Retour au travail : aider les personnes concernées à reprendre le travail et déterminer les restrictions

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 30 (9), août 2022

INTRODUCTION

Les patients qui ont recours aux services de soins primaires présentent souvent des affections et des blessures qui entravent leur capacité à travailler et qui ont pu survenir dans un environnement professionnel. Les cliniciens en soins primaires sont censés fournir un avis éclairé sur les limitations fonctionnelles et la capacité à reprendre le travail, vérifier le caractère approprié des mesures d'adaptation en milieu de travail et de la modification des tâches, et communiquer efficacement les plans de retour au travail. Par ailleurs, si les patients semblent réticents à reprendre le travail, cela peut poser un problème de prise en charge aux cliniciens.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de planifier une stratégie efficace de retour au travail en appréhendant les facteurs de risque éventuels d'un long rétablissement;
- d'aborder la réticence à l'égard du retour au travail et les facteurs connexes (notamment la santé mentale, les problèmes en milieu de travail, la simulation);
- d'être en mesure de remplir correctement les formulaires de retour au travail et de communiquer efficacement les plans aux patients et aux employeurs.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux..... 3
Commentaires des histoires de cas 13
Collaborateurs et déclarations..... 17
Références bibliographiques 18
Annexes 21

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Cécilia, âgée de 52 ans

Cécilia est votre patiente depuis de nombreuses années, même si elle ne vous consulte pas très souvent. Elle était en assez bonne santé jusqu'à il y a quelques semaines, moment à partir duquel vous avez commencé à recevoir plusieurs rapports de traitement relatifs à une hospitalisation. En consultant son dossier médical, vous vous rendez compte que celui-ci comporte peu d'information.

Cécilia a pris rendez-vous avec vous aujourd'hui pour faire « examiner ses poumons ». Elle est sortie de l'hôpital il y a environ une semaine après y avoir été traitée pendant trois semaines pour une pneumonie. Elle vous explique qu'elle a été intubée et qu'on a même appelé sa famille car elle était « sur le point de mourir ». Elle est encore très fatiguée et s'essouffle en effectuant des tâches simples. Elle ne dort pas très bien et fait des cauchemars concernant son séjour à l'hôpital. Elle ne pense pas être en mesure de reprendre le travail pour l'instant et veut savoir quand elle peut espérer retrouver une vie normale.

Elle a apporté des formulaires de demande de prestations d'invalidité remis par son employeur et la société émettrice de sa carte de crédit pour que vous les remplissiez. Cécilia travaille dans un hôpital vétérinaire comme assistante vétérinaire et réceptionniste.

Quels renseignements vous aideraient à répondre à ses préoccupations concernant sa santé?

Quelles mesures prendriez-vous en vue du rétablissement de son fonctionnement normal?

Deuxième partie – un mois plus tard

Cécilia se présente pour un rendez-vous de suivi. Vous

avez appris au cours de la dernière consultation qu'elle est mariée et mère de deux adolescents. Elle était jusque-là en bonne santé et ne prenait aucun médicament. Elle n'a jamais fumé de cigarettes ni consommé de marijuana. Elle boit de l'alcool occasionnellement.

Cécilia indique qu'elle se fatigue encore rapidement, qu'elle fait très peu d'activités à la maison et qu'elle passe la majeure partie de ses journées au lit. Elle n'a pas repris ses cours de yoga sur Zoom, et elle est trop fatiguée pour faire les promenades quotidiennes que vous lui aviez conseillées. Elle a arrêté de faire de la pâtisserie et des courtepointes. Elle ne tousse plus et n'est plus essoufflée lorsqu'elle est active. Elle ne peut pas se faire rembourser les soins de physiothérapie. Elle a peu d'appétit et a toujours du mal à dormir toute la nuit, mais ne fait plus de cauchemars.

Cécilia est toujours en arrêt de travail. Lorsque vous l'avez vue après sa sortie de l'hôpital, d'après vos notes, vous estimiez qu'elle devrait être en arrêt de travail complet pendant au moins quatre semaines pour se remettre d'une pneumonie grave. Son mari s'inquiète de son manque d'énergie et vous demande de vérifier ses taux de fer. Il ne croit pas qu'il faille si longtemps pour se remettre d'une pneumonie. Il est débordé par les tâches ménagères et parce qu'il doit accompagner leurs deux enfants à l'école et aux activités parascolaires.

Elle a apporté d'autres formulaires d'assurance pour que vous les remplissiez, de manière à ce que son employeur cesse de la harceler pour qu'elle reprenne le travail. Un coordonnateur de cas a été affecté à son dossier, et celui-ci la « surveille constamment ». Elle commence à redouter les appels de la compagnie d'assurance. Elle a le sentiment qu'elle ne pourra jamais reprendre le travail et vous demande si vous pouvez l'aider. Lorsque vous évoquez l'idée d'un retour au travail assorti d'une modification des tâches ou d'une réduction des heures, elle déclare qu'elle ne pense pas que la clinique vétérinaire puisse lui proposer des tâches allégées.

De quels autres renseignements avez-vous besoin?

Comment répondriez-vous à ses préoccupations concernant le travail?

Cas numéro 2 : Pauline, âgée de 37 ans

Pauline vous consulte aujourd'hui pour une douleur au poignet gauche qui dure depuis trois semaines. Elle travaille comme assistante en ressources humaines pour une compagnie d'assurance. Elle effectue principalement de la saisie de données; ses douleurs ont commencé lorsqu'elle a dû remplacer un collègue qui s'était blessé. Elle a apporté des formulaires de la commission des accidents du travail pour que vous les remplissiez. Le poignet lui fait moins mal lorsqu'elle l'enveloppe dans un bandage de contention, et elle ne présente pas de douleur nocturne, de picotements ou d'engourdissement à la main. Elle a modifié ses activités à la maison, et a notamment arrêté ses pratiques quotidiennes du piano. Elle veut savoir ce qui cloche avec son poignet et ce qu'elle doit faire pour continuer à travailler en toute sécurité. Elle prend de l'escitalopram à 10 mg une fois par jour pour traiter son anxiété, et n'a pas d'autres antécédents médicaux notables.

Que répondriez-vous à Pauline?

Deuxième partie – quatre semaines plus tard

Vous avez rempli les formulaires d'indemnisation des accidents du travail que Pauline a apportés à la précédente visite, et vous la voyez aujourd'hui pour un suivi de sa tendinite du poignet. Au cours des quatre dernières semaines, Pauline a effectué des séances de physiothérapie et porté une attelle de poignet, ce qui a grandement contribué à atténuer la douleur. Elle a commencé à prendre de l'ibuprofène après la dernière visite, comme vous le lui aviez suggéré, mais elle n'en prend presque plus maintenant. Elle fait également ses exercices quotidiens à domicile.

Son employeur a été en mesure de modifier ses tâches de manière à ce qu'elle consacre très peu de temps à la saisie de données, et elle prend des pauses lorsqu'elle en a besoin. Elle travaille maintenant à domicile, et révise et élabore des manuels de formation pour le personnel de bureau. Elle ne fait pas de mouvements répétitifs du poignet et évite de soulever des charges de plus de 9 kg. Elle était contente de travailler à domicile car elle est retournée vivre chez ses parents et elle peut prendre de courtes pauses pour s'occuper de son père, dont la santé est très fragile.

Elle vous explique que son supérieur hiérarchique lui a annoncé que ce régime de travail modifié prendrait bientôt fin et qu'elle devra revenir au bureau sur une base régulière. Cela a provoqué un regain d'anxiété chez Pauline, qui s'inquiète pour le bien-être de son père. Si possible, elle aimerait que vous intégriez le travail à domicile dans le plan de retour progressif aux tâches habituelles.

Quelle serait votre stratégie de prise en charge pour que Pauline puisse continuer à travailler et revenir en toute sécurité sur le lieu de travail?

Cas numéro 3 : Roger, âgé de 49 ans

Roger a obtenu un rendez-vous de dernière minute en fin de journée et vous consulte parce qu'il a mal au dos. La veille, il a glissé dans les escaliers chez lui et a ressenti un étirement au bas du dos. Il ne se sentait « pas trop mal » hier soir, mais ce matin, il pouvait à peine bouger, c'est pourquoi il a appelé pour obtenir un rendez-vous. Il travaille comme garnisseur de tablettes dans une petite épicerie. Il craint de subir des lésions permanentes s'il continue de travailler, et semble soulagé à l'idée de ne pas avoir à reprendre le travail pour le moment.

Il n'a pas d'antécédents médicaux importants et ne s'est jamais blessé au dos auparavant.

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation et de la prise en charge?

Deuxième partie

Roger revient vous voir deux semaines plus tard. L'examen préalable n'a rien révélé d'anormal, à l'exception d'une certaine sensibilité au niveau des muscles paravertébraux lombaires. Il indique que son employeur ne pouvait pas lui proposer de tâches allégées et n'a pas été d'un grand soutien lorsqu'il l'a informé, si bien qu'il ne s'est pas présenté au travail depuis sa chute. Ça ne le dérange pas vraiment car il n'aime ni son boulot ni l'environnement de travail, et il est en train de chercher un autre emploi. Il a pris toutes ses journées de congé de maladie. Il n'a pas consulté de physiothérapeute, car son régime d'assurance est minime, et il a trouvé les exercices que vous lui aviez prescrits trop difficiles à faire. Il se demande s'il ira mieux un jour.

Il dit que la douleur irradie maintenant du bas du dos jusqu'au côté droit du cou et dans les deux jambes. Roger déclare que la douleur est atroce presque toute la journée et qu'il a du mal à s'asseoir et à se tenir debout. Il ne peut pas non plus se coucher confortablement et a du mal à s'endormir. Il demande à passer un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour vérifier s'il a des lésions permanentes au dos consécutives à ses nombreuses années de travail physique. De plus, comme deux semaines se sont écoulées, il indique qu'il a maintenant droit à une prestation d'invalidité de courte durée et il aimerait que vous remplissiez les documents nécessaires.

L'examen que vous effectuez aujourd'hui ne révèle rien d'anormal, à l'exception d'une sensibilité superficielle à la palpation du bas du dos dont il se plaint encore. Il change constamment de position lorsqu'il est assis sur la chaise de la salle d'examen et se lève régulièrement pour se déplacer dans la pièce.

Comment vous y prendriez-vous pour déterminer la cause de la dorsalgie persistante et croissante de Roger?

Si vous le soupçonnez de faire semblant d'avoir mal, comment lui feriez-vous part de vos préoccupations?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉVALUATION

1. L'évaluation préliminaire de l'état d'un travailleur blessé doit d'abord consister à répertorier les troubles médicaux préexistants, la consommation de médicaments et de substances, et les facteurs psychosociaux, et à déterminer les capacités fonctionnelles initiales[2]. L'évaluation doit également servir à déterminer dans quelle mesure le problème est lié au travail et aux facteurs de risque présents dans l'environnement professionnel et non professionnel du patient[2].

2. L'intervention précoce, amorcée dans les six premières semaines suivant la blessure, a été associée à des résultats probants en matière de retour au travail[3]. D'après les statistiques canadiennes en matière de retour au travail établies à partir des demandes d'indemnisation de 2019, 59 % des demandeurs avaient cessé de recevoir des indemnités pour perte de salaire après 30 jours, 75 % après trois mois, 85 % après six mois et 92 % après un an[4].
   a) Des données probantes confirment que le retour au travail est un élément important du rétablissement après une maladie, et qu'il est bénéfique sur le plan de la santé physique et mentale en général[2,5].
   b) Une synthèse des données probantes effectuée en 2016 (n = 56 revues systématiques) a permis de constater qu'un important facteur pronostique modifiable de la réussite du retour au travail était les propres attentes du patient quant à son rétablissement[3].
      - En plus de présenter le retour au travail comme un effet attendu du rétablissement, le clinicien qui procède à l'évaluation initiale doit tenir compte des attitudes et des attentes négatives du patient afin de déceler de manière proactive un risque plus élevé de

retour au travail différé[2,3].

- La mise en œuvre d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) axée sur le travail peut contribuer à réduire la période d'arrêt de travail si le patient présente des signes de troubles mentaux [preuves de qualité élevée] (Renseignements généraux, points 15 et 23a)[6].

3. Le rétablissement fonctionnel ne doit pas nécessairement être précédé d'une rémission complète des symptômes[1]. Les patients doivent être informés que la douleur est un aspect naturel du processus de guérison et que le retour au travail, assorti d'une modification des tâches si nécessaire, ne doit pas être repoussé jusqu'à la disparition de la douleur[2]. Il est important de rappeler aux patients que, même si les activités ou les exercices peuvent être douloureux, une douleur persistante ne signifie pas que la lésion tissulaire risque d'être permanente (concepts de douleur et de lésion). Dans la plupart des cas, le temps de guérison biologique des blessures des tissus mous est compris entre six et huit semaines[7].

Participation des intervenants

4. Une communication et une collaboration efficaces entre les intervenants sont d'une importance capitale si l'on veut faciliter un retour au travail réussi (tableau 1)[2,3,6,8].
   a) Il est préférable d'établir rapidement un contact avec l'employeur ou le gestionnaire de cas du patient afin de s'assurer que celui-ci puisse être orienté, et vérifier l'information qu'il a fournie, si nécessaire[2,8]. La communication ne doit avoir lieu qu'avec le consentement du patient, et la nature des renseignements à divulguer doit être établie avec lui avant de s'adresser aux intervenants concernés dans le système en milieu de travail.
   b) Dans la pratique, on recense plusieurs obstacles d'ordre administratif et contextuel dans l'ensemble des systèmes, notamment les contraintes de temps qui pèsent sur les cliniciens et qui peuvent rendre difficile la communication régulière avec les gestionnaires de cas et les longs formulaires à remplir[8].
   c) Souvent, le patient finit par être le principal agent de liaison entre les intervenants concernés, ce qui peut retarder l'échéancier du retour au travail et compromettre l'exactitude de renseignements importants[8].
   d) Des études récentes ont permis de mettre en lumière la nécessité de se doter d'une infrastructure inter-systèmes plus solide afin de faciliter la communication entre le prestataire de soins primaires et les intervenants et de répondre à ces préoccupations, en vue d'une réadaptation et d'un retour au travail rapides et efficaces[8,9].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 1. Vérification des tâches professionnelles
Lorsque vous communiquez avec les employeurs, demandez une copie des tâches professionnelles du patient afin de faciliter la planification de son retour au travail.

Orientations

5. Envisager d'orienter le patient vers des services spécialisés ou de soutien, en particulier s'il est probable que le congé de maladie dure plus de quatre semaines[11]. Par exemple, il est possible qu'un patient ait besoin d'être évalué par un médecin spécialiste, ou d'une physiothérapie, d'une ergothérapie (p. ex., pour recevoir une attelle soutenant une articulation), d'une massothérapie, d'une évaluation ergonomique ou d'un soutien psychologique[11,12].
   a) Généralement réalisées par un ergothérapeute ou un physiothérapeute, les évaluations des capacités fonctionnelles sont un moyen utile de rendre compte objectivement des capacités d'un patient blessé au moment de prescrire des

Tableau 1. Intervenants susceptibles d'être concernés par le processus de retour au travail[6,8,10]

Domaine	Système	Intervenants possibles
Modification des tâches	Organisme (lieu de travail)	• Travailleur • Collègues de travail • Employeur • Syndicat • Gestionnaire
Protection de la santé	Soins de santé	• Médecin de famille • Psychiatre/psychologue/thérapeute • Professionnel de la rééducation • Médecin du travail/infirmière du travail
Coordination des services	Assurance	• Assureur • Gestionnaire de cas
	Santé et sécurité au travail	• Coordonnateur du retour au travail

mesures d'adaptation en milieu de travail ou de remplir des formulaires[13].

Simulation (faux malade)

6. La simulation, également appelée syndrome de recherche de bénéfices secondaires, est définie dans le DSM-5 comme « la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivés par des incitations extérieures[14] ». D'après le DSM-5, il faut envisager un cas de simulation en présence de l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes[15] :
   - Le tableau clinique a peut-être un rapport avec un contexte médico-légal extrinsèque (p. ex., le patient déclare souffrir d'une maladie alors qu'il est en procès).
   - Discordance importante entre la souffrance ou l'incapacité rapportée par le patient et les observations ou les résultats objectifs de l'examen.
   - Manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique, et inobservance du schéma thérapeutique et du traitement ou des soins de suivi.
   - Existence d'un trouble de la personnalité antisociale.

7. Il faut éviter de confronter directement les patients soupçonnés de simuler, ou de remettre en question la légitimité de leurs symptômes[15]. Les patients présentant des caractéristiques évoquant la simulation peuvent éprouver une anxiété liée au retour au travail ou à la réintégration, et non être motivés par des avantages secondaires. L'anxiété liée au retour au travail s'est généralement accentuée pendant la pandémie de COVID-19 du fait de l'inquiétude accrue concernant cette infection, des nouvelles attentes sociales et de l'adaptation des routines aux nouvelles réalités du travail au moment de la reprise des activités dans le pays[16]. Envisagez les approches suivantes :
   - Insistez sur le fait que les sentiments de stress et d'anxiété sont normaux en période de changement. Discutez d'un plan de retour au travail progressif (si possible) en insistant sur l'importance de l'exposition dans le cadre du traitement de l'anxiété [opinion d'experts][16].
   - Indiquez aux patients qu'ils doivent vous consulter s'ils remarquent un changement marqué dans leur fonctionnement qui dure plus que quelques jours [opinion d'experts][16].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 2. Prise en charge de la simulation

[Opinion d'experts]

- Prenez en compte les facteurs de stress psychosociaux auxquels le patient est confronté et l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur sa vie.
- Indiquez que l'arrêt de travail n'est peut-être pas dans l'intérêt du patient s'il ne lui apporte aucun avantage particulier.
- Ne cherchez pas la confrontation. Restez calme même si le patient se met en colère.
- Évitez les énoncés à la première personne (p. ex. : « Je pense… », « Je crois… »), et présentez plutôt les preuves et les faits à la troisième personne (p. ex. : « C'est curieux, mais en général, une personne qui a mal au dos est incapable de nouer ses lacets comme vous l'avez fait »).
- Exprimez-vous de manière à mieux comprendre la situation; relevez les contradictions dans le récit et permettez au patient de s'expliquer plus en détail. Il pourrait fournir des éléments d'information susceptibles de vous faire changer d'avis sur la simulation ou de le confirmer. Par exemple, vous pouvez demander à un patient qui déclare ne pas pouvoir se concentrer sur ses tâches au travail comment il y arrive à la maison.

8. Les signes de Waddell, quoique couramment associés à la simulation, ont été initialement établis comme des « signes physiques non organiques liés à la lombalgie » dans les années 1980 pour reconnaître les patients susceptibles d'obtenir de mauvais résultats après une chirurgie du dos[17]. Les signes correspondent à huit critères regroupés en cinq grandes catégories : sensibilité (superficielle, non anatomique), stimulation (charge axiale, rotation), distraction (élévation de la jambe droite), atteintes locales (faiblesse, sensibilité) et réaction excessive[17].
   a) Bien qu'il n'y ait pas de contre-indication expresse à l'évaluation des signes de Waddell, aucune étude n'a eu pour objet de mesurer leur sensibilité ou leur spécificité pour ce qui est de déceler la simulation dans les cas de lombalgie[18]. De plus, une revue effectuée en 2004 (n = 16 études) n'a pas permis d'établir de lien entre les signes de Waddell et le syndrome de recherche des bénéfices secondaires ou la simulation[19].
   b) Les signes de Waddell ont été utilisés à mauvais escient (sur le plan clinique et médico-légal) comme critères de crédibilité permettant de déceler la simulation dans le domaine plus général des blessures musculosquelettiques[18]. Ils n'étaient pas destinés à être utilisés isolément, mais en complément d'autres indicateurs cliniques du comportement maladif et de la souffrance[17,20].
   c) Sur le plan clinique, la prise en charge des

patients présentant plusieurs signes de Waddell exige seulement de tenir compte des facteurs psychologiques contributifs[20].

CAUSES FRÉQUENTES D'ABSENCE AU TRAVAIL

Lombalgie

9. La lombalgie est la principale cause d'invalidité à l'échelle mondiale et l'une des causes les plus fréquentes d'absence au travail liée à une blessure[21,22]. La lombalgie non spécifique désigne les cas exempts de signes liés à une cause plus préoccupante. Les signes d'alarme (tableau 2) sont un moyen d'écarter les causes graves de la lombalgie[21]. Pour de plus amples renseignements, voir le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Prise en charge de la lombalgie chez l'adulte » (novembre 2017) disponible au : members.fmpe.org/.
   a) La North American Spine Society ne recommande pas le repos au lit en cas de lombalgie : « Les patients doivent rester aussi actifs que possible; il faut les inciter à trouver des positions confortables et à effectuer des activités qui n'aggravent pas les symptômes pendant un épisode aigu[21] ».
      - Comme le mouvement favorise le rétablissement, la lombalgie ne justifie généralement pas un arrêt de travail de plus de quatre semaines (annexe 1).
   b) L'Association canadienne des radiologistes (par l'entremise de l'organisme Choisir avec soin) ne recommande pas de procéder à des examens d'imagerie en cas de lombalgie aiguë, à moins que des signes d'alarme soient présents (tableau 2)[23].
   c) Si un patient présente une lombalgie et une radiculopathie que l'on croit imputables à une hernie discale sans complication ou à une sténose du canal rachidien, et que les symptômes durent plus de six semaines, on peut procéder à un examen d'imagerie, mais seulement si on envisage une intervention chirurgicale[21,23].
      - D'après les résultats d'une revue systématique de 2016, la hernie discale est la constatation la plus probable à la suite d'un examen d'IRM consécutif à une lombalgie. Cependant, dans l'ensemble, il s'agissait de la cause avérée de la lombalgie dans moins de la moitié des cas signalés[24].

RESSOURCE POUR LA PRATIQUE. Le cours « Saskatchewan Spine Pathway »

Il s'agit d'un cours gratuit conçu pour les prestataires de soins primaires, destiné à renforcer les compétences en matière d'évaluation et de prise en charge par l'apprentissage de différents profils de lombalgie et des algorithmes de traitement correspondants. Disponible au spinepathwaysk.ca/.

10. En ce qui concerne la lombalgie, les résultats des études ont systématiquement établi que les AINS pris en association avec des myorelaxants ne présentent pas d'avantages notables par rapport aux AINS seuls, et que le recours aux opioïdes dans les six premières semaines de la blessure est corrélé avec des demandes de prestations d'invalidité prolongées[21].

Maladies transmissibles

11. Les maladies transmissibles (p. ex., pneumonie, grippe, infections streptococciques, COVID) peuvent être des affections graves dont il faut des semaines ou des mois pour se remettre. La pneumonie est l'un des principaux diagnostics associés aux hospitalisations au Canada. Entre 2018 et 2019, près de 67 000 personnes ont été hospitalisées pendant une durée moyenne de 6,8 jours[26].
    a) Les délais de rétablissement varient considérablement d'un individu à l'autre. En général, la respiration est plus facile après quatre

Tableau 2. Signes alarmants associés à une lombalgie[21,23,25]

Affection	Signes d'alarme	
Syndrome de la queue de cheval	• Faiblesse évolutive. • Anesthésie de la selle. • Rétention urinaire.	
Fracture par tassement	• Âge > 50 ans. • Ostéoporose.	• Utilisation de stéroïdes. • Traumatisme.
Infection ou hématome	• Immunodépression. • Consommation de drogues par voie intraveineuse. • Douleur nocturne.	• Utilisation de stéroïdes. • Fièvre. • Antécédents d'anesthésie péridurale ou de chirurgie rachidienne.
Tumeur maligne	• Âge > 50 ans. • Antécédents de cancer	• Douleur évolutive ou douleur nocturne. • Perte pondérale non intentionnelle

à six semaines, et la toux, les sécrétions de mucus et la gêne thoracique s'atténuent. La résolution des symptômes d'une pneumonie grave peut prendre trois mois, et le rétablissement complet jusqu'à six mois[27].

12. Si les employeurs ne prévoient pas de jours de congé de maladie ou d'assurance invalidité de courte durée, les patients atteints de maladies transmissibles pourraient être admissibles aux prestations de maladie de l'assurance-emploi fédérale (Renseignements généraux, point 29).

Santé mentale

13. Les troubles mentaux courants (dépression, anxiété et trouble de l'adaptation) sont à l'origine de 30 % de toutes les demandes de prestations d'invalidité à court et à long terme au Canada, et comptent pour 70 % de la totalité des coûts liés aux invalidités[28]. Les absences au travail liées à la santé mentale durent généralement plus longtemps que celles qui résultent de blessures musculosquelettiques, en plus d'être associées à des taux de récurrences plus élevés; la variabilité de ces statistiques est toutefois significative[1,28].
    - Dans le cadre d'une étude de 2015 ayant eu pour objet d'évaluer les épisodes d'absence liés à la dépression (n = 14 101) en Finlande sur une période de 7 ans, la durée médiane du congé de maladie était de 34 jours; 11 % des épisodes ne s'étaient pas soldés par un retour au travail en cours de suivi[29].
    - Dans le cadre d'une étude de 2018 portant sur les trajectoires de retour au travail de patients (n = 10 327) après 3 semaines de congé de maladie lié à la dépression en Suède, 43 % des sujets avaient repris le travail après 4 mois, et 22 % des sujets l'avaient repris après 9 mois. Parmi les patients qui avaient déjà pris des congés de maladie, une plus grande proportion de ceux-ci concernait un diagnostic de nature somatique plutôt qu'un problème de santé mentale antérieur[30].

    b) Selon les données relatives aux demandes d'indemnisation des travailleurs en Australie, les patients en congé de maladie à la suite d'un problème de santé mentale lié au travail mettent trois fois plus de temps à revenir comparativement à la durée médiane d'absence correspondant à toutes les autres demandes (la plupart des lésions tissulaires guérissent en six à huit semaines)[31].

14. Les évaluations des troubles de santé mentale dépendent souvent de la situation psychosociale du patient, ce qui fait ressortir la nécessité de s'enquérir des activités de la vie quotidienne, des rôles sociaux et des limites que les symptômes imposent au fonctionnement habituel, en plus de se renseigner sur les tâches professionnelles et l'environnement de travail du patient[1].

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 3. Déterminer les facteurs psychosociaux intervenant dans les troubles de santé mentale

Pour cerner les facteurs psychosociaux, envisagez d'interroger le patient sur le déroulement habituel de sa journée, depuis le réveil jusqu'au coucher (« Que faites-vous ensuite? »)[1].

15. En 2019, un guide de pratique clinique australien en matière de diagnostic et de prise en charge des troubles de santé mentale liés au travail a été élaboré pour répondre aux difficultés de prise en charge en médecine générale (annexe 2)[31,32].
    a) Il faut utiliser des outils de diagnostic clinique validés (p. ex., PHQ-9, GAD-7) avant de présenter des rapports aux commissions des accidents du travail, de manière à fournir une mesure objective des capacités fonctionnelles en présence de troubles tels que la dépression, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble lié à la consommation d'alcool ou d'autres substances (annexe 2).
    b) Dans certains cas, les patients présentant une lésion musculosquelettique survenue au travail peuvent avoir un trouble de santé mentale concomitant résultant de cette lésion. Les facteurs de risque peuvent être les suivants [preuves de faible qualité][32] :
        - Douleur plus forte que prévue à la suite de la blessure physique.
        - Problème de toxicomanie préexistant.
        - Affection physique chronique.
        - Sentiment d'injustice face aux processus de demande d'indemnisation des travailleurs.
        - Facteurs liés au retour au travail prédictifs d'un pronostic défavorable (tableau 3).

    c) Des preuves de qualité modérée justifient le recours à la TCC axée sur le travail chez les patients atteints d'un trouble de santé mentale secondaire lié au travail.
    d) La communication et la collaboration avec l'employeur et le coordonnateur du retour au travail du patient (le cas échéant) visant à déterminer les facteurs professionnels à même d'influer sur le rétablissement peuvent faciliter la reprise d'une activité sûre et valorisante [preuves de qualité modérée à élevée] (Renseignements généraux, point 4).
        - Au nombre des facteurs professionnels figurent l'environnement de travail dans son ensemble, les dimensions du lieu de travail, les conflits avec les collègues ou les superviseurs, et la possibilité d'effectuer des tâches non

stigmatisantes et correspondant au niveau d'expérience et d'ancienneté du patient.

LE PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL

Facteurs pronostiques

16. Dans bien des cas, il est probable que l'état de santé lui-même ne soit pas le facteur prédictif le plus important d'un retour au travail réussi. Une synthèse des données probantes effectuée en 2016 (n = 56 revues systématiques) a permis de dégager des facteurs pronostiques de retour au travail communs à divers problèmes de santé et blessures (tableau 3)[3].

17. Dans le cas des patients plus âgés, les interventions rapides visant le retour au travail, les mesures de soutien sur le lieu de travail et les soins collaboratifs sont essentiels. Bien que l'âge avancé ait été précédemment considéré comme un facteur pronostique défavorable en matière de retour au travail, une étude réalisée en 2021, ayant consisté à analyser les données administratives relatives aux demandes fournies par six systèmes d'indemnisation des travailleurs au Canada, a permis de constater que ce critère d'âge n'est pas toujours associé à de plus mauvais résultats sur le plan du retour au travail[35]. Il est possible que les travailleurs âgés aient moins de chances de se voir proposer des tâches modifiées, ce qui pourrait expliquer les écarts constatés [preuves de faible qualité][36].

18. Des études antérieures ont fait état de différences entre les hommes et les femmes quant à la durée de l'incapacité au travail[3].
    a) Les hommes étaient plus susceptibles de cesser de recevoir des prestations d'invalidité relativement à des périodes de réclamation allant jusqu'à quatre mois, tandis que les femmes étaient plus susceptibles de cesser de recevoir des prestations relativement à des périodes de réclamation comprises entre quatre et dix mois[37].
    b) Il est difficile de procéder à des généralisations fondées sur le sexe. Il ressort de travaux de recherche antérieurs que les corrélations avec le retour au travail sont faussées par des facteurs tels que le type d'emploi, la santé mentale, la gravité de la blessure et les exigences physiques/psychosociales de l'emploi[38-40]. En 2021, les secteurs dans lesquels la proportion de travailleurs masculins était la plus élevée étaient les corps de métier, le transport et l'exploitation d'équipements, les ressources naturelles et l'agriculture ou la production connexe. La proportion d'emplois féminins était la plus élevée dans les secteurs de la santé, de l'éducation, des affaires, du droit, des services gouvernementaux à caractère social et communautaire, et de la finance et de l'administration[41].

19. L'incapacité prolongée d'un patient à assumer son rôle habituel, tant au travail que dans sa vie personnelle, peut être préjudiciable à son bien-être physique, mental et social[12,42]. Le rétablissement peut être défini comme un « retour à la vie » qui recouvre les activités antérieures à la blessure, les intérêts sociaux et les passe-temps, tout en visant un équilibre entre les besoins liés au repos et ceux liés au rétablissement[10]. Une telle définition permet d'élargir le point de vue sur les avantages du rétablissement et de bien faire souligner le fait que le retour au travail n'est pas le seul objectif à atteindre[10,43].
    a) Plus la période d'arrêt de travail d'un patient est longue, plus son retour au travail est difficile et moins il est probable[44]. Après trois à six mois d'arrêt de travail, il y a 50 % de chances que le patient n'ait pas repris le travail après un an[7,45]. Après un an d'arrêt de travail, la probabilité de retour au travail est d'environ 30 %, et elle tombe à moins de 5 % après deux ans d'absence[43,45].
    b) L'absence prolongée du travail a également été associée à des pertes financières et à une augmentation de la morbidité et des coûts d'indemnisation des travailleurs[2].
    c) Dans le cadre d'une étude de cohorte rétrospective réalisée en 2021 (n = 37 356 demandes d'indemnisation pour perte de temps

Tableau 3. Facteurs pronostiques fréquents du retour au travail[1,3,5,33,34]

Probabilité accrue d'un retour au travail réussi	Probabilité réduite d'un retour au travail réussi
• Niveau de scolarité élevé. • Statut socio-économique élevé. • Sentiment d'auto-efficacité élevé. • Attentes optimistes quant au rétablissement et au retour au travail. • Gravité moindre de la blessure/maladie. • Soutien de la part du personnel sur le lieu de travail. • Bonne relation avec le supérieur hiérarchique direct. • Interventions multidisciplinaires (soins de santé, services au sein de l'entreprise ou offerts par le régime d'assurance).	• Trouble de santé mentale préexistant ou concomitant. • Antécédents de congé de maladie et de chômage. • Exigences physiques élevées du travail. • Douleur ou invalidité importante (limitations d'activité). • Croyances marquées par la peur et l'évitement. • Rapport perçu entre le problème de santé et le travail. • Catastrophisme. • Absence prolongée du travail. • Évaluation du rendement défavorable récente. • Mauvaises interactions avec le coordonnateur du retour au travail.

de travail présentées sur une période de cinq ans par des résidents de la Colombie-Britannique âgés de 16 à 64 ans ayant subi des lésions musculosquelettiques causées par le travail et nécessitant un congé de plus de 30 jours), les personnes absentes du travail pendant au moins six mois ayant bénéficié d'une stratégie de retour au travail progressif ont obtenu des taux de retour au travail plus durable que les personnes n'ayant pas effectué un retour progressif[46].

20. Les facteurs personnels et sociaux favorables contribuent grandement à faciliter un retour au travail durable. Il est établi que le soutien de l'organisme employeur du patient (directeurs, collègues) est particulièrement important, ce qui tend à montrer que la réadaptation à la suite d'un accident du travail et la planification du retour au travail devraient reposer sur des interactions permanentes entre le travailleur et l'organisme employeur[5,11].

- De nombreux employeurs ont mis en place un programme d'aide aux employés (PAE) destiné aux travailleurs ayant besoin d'un soutien en matière de santé mentale.

Mesures d'adaptation en milieu de travail

21. Les mesures d'adaptation en vue du retour au travail peuvent consister en des tâches allégées ou modifiées, des horaires adaptés (p. ex., temps partiel) ou du travail à distance[3]. La Classification nationale des professions du Canada définit cinq catégories d'effort physique nécessaire à l'exécution des tâches professionnelles correspondant aux désignations de la commission des accidents du travail (tableau 4)[44,47].

22. L'évaluation ergonomique de l'espace de travail du patient permet d'assurer la sûreté du niveau des exigences physiques et de déterminer la modification des tâches aux fins de la planification du retour au

Tableau 4. Classifications des tâches[44,47-49]

Terminologie de la commission des accidents du travail	Effort physique habituellement requis par les tâches professionnelles	Exemple d'activité	Exemples de professions
Travail sédentaire	**Occasionnellement** jusqu'à 4,5 kg (10 lb).	• En position assise la plupart du temps, en position debout occasionnellement.	• Adjoints administratifs. • Comptables. • Programmeurs informatiques.
Travail léger	**Occasionnellement** jusqu'à 9,1 kg (20 lb). **Fréquemment** jusqu'à 4,5 kg (10 lb).	• Doit marcher ou se tenir debout très souvent. • En position assise, mais en utilisant des leviers de commande actionnés par les bras ou les jambes moyennant un effort.	• Coiffeurs, cosmétologues. • Réceptionnistes d'hôtel. • Hôtes et serveurs de restaurant. • Enseignants.
Travail moyennement intense	**Occasionnellement** jusqu'à 22,7 kg (50 lb). **Fréquemment** jusqu'à 9,1 kg (20 lb). **Constamment** jusqu'à 4,5 kg (10 lb).	• Décharger des camions. • Déblayer la neige. • Déplacer des patients.	• Préposés aux soins des animaux. • Travailleurs de la production. • Travailleurs en cuisine (chefs/cuisiniers). • Paysagistes.
Travail pénible	**Occasionnellement** jusqu'à 45,4 kg (100 lb). **Fréquemment** jusqu'à 22,7 kg (50 lb). **Constamment** ≥ 9,1 kg (20 lb).	• Fixer des charges avec des sangles d'arrimage. • Défaire des palettes de ciment en sac.	• Conducteurs de camion. • Emplois d'expédition, de réception et d'inventaire. • Travaux d'installation/de réparation de matériel électrique. • Mécaniciens en chauffage, climatisation et réfrigération.
Travail très pénible	**Occasionnellement** ≥ 45,4 kg (100 lb). **Fréquemment** ≥ 22,7 kg (50 lb). **Constamment** ≥ 9,1 kg (20 lb).	• Soulever des sacs de ciment ou des planches de contreplaqué. • Soulever des patients pour les installer dans leur lit et les en sortir.	• Ouvriers de la construction/extraction. • Travailleurs de soutien aux soins de santé (p. ex., centres de soins palliatifs, soins personnels).

La fréquence des contraintes physiques dans le cadre d'une journée de travail de huit heures est généralement établie comme suit : 1 à 33 % = occasionnel; 34 à 66 % = fréquent; 67 à 100 % = constant[50].

travail[51]. Il s'agit également d'une mesure objective qui permettra de préciser les exigences fonctionnelles de l'emploi et de valider les recommandations concernant les mesures d'adaptation[7]. Les organismes employeurs disposant de services de santé au travail peuvent généralement fournir une évaluation ergonomique des lieux de travail lorsqu'il y a lieu[11].

a) D'après ce qui ressort d'une revue systématique réalisée en 2004 par l'Institut de recherche sur le travail et la santé concernant les interventions efficaces de retour au travail en milieu de travail, les évaluations ergonomiques de l'environnement de travail devraient être considérées comme une composante essentielle de la prise en charge de l'invalidité, notamment en vue de déterminer les modifications appropriées[52].

Faire face à la résistance au retour au travail

23. En cas de résistance au retour au travail, il est important de bien faire comprendre au patient qu'il n'est pas atteint d'une invalidité définitive et que ses limitations fonctionnelles sont liées à un contexte particulier. Rappelez-lui que le retour au travail est un processus itératif dont le but est de rétablir un fonctionnement productif de manière progressive[1].
    a) Une revue systématique effectuée en 2018 (n = 36 études portant sur des interventions de retour au travail en milieu de travail) a permis de constater que la mise en œuvre de la TCC axée sur le travail, dans les cas de troubles de santé mentale, a contribué à réduire le temps de travail perdu et les coûts associés aux congés de maladie [preuves de qualité élevée]. Il est intéressant de noter que la TCC classique (en excluant les adaptations en milieu de travail ou ce qui relève des services de coordination) n'a pas eu d'effet significatif sur les résultats en matière de retour au travail[6].

FORMULAIRES ET ASSURANCE

24. Les systèmes canadiens d'indemnisation des accidents du travail fonctionnent au niveau provincial selon le principe de l'assurance sans égard à la faute et fondée sur la cause[53]. Ils fournissent des prestations en cas de perte de salaire, des allocations de personne à charge, des prestations pour invalidité permanente et de réadaptation par le biais de primes d'assurance payées par l'employeur[37].
    a) Les systèmes sont fondés sur le principe d'un « compromis historique » en vertu duquel les droits de poursuite sont échangés contre des prestations versées par l'employeur, par exemple des remplacements du salaire et des interventions de soins de santé[8].
    b) Chaque autorité provinciale évalue les preuves et les conseils médicaux aux fins de la prise de décisions et du traitement des demandes. Dans plusieurs provinces, c'est le gestionnaire de cas qui prend les décisions définitives concernant le plan de réadaptation et de retour au travail d'un travailleur. Le Québec est la seule province où la décision du prestataire de soins de santé est contraignante[8].
    c) L'Association des commissions des accidents du travail du Canada publie des tableaux récapitulatifs des lois et des politiques relatives à chacune des commissions des accidents du travail du Canada (voir les tableaux des rubriques Principes et présomptions régissant l'indemnisation, Maladie professionnelle/Maladie du travail, Signalement d'un accident ou d'une maladie et Étendue de la couverture) : https://awcbc.org/fr/tableaux-sommaires/lois-et-politiques-sur-lindemnisation-des-accidents-du-travail/.
    d) Les prestations, les périodes d'attente et les frais de déclaration varient selon les provinces et territoires. Vous trouverez des tableaux récapitulatifs des prestations accordées par chaque commission des accidents du travail du Canada à l'adresse suivante : https://awcbc.org/fr/tableaux-sommaires/prestations-dindemnisation/.

25. Il est essentiel de fournir une documentation précise (ce qui comprend la date et l'heure des rendez-vous et des suivis prévus, le mécanisme de blessure et les résultats de l'évaluation) pour que le représentant de la commission des accidents du travail (gestionnaire de cas) puisse transmettre des renseignements exacts aux agents d'assurance[2,8].
    a) Les formulaires médicaux de la commission des accidents du travail (et les formulaires d'assurance) doivent comporter les renseignements pertinents sur le passé, l'état actuel et le devenir attendu de la blessure ou de la maladie du patient, en fonction des « quatre questions » donnant matière à la documentation[2] :
        - **Où?** Emplacement du lieu de travail où la blessure est survenue; emplacement de la ou des cliniques assurant les traitements de réadaptation médicale.
        - **Quand?** Heure et date de l'accident du travail; rendez-vous cliniques passés et à venir; échéancier prévu du retour au travail (Renseignements généraux, point 26). Les dates peuvent être indiquées à titre approximatif (p. ex., quatre à huit semaines) et modifiées périodiquement à mesure que le traitement progresse[1].
        - **Qui?** Les témoins et toute personne en cause au moment de la blessure; les intervenants de la santé prenant part au traitement et à la réadaptation.

- **Comment?** Mécanisme de la blessure et circonstances; facteurs professionnels (tableau 5); plan de traitement/réadaptation.

b) Consultez le site Web de la commission des accidents du travail de votre province pour connaître les exigences légales en matière de déclaration d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (généralement requis dans les 48 à 72 heures suivant le premier rendez-vous du patient).

26. Les lignes directrices concernant la durée de l'invalidité et les délais de guérison prévus et permettant d'estimer les délais de réadaptation sont consultables sur plusieurs des sites Web des commissions des accidents du travail provinciales (annexe 1). En établissant des attentes réalistes aux fins du plan de retour au travail, les évaluations doivent préciser si les restrictions ou les limitations sont censées être temporaires ou permanentes, en estimer la durée, le cas échéant, et indiquer la ou les dates de suivi et de réévaluation[7].
    a) La durée de l'invalidité est distincte du délai de guérison. Elle correspond à la période qui s'écoule entre l'apparition d'une maladie et le moment où 75 % des personnes concernées sont en mesure de reprendre le travail. Elle est souvent plus courte que le délai de guérison[54].

27. Les lois relatives à l'indemnisation des travailleurs de toutes les provinces stipulent ce qui suit : « Si une blessure est causée par un accident survenu par le fait ou à l'occasion de l'emploi, on présume qu'elle est survenue dans le cadre de l'emploi, et inversement[55] ».
    a) Par exemple, si un travailleur s'est blessé en se rendant au travail ou en en revenant, on peut faire valoir que son affection est survenue en raison du déplacement nécessaire à son emploi (ou « dans le cadre de celui-ci »), et présumer ainsi que l'affection est liée au travail. Dans de tels cas, il faudra peut-être fournir des précisions supplémentaires.

CONSEIL POUR LA PRATIQUE 4. Remplir les formulaires

[Opinion d'experts]

- Il est important de procéder à une anamnèse et à un examen physique approfondis afin de remplir correctement les formulaires. Énoncez les faits et les observations. Si vous n'êtes pas en mesure d'effectuer un examen, indiquez-le.
- N'écrivez pas à la première personne (p. ex. : « Je pense que mon patient est capable de conduire »), mais plutôt à la troisième personne : « Les limitations fonctionnelles suivantes, qui empêchaient le patient de pouvoir conduire une voiture, se sont résorbées. »
- Ne vous prononcez pas sur la capacité du patient à travailler ou non, ou à accomplir un travail ou une tâche donnée. Par exemple, n'écrivez pas : « Je pense que mon patient devrait être en arrêt de travail pour un mois supplémentaire », mais indiquez plutôt les limitations fonctionnelles et laissez à l'employeur le soin de décider si elles sont compatibles avec les exigences du travail. Fondez l'évaluation des limitations sur l'anamnèse et l'examen physique.
- Pour les cas plus complexes, notamment en matière de santé mentale, demandez une évaluation médicale indépendante. Les évaluations médicales indépendantes peuvent être coûteuses mais en valent la peine si le cas est complexe ou s'il existe un énorme obstacle psychosocial au rétablissement. Dans certaines provinces, il est possible de demander à la commission des accidents du travail une aide en vue de la planification du retour au travail en cochant simplement une case de formulaire.
- Pour les besoins des comptes rendus, le soupçon de simulation ne doit pas être formulé comme tel dans les formulaires ou les remarques. On peut utiliser la formulation neutre suivante : « Il y a une divergence entre les symptômes subjectifs et les signes et résultats objectifs de l'examen physique. Les déclarations du patient sont contradictoires ».

Tableau 5. Facteurs associés aux lésions musculosquelettiques aiguës courantes liées au travail[2]

Blessure	Facteurs professionnels	Facteurs non professionnels
Syndrome du canal carpien	Vibration excessive au niveau des mains, mouvements répétitifs des poignets, effort de préhension intense.	Obésité, antécédents de fracture du poignet, polyarthrite rhumatoïde, diabète, facteurs génétiques.
Glissades et chutes	Mauvais éclairage, intempéries, surfaces glissantes, encombrement.	Chaussures inadaptées, fatigue, âge avancé.
Douleurs lombaires	Mouvements répétitifs, port de charges lourdes, flexion et torsion du tronc, vibration au niveau du corps entier.	Obésité, troubles psychiatriques, antécédents familiaux, âge avancé.
Blessures de la coiffe des rotateurs/douleurs à l'épaule	Flexion prolongée des épaules, port de charges répétitif et énergique à une seule main, positions de travail incommodes, mouvements répétitifs, travail au-dessus du niveau des épaules.	Âge avancé, activités sportives exigeant des mouvements des bras au-dessus de la tête, antécédents de blessures à l'épaule.

Soutien financier

28. Il peut être utile de savoir sur quels soutiens financiers un patient peut compter pour planifier son retour au travail[42]. Le cas échéant, demandez-lui ce qu'il en est des prestations de remplacement du salaire prévues par l'employeur et quel pourcentage de son salaire il recevra pendant son congé. A-t-il droit à des services spécialisés susceptibles de l'aider dans sa réadaptation (p. ex., physiothérapie, ergothérapie, service de consultation)? Sous réserve du consentement du patient, il peut être utile de demander ce renseignement à son employeur (Renseignements généraux, point 4).
    - S'il ne bénéficie pas d'une assurance dans le cadre de son emploi, assurez-vous qu'il soit au courant des programmes fédéraux et provinciaux d'aide sociale ou de prestations d'invalidité auxquels il peut être admissible (Renseignements généraux, points 29-31)[56].

29. Les patients qui ne peuvent pas travailler pour des raisons médicales, et ne bénéficient pas d'une assurance financée par l'employeur, peuvent recevoir des prestations de maladie au titre de l'assurance-emploi du gouvernement du Canada pendant une durée maximale de 15 semaines (55 % de la rémunération jusqu'à concurrence de 638 $ par semaine)[57].
    a) Les montants reçus dépendent de la rémunération assurable (salaire payé en espèces, par l'employeur du patient, et reçu au titre de son emploi). Certains employeurs versent un supplément d'argent aux employés qui reçoivent des prestations de maladie au titre de l'assurance-emploi gouvernementale[57,58].
    b) Pour y avoir droit, il faut présenter les documents suivants[57] :
        - Un certificat médical signé attestant l'incapacité de travailler pour des raisons médicales. Vous trouverez un formulaire de certificat médical de Service Canada à l'adresse suivante : https://catalogue.servicecanada.gc.ca/content/EForms/fr/Detail.html?Form=INS5140.
        - Preuve d'une diminution de plus de 40 % du salaire hebdomadaire pendant au moins une semaine.
        - Preuve que le patient a accumulée entre 420 et 700 heures de rémunération assurable (en fonction du taux de chômage dans votre région) au cours des 52 semaines précédant le dépôt de la demande, ou depuis le dépôt d'une demande antérieure, selon la période la plus courte.
    c) L'admissibilité est périmable (dans les quatre semaines suivant le dernier jour de travail); les patients doivent donc présenter une demande de prestations dès que possible, conformément aux lignes directrices figurant à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/assurance-emploi-maladie/demande.html.

30. La prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) consiste en un montant versé mensuellement aux personnes atteintes d'une invalidité mentale ou physique de longue durée ou de durée indéterminée qui les empêche de manière chronique d'effectuer un travail soutenu. Ces personnes doivent être âgées de moins de 65 ans (ne pas recevoir de pension de retraite du RPC) et avoir cotisé suffisamment au RPC lorsqu'elles touchaient un salaire. La prestation mensuelle moyenne est de 1031,55 $. Les montants particuliers sont déterminés en fonction des cotisations versées au RPC pendant la période de travail et viennent s'ajouter à un paiement mensuel de base de 524,64 $[59].
    a) Des lignes directrices analogues s'appliquent aux résidents du Québec et gouvernent le calcul de la prestation d'invalidité du Régime de rentes du Québec.

31. Les programmes provinciaux d'aide sociale peuvent constituer une source supplémentaire de soutien du revenu pour les patients admissibles ayant besoin, pour subvenir à leurs besoins essentiels (nourriture, logement, vêtements) ou à leurs besoins en matière de santé, de plus d'argent que ce qu'ils reçoivent au titre d'autres programmes. Les critères d'admissibilité et les modalités de demande varient d'une province à l'autre. Vous trouverez à l'adresse suivante des renseignements (en anglais) et des liens vers les programmes d'aide sociale des gouvernements provinciaux et territoriaux (sous l'onglet « Choisissez votre province/territoire » dans le menu de gauche) : maytree.com/welfare-in-canada/eligibility/.
    a) Plusieurs programmes provinciaux d'aide sociale et organismes à but non lucratif locaux (p. ex., YMCA/YWCA) offrent des services d'aide à l'emploi gratuits axés sur le développement des compétences et la formation professionnelle visant à faciliter le retour au travail des patients après une maladie.

POINTS CLÉS

- Le retour au travail peut être envisagé comme un retour à la vie, et c'est un élément important du rétablissement après une maladie ou une blessure.
- Les interventions rapides, notamment l'information concernant le processus de rétablissement, sont associées à la réussite du retour au travail.
- Il n'est pas indispensable que les symptômes disparaissent complètement avant que le patient reprenne le travail. Envisagez une modification des tâches ou des horaires.
- Les médecins doivent utiliser toutes les ressources disponibles, y compris la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orientation vers des spécialistes, les gestionnaires de cas et les coordonnateurs du retour au travail pour faciliter un rétablissement rapide et un retour au travail toute sécurité.
- Essayez d'établir un contact avec l'employeur du patient dès le début du processus.
- Plusieurs facteurs peuvent compromettre l'échéancier prévu du retour au travail d'un patient.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Cécilia, âgée de 52 ans

Quels renseignements vous aideraient à répondre à ses préoccupations concernant sa santé?

Comme vous ne connaissez pas très bien Cécilia, vous devriez prendre quelques instants pour recueillir quelques éléments d'information élémentaires (Renseignements généraux, point 1). Avait-elle une maladie pulmonaire ou une affection concomitante préexistante? Quels médicaments prend-elle actuellement? Fume-t-elle, boit-elle de l'alcool, consomme-t-elle de la marijuana ou utilise-t-elle des traitements parallèles? Est-elle exposée à des risques d'affections pulmonaires dans le cadre de son travail?

Il faudrait vous renseigner sur la vie de Cécilia en dehors de son travail (Renseignements généraux, point 1). Aimait-elle pratiquer certaines activités avant de tomber malade? A-t-elle un conjoint ou un réseau d'amis et de proches qui la soutiennent? A-t-elle des personnes à charge? (Renseignements généraux, point 14).

Vous pourriez lui demander comment elle se débrouille maintenant qu'elle est de retour à la maison. A-t-elle besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne? Est-elle en mesure de se livrer à ses activités personnelles ou à ses passe-temps habituels? Si elle fait des cauchemars concernant son séjour à l'hôpital, il faudrait vous montrer attentif aux symptômes du TSPT (Renseignements généraux, point 15; annexe 2). Pour en savoir plus, voir le module du programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Soins tenant compte des traumatismes » (mai 2020) disponible au members.fmpe.org/.

En ce qui concerne ses formulaires d'assurance, peut-elle effectuer des tâches allégées (ou à temps partiel) dans le cadre de son emploi, tout en continuant à se rétablir? Pourrait-elle travailler à domicile à temps partiel? (Renseignements généraux, point 21; tableau 4).

Il faudrait effectuer aujourd'hui un examen physique axé sur sa fonction pulmonaire.

Quelles mesures prendriez-vous en vue du rétablissement de son fonctionnement normal?

Vous devriez insister auprès de Cécilia sur le fait qu'un retour rapide au travail est associé à de meilleurs résultats (Renseignements généraux, point 2). Vous devriez rappeler à Cécilia que le retour à un fonctionnement normal concerne de nombreux aspects de sa vie auxquels elle prend plaisir, et ne se limite pas à la reprise du travail (Renseignements généraux, point 19).

Vous devriez vérifier si Cécilia a droit à des traitements comme la physiothérapie ou un soutien psychologique, surtout si vous soupçonnez un TSPT (Renseignements généraux, point 28).

Il faudrait l'encourager à faire tous les mouvements dont elle est capable et qui sont à sa portée dans son milieu de vie (Renseignements généraux, point 3). Il lui serait profitable de monter les escaliers de sa maison ou de son appartement et de faire de courtes promenades dans le quartier en attendant une séance de physiothérapie ou d'autres consultations auprès de spécialistes.

Il faudrait fournir à son employeur un avis indiquant qu'elle devra s'absenter du travail, au moins quatre semaines probablement, compte tenu de ses symptômes et du temps habituel de rétablissement après une pneumonie grave (Renseignements généraux, point 11). Il faudrait aborder l'idée d'un retour au travail assorti de tâches allégées ou d'une diminution des heures de travail, le cas échéant, et établir un calendrier provisoire de retour au travail (Renseignements généraux, point 21). Il faudrait veiller à fixer un rendez-vous de suivi après quatre semaines.

Deuxième partie – un mois plus tard

De quels autres renseignements avez-vous besoin?

Vous devriez envisager de commander des analyses de sang pour vérifier la présence d'affections susceptibles de concourir à ses symptômes. Les analyses à envisager seraient les suivantes : formule sanguine complète, taux de ferritine, de vitamine B12, de TSH, d'HbA1c, de créatinine et d'électrolytes, tests de la fonction hépatique.

La léthargie constante, le manque d'appétit et les troubles du sommeil de Cécilia pourraient être le signe d'un épisode dépressif. Vous pourriez envisager d'utiliser le questionnaire PHQ-2 pour l'interroger sur son humeur et lui demander si elle tire du plaisir des activités qu'elle est encore capable de faire. Si le résultat du PHQ-2 est positif, il faudrait aller de l'avant dans le dépistage de la dépression au moyen du questionnaire PHQ-9 (Renseignements généraux, point 15a). Pour en savoir plus, veuillez consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Dépression » (février 2022) en ligne au : members.fmpe.org/.

Comme elle semble nerveuse face au processus de retour au travail, vous pourriez envisager d'utiliser le questionnaire GAD-7 pour évaluer son niveau d'anxiété (Renseignements généraux, point 15a). S'il y a lieu, il faudrait envisager de l'orienter vers des services de psychiatrie ou de soutien psychologique, si possible, ou lui recommander des ressources de soutien en santé mentale en libre accès (annexe 2).

Vous devriez demander à Cécilia quel était son niveau de satisfaction au travail avant la blessure pour mieux comprendre sa situation (Renseignements généraux, point 14). A-t-elle eu des problèmes avec ses collègues, son employeur ou dans son environnement de travail? Il faudrait se renseigner sur sa dernière évaluation de rendement : était-elle satisfaisante (tableau 3)? Comme elle n'est pas sûre de pouvoir effectuer des tâches allégées à son travail, vous pourriez envisager de demander à son employeur une liste de tâches allégées possibles, avec son consentement (Conseil pour la pratique 1; Renseignements généraux, point 4). Cela l'aiderait à planifier son retour au travail.

Il faudrait envisager de procéder à une évaluation fonctionnelle au bureau (p. ex., Cécilia peut-elle marcher facilement et jusqu'où?), car il s'agit d'une mesure objective qu'il peut être utile d'indiquer sur les formulaires; il faudrait envisager de l'orienter vers un professionnel de la réadaptation, le cas échéant (Renseignements généraux, point 5). Il serait bon que les autres intervenants sachent quand vous estimez que la patiente sera en mesure de reprendre le travail ou, si vous ne pouvez pas le prévoir pour l'instant, quand aura lieu son prochain rendez-vous de suivi (Renseignements généraux, point 25).

Remplir les formulaires d'assurance en temps voulu devrait être une priorité pour protéger les intérêts de Cécilia et sa sécurité financière.

Comment répondriez-vous à ses préoccupations concernant le travail?

Il faudrait essayer de transformer la vision négative de Cécilia du processus de retour au travail en un « retour à la vie » constructif (Renseignements généraux, point 19). Il faudrait lui rappeler que le coordonnateur de cas a pour mission de la suivre et de faciliter son rétablissement dans la mesure du possible. Il faudrait garder à l'esprit, cependant, que les mauvaises relations avec un coordonnateur du retour au travail sont associées à des taux plus élevés de problèmes de santé mentale après une maladie ou un accident du travail (tableau 3); vous devriez parler ouvertement et honnêtement avec Cécilia, en reconnaissant les difficultés auxquelles elle est confrontée. Vous pourriez insister sur le fait qu'en retrouvant son niveau de fonctionnement d'avant la maladie, elle pourra renouer avec plusieurs autres aspects de sa vie auxquels elle prenait plaisir en dehors de son travail (Renseignements généraux, point 19).

Le cas réel

Au moment de la rédaction de ce cas, Cécilia n'a pas travaillé depuis 10 mois. Elle continue d'éprouver de la fatigue et des problèmes de mémoire. Elle prend actuellement Zoloft pour traiter les symptômes d'un trouble dépressif majeur et consulte un psychologue.

Cas numéro 2 : Pauline, âgée de 37 ans

Que répondriez-vous à Pauline?

Il serait important de procéder à une anamnèse et à un examen physique pour mieux évaluer la blessure (Renseignements généraux, point 1). Y a-t-il eu un incident particulier ou s'agit-il d'un problème plus graduel? Est-elle gauchère? A-t-elle récemment apporté des modifications à son bureau, à son clavier ou à son poste de travail? Il faudrait chercher à savoir s'il existe des facteurs aggravants à la maison et au travail. Il faudrait se renseigner sur la vie familiale de Pauline et ses systèmes de soutien en dehors du travail. Dispose-t-elle d'un soutien financier et social si un arrêt de travail est nécessaire et qu'elle n'a pas droit à des indemnités pour accident du travail? Peut-elle faire appel à un ergothérapeute ou à un physiothérapeute si nécessaire? (Renseignements généraux, point 28).

Il faudrait tenir compte des délais de déclaration de la blessure à la commission des accidents du travail de la province car dans la plupart des cas, la loi exige que les prestataires de soins de santé transmettent les rapports d'accident du travail dans les 48 à 72 heures suivant la première visite du patient (Renseignements généraux, point 25b). Il faudrait accorder la priorité à la rédaction du ou des formulaires d'indemnisation de Pauline afin de veiller à ce qu'elle continue d'être payée. Il faudrait vérifier si elle peut effectuer des « tâches allégées » qui lui permettraient de continuer de travailler tout en se rétablissant, ou lui demander de vous envoyer une liste de ses tâches professionnelles (Conseil pour la pratique 1; Renseignements généraux, point 21). Il faudrait indiquer sur les formulaires si vous pensez qu'elle est en mesure de reprendre le travail en effectuant des tâches allégées,

et combien de temps vous estimez qu'il lui faudra pour se rétablir (Renseignements généraux, point 25).

En ce qui concerne les recommandations de traitement, vous pourriez envisager l'utilité d'une évaluation ergonomique en vue du retour au travail de Pauline, en plus de la physiothérapie ou de l'ergothérapie (Renseignements généraux, points 5 et 22). Il serait raisonnable de proposer un AINS pour traiter la douleur.

Vous devriez expliquer le modèle classique de récupération et de modification des tâches après une blessure au poignet (annexe 1). Il faudrait présenter le sujet comme un « retour à la vie » pour bien faire ressortir que son rétablissement ne concerne pas seulement le travail, mais lui permettra aussi de reprendre toutes les autres activités auxquelles elle se livrait avant sa blessure (Renseignements généraux, point 19). Vous devriez vous assurer de fixer un rendez-vous de suivi en temps opportun pour réévaluer sa situation.

Deuxième partie – quatre semaines plus tard

Quelle serait votre stratégie de prise en charge pour que Pauline puisse continuer à travailler et revenir en toute sécurité sur le lieu de travail?

Vous pourriez demander à Pauline si elle souhaite parler plus longuement de ses angoisses liées au retour au travail. Si c'est le cas, vous pourriez commencer par reconnaître les difficultés associées au soutien des parents âgés. Vous pourriez proposer de la mettre en contact avec des services de soins à domicile.

Pour ce qui est des autres anxiétés liées au retour au travail, vous pourriez lui demander si l'environnement de travail au bureau a changé et si c'est pour cela qu'elle hésite à y retourner (Renseignements généraux, point 7). Se sent-elle soutenue par ses collègues et son superviseur? Y a-t-il eu des conflits récemment à son travail? Vous pourriez également vous renseigner sur les résultats de sa dernière évaluation du rendement (tableau 3; Renseignements généraux, point 20).

Il faudrait se pencher davantage sur ses symptômes et, s'il y a lieu, déterminer si elle gagnerait à suivre un programme de consultation dirigé du type TCC (Renseignements généraux, point 2b; annexe 2). Vous pourriez vérifier si elle peut se prévaloir des prestations du programme d'aide aux employés mis en place par son employeur (Renseignements généraux, point 20). Si un soutien psychologique ou une thérapie chez un professionnel n'est pas envisageable, vous pourriez lui proposer des ressources en santé mentale accessibles par téléphone ou en ligne (Renseignements généraux, point 23a; annexe 2).

Vous pourriez envisager de modifier la posologie de ses médicaments si une brève thérapie s'avère infructueuse.

Il faudrait rappeler à Pauline qu'elle n'est pas la seule à s'inquiéter, et que de nombreuses personnes font face à l'anxiété du retour au travail et appréhendent de retrouver la routine du bureau après avoir travaillé à domicile pendant la pandémie (Renseignements généraux, point 7). Vous pourriez lui proposer un plan de retour au travail raisonnable et progressif, par exemple deux ou trois jours par semaine pour commencer, afin de faciliter sa réintégration (Renseignements généraux, points 19c et 21).

Le cas réel

Pauline a pu recommencer à travailler à plein temps, grâce à un plan de retour au travail progressif. Elle travaille trois jours au bureau et deux jours à domicile. Dans le cadre de ce retour au travail progressif, elle a également résolu certains problèmes avec son supérieur hiérarchique et ne s'est plus sentie dévalorisée. Les services de soins à domicile ont pu lui être d'une certaine aide pour ce qui est des soins à donner à son père.

Cas numéro 3 : Roger, âgé de 49 ans

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation et de la prise en charge?

Pour aider à la planification, il faudrait vous renseigner sur les soutiens financiers et sociaux dont dispose Roger. A-t-il droit à des congés de maladie? A-t-il une assurance? Le remplacement de salaire est-il total ou partiel? (Renseignements généraux, point 28).

Vous devriez demander à Roger de vous parler de son environnement de travail. Apprécie-t-il son travail et la culture d'entreprise à l'épicerie? A-t-il obtenu du soutien lorsqu'il a appelé pour dire qu'il était malade? A-t-il l'impression qu'il va se rétablir? (Renseignements généraux, point 2b; tableau 3). Peut-il effectuer des tâches allégées pendant son rétablissement (tableau 4)?

Si Roger n'est pas en mesure de payer les frais de physiothérapie et d'ergothérapie ou si ces services ne sont pas accessibles, vous pourriez lui suggérer d'essayer quelques exercices simples à faire à la maison pour soulager le mal de dos. Il faudrait lui rappeler que dans la plupart des cas de dorsalgie, le mouvement est utile et que le repos et l'immobilité peuvent retarder la guérison et le rétablissement du fonctionnement habituel (Renseignements généraux, point 9a).

Il faudrait procéder à un examen physique ciblé pour éliminer les éventuelles causes graves de lombalgie (Renseignements généraux, point 9; tableau 2), tout en prêtant attention aux capacités et aux limitations fonctionnelles.

Deuxième partie

Comment vous y prendriez-vous pour déterminer la cause de la dorsalgie persistante et croissante de Roger?

Vous pourriez passer en revue avec Roger les cas de lombalgie pour lesquels des examens d'imagerie sont indiqués (Renseignements généraux, points 9b et c). Vous pourriez lui faire comprendre que l'imagerie n'est probablement pas nécessaire étant donné la durée relativement courte de ses symptômes.

Cependant, vous pourriez revenir sur les antécédents et l'examen physique de Roger pour vous assurer de n'avoir manqué aucun signe d'alarme (tableau 2). Si vous craignez que la douleur soudaine et intense soit imputable à une tumeur maligne ou à un autre signe d'alarme, vous devriez envisager de lui faire passer une radiographie pour évaluer l'état de son dos.

Vous devriez être attentif aux divergences entre la douleur et les symptômes signalés par le patient, d'une part, et les mouvements naturels et indicateurs observés pendant l'examen physique, d'autre part. L'examen physique devrait d'abord consister à observer les mouvements du patient avant même qu'il entre dans la salle d'examen proprement dite. Si Roger conteste agressivement votre évaluation diagnostique, votre schéma thérapeutique ou vos plans de prise en charge et de suivi, il serait raisonnable d'envisager l'anxiété liée au retour au travail, voire la simulation (Renseignements généraux, points 6 à 8).

Il faudrait rappeler à Roger les concepts de douleur et de lésion selon lesquels la douleur ressentie après une blessure ne cause pas nécessairement un mal supplémentaire ou n'empêche pas le rétablissement (Renseignements généraux, point 3). Il faudrait l'encourager à ne pas abandonner les exercices à domicile même s'il n'arrive pas à les terminer. S'il résiste toujours, vous pourriez envisager de l'orienter vers un spécialiste de la médecine sportive ou une clinique de la douleur (Renseignements généraux, point 5).

Si vous le soupçonnez de faire semblant d'avoir mal, comment lui feriez-vous part de vos préoccupations?

Il faudrait l'informer qu'il semble y avoir des contradictions entre son récit et les résultats de son examen. Il serait important de le dire de manière ouverte et impartiale, sans accuser le patient de le faire intentionnellement. Vous ne devriez pas carrément laisser entendre que Roger essaie sciemment de profiter du système (Renseignements généraux, point 7). Il faudrait plutôt demander à Roger ce qu'il attend de vous ou ce qu'il espère tirer de la consultation d'aujourd'hui, en restant attentif à tout éventuel « avantage secondaire », par exemple une demande de médicaments (Conseil pour la pratique 2). Vous devriez également tenir compte du fait qu'il peut éprouver une anxiété importante à l'idée de retourner au travail (Renseignements généraux, point 7). Une fois de plus, il faudrait lui expliquer que le mouvement, l'activité physique et le renforcement progressif restent le meilleur moyen de retrouver son fonctionnement normal, et que son plan de retour au travail comportera des tâches modifiées correspondant à ses limitations fonctionnelles, sans toutefois négliger la sécurité et la sensation de confort de son dos (Renseignements généraux, point 3; annexe 1).

Le cas réel
Roger a quitté son poste à l'épicerie parce qu'il n'aimait pas le propriétaire et qu'il espérait que son mal de dos suffirait à le rendre admissible au Régime de pensions du Canada. Après plusieurs consultations et après avoir reçu l'assurance que le résultat de ses radiographies était normal, il a trouvé un emploi de chauffeur-livreur et n'a pas cessé de travailler depuis.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **http://members.fmpe.org/modulefeedback**.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

Auteure : **Annabel Vattheuer, B. Sc. (méd.), M.D.**
Médecin de famille
Winnipeg, Manitoba

Réviseurs : **Sylvia Vantomme, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Regina, Saskatchewan

Avram Whiteman, M.D., maîtrise en santé publique, CCMF, FCMF, boursier de la Commission canadienne de la médecine du travail, et de l'American College of Occupational and Environmental Medicine
Médecin de famille et médecin du travail,
Montréal, Québec

Basak Yanar, Ph. D.
Scientifique associée, Institute for Work & Health
Toronto, Ontario

Rédactrice médicale en chef :
Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :
Meghan Lofft, B. Sc., M. Sc.S.
Hamilton, Ontario

Réviseure : **Laura Van Alphen, M.A., B. Éd.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Amy Pieroway (Steady Brook Terre-Neuve), Poornima Sathi (Saskatoon, Saskatchewan) et Sylvia Vantomme (Regina, Saskatchewan) pour leur contribution aux tables rondes initiales. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Abdelmunem Elfourtia (Edmonton, Alberta), Tunji Fatoye (Winnipeg, Manitoba) et Kristin Heinrichs (Winnipeg, Manitoba), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Annabel Vattheuer, Sylvia Vantomme, Avram Whiteman, Basak Yanar, Haider Saeed et Meghan Lofft n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2022.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/.

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée; l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint). • Études comparatives d'envergure, randomisées, multicentriques, et bien conçues.
Modéré Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction des résultats de futures études.	• Revues systématiques/ méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins; large intervalle de confiance de l'estimation sommaire). • Études comparatives randomisées bien conçues, de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes.
Faible Les conclusions de l'étude pourraient probablement changer en fonction des résultats de futures études.	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants, dont les variations des résultats entre les études sont significatives, ou ne sont pas directement applicables à la population ciblée.
Très faible Les preuves provenant d'études de taille appropriée dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.	• Rapports de cas individuel ou de séries de cas. • Une ou plusieurs études comportant des limites/ risques de biais significatifs.

En plus de la classification ci-dessus, lorsque l'ensemble des preuves appuyant une question spécifique est limité, nous pouvons citer l'opinion d'experts à titre de niveau de preuves le plus élevé disponible.

Sources :

1) Canadian Task Force on Preventive Health Care Quality of Evidence: https://canadiantaskforce.ca/methods/grade/.

2) US Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grade-definitions.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Allen ND, Couser GP, Bostwick JM. Disability Evaluation and treatment for patients with psychiatric disorders. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(8):1766-1774. PMID 32753149
2. Vanichkachorn G, Roy B, Lopez R, Sturdevant R. Evaluation and management of the acutely injured worker. *Am Fam Phys.* 2014;89:17-24. PMID 24444504
3. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl M, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, Cassidy J. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap.* 2016;24:32. PMID 27610218
4. Association of Workers' Compensation Boards of Canada. *Detailed key statistical measures (KSM) report – 2019.* 2019. https://awcbc.org/en/statistics/ksm-annual-report/.
5. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable return to work: a systematic review focusing on personal and social factors. *J Occup Rehabil.* 2019;29:679-700. PMID 30767151
6. Cullen K, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings P, Hogg-Johnson S, Kristman V, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil.* 2018;28:1-15. PMID 28224415
7. Jurisic M, Bean M, Harbaugh J, Cloeren M, Hardy S, Liu H, Nelson C, Christian J. The personal physician's role in helping patients with medical conditions stay at work or return to work. *J Occup Environ Med.* 2017;59:E125-E31. PMID 28598940
8. Russell E, Kosny A. Communication and collaboration among return-to-work stakeholders. *Disabil Rehabil.* 2019;41:2630-9. PMID 29771173
9. O'Hagan F. Work, organisational practices, and margin of manoeuver during work reintegration. *Disabil Rehabil.* 2019;41:172-81. PMID 28960114
10. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Bastien M-F, Wathieu E, Bouchard R, Panaccio A, Guay S, Lecomte T. Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: a scoping review. *J Occup Rehabil*. 2020;30:381-419. PMID 31673934
11. NICE. *Workplace health: long-term sickness absence and capability to work*. NICE Guideline [NG146]. The National Institute for Health and Care Excellence: Public Health England. 2019.
12. Canadian Medical Association. *The treating physician's role in helping patients return to work after an illness or injury*. CMA Policybase. 2013. https://policybase.cma.ca/media/PolicyPDF/PD13-05.pdf.
13. Waters E. *When to request a functional capacity evaluation (FCE) and what to expect*. SMART Rehabilitation. 2019. https://mysmartrehab.ca/when-to-request-a-functional-capacity-evaluation-fce-and-what-to-expect/#:~:text=To%20determine%20eligibility%20for%20workers,unable%20to%20return%20to%20work.

14. Zubera A, Raza M, Holaday E, Aggarwal R. Screening for malingering in the emergency department. *Acad Psychiatry*. 2015;39:233-4. PMID 25476227
15. Alozai U. McPherson P. Malingering. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. PMID 29939614
16. Dobson K. *How to manage return anxiety as the lockdown lifts*. Mental health commission of Canada. 2020. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-06/COVID_19_tip_sheet_Returning_to_work_eng_0.pdf.
17. Waddell G, McCulloch J, Kummel E, Venner R. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* (Phila Pa 1976). 1980;5:117-25. PMID 6446157
18. D'Souza R. Dowling T. Law L. Waddell sign. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. PMID 30137776
19. Fishbain D, Cutler R, Rosomoff H, Rosomoff R. Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell signs) and secondary gain/malingering? *Clin J Pain*. 2004;20:399-408. PMID 15502683
20. Main C, Waddell G. Behavioral responses to examination. A reappraisal of the interpretation of "nonorganic signs". *Spine* (Phila Pa 1976). 1998;23:2367-71. PMID 9820920
21. Becker B, Childress M. Nonspecific low back pain and return to work. *Am Fam Physician*. 2019;100:697-703. PMID 31790184
22. Association of Workers' Compensation Boards of Canada. *National work injury, disease, and fatality statistics*. 2019. https://awcbc.org/wp-content/uploads/2021/04/National-Work-Injury-Disease-and-Fatality-Statistics-2017-2019.pdf.
23. Canadian Association of Radiologists. Five things physicians and patients should question. *Radiology*. 2021. https://choosingwiselycanada.org/radiology/.
24. Verhagen A, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J*. 2016;25:2788-802. PMID 27376890
25. Chao D, Nanda A. Spinal epidural abscess: a diagnostic challenge. *Am Fam Physician*. 2002;65:1341-6. PMID 11996416
26. StatCan. Death rate for influenza and pneumonia in canada from 2000 to 2019. *Statista*. 2021. https://www.statista.com/statistics/434445/death-rate-for-influenza-and-pneumonia-in-canada/.
27. British Lung Foundation. Recovering from pneumonia. *Asthma + lung UK*. 2019. https://www.blf.org.uk/support-for-you/pneumonia/recovery.
28. Sylvain C, Durand M-J, Maillette P. Insurers' influences on attending physicians of workers sick-listed for common mental disorders: what are the impacts on physicians' practices? *Journal of occupational rehabilitation*. 2018;28:531-40. PMID 29192369
29. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivekäs T, Kivimäki M, Virtanen M. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. *Psychosom Med*. 2015;77:126-35. PMID 25675157
30. Farrants K, Friberg E, Sjölund S, Alexanderson K. Work disability trajectories among individuals with a sick-leave spell due to depressive episode ≥ 21 days: a prospective cohort study with 13-month follow up. *J Occup Rehabil*. 2018;28:678-90. PMID 29368028
31. Mazza D, Chakraborty S, Brijnath B, Nowak H, Howell C, Brott T, Atchison M, Gras D, et al. Diagnosing and managing work-related mental health conditions in general practice: new Australian clinical practice guidelines. *Med J Aust*. 2019;211:76-81. PMID 31231820
32. Mazza D, Brijnath B, Chakraborty S, and the Guideline Development Group. *Clinical guideline for the diagnosis and management of work-related mental health conditions in general practice*. 2019. Melbourne: Monash University.
33. de Wit M, Wind H, Hulshof C, Frings-Dresen M. Person-related factors associated with work participation in employees with health problems: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2018;91:497-512. PMID 29700608
34. Orchard C, Carnide N, Smith P, Mustard C. The association between case manager interactions and serious mental illness following a physical workplace injury or illness: a cross-sectional analysis of workers' compensation claimants in Ontario. *J Occup Rehabil*. 2021;31:895-902. PMID 33818670
35. Fan J, Macpherson R, Smith P, Harris M, Gignac M, McLeod C. Age differences in work-disability duration across canada: examining variations by follow-up time and context. *J Occup Rehabil*. 2021;31:339-49. PMID 32910344
36. Algarni F, Gross D, Senthilselvan A, Battie M. Ageing workers with work-related musculoskeletal injuries. *Occup Med* (Lond). 2015;65:229-37. PMID 25759069
37. Macpherson R, Koehoorn M, Fan J, Quirke W, Amick B 3rd, Kraut A, Mustard C, McLeod C. Do differences in work disability duration between men and women vary by province in Canada? *J Occup Rehabil*. 2019;29:560-8. PMID 30506114
38. De Rijk A, Janssen N, Alexanderson K, Nijhuis F. Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands. *Int J Rehabil Res*. 2008;31:327-36. PMID 19008682
39. Krause N, Dasinger L, Deegan L, Rudolph L, Brand R. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med*. 2001;40:374-92. PMID 11598987
40. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health*. 2004;94:82-8. PMID 14713703
41. Statistics Canada. *Proportion of women and men employed in occupations, annual*. Statistics Canada. 2021. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1410033502.
42. Wizner K, Harrell M, Berenji M, Gaspar FW, Christian J. Managing work disability to help patients return to the job. *J Fam Pract*. 2021;70:264-9. PMID 34431771
43. International Association of Industrial Accident Boards and Commissions Disability Management and Return to Work Committee. *Return to work: a foundational approach to return to function: WorkSafeSask*. 2016. https://www.worksafesask.ca/wp-content/uploads/2013/12/Return-to-Work_Foundational-Approach-to-Return-to-Function_Final.pdf.
44. Soo Hoo ER. Evaluating Return-to-work Ability Using Functional Capacity Evaluation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019;30:541-59. PMID 31227130
45. WorkComp Strategies LLC. *Washington department of labor industries claims management performance audit*. Washington state legislature. 2015. https://leg.wa.gov/jlarc/reports/2015/WorkersCompPhase2/f/doc/WCS_FullReport.pdf.
46. Maas E, Koehoorn M, McLeod C. Does gradually returning to work improve time to sustainable work after a work-acquired musculoskeletal disorder in British Columbia, Canada? A matched cohort effectiveness study. *Occup Environ Med*. 2021;78:715-23. PMID 33737329

47. Workers' Compensation Board of Nova Scotia. *Work capabilities definition*. Health Services. 2022. https://www.wcb.ns.ca/Health-Services/Work-Capabilities-Definition.aspx.
48. Workers' Compensation Board Alberta. *Employer - physical demands analysis* (C545 form). Forms and guides. 2019. https://www.wcb.ab.ca/assets/pdfs/employers/C545.pdf.
49. U.S. Bureau of Labor Statistics. *Strength levels*. Factsheets. 2021. https://www.bls.gov/ors/factsheet/pdf/strength.pdf.
50. Occupational Health Clinics for Ontario Workers Inc. *Physical demands analysis (PDA)*. https://www.ohcow.on.ca/edit/files/general_handouts/PhysicalDemandsAnalysis.pdf.
51. Huyck K, McDonough C, Kennedy D, Phillips P, Haig A. Return to work in the pandemic - considerations beyond infection. *PM R*. 2021;13:1044-9. PMID 33251667
52. Institute for Work & Health. *Seven 'principles' for successful return to work*. IWH disability prevention tools. 2014. https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/seven_principles_rtw_2014.pdf.
53. Lippel K, Lötters F. Public insurance systems: a comparison of cause-based and disability-based income support systems. In: Loisel P, Anema J, eds. *Handbook of work disability*. New York, NY: Springer; 2013:183-202.
54. WorkSafe NB. *Disability duration guidelines*. 2009. https://www.worksafenb.ca/media/2196/disability-duration-guidelines.pdf.
55. Association of Workers' Compensation Boards of Canada. *Compensation principles and presumptions (legislation and policy)*. Workers' Compensation Legislation & Policy: Summary Tables. 2014. https://awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/Compensation_Principles_Presumptions.pdf.
56. Centre for Effective Practice. *Poverty: a clinical tool for primary care providers*. The college of family physicians of Canada. 2016. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Poverty/Poverty_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf.
57. Government of Canada. *EI sickness benefits*. Employment Insurance benefits. 2021. https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/ei-sickness.html.
58. Government of Canada. *Pensionable and insurable earnings*. CPP/EI Explained. 2019. https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/tax/canada-pension-plan-cpp-employment-insurance-ei-rulings/cpp-ei-explained/canada-pension-plan-employment-insurance-explained-10.html.
59. Government of Canada. *Canada Pension Plan disability benefits*. Canada Pension Plan – Overview. 2021. https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/cpp-disability-benefit/eligibility.html.
60. Hegmann K, Travis R, Andersson G, Belcourt R, Carragee E, Donelson R, Eskay-Auerbach M, Galper J, et al. Non-invasive and minimally invasive management of low back disorders. *J Occup Environ Med*. 2020;62:e111-e38. PMID 31977923
61. Saskatchewan Workers' Compensation Board. *Disability duration guidelines*. 2015. https://wcbsask.com/sites/default/files/2020-10/11.17.2015.-Disability-Duration-Guidelines.pdf.
62. Workers' Compensation Board of Nova Scotia. *Physicians WCB reference guide*. 2019. https://www.wcb.ns.ca/Portals/wcb/HS%20documents/Physicians-WCB-Reference-Guide.pdf.
63. Workers Compensation Board of Prince Edward Island. *Disability duration guidelines and expected healing times*. 2003. http://www.gov.pe.ca/photos/original/wcb_disabilityg.pdf.

ANNEXE 1. Suggestions concernant les adaptations nécessaires au retour au travail en cas de blessures physiques courantes : entorses et foulures des tissus mous (résumé établi à partir de plusieurs sources)[3,5,33,54,60-63]

Cou	Épaule	Coude/avant-bras	Poignet/main	Région lombaire
À limiter				
• Lever les bras au-dessus du niveau des épaules. • Extension complète des bras. • Soulever/porter des charges légères à moyennes (10-20 lb/4,5-9,1 kg). • Traction avec système de contrepoids. • Monter sur des échelles.	• Monter sur des échelles. • Lever les bras au-dessus du niveau des épaules. • Extension complète des bras. • Soulever/porter des charges légères à moyennes (10-20 lb/4,5-9,1 kg).	• Préhension répétitive/prolongée, surtout s'il y a résistance. • Flexion répétitive des coudes. • Temps passé au clavier ou au volant. • Utilisation d'outils à impact (outils électriques, marteaux).	• Préhension répétitive/prolongée, surtout s'il y a résistance. • Soulever/porter des charges légères à moyennes (10-20 lb/4,5-9,1 kg). • Temps passé au clavier ou au volant.	• Soulèvement fréquent de charges. • Longues périodes en position assise ou debout.
À éviter				
• Soulever/porter une charge en levant les bras au-dessus du niveau des épaules. • Mouvement excessif du cou.	• Maintenir les bras tendus pendant un temps prolongé, surtout s'il y a résistance. • Soulever/porter une charge en levant les bras au-dessus du niveau des épaules.	• Traction avec système de contrepoids. • Rotation de l'avant-bras. • Pression au niveau du coude.	• Positions extrêmes du poignet, surtout s'il y a résistance.	• Soulever des charges de plus de 10 lb/4,5 kg. • Flexion (action de se pencher) prolongée ou répétée.

Veillez à ce que tous les patients blessés qui reprennent le travail puissent travailler à leur propre rythme et s'accorder des micropauses.

Lignes directrices concernant la durée habituelle de l'invalidité* selon la classification des emplois
(intervalle entre le nombre minimal et le nombre maximal de semaines d'arrêt)

	Cou	Épaule	Coude/avant-bras	Poignet/main	Région lombaire
S	0–4	0–3	0–3	0–6	0–2
L	0–5	0–3	0–3	0–6	0–2
M	0–6	1–4	0,5-4	0–6	0–6
P	0,5-8	2–12	1–6	1–8	0-4 (jusqu'à 12)
TP	0,5-52	2–12	2–12	1–12	0-4 (jusqu'à 13)

Facteurs de variation

Pouvant contribuer à réduire la durée de l'invalidité		Pouvant contribuer à prolonger la durée de l'invalidité	
• Niveau de scolarité élevé. • Statut socio-économique élevé. • Sentiment d'auto-efficacité élevé. • Gravité moindre de la blessure/maladie.	• Attentes optimistes quant au rétablissement et au retour au travail. • Soutien de la part du personnel sur le lieu de travail. • Interventions multidisciplinaires de la part des intervenants.	• Trouble de santé mentale préexistant ou concomitant. • Antécédents de congé de maladie et de chômage. • Exigences physiques élevées du travail.	• Douleur ou invalidité importante (limitations d'activité). • Croyances marquées par la peur et l'évitement. • Rapport perçu entre le problème de santé et le travail. • Catastrophisme.

S = sédentaire; L = léger; M = moyennement intense; P = pénible; TP = très pénible.
* La durée de l'invalidité est définie par la période qui s'écoule entre l'apparition d'une maladie et le moment où 75 % des personnes concernées sont en mesure de reprendre le travail.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2 Diagnostic et prise en charge des troubles de santé mentale liés au travail[1,32]

Un état de santé mentale peut être une conséquence directe de l'activité professionnelle ou être le résultat d'un accident du travail :

Résultat de l'activité professionnelle :

- Pressions, événements et/ou changements dans le milieu de travail.
- Relation temporelle entre les changements intervenus dans le lieu de travail et l'apparition des symptômes.
- Le trouble de santé mentale est compatible avec la raison du congé professionnel.

Résultat d'un accident du travail :

- Douleur plus importante consécutive à une blessure musculosquelettique.
- Réaction insatisfaisante aux traitements antérieurs.
- Affection médicale préexistante
- Manque de soutien social.
- Sentiment d'auto-efficacité moindre.
- Méfiance à l'égard des systèmes/du processus d'indemnisation.
- Pression au travail, échec du retour au travail.

Déterminer les **outils** permettant de faciliter le diagnostic :

- PHQ-9 (dépression).
- GAD-7 (anxiété).
- PCL-C (TSPT).
- AUDIT (trouble de l'usage de l'alcool).
- TUS (Troubles liés à la consommation d'une substance).

Diagnostic et prise en charge :

- Informer le patient de son état, des perspectives de guérison et des traitements disponibles en tenant compte de son statut socio-économique et de son origine culturelle.
- Proposer des ressources informatives faciles à utiliser par les patients.
- Favoriser les approches centrées sur le patient et le rétablissement.

Planification du retour au travail :

- Les délais sont très variables, et les objectifs mobiles.
- La plupart des patients reprennent le travail après quelques semaines ou quelques mois.
- Les délais peuvent être indiqués à titre approximatif et être réévalués à mesure que le traitement progresse.
- La TCC axée sur le travail peut être efficace dans le cas de troubles de santé mentale secondaires liés au travail.
- Tirer au clair les facteurs psychosociaux afin de mieux orienter les étapes suivantes du traitement.

Communication adéquate **avec les intervenants :**

- Établir rapidement la communication avec le coordonnateur du retour au travail et la maintenir tout au long du processus de réadaptation.
- Avec le consentement du patient, communiquer avec un intervenant au sein de l'organisme employeur afin de déterminer les mesures d'adaptation possibles en vue de l'allègement des tâches, le cas échéant.

Suivi continu :

- La rémission des symptômes est souvent décalée par rapport à la récupération fonctionnelle.
- Favoriser une amélioration fonctionnelle progressive par des interventions réalisables, durables et de difficulté croissante sur le lieu de travail et l'information des patients.

Ressources :

CAMH. Documentation concernant l'invalidité et les réclamations d'assurance.

Commission de la santé mentale du Canada. Comment prendre en charge l'anxiété du retour.

Association canadienne pour la santé mentale. Localisateur de bureau régional : ressources et services de soutien.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org