

Université de Sherbrooke

**Facteurs contribuant à l'absence de prise en charge ou celle tardive en ergothérapie
de travailleurs accidentés présentant une lombalgie**

Par
Lisane Pelletier
Programme de maîtrise en pratiques de la réadaptation

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Longueuil, Québec, Canada
Juillet 2015

Membres du jury d'évaluation
Marie-José Durand, Directrice du programme de maîtrise en pratiques de la réadaptation
Julie Masse, Mentor dans le cadre du présent projet

© Lisane Pelletier, 2015

RÉSUMÉ

Facteurs contribuant à l'absence de prise en charge ou celle tardive en ergothérapie de travailleurs accidentés présentant une lombalgie

Par

Lisane Pelletier

Programmes de Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Problématique : La lombalgie est une affection fréquente touchant entre 60 à 90% de la population et dont les symptômes disparaissent habituellement en quelques jours ou quelques semaines (Fayad *et al.*, 2004). Au Québec entre 2010 et 2013, plus du tiers (42,6%) des troubles musculo-squelettiques indemnisés à la CSST avaient pour siège de lésion la région lombaire (CSST, 2014). Il faut savoir que les incapacités reliées aux lombalgies peuvent perdurer si elles ne sont pas adressées adéquatement et ainsi engendrer des coûts sociaux et humains importants (Truchon *et al.*, 2010). En effet, entre 2004 et 2007 à la CSST on a observé que les clients indemnisés sur une période de plus de 180 jours à la suite d'une affection vertébrale représentaient 9,5% des travailleurs indemnisés à la CSST (CSST, 2008). Cependant, selon les mêmes statistiques, ces clients ont représenté à eux seuls plus de la moitié (52,7%) des coûts d'indemnisation annuels. Sachant qu'un retour prompt aux activités productives permet de réduire l'incapacité de travail et les indemnités versées, il importe que l'ergothérapeute intervienne rapidement dans ces dossiers afin de prévenir l'incapacité persistante chez cette clientèle (Lydell *et al.*, 2009). Or, en pratique, ce qui est vécu par les ergothérapeutes au Québec ne correspond pas toujours aux recommandations émises dans la littérature scientifique. Dans la réalité, les références en ergothérapie se font parfois tardivement, soit à la phase chronique de la douleur. **But :** Cet essai vise à optimiser la prise en charge des travailleurs accidentés présentant une lombalgie au Québec. Il s'agit donc d'explorer les facteurs relatifs aux délais et à l'absence de prise en charge de cette clientèle en ergothérapie en plus d'émettre des pistes de solution afin d'agir sur la problématique identifiée. **Méthodes :** L'approche a été réalisée avec des méthodes qualitatives. Le projet a été divisé en deux phases : d'abord, une collecte de données avec des entrevues auprès d'acteurs clés en réadaptation au travail (c.-à-d. médecins, physiothérapeutes, conseillers en réadaptation, ergothérapeutes). Un échantillon raisonné a été retenu. Le critère d'inclusion était d'exercer dans la région de Montréal auprès de cette clientèle depuis un minimum d'un an. Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites. Une analyse thématique par relevé de thèmes a par la suite été réalisée (Paillé et Mucchielli, 2010). Les facteurs ont par la suite été catégorisés en facteurs individuels et facteurs organisationnels de Saillour-Glenisson (2003, dans Côté 2008). La deuxième phase visait à émettre des recommandations relatives aux facteurs ayant émergé. La validation des recommandations a été réalisée par des ergothérapeutes selon un échantillon raisonné à l'aide d'un questionnaire envoyé via une plateforme web. La méthode de validation fut adaptée de la Haute autorité de santé (2010). **Résultats :** Pour la première phase, le recrutement des participants a permis d'atteindre le

nombre espéré pour les médecins, conseillers en réadaptation et ergothérapeutes. Par contre, malgré plusieurs stratégies de recrutement, seulement deux physiothérapeutes ont participé aux entrevues sur les six initialement espérés. L'analyse des verbatim a permis d'identifier trois différents facteurs individuels liés à la problématique à l'étude. Le premier facteur fut le rôle de l'ergothérapeute sur le travail, les facteurs psychosociaux et l'autonomie de cette clientèle. Le moment de référence en ergothérapie était le deuxième facteur et finalement, le troisième s'intéressait à la connaissance de l'ergothérapie par les médecins et la population générale. Quant aux facteurs organisationnels, les difficultés d'accès aux ergothérapeutes, la prise en charge par le système médical (adoption du modèle médical et suivi de la clientèle) ainsi que les délais administratifs à la CSST ont émergé. Le système de compensation fut le dernier facteur à être nommé par des participants. Pour la deuxième phase, sept recommandations ont été émises. Quatre d'entre elles visaient les facteurs individuels alors que les trois autres s'intéressaient à ceux organisationnels. Ces recommandations ont par la suite été présentées à cinq ergothérapeutes ayant des profils de compétences différents. Les résultats de la validation révèlent que cinq recommandations sont appropriées avec un accord fort, une autre a été jugée appropriée avec un accord relatif alors qu'une dernière n'a pas obtenu de consensus.

Discussion : Le premier constat est que les répondants semblent saisir le champ de compétences de l'ergothérapeute auprès de la clientèle lombalgique relativement aux interventions sur le travail, les drapeaux jaunes ainsi que l'autonomie. Toutefois, la moitié des acteurs interrogés s'accorde pour dire que l'intervention de l'ergothérapeute est propice à la phase chronique de la douleur. Les ergothérapeutes rencontrés, en revanche, indiquaient que le travailleur présentant une lombalgie devait amorcer l'ergothérapie à la phase aiguë ou subaiguë afin d'intervenir sur les facteurs psychosociaux. Le point de vue des ergothérapeutes se rapproche de la littérature puisque des auteurs suggèrent d'intervenir précocement sur ces facteurs afin d'éviter le passage à la chronicité (CLIP, 2006; Iles, 2008; Poitras, 2012). Concernant les médecins et les physiothérapeutes, cette perception pourrait s'expliquer par l'adoption du modèle médical plutôt qu'une approche biopsychosociale. Or, actuellement, les écrits démontrent que ce modèle médical est insuffisant et connaît certaines limites dans les interventions à long terme auprès des lombalgiques. En regard des facteurs organisationnels, les délais administratifs ont été nommés par certains répondants, ce qui est également confirmé par la littérature (Sinnott, 2009). D'autre part, les recommandations formulées permettent d'envisager un changement dans la situation actuelle en déployant des stratégies de différent ordre telles que la diffusion des résultats aux différents ordres et associations professionnels en ergothérapie et en physiothérapie de même qu'à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Une diffusion de ces recommandations aux programmes de formation universitaire est également suggérée afin d'optimiser l'enseignement de l'interdisciplinarité. Cependant, puisque certaines stratégies impliquent des organismes gouvernementaux, la concrétisation de ces recommandations pourrait être à long terme.

Conclusion : Un changement dans la situation dépeinte dans cet essai est souhaitable afin d'optimiser le rôle de l'ergothérapeute auprès de travailleurs lombalgiques indemnisés par la CSST. Indubitablement, une action concertée par les différents acteurs impliqués auprès de la clientèle lombalgique assurerait un retour prompt et durable au travail. Il est permis d'espérer que s'en suivrait alors une réduction des coûts humains et sociaux reliés aux lombalgies découlant d'un accident du travail.