
Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire

*Exploratory study on the discourse of an interdisciplinary team on workers:
trajectories during a return-to-work programme*

*Trayectorias de los trabajadores beneficiarios de un programa de reinserción
profesional : estudio exploratorio de los intercambios de un equipo
interdisciplinar*

Marie-José Durand, Raymond Baril, Patrick Loisel et Julie Gervais



Éditeur
Les Amis de PISTES

Édition électronique

URL : <http://pistes.revues.org/2223>
DOI : 10.4000/pistes.2223
ISSN : 1481-9384

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2008

Référence électronique

Marie-José Durand, Raymond Baril, Patrick Loisel et Julie Gervais, « Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 10-2 | 2008, mis en ligne le 01 novembre 2008, consulté le 21 mars 2017. URL : <http://pistes.revues.org/2223> ; DOI : 10.4000/pistes.2223

Ce document a été généré automatiquement le 21 mars 2017.



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

Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire

*Exploratory study on the discourse of an interdisciplinary team on workers:
trajectories during a return-to-work programme*

*Trayectorias de los trabajadores beneficiarios de un programa de reinserción
profesional : estudio exploratorio de los intercambios de un equipo
interdisciplinar*

Marie-José Durand, Raymond Baril, Patrick Loisel et Julie Gervais

1. Introduction

- 1 Les lésions musculo-squelettiques (LMS) d'origine professionnelle engendrent des coûts considérables (van Tulder, Koes et Bouter, 1995). De plus, les personnes atteintes de lésion vivent une situation qui diminue considérablement leur qualité de vie et peuvent être exclues définitivement du monde du travail (Baril, Martin, Massicotte et Lapointe, 1994 ; Nachemson, 1999). Afin de réduire ce problème de santé important, de nombreuses études ont tenté de cerner les facteurs prédictifs de l'incapacité ou du retour au travail. La majorité des études se sont attardées aux facteurs individuels tels que l'âge (Crook, Moldofsky et Shannon, 1998 ; van der Giezen, Bouter et Nijhuis, 2000), le sexe (Dixon et Gatchel, 1999), l'état civil (Infante-Rivard et Lortie, 1996 ; Lehmann, Spratt et Lehmann, 1993), la scolarité (Hildebrandt, Pfungsten, Saur et Jansen, 1997 ; Tan, Cheatle, Mackin, Moberg et Esterhai, 1997), la présence de détresse psychologique (Sewitch et collab., 2000)

ou la présence d'une douleur irradiante (Goertz, 1990 ; Lancourt et Kettelhut, 1992 ; van der Weide, Verbeek, Salle et van Dijk, 1999). D'autres facteurs issus de l'environnement médical tels qu'un délai important entre l'accident et la prise en charge par le système de santé (Hunter, Shaha, Flint et Tracy, 1998 ; Sewitch et collab., 2000), l'étiquetage médical (Abenheim et collab., 1995) ou l'historique du traitement (Turner, Franklin et Turk, 2000) influenceraient le retour au travail. De façon plus isolée, quelques études se sont intéressées aux déterminants du milieu de travail pour expliquer les leviers ou les obstacles au retour au travail. La flexibilité des horaires de travail (Baril et Berthelette, 2000 ; Krause, Frank, Dasinger, Sullivan et Sinclair, 2001) et la taille de l'entreprise (Baril et Berthelette, 2000 ; Oleinick, Gluck et Guire, 1996) sont ressorties comme des facteurs prédictifs importants de celui-ci. Le survol de ces recherches démontre bien que la complexité de l'incapacité au travail est multidimensionnelle et qu'il y a interaction de l'individu avec différents systèmes (Durand, Loisel et Durand, 2001 ; Frank et collab., 1998).

- 2 Pour réduire l'ampleur de ce problème de santé, plusieurs programmes de réadaptation multidisciplinaires ont été implantés et ont été étudiés dans diverses revues systématiques (Guzman et collab., 2002 ; Karjalainen et collab., 2001 ; Schonstein, Kenny, Keating et Koes, 2003). Les résultats d'une revue systématique suggèrent que les travailleurs aux prises avec des LMS en phase chronique qui suivent un programme biopsychosocial multidisciplinaire avec restauration fonctionnelle deviennent généralement plus rapidement fonctionnels que ceux suivant un programme unidisciplinaire (Guzman et collab., 2002). De plus, Karjalainen et collab. (2001) ont également observé que les programmes multidisciplinaires incluant des visites en milieu de travail accélèrent le retour au travail et atténuent les séquelles au niveau physique avec une population en phase subaiguë de maladie. Ces revues traduisent bien l'intérêt marqué des chercheurs à l'égard des résultats ultimes des programmes de réadaptation multidisciplinaires. Cependant, peu d'attention a été consacrée aux processus sous-jacents à ce type d'intervention. Une meilleure compréhension du processus de retour au travail serait favorisée par une description plus fine des causes de succès et d'échec du retour au travail. Ceci contribuerait à améliorer la qualité des services en permettant de définir les éléments clés pour développer un nouveau programme.

2. Objectif

- 3 L'objectif de cette étude visait à dégager, en s'inspirant de la perspective d'une équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail, différents types d'évolutions de travailleurs présentant des LMS. Aussi, cette étude visait à comprendre de manière prospective l'impact de différents facteurs sur le cheminement de travailleurs prenant part à un programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. Cette étude consistait en une analyse secondaire de données récoltées dans une étude portant sur le processus de décision par une équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail qui a permis de déterminer les valeurs sous-jacentes à la prise de décision (Loisel et collab., 2005).

3. Méthode

- 4 Le devis de recherche utilisé était une étude de cas multiples [Yin, 2003 #53] dont la principale unité d'analyse est l'évolution du travailleur, du début à la fin de sa participation, selon la perspective de l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail. Cette analyse s'inscrit dans une perspective constructiviste dans la mesure où elle découle principalement de la perception de l'équipe interdisciplinaire en regard de l'évolution clinique et de ses éléments explicatifs.

3.1 Contexte

- 5 L'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail se compose des professionnels suivants : médecin, ergothérapeute, ergonomiste, psychologue, kinésologue et coordonnateur clinique. Ces professions ont été choisies pour permettre de réaliser une intervention qui nécessite le développement des capacités physiques du travailleur (kinésologue), son ajustement aux diverses dimensions des tâches de travail (ergothérapeute), la modification du poste de travail (ergonomiste), la prise en considération de la dimension psychologique du travailleur blessé (psychologue) et la considération de la lésion et de l'état de santé général (médecin). Pour chaque travailleur, un membre de l'équipe agit à titre de gestionnaire. Le gestionnaire joue un rôle pivot pour faciliter la communication entre le travailleur, l'équipe interdisciplinaire et les partenaires. Les caractéristiques des membres de l'équipe qui ont participé à cette étude sont présentées au tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques des cliniciens

Sexe	Profession	Années d'expérience*
M	Psychologie	3
M	Kinésiologie	2
F	Ergonomie	3
F	Médecine	2
F	Ergothérapie	1
F	Ergothérapie	1
F	Ergothérapie	2
F	Kinésiologie	1

*1 = entre 1 et 8 ans ; 2 = entre 9 et 15 ans ; 3 = plus de 15 ans

- 6 Cette équipe applique le programme de retour thérapeutique au travail, un programme basé sur les données probantes qui vise un retour au travail rapide, durable et sécuritaire

du travailleur blessé en misant sur sa réadaptation qui est déplacée ou transposée en grande partie de la clinique vers le milieu de travail (Durand et collab., 2001 ; Loisel et collab., 1997). Ce programme a été adapté du modèle de Sherbrooke qui a été démontré efficace (Loisel et collab., 1997). Le plan de traitement est personnalisé et adapté aux besoins du travailleur. L'équipe interdisciplinaire se réunit chaque semaine pour discuter de chaque cas suivi et doit prendre des décisions sur la meilleure façon, selon elle, d'aider le travailleur à progresser vers le retour au travail. Chaque clinicien résume l'évolution du travailleur au cours de la semaine en matière de capacité physique et psychologique, de tâches accomplies au travail et d'obstacles personnels et environnementaux. Le niveau d'implantation des solutions ergonomiques et la relation avec l'employeur et l'assureur sont également discutés. Le gestionnaire doit ensuite résumer le tout et proposer des objectifs pour la semaine à venir. Il communique la progression de la prise en charge au travailleur, au médecin traitant, à l'assureur et à l'employeur de même qu'aux partenaires sociaux. Différents modes de communication sont utilisés : téléphones, visites en milieu de travail, lettres, télécopies ou courriels.

3.2 Collecte de données

- 7 La collecte de données a consisté en l'enregistrement des réunions hebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire pendant la discussion des cas qui concernaient l'étude. Au total, 18 travailleurs absents du travail en raison d'une LMS ont été sélectionnés par convenance. Ces travailleurs n'étaient pas présents aux réunions interdisciplinaires. Pour ces travailleurs, un total de 255 réunions hebdomadaires de l'équipe sur l'évolution d'un travailleur dans le processus de retour au travail ont été enregistrées puis retranscrites. La collecte s'est étendue de janvier 2000 à juillet 2001. Le tableau 2 présente certaines caractéristiques des participants recrutés.

Tableau 2. Caractéristiques des travailleurs participant à la recherche

Travailleur	Sexe	Âge (ans)	Diagnostics	Type de travail	Durée d'absence du travail (mois)	Durée de l'intervention (mois)
CC	F	entre 50 et 59	entorse lombaire	mixte	9	5
DD	M	entre 30 et 39	entorse lombaire	manuel	2	2
EE	M	entre 50 et 59	entorse dorsolombaire	manuel	4	4
FF	M	entre 30 et 39	sciatalgie	manuel	3	4
HH	M	entre 30 et 39	Entorse lombaire	manuel	5	2
II	M	entre 40 et 49	instabilité lombaire	non manuel	11	7
JJ	M	entre 50 et 59	hernie	mixte	7	2

KK	M	entre 40 et 49	rupture ligamentaire à la main	manuel	11	4
LL	F	entre 50 et 59	entorse cervicale	mixte	13	9
MM	M	entre 30 et 39	cervico-brachialgie	manuel	18	3
NN	M	entre 20 et 29	contusion dorso-lombaire	manuel	8	3
PP	M	entre 30 et 39	hernie discale	manuel	6	3
QQ	M	entre 20 et 29	lacération au poignet	manuel	7	3
RR	F	entre 50 et 59	entorse lombaire	mixte	18	2
SS	F	entre 30 et 39	entorse lombaire	mixte	15	2
TT	M	entre 30 et 39	entorse lombaire	manuel	3	2
WW	F	entre 40 et 49	entorse lombaire	mixte	10	5
XX	F	entre 30 et 39	tendinite	manuel	24	3

3.3 Analyse des données

- 8 L'analyse a suivi une approche phénoménologique (Marton, 1986 ; Marton et Booth, 1997) ainsi que le modèle d'analyse des idéaltypes proposé par Gerhardt et Kirchgässler (1987). L'objectif de cette analyse a été de comprendre l'évolution de travailleurs présentant des LMS depuis le début jusqu'à la fin de leur programme de réadaptation interdisciplinaire. Ainsi, l'évolution de chacun des travailleurs a été analysée à la lumière de résumés détaillés de chaque réunion hebdomadaire les concernant. Dans un premier temps, des trajectoires dont l'issue était l'atteinte de l'objectif de retour au travail pré-lésionnel ont été dégagées des résumés. Par la suite, pour chaque trajectoire, les données ont été analysées en fonction de deux dimensions : 1) les facteurs individuels liés à la situation du travailleur et 2) les facteurs interactionnels, plus spécifiquement l'impact des attitudes et des comportements des divers partenaires sur l'évolution du travailleur. La mise en lumière des éléments majoritairement associés à chacune des trajectoires a permis la construction d'un ou plusieurs idéaltypes. Un idéaltype est défini comme une histoire de cas structurant les caractéristiques dominantes des travailleurs suivant un type d'évolution clinique donné (Gerhardt et Kirchgässler, 1987). Enfin, une analyse visant à nuancer et à comparer les facteurs typiquement associés à chacune des trajectoires a été réalisée.

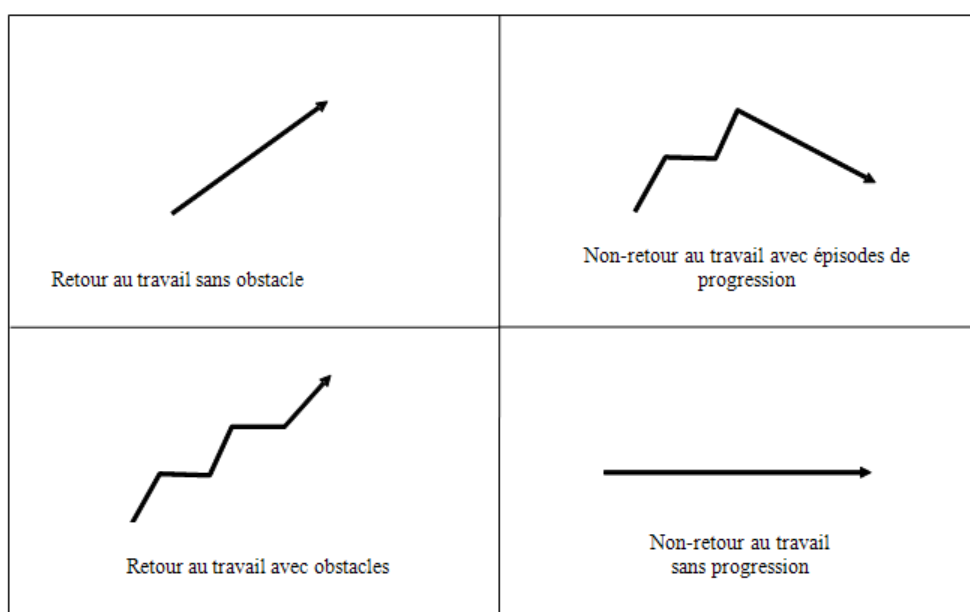
3.4 Considérations éthiques

- 9 Tous les participants ont signé un formulaire de consentement pour donner leur accord à l'effet que les discussions de l'équipe interdisciplinaire les concernant soient enregistrées et analysées. Tous ont été assurés de l'appariement de leur identité à un code afin de préserver leur anonymat au cours des enregistrements. Les membres de l'équipe interdisciplinaire ont également donné leur consentement écrit afin d'autoriser l'enregistrement vidéo de leurs discussions hebdomadaires. L'identité de chacun de ceux-ci a été codée. Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne.

4. Résultats

- 10 À partir des données analysées, quatre types de trajectoires ont émergé (figure 1) : 1) les trajectoires de retour au travail sans obstacle ; 2) les trajectoires de retour au travail avec obstacles ; 3) les trajectoires de non-retour au travail avec épisodes de progression et 4) les trajectoires de non-retour au travail sans épisode de progression. Pour chacune de celles-ci, seront présentés un ou plusieurs idéaltypes illustrant, à la lumière de la perspective de l'équipe, son déroulement typique ainsi qu'une analyse de ses caractéristiques dominantes.

Figure 1. Trajectoires



4.1 Trajectoires de retour au travail sans obstacle (n =3) (sujets JJ, PP, TT)

4.1.1 Idéaltipe

- 11 L'analyse des trajectoires de retour au travail sans obstacle a permis de dégager deux idéaltypes se distinguant principalement en ce qui a trait à l'âge des travailleurs, à leurs antécédents d'accidents et à leurs capacités physiques.

a. Idéaltipe 1

- 12 Il s'agit d'un travailleur manuel dans la trentaine avec des problèmes de dos. Il a des antécédents du même problème qui ont déjà entraîné des absences du travail. Il a déjà reçu pour ce problème des traitements de physiothérapie et une médication anti-inflammatoire. Une douleur incapacitante persistante existe depuis longtemps, celle-ci a provoqué une certaine sédentarité et un déconditionnement physique. Il exerce un travail exigeant physiquement comportant la manutention de poids et l'adoption de postures contraignantes. Il a une ancienneté de plus de cinq ans dans son entreprise. D'après le diagnostic de l'équipe, il aime son travail, le trouve valorisant et souhaite retourner à son emploi régulier. Le travailleur adhère au programme de retour au travail proposé par l'équipe. Le médecin du travailleur est perçu lui aussi comme étant favorable au programme et donne son accord rapidement aux actions posées. Une communication soutenue entre l'équipe et le médecin traitant est rapportée. Les premières semaines sont consacrées au reconditionnement physique du travailleur et les progrès se font rapidement. Malgré une certaine résistance de l'employeur au début, l'équipe a perçu une ouverture dans le milieu de travail et une certaine flexibilité qui a permis des opportunités de travail. Nonobstant quelques hésitations de la part du travailleur à cause des conditions offertes, le retour progressif à l'emploi est réussi dans la mesure où celui-ci retrouve son horaire de travail régulier. L'équipe rapporte qu'elle communique avec l'employeur sur une base régulière. L'assureur aurait bien collaboré aux yeux de l'équipe en soutenant les actions proposées auprès de l'employeur et du travailleur.

b. Idéaltipe 2

- 13 Il s'agit d'un travailleur manuel dans la cinquantaine avec un problème de dos sans aucun antécédent. Il a déjà reçu pour ce problème des traitements de physiothérapie et une médication anti-inflammatoire. Avant cette lésion relativement récente, il a toujours maintenu un mode de vie très actif qui lui procure une bonne condition physique et une absence de détresse psychologique. Il exerce un travail exigeant physiquement comportant la manutention de poids et l'adoption de postures contraignantes. Il a une assez grande ancienneté dans son entreprise. Aux dires de l'équipe, il aime son travail et souhaite retourner à son travail régulier qui lui procure une sécurité financière appréciée. Au moment de l'évaluation initiale, l'équipe ne perçoit pas que le travailleur adhère au programme ; tout comme son médecin, il croit pouvoir retourner au travail sans l'intervention de l'équipe. Cependant, au moment de son entrée en clinique, l'adhésion du travailleur au programme paraît excellente aux yeux de l'équipe malgré le fait que son médecin ait décidé de se retirer du dossier puisqu'il ne partageait pas les mêmes objectifs. Après quelques séances d'entraînement physique, le travailleur retrouve

une excellente capacité physique. Le milieu de travail est perçu dans ce cas comme étant très ouvert à la démarche de retour au travail progressif qui s'effectue d'ailleurs promptement.

4.1.2 Analyse des caractéristiques associées aux trajectoires évolutives sans obstacle

- 14 Ces deux cas types mettent en évidence la bonne adhésion des travailleurs au plan d'intervention proposé au sein des trajectoires de retour au travail sans obstacle. Les travailleurs font aussi tous preuve de progrès cliniques rapides. Malgré la présence de certaines difficultés psychologiques, celles-ci ne sont pas suffisamment importantes pour représenter une entrave à la démarche de réadaptation. Aussi, tous les travailleurs disent aimer leur travail et désirer retourner à leur milieu pré-lésionnel. Malgré la présence dans le premier idéaltype de tensions entre l'employeur et le travailleur, le milieu de travail offre dans les deux cas la flexibilité et l'ouverture nécessaires à la réalisation du retour au travail progressif.
- 15 Ces idéaltypes présentent toutefois certaines divergences. Par exemple, les travailleurs semblent différer quant à leur âge, la présence d'antécédents d'accidents de travail et leurs capacités physiques de départ. Toutefois, cela ne semble pas avoir nui d'une façon majeure au déroulement de l'intervention.

4.2 Trajectoires de retour au travail avec obstacles (n =8) (sujets DD, FF, HH, II, KK, LL, MM, NN)

4.2.1 Idéaltype

- 16 Il s'agit d'un individu qui exerce un travail essentiellement manuel et qui a des problèmes dans la région du dos, du cou ou des épaules. Le travail qu'il exerce comporte des contraintes importantes tant physiques que psychologiques. Il ne se reconnaît pas les capacités pour accomplir son travail et aurait des craintes de rechute ou d'aggravation s'il retourne dans le même environnement de travail et reprend ses tâches. L'équipe croit néanmoins qu'il envisage favorablement un retour au travail régulier, même si une réorientation professionnelle est parfois verbalisée par le travailleur. Son absence du travail à cause de sa lésion est relativement longue, soit près d'une année. Aux dires de l'équipe, la collaboration du médecin traitant demeure plutôt ambiguë durant la démarche et cela engendre des problèmes de participation du travailleur à la démarche. La clarification du mandat par l'équipe auprès de l'ensemble des intervenants a finalement rétabli la motivation et la collaboration du travailleur pour participer à la démarche. Des problèmes personnels d'ordre social ou psychologique sont souvent présents lors de l'arrivée à la clinique. L'équipe déploie alors une intervention psychologique relativement approfondie afin de réduire l'impact de ces problèmes sur le processus de réadaptation. Le travailleur aurait un mode de vie très sédentaire et souffrirait d'un déconditionnement physique important souvent conjugué à des problèmes physiques autres que ceux engendrés par l'accident. Un effort important est par conséquent investi par l'équipe dans le réentraînement physique. Le travailleur fait des progrès en clinique, mais l'amélioration de sa condition physique dépend, le plus souvent, de l'état de sa condition psychologique et de son processus de somatisation.

- 17 Dès l'exposition au travail, la douleur, le stress et l'anxiété chez le travailleur se manifestent. Le milieu de travail est généralement perçu par l'équipe comme étant plutôt réfractaire à la réinsertion du travailleur. Des interventions ont donc été menées afin de changer les attitudes et les perceptions des employeurs quant aux travailleurs présentant des lésions ou de convaincre les responsables de faire preuve de plus de flexibilité dans leur organisation du travail pour intégrer le travailleur blessé. À la suite de ces interventions, l'employeur et les collègues de travail semblent apprécier davantage la valeur et la compétence du travailleur. Des changements circonstanciels d'ordre structurel ont par ailleurs permis de réduire les contraintes dans l'environnement de travail et ont ainsi rendu possible le retour à l'emploi à temps complet du travailleur. Quant à la collaboration entre l'assureur et l'équipe, elle aurait surtout été marquée par des délais d'autorisation concernant l'application de mesures ergonomiques.

4.2.2 Analyse des caractéristiques des trajectoires de retour au travail avec obstacles

- 18 En comparant ces trajectoires avec les précédentes, il est possible d'apprécier quelques différences entre elles. D'abord, la durée d'absence du travail paraît plus importante dans le cas des trajectoires de retour au travail avec obstacles. Les craintes de rechutes et les perceptions d'incapacité à retourner au travail, qui n'avaient pas fait l'objet de discussions au sein de l'équipe pour les trajectoires précédentes, sont perçues ici par cette dernière comme des obstacles non négligeables. La présence d'une détresse psychologique (dépression, trouble anxieux, etc.) paraît aussi plus importante et nécessite une intervention plus soutenue de la part du psychologue de l'équipe. L'adhésion au programme de la part des travailleurs ayant cette trajectoire est apparue aux yeux de l'équipe un peu plus difficile à gagner que celle des travailleurs ayant les trajectoires précédentes pour diverses raisons. En le rassurant, l'équipe a cependant permis d'obtenir un degré de participation du travailleur suffisamment satisfaisant pour réaliser avec succès la phase d'entraînement en clinique.
- 19 Quant au milieu de travail, celui-ci semblait moins ouvert à la réinsertion du travailleur et faisait preuve de moins de flexibilité. Un environnement de travail axé sur la performance, un manque de sécurité, le manque de reconnaissance de la lésion du travailleur, une image négative du travailleur de la part de l'employeur et des collègues sont autant d'éléments faisant obstacle aux yeux de l'équipe à la démarche de réadaptation. Le désir du travailleur de retourner au travail est d'ailleurs moins prononcé chez ces travailleurs. Afin de rendre possible l'implantation du retour thérapeutique au travail, l'équipe a dû, dans le cas de ces trajectoires, déployer des moyens pour modifier les attitudes de l'employeur et des collègues du travailleur. Elle a aussi aidé le travailleur à mieux gérer sa douleur au travail.

4.3 Trajectoires de non-retour au travail avec épisodes de progression (n =5) (sujets CC, EE, QQ, WW, XX)

4.3.1 Idéaltype

- 20 Il s'agit d'une femme présentant un problème au dos ou aux membres supérieurs absente du travail depuis environ huit mois. Avant son arrivée au programme, elle aurait reçu plusieurs types de traitements. Elle n'aurait toutefois pas d'antécédents de lésions

professionnelles. Elle est considérée par l'équipe comme étant physiquement déconditionnée au moment de son admission au programme. Elle manifeste toutefois rapidement un intérêt à l'égard du programme et participe très bien à l'entraînement physique que lui a prescrit l'équipe. Des progrès cliniques sont d'ailleurs observés quelques semaines après le début de l'intervention.

- 21 À l'approche de l'amorce du retour au travail progressif, l'équipe tente de cerner le désir de la travailleuse à réintégrer ses tâches pré-lésionnelles, mais celui-ci demeure ambigu. Les opportunités de travail sont demeurées incertaines pendant plusieurs semaines. Sa relation avec son patron serait jugée plutôt tendue et ce dernier tarderait à retourner les appels de l'équipe, selon la perception de celle-ci. Dès les premiers jours d'exposition au travail, une recrudescence de la douleur s'en est suivie, douleur que la travailleuse avait peine à gérer, malgré les conseils de l'équipe et ses efforts pour la rassurer. L'origine de cette difficulté à gérer la douleur au travail serait surtout attribuable, selon l'équipe, à des contraintes liées au milieu de travail, à des contraintes familiales ou à des attentes trop élevées de la part du travailleur vis-à-vis de sa guérison. Malgré les progrès observés en clinique, ceux-ci paraissent insuffisants aux yeux de l'équipe et de la travailleuse pour rencontrer les exigences du travail. En raison de ces éléments, la phase de retour au travail thérapeutique n'aura jamais été complétée.
- 22 Tout au long de la démarche de réadaptation, la collaboration de l'équipe avec le médecin n'a pas été perçue comme étant positive étant donné que celui-ci transmettait à la travailleuse des messages de gravité. Quant à l'assureur, celui-ci aurait, selon l'équipe, paralysé la démarche en tardant à donner ses autorisations.

4.3.2 Analyse des caractéristiques des trajectoires de non-retour au travail avec épisodes de progression

- 23 Au cours des premières semaines en clinique, tous les travailleurs ont été jugés comme ayant une très bonne adhésion au programme. Celle-ci aura sûrement contribué à une certaine augmentation des capacités physiques chez la grande majorité des travailleurs, bien que ce soit d'une façon moins évidente que dans les trajectoires vues précédemment. Le milieu de travail est souvent jugé comme étant non collaborant pour différentes raisons (e.g. environnement non sécuritaire, ne retourne pas les appels de l'équipe, méfiance envers le travailleur) et met du temps à clarifier les opportunités d'emploi. Une fois l'étape de retour au travail progressif amorcée, l'ensemble des travailleurs ont manifesté des craintes importantes face au retour au travail. Vu sous cet angle, ces trajectoires ne semblent pas très différentes des autres analysées précédemment.
- 24 Cependant, il est possible de souligner certaines de leurs particularités. Ces travailleurs manifestent habituellement un désir plus ambigu de retourner au travail. Un des obstacles importants est l'incapacité des travailleurs à gérer leur douleur au travail, et ce, malgré les efforts investis par l'équipe. Il est possible d'observer que la collaboration de chacun des partenaires impliqués dans la démarche (employeur, médecin, assureur) a été majoritairement jugée de façon négative par l'équipe. En plus d'un manque de collaboration de la part de l'employeur, la collaboration du médecin traitant a été jugée négative dans la majorité des cas en envoyant au travailleur des messages différents. La collaboration avec l'assureur a également été jugée négative par l'équipe dans la plupart des cas. Il convient toutefois de mentionner que, pour un même cas, il n'est jamais arrivé que plus de deux partenaires soient perçus par l'équipe comme étant problématiques.

4.4 Trajectoires de non-retour au travail sans progression (n =2) (sujets RR, SS)

4.4.1 Idéotype

- 25 Il s'agit d'une femme souffrant d'une entorse lombaire, absente du travail depuis plus d'une année au cours de laquelle elle aurait reçu plusieurs types de traitements avant d'être admise au programme. Elle aurait également à son actif des antécédents musculo-squelettiques professionnels. Les capacités physiques de la travailleuse sont évaluées comme étant très faibles par l'équipe au moment de son entrée en clinique. Les membres remarquent rapidement le manque de collaboration de la travailleuse qui ne semble pas motivée à participer au programme de réadaptation. Cette dernière rapporte aussi la difficulté de la travailleuse à gérer la douleur que lui occasionnent les exercices. L'évolution des capacités de la travailleuse au cours de la phase de conditionnement physique est jugée très faible. L'équipe décide alors de confronter la travailleuse afin de lui faire comprendre l'importance d'adhérer au programme et, s'il y a lieu, suspendre l'intervention jusqu'à ce que sa motivation à y participer soit plus grande. À la suite de cette rencontre, il est conclu que la travailleuse ne poursuivra pas sa démarche de réadaptation avec l'équipe. L'exposition au travail n'a pas été amorcée. L'employeur collaborait peu au processus et le médecin était perçu comme étant surprotecteur avec la travailleuse et peu intéressé à comprendre le programme.

4.4.2 Analyse des caractéristiques des trajectoires de non-retour au travail sans progression

- 26 Le cas présenté ci-dessus met d'abord en relief l'absence très prolongée des travailleurs de leur milieu de travail, ce qui vient contraster avec les cas précédents. De plus, l'adhésion des travailleurs au programme d'entraînement clinique paraît plus problématique que celle des autres trajectoires. La présence de gains liés à la situation d'incapacité (i.e. attente d'une reconnaissance légale de sa lésion, soutien accru des proches), une mauvaise gestion de la douleur pendant les entraînements et la peur d'aggraver sa condition avec l'activité physique sont les principales raisons invoquées par l'équipe pour justifier ce manque de collaboration. Le manque de motivation des travailleurs ainsi que leur pauvre état physique semblent avoir grandement contribué au fait qu'aucune tentative de retour au travail thérapeutique n'ait pu être réalisée. Il faut également noter que les opportunités de travail et la collaboration de l'employeur ont été perçues comme plutôt négatives par l'équipe comparativement aux autres trajectoires. La collaboration du médecin traitant et de l'assureur ont quant à elles été jugées comme étant plutôt défavorables.

5. Discussion

- 27 Cette étude a permis de mieux comprendre le processus d'évolution des travailleurs présentant des LMS au cours de leur programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. À partir du suivi de travailleurs en processus de réadaptation, quatre trajectoires types ont été définies. Ces trajectoires ont émergé des discours d'une équipe interdisciplinaire qui nommait, dans la démarche des travailleurs, leurs analyses des

facteurs facilitant et les difficultés rencontrées tant chez le travailleur que dans son environnement. De façon générale, trois éléments charnières se dégagent de l'analyse des données pour établir un parallèle entre les quatre trajectoires.

- 28 Le premier élément est la présence et l'importance de l'adhérence du travailleur et sa croyance face au retour au travail. Selon les discours de l'équipe, l'adhérence est conçue comme l'adoption des recommandations faites et le respect des activités du programme (Haynes, Taylor et Sackett, 1979). Parallèlement à ce concept est également discutée la capacité du travailleur de se projeter favorablement dans son travail, donc de se reconnaître la capacité de reprendre son travail dans un certain délai. Selon Dionne et collab. (2005), le sentiment d'efficacité personnelle a été largement étudié en regard de différentes situations de santé, mais il a rarement été investigué dans les contextes des maux de dos. Seuls quelques chercheurs ont déterminé que cette variable était un meilleur prédicteur de performance future que la douleur et la détresse psychologique chez les sujets présentant de la douleur chronique (Dionne et collab., 2005 ; Hunt et collab., 2002). Ainsi, lorsqu'une personne blessée partage l'objectif de retour au travail, applique les recommandations de l'équipe d'intervenants et se projette dans un éventuel retour au travail, ceci apparaît comme des conditions favorables de départ même si des obstacles se présentent dans le processus de réadaptation. Ces aspects sont retrouvés dans les quatre trajectoires, à savoir la présence d'adhésion et de projection dans les trajectoires de retour au travail et, à l'opposé, leur manque ou absence dans celles de non-retour au travail. Ces deux concepts, l'adhérence et la projection d'un éventuel retour au travail, sont intimement liés et peuvent être associés aux représentations cognitives et émotives de la maladie et aux stratégies d'adaptation pour y faire face incluses dans le modèle de Leventhal et collab. (2001). Ce modèle a été défini lors d'une analyse critique comme celui qui semble le plus approprié pour expliquer l'adoption d'habitudes comportementales saines par Coutu et collab. (2000). Ce modèle permet d'expliquer que les comportements adoptés par une personne reposent principalement sur sa conception, sa représentation du problème et des solutions. Ces représentations sont érigées à partir d'une construction d'informations et d'expériences diverses influencées par le contexte socioculturel et personnel de l'individu (Leventhal et collab., 2001). Ainsi, si pour le travailleur blessé sa croyance face aux solutions correspond à ce qui lui est proposé par les intervenants, l'adhérence aux recommandations sera plus grande. Toutefois, un écart entre la perception des patients et celle du professionnel peut être associé à un mauvais pronostic (Daykin et Richardson, 2004). Ces résultats suggèrent l'importance pour le clinicien d'explorer à fond les représentations que les travailleurs se font de leur maladie afin de pouvoir s'ajuster et de construire à partir de celles-ci un plan d'action cohérent avec la personne.
- 29 Dans la présente étude, l'intervention proposée était une réactivation intensive combinée à une exposition progressive au travail réel. Tous les travailleurs de l'étude étaient en phase d'incapacité prolongée. Ainsi, la représentation que les travailleurs se faisaient de leur maladie et des solutions a pu être modulée par l'ensemble des multiples interventions reçues avant l'entrée au programme véhiculant parfois des messages inverses à la réactivation et des attentes de guérison chez le travailleur face à sa douleur. Les résultats de cette étude soutiennent que la précocité de l'intervention, tel qu'il a été observé dans la trajectoire de retour au travail sans obstacle, est un élément favorable à l'adhésion à un programme centré sur la réactivation. Ceci peut être en partie interprété par la plus grande facilité pour l'individu de se réactiver, le nombre moins important de

consultations et de traitements reçus et le maintien du rôle de travailleur dans sa vie. L'enjeu de la précocité a été documenté dans plusieurs études qui montrent clairement que le retour au travail et aux activités courantes est inversement proportionnel au temps d'exclusion au travail (Frank et collab., 1998 ; Spitzer, 1987). Cependant, les liens entre la précocité de l'intervention, la représentation de la maladie et l'adhérence face à la réactivation sont de nouvelles pistes à étudier.

- 30 Un second concept charnière des trajectoires est le type de transaction que l'individu va expérimenter lors de l'annonce ou de l'exposition au travail. En effet, l'analyse des données révèle qu'un moment pivot du processus est l'exposition au travail qui permet à l'individu de développer en contexte réel ses habiletés de gestion de la douleur et des activités ou, à l'opposé, va confirmer son incapacité. Dans les deux trajectoires de non-retour au travail, l'amorce de ce moment pivot était significatif ; il a provoqué une exacerbation de la douleur, le développement des symptômes dans une autre zone. Cette transaction de l'individu est en partie prédéterminée par la présence de craintes de rechutes et d'aggravation, de la perception d'incapacité ressentie par le travailleur avant l'exposition au travail. Encore une fois, ses craintes et projections font partie de la représentation de la maladie. Plusieurs études ont décrit les peurs et craintes comme des facteurs pronostiques de l'incapacité prolongée et le devenir occupationnel tant en phase aiguë que chronique (Crombez, Vlaeyen, Heuts et Lysens, 1999 ; Dionne et collab., 2005 ; Picavet, Vlaeyen et Schouten, 2002). De plus, ce résultat est parfaitement en concordance avec le modèle de Vlaeyen sur les peurs et croyances (Fear of movement/(Re)injury model (Vlaeyen, Kole-Snijders, Rotteveel, Ruesink et Heuts, 1995). En effet, ce modèle suggère que le concept des peurs liées à la douleur joue un rôle prédominant dans le développement des problèmes de douleur persistante de l'appareil musculo-squelettique et de l'incapacité associée. En bref, ce modèle suggère qu'un individu face à une expérience de douleur peut adopter un des deux comportements : la confrontation ou l'évitement. Plus précisément, la personne qui adopte le comportement d'évitement va faire une évaluation erronée des situations et va donner une connotation négative de façon exagérée à certains mouvements et activités. Elle interprétera ces mouvements et activités physiques comme pouvant aggraver son état ou que la douleur est le signe d'une atteinte grave de son intégrité physique. Par conséquent, il évitera de faire ces mouvements et activités. Or, il est maintenant clair que l'évitement de certains mouvements en phase aiguë est sain pour l'individu présentant une atteinte musculo-squelettique, mais devient néfaste plus le temps passe et risque de devenir un cercle vicieux (Pincus et collab., 2002 ; Vlaeyen et collab., 1995 ; Vlaeyen et Linton, 2000). Dans l'intervention proposée dans cette étude, l'exposition au travail consiste justement à introduire de nouveau et de façon supervisée un ensemble de comportements au travail qui ont été exclus des activités des personnes (Durand, Loisel et Durand, 1998). Il apparaît que ce moment charnière dans le processus de réadaptation devrait être abordé par les intervenants par une analyse des exigences de travail afin de s'assurer de la concordance entre l'individu et son travail (Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003), mais surtout en s'inspirant pour la préparation et l'accompagnement de modèles comportementaux du traitement de l'anxiété ou des phobies (Ladouceur, Marchand et Boisvert, 1999).
- 31 Un dernier concept charnière est que la présence d'une collaboration des différents partenaires est un facteur facilitant pour le processus de réadaptation. Dans le milieu de travail, la flexibilité de l'employeur, la reconnaissance de la valeur de l'employé à la production de l'entreprise et l'accueil des collègues font partie des éléments positifs du

milieu de travail qui permettront l'élaboration et la mise en œuvre d'un retour progressif. S'ils sont absents totalement ou partiellement, la progression de l'individu vers le retour au travail sera plus laborieuse et ajoutera des pressions externes à l'individu. Ces éléments concordent avec ceux établis dans diverses études (Franche et collab., 2004 ; Turner et collab. 2000). Ceci renforce l'aspect multidimensionnel de la prise en charge des troubles musculo-squelettiques qui ne peut plus être uniquement un champ médical mais doit aussi s'associer avec les milieux de travail. Outre ce lien nécessaire avec le milieu réel, à l'intérieur même du domaine médical la collaboration et la cohérence devraient exister. Dans cette étude, le manque de message unique entre les différents intervenants cliniques du programme de réadaptation et le médecin traitant des travailleurs influence profondément le processus. En fait, ces messages inverses pourraient favoriser une représentation de la maladie exprimant de la gravité du problème pour le travailleur. Ce phénomène est tout à fait légitime puisque, pour sa santé, le travailleur doit s'en remettre entièrement à des personnes externes qui peuvent ne pas véhiculer les mêmes informations et pronostics. Ces résultats sont similaires aux précédents (Loisel et collab., 2005) et proposent que l'absence d'un message unique de la part des professionnels de la santé peut créer de la confusion chez les travailleurs et est un obstacle à la reprise des activités. Ceci suggère l'importance de la formation interdisciplinaire des intervenants de santé sur les LMS afin de minimiser cet écart.

- 32 Cette étude fait partie d'une étude portant sur les dimensions de la prise de décision (Loisel et collab., 2005). Les résultats reposent sur l'observation et la perception d'une seule équipe interdisciplinaire, choisie en fonction de son expertise dans le domaine de la réadaptation au travail. L'utilisation d'une étude de cas est souvent recommandée pour explorer de nouveaux phénomènes, mais ce devis n'est pas très robuste (Flyvbjerg, 2006 ; Yin, 2003). D'autres études utilisant une étude de cas multiples avec réplication théorique devraient être menées afin d'être en mesure d'apprécier la transférabilité des données à d'autres équipes de réadaptation.

6. Conclusion

- 33 Cette étude met en lumière les processus non linéaires de réadaptation au travail d'une personne présentant des incapacités prolongées d'origine musculo-squelettique, et ce, décrits par une équipe interdisciplinaire. Les résultats soulignent la complexité des phénomènes chez l'individu mais également dans les interactions de celui-ci avec les partenaires médicaux et sociaux. Les résultats soulignent également le besoin de reconsidérer les théories utilisées lors du développement de programmes de réadaptation pour améliorer l'efficacité des interventions. De plus, ils indiquent que l'incapacité au travail et la réadaptation au travail sont des processus complexes qui ne peuvent pas être entièrement prévisibles au début du processus. Même si d'autres études sont requises pour valider et peaufiner les trajectoires décrites dans cette étude, les résultats de cette étude peuvent être utilisés par les cliniciens pour mieux comprendre la complexité du processus, pour mieux planifier l'intervention (en particulier durant les moments charnières) et prédire quelques résultats du programme.

Nous remercions tous les membres de l'équipe interdisciplinaire pour leur généreuse participation à cette étude. Cette étude a été subventionnée par le Health Evidence Application and Linkage Network (HEALNET) et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

BIBLIOGRAPHIE

- Abenheim, L., Rossignol, M., Gobeille, D., Bonvalot, Y., Fines, P., Scott, S. (1995). The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries. *Spine*, 20(7), 791-795.
- Baril, R. et Berthelette, D. (2000). *Components and organizational determinants of workplace interventions designed to facilitate early return to work* (N° R-263). Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Baril, R., Martin, J.-C., Massicotte, P., Lapointe, C. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail.
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P., Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80(1-2), 329-339.
- Crook, J., Moldofsky, H., Shannon, H. (1998). Determinants of disability after a work related musculetal injury. *Journal of Rheumatology*, 25(8), 1570-1577.
- Daykin, A. R. et Richardson, B. (2004). Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*, 29(7), 783-795.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Larocque, I. (2005). A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1559-1567.
- Dixon, A. N. et Gatchel, R. J. (1999). Gender and parental status as predictors of chronic low back pain disability: a prospective study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 9(3), 195-200.
- 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. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 65(2), 72-80.
- Durand, M. J., Loisel, P., Durand, P. (2001). Therapeutic Return to Work: rehabilitation in the workplace. *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, 17, 57-63.
- Durand, M. J., Vachon, B., Loisel, P., Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work: a journal of prevention, assessment and rehabilitation*, 21(3), 233-242.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Franche, R.-L., et Cullen, K., Clarke, J., MacEachen, E., Frank, J., Sinclair, S. et collab. (2004). *Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature*. Toronto: Report for the Workplace Safety & Insurance Board of Ontario.
- Frank, J., Sinclair, S., Hoggjohnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D. et collab. (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.

- Gerhardt, U. et Kirchgässler, K. (1987). Analyse idéaltypique de carrières de patients. *Sciences sociales et santé*, 5(1), 41-91.
- Goertz, M. N. (1990). Prognostic indicators for acute low-back pain. *Spine*, 15(12), 1307-1310.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C. (2002). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *The Cochrane Library*, (3).
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Hildebrandt, J., Pflingsten, M., Saur, P. et Jansen, J. (1997). Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine*, 22(9), 990-1001.
- Hunt, D. G., Zuberbier, O. A., Kozlowski, A. J., Berkowitz, J., Schultz, I. Z., Milner, R. A. et collab. (2002). Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? *Spine*, 27(23), 2715-2719.
- Hunter, S. J., Shaha, S., Flint, D., Tracy, D. M. (1998). Predicting return to work - a long-term follow-up study of railroad workers after low back injuries. *Spine*, 23(21), 2319-2328.
- Infante-Rivard, C. et Lortie, M. (1996). Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occupational & Environmental Medicine*, 53(7), 488-494.
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., Van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. et collab. (2001). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults. *Spine*, 26(3), 262-269.
- Krause, N., Frank, J., Dasinger, L. K., Sullivan, T. J., Sinclair, S. J. (2001). Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40, 464-484.
- Ladouceur, R., Marchand, A., Boisvert, J. M. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*. Montréal, Québec: Gaétan Morin.
- Lancourt, J. et Kettelhut, M. (1992). Predicting return to work for lower back pain patients receiving worker's compensation. *Spine*, 17(6), 629-640.
- Lehmann, T. R., Spratt, K. F., Lehmann, K. K. (1993). Predicting long-term disability in low back injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*, 18(8), 1103-1112.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. Dans A. Baum, T. A. Revenson et J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Loisel, P., Abenhaim, L., Durand, P., Esdaile, J. M., Suissa, S., Gosselin, L. et collab. (1997). A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22(24), 2911-2918.
- Loisel, P., Durand, M. J., Baril, R., Gervais, J., Falardeau, M., Loisel, P. et collab. (2005). Interorganizational collaboration in occupational rehabilitation : perceptions of an interdisciplinary rehabilitation team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 581-590.
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vezina, N., Baril, R., Gagnon, D. et collab. (2001). Disability prevention - New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Marton, F. (1986). Phenomenography - A research approach investigating different understandings of reality *Journal of Thought*, 21(2), 28-49.

- Marton, F. et Booth, S. (1997). *Learning and awareness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nachemson, A. (1999). Back pain: Delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law & Psychiatry*, 22(5-6), 473-490.
- Oleinick, A., Gluck, J. V., Guire, K. E. (1996). Factors affecting first return to work following a compensable occupational back injury. *American Journal of Industrial Medicine*, 30(5), 540-555.
- Picavet, H. S., Vlaeyen, J. W., Schouten, J. S. (2002). Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *American Journal of Epidemiology*, 156(11), 1028-1034.
- Pincus, T., Vlaeyen, J. W., Kendall, N. A., Von Korff, M. R., Kalauokalani, D. A., Reis, S. (2002). Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine*, 27(5), E133-138.
- Schonstein, E., Kenny, D. T., Keating, J., Koes, B. W. (2003). Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD001822.
- Sewitch, M. J., Rossignol, M., Bellavance, F., Leclaire, R., Esdaile, J. M., Suissa, S. et collab. (2000). First lifetime back pain and physiatry treatment: psychological factors and recovery in compensated workers. *AAOHN Journal*, 48(5), 234-242.
- Spitzer, W. O. (1987). 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*, 12(7 Suppl), S1-59.
- Tan, V., Cheatle, M. D., Mackin, S., Moberg, P. J., Esterhai, J. L. Jr. (1997). Goal setting as a predictor of return to work in a population of chronic musculoskeletal pain patients. *International Journal of Neuroscience*, 92(3-4), 161-170.
- Turner, J. A., Franklin, G., Turk, D. C. (2000). Predictors of chronic disability in injured workers: a systematic literature synthesis. *American Journal of Industrial Medicine*, 38, 707-722.
- van der Giezen, A. M., Bouter, L. M., Nijhuis, F. J. (2000). Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 285-294.
- van der Weide, W. E., Verbeek, J., Salle, H. J. A. et van Dijk, F. J. H. (1999). Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(1), 50-56.
- van Tulder, M. W., Koes, B. W., Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240.
- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Rotteveel, A. M., Ruesink, R. Heuts, P. H. T. G. (1995). The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5(4), 235-252.
- Vlaeyen, J. W. S. et Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research, design and methods* (3rd ed.). Newbury Park : Sage Publications.

RÉSUMÉS

Sujet : Cette étude exploratoire a pour objectif de décrire différents types de trajectoires de travailleurs présentant des troubles musculo-squelettiques pendant un programme de

réadaptation. Les trajectoires sont tracées à partir des visions d'une équipe interdisciplinaire.

Méthode : Le devis de recherche est une méthode de cas unique où l'unité d'analyse principale est une équipe interdisciplinaire. Cette équipe a discuté de la progression de 18 travailleurs, durant un programme de réadaptation. Les analyses des discussions ont été inspirées par la phénoménologie. Toutes les discussions de l'équipe ont été enregistrées et retranscrites. L'analyse de contenu a été effectuée par deux chercheurs.

Résultats : Quatre types de trajectoires ont émergé : 1) trajectoires de retour au travail sans obstacle ; 2) trajectoires de retour au travail avec obstacles ; 3) trajectoires de non-retour au travail avec épisodes de progression et 4) trajectoires de non-retour au travail sans progression. Trois facteurs clés ont émergé de ces analyses comme déterminant au processus de retour au travail : 1) la complaisance des travailleurs face au programme de réadaptation, 2) les différentes façons dont le travailleur aborde et vit la première exposition au travail et 3) la collaboration avec les différents partenaires. Les résultats de cette étude suggèrent aussi que l'absence de message unique entre les professionnels de la santé face au travailleur peut entraîner de la confusion et devenir un frein à la reprise des activités.

Conclusions : Les résultats soulignent encore une fois la complexité pour les cliniciens de la prise en charge en réadaptation au travail de travailleurs en phase chronique. Cette intervention doit agir à la fois sur le travailleur et également sur les interactions entre les travailleurs et les différents partenaires concernés. Aussi, cette étude souligne le processus non linéaire de la réadaptation au travail pour des individus présentant des incapacités prolongées d'origine musculo-squelettique, tel que décrit par une équipe interdisciplinaire.

Purpose: Based on the viewpoint of an interdisciplinary team, this exploratory study aimed to identify different types of trajectories followed by workers with musculoskeletal disorders and the factors contributing to them.

Methods: The research design used a single-case study in which the main unit of analysis was an interdisciplinary work team. This team discussed eighteen workers' progression during a work rehabilitation programme. Analytical methods were based on phenomenology. All team discussions were audiotaped and transcribed, and two researchers completed the content analysis.

Results: Four types of trajectories emerged: (1) return-to-work trajectories without obstacles; (2) return-to-work trajectories with obstacles; (3) non-return-to-work trajectories with episodes of progression; and (4) non-return-to-work trajectories without progression. Moreover, three outlines emerged from the data analysis: (1) the worker's compliance with the programme; (2) the way the worker coped with exposure to work; and (3) stakeholder collaboration. The results of this study also suggested that the absence of a single consistent message among participating health professionals could create confusion for workers and pose a major impediment to the resumption of their activities.

Conclusion: The results underscore, for clinicians, the complexity in managing this type of chronic work rehabilitation population, related to both the worker and the worker's interactions with the stakeholders. Also, this study casts light on the non-linear work rehabilitation processes of individuals with prolonged disabilities of musculoskeletal origin, as described by an interdisciplinary team.

Tema : Este estudio exploratorio se propone identificar diferentes tipos de trayectorias de trabajadores que presentan lesiones músculo-esqueléticas en el marco de un programa de readaptación. Las trayectorias se definen a partir de las visiones de un equipo interdisciplinar.

Método : El método utilizado, llamado « devis de investigación » es un método basado en el estudio de casos y en el cual la unidad de análisis principal es un equipo interdisciplinar. En este caso, el equipo ha intercambiado opiniones acerca de la progresión de dieciocho trabajadores durante un programa de readaptación. El análisis de los intercambios ha seguido un enfoque

fenomenológico. Todas las discusiones del equipo han sido grabadas y desgrabadas posteriormente. El análisis del contenido ha sido efectuado por dos investigadores.

Resultados : Cuatro tipos de trayectorias han emergido : 1) trayectorias de reinseccion laboral sin obstaculos ; 2) Trayectorias de reinserción laboral con obstáculos ; 3) trayectorias sin reinserción laboral y con episodios de progresión ; y 4) trayectorias sin reinserción laboral y sin progresión. Tres factores clave han emergido de estos análisis en tanto determinantes del proceso de reinserción laboral : 1) el hecho de que los trabajadores respeten el programa de readaptación, 2) las diferentes formas en las que el trabajador aborda y vive su primera exposición al trabajo, 3) la colaboración con los diferentes compañeros de trabajo. Los resultados de este estudio sugieren también que la ausencia de unidad en los mensajes enviados por los profesionales de la salud al trabajador puede generar confusión y transformarse en un freno en el proceso de retorno a la actividad.

Conclusiones : Los resultados obtenidos resaltan una vez más la complejidad que significa, desde un enfoque clínico, el hacerse cargo de la readaptación del trabajador en fase crónica. Esta intervención debe actuar a la vez sobre el trabajador y sobre las interacciones entre los trabajadores y las diferentes personas implicadas. Asimismo, este estudio subraya la no linealidad de la readaptación laboral para los individuos que presentan incapacidades prolongadas de origen musculoesquelético, tal como lo describe un equipo interdisciplinar.

INDEX

Mots-clés : réadaptation, troubles musculo-squelettiques, retour au travail, équipe interdisciplinaire

Keywords : rehabilitation, musculoskeletal disorders, return to work, interdisciplinary team

Palabras claves : readaptación, lesiones musculo-esqueléticas, reinserción profesional, equipo interdisciplinar

AUTEURS

MARIE-JOSÉ DURAND

Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), 1111 St-Charles Street West, Suite 101, Longueuil, Québec, Canada J4K 5G4, Département de réadaptation, Université de Sherbrooke, Canada, Marie-Jose.Durand@USherbrooke.ca

RAYMOND BARIL

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Canada

PATRICK LOISEL

Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), 1111 St-Charles Street West, Suite 101, Longueuil, Québec, Canada J4K 5G4, Département de réadaptation, Université de Sherbrooke, Canada

JULIE GERVAIS

Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT), 1111 St-Charles Street West, Suite 101, Longueuil, Québec, Canada J4K 5G4