, 65, 2, 72-80.

Durand, M.J., Loisel, P. (2001). *Therapeutic Return to Work : Rehabilitation in the workplace.* Work, sous-presse.

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M., St-Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification de la CIDIH : Processus de Production du Handicap.* Québec : Réseau internationale sur le processus de production du handicap.

Frank, J., Sinclair, S., Hoggjohnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain - New evidence gives new hope - If we can just get all the players onside. *Canadian Medical Association Journal*, 158, 12, 1625-1631.

Frank, J.W., Brooker, A., DeMaio, S.E., Kerr, M.S., Maetzel, A., Shannon, H.S., Sullivan, T.J., Norman, R.W., Wells, R.P. (1996). Disability resulting from occupational low back pain. Part II : What do we know about secondary prevention ? A review of the scientific evidence on prevention after disability begins. *Spine*, 21, 24, 2918-29.

Friesen, M.N., Yassi, A., Cooper, J. (1999). *Workready Manitoba : Stakeholder perspectives on return-to-work*. HEALNet Workready Research Group.

Ivey, S., Brown, Y., Silverman, D. (1988). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care setting. *Journal of Allied Health*, 189-195.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H., Koes, B. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-

age adults a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 26, 262-269.

Kielhofner, G. (1995). *A model of human occupation. Theory and application (2e édition).* Baltimore, MA, Williams & Wilkins.

Krause, N., Dasinger, L.K., Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work : a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 2, 113-39.

Lanes, T.C., Gauron, E.F., Spratt, K.F., Wernimont, T.J., Found, E.M., Weinstein, J.N. (1995). Long-term follow-up of patients with chronic back pain treated in a multidisciplinary rehabilitation program. *Spine*, 20, 7, 801-6.

Lindstrom, I., Ohlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L., Fordyce, W.E., Nachemson, A.L. (1992). The effect of graded activity on patients with subacute low back pain : a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. Physical Therapy, 72, 4, 279-93.

Linton, S.J. (1998). The socioeconomic impact of chronic back pain : is anyone benefiting ? *Pain*, 75, 2/3, 163-168.

Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J.M., Suissa, S., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., Lemaire, J. (1997). A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 24, 2911-8.

Loisel. P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., Tremblay, C. (2001a). Disability prevention : the new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 7, 351-360.

Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, Abenhaim, L. (2001b). Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*, 32, 53-60.

Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M.J., Champagne, F., Stock, S., Tremblay, C. (soumis). Cost-benefit and cost effectiveness analysis of the Sherbrooke model of back pain management. *Occupational and Environmental Medicine*, 59, 12, 807–815.

Mayer, T.G., Gatchel, R.J. (1989). Functional restoration for chronic low back pain. Dans C.D. Tolisson, C.D. Kriegel, *Interdisciplinary rehabilitation of low back pain* (p. 343-353). Baltimore : Williams & Wilkins.

Mayer, T.G., Gatchel, R.J., Kishino, N., Keeley, J., Capra, P., Mayer, H., Barnett, J., Mooney, V. (1985). Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow-up. *Spine*, 10, 6, 482-93.

Miedema, H.S., Chorus, A.M., Wevers, C.W., van der Linden, S. (1998). Chronicity of back problems during working life. *Spine*, 23, 18, 2021-8.

Mitchell, R.I., Carmen, G.M. (1994). The Functional Restoration Approach to the Treatment of Chronic Pain in Patients With Soft Tissue and Back Injuries. *Spine*, 19, 6, 633-642.

Nachemson, A. (1999). *Back pain : delimiting the problem in the next millennium. International Journal of Law & Psychiatry*, 22, 5-6, 473-490.

Oland, G., Tveiten, G. (1991). A trial of modern rehabilitation for chronic low-back pain and disability. Vocational outcome and effect of pain modulation. *Spine*, 16, 4, 457-9.

Rossi, P.H., Freeman, H.E., Lipsey, M.N. (1998). *Evaluation. A systematic approach (6e édition*). Thousand Oaks, Sage Publications.

Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986 : quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 6, 465-71.

Stock, S., Deguire, S., Baril, R., Durand, M. (1999). *Travailleurs et travailleuses atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/ électronique de l'île de Montréal.* Montréal : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Montréal-Centre.

Vondracek, R.W., Lerner, R.M., Schulenberg, J.E. (1986). *Career development : A life-span development approach.* New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Wiesel, S.W., Boden, S.D., Feffer, H.L. (1994). *A* quality-based protocol for management of musculoskeletal injuries. A ten-year prospective outcome study. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 301, 164-76.

Yassi, A., Tate, R., Cooper, J.E., Snow, C., Vallentyne, S., Khokhar, J.B. (1995). Early intervention for back-injured nurses at a large Canadian tertiary care hospital - an evaluation of the effectiveness and cost benefits of a two-Year pilot project. *Occupational Medicine Oxford*, 45, 4, 209-214.

RÉSUMÉS

Les troubles musculo-squelettiques associés au travail sont extrêmement courants. Habituellement, ce problème de santé est de courte durée. Cependant, dans un petit nombre de cas, il génère des coûts sociaux importants et affecte la productivité des entreprises. Les évidences actuelles démontrent que les causes de l'incapacité ne sont pas uniquement reliées aux caractéristiques de l'individu blessé, mais proviennent aussi de l'environnement du travailleur : le milieu de travail, le système de compensation et même le système de prise en charge médical. Une revue des études portant sur les interventions qui ont eu un effet positif sur le retour au travail supporte d'une part, l'utilisation du milieu de travail naturel comme contexte de réentraînement et d'autre part, renforce la nécessité de l'implication des différents partenaires dans le processus. Cet article décrira la structure d'un programme d'intervention basée sur les plus récentes évidences scientifiques. L'implantation de ce programme demande des changements profonds dans les rôles des partenaires impliqués mais apparaît prometteuse à long terme pour éviter l'incapacité prolongée chez les travailleurs.

Musculoskeletal disorders are an extremely common short-term but recurring health problem that, in a small number of cases, generates major societal costs and affects the productivity of companies. Recent evidence has shown that the causes of disability are not only related to the patient's characteristics, but also originate from the worker's environment : the workplace, the compensation system, and even the healthcare delivery system. A review of studies on interventions that had a positive effect on returning to work supports, on the one hand, the use of the natural workplace as a context for retraining, and on the other, the need for the involvement of the different partners in the process. This article describes the structure of an intervention program based on the most recent scientific evidence. The implementation of this program requires major changes in the roles of the stakeholders but seems promising over the long term for avoiding prolonged disability in workers.

Los tratornos musculoesqueléticos asociados al trabajo son muy frecuentes. Normalmente, ese problema de salud es de corta duración. Sin embargo, en pocos casos, genera costos sociales importantes y afecta la productividad de las empresas. Las tendencias actuales demuestran que las causas de la incapacidad no solamente están vinculadas con las características del individuo

herido, sino también con el medio ambiente del trabajador : el lugar de trabajo, el sistema de compensación e incluso el sistema de cuidado médico. Una revista de los estudios tratando de las intervenciones que han tenido un efecto positivo sobre la vuelta al trabajo, soporta por una parte, la utilización del ambiente de trabajo natural como contexto de reintegración y por otra parte, reforza la necesidad de la implicación de los diferentes socios en el proceso. Este artículo describe la estructura de un programa de intervención basado en las evidencias científicas más recientes. La implantación de este programa requiere cambios profundos en los papeles de los socios implicados pero aparece prometedora a largo plazo para evitar la incapacidad prolongada con los trabajadores.

INDEX

Mots-clés : réadaptation, trouble musculo-squelettique, travail, collaboration, incapacité
Keywords : rehabilitation, musculoskeletal disorder, work, stakeholder collaboration, disability
Palabras claves : rehabilitación, trastorno musculoesquelético, trabajo, colaboración, incapacidad

AUTEURS

MARIE-JOSÉ DURAND

Professeure adjoint, Département des Sciences de la Santé Communautaire, Université de Sherbrooke, PRÉVICAP, 1111, rue Saint-Charles ouest bur.101, Longueuil, Québec, Canada J4K 5G4, marie-jose.durand courrier.usherb.ca

PATRICK LOISEL

Professeur titulaire, Département de chirurgie, Université de Sherbrooke, PRÉVICAP, 1111, rue Saint-Charles ouest bur.101, Longueuil, Québec, Canada J4K 5G4