

Aider les patients à retourner au travail

Les médecins considèrent que leur rôle premier porte sur la santé et le mieux-être de leurs patients. Dans le contexte actuel des soins «axés sur les patients», le médecin établit une relation de collaboration avec le patient et s'assure que c'est le patient qui détermine la nature de l'état de santé et de mieux-être à atteindre. Lorsque le patient est employé, plusieurs autres parties interviennent. Il y a d'abord l'employeur, dont l'intérêt réside dans le retour au travail rapide de l'employé. Il y a ensuite l'assureur de l'employeur, qui veut maintenir le coût des prestations au niveau le plus bas possible. Troisièmement, les membres de la famille du patient veulent voir leur être cher retrouver la santé et ses capacités fonctionnelles. Enfin, il y a le contribuable, qui a un intérêt direct dans la vigueur économique du pays et, par conséquent, dans la productivité de la population active.

La nécessité de renforcer l'économie et les stress physiques et affectifs provenant d'un environnement issu de la décroissance compliquent le processus de retour au travail. Beaucoup d'employeurs et d'assureurs ont établi des politiques sur le retour au travail dirigé pour réduire l'absentéisme. Les gouvernements cherchent maintenant le moindre moyen stratégique d'accroître l'efficacité et considèrent qu'une attestation de maladie par un médecin contribue au rendement médiocre de l'économie. Les médecins sont déchirés entre la loyauté envers leurs patients et les exigences des employeurs, des assureurs et du gouvernement. Beaucoup d'entre eux en sont venus à craindre la visite d'un travailleur malade ou blessé qui brandit des formulaires conçus pour servir des intérêts divergents.

L'AMC sait que ses membres sont confrontés à ces conflits tous les jours. La question a été abordée pour la première fois en 1987, avec l'élaboration d'un sommaire de politique sur les certificats d'incapacité de travailler¹. Les divisions ont élaboré par la suite des politiques afin de guider les médecins lorsqu'ils aident leurs patients à retourner au travail²⁻⁴. En 1995, les délégués au conseil général de l'AMC ont défini le besoin d'une politique nationale et chargé l'association d'en élaborer une. Les politiques actuelles des divisions ont constitué un excellent point de départ.

La nouvelle politique de l'AMC a été élaborée en fonction de données probantes récentes et indique, du moins dans les cas de lombalgie et d'autres formes de douleur

chronique, que plus un patient retourne rapidement au travail, plus il a de chance de recouvrer complètement la santé et de redevenir productif^{5,6}. On a élaboré aussi la politique en tenant compte de la nouvelle philosophie de l'industrie, selon laquelle la responsabilité du retour au travail incombe avant tout à l'employeur et à l'employé, le rôle du médecin consistant à donner des conseils médicaux et de l'appui. Les programmes de retour au travail dirigé mis au point par les employeurs et les assureurs peuvent aider les médecins et les patients à faire face à une maladie ou à une blessure.

Un projet de politique a été distribué à toutes les divisions de l'AMC et à ses sociétés affiliées, ainsi qu'à des groupes d'employeurs, à des commissions des accidents du travail, à des syndicats et à des experts reconnus. Grâce à la pleine contribution de tous les secteurs, on a pu améliorer beaucoup le document de départ. Cette collaboration a été bénéfique pour toutes les parties et propice à l'établissement d'attitudes positives sur le rôle du médecin lorsqu'il s'agit d'aider les patients à retourner au travail. Le Conseil d'administration de l'AMC a approuvé, en décembre 1996, la politique révisée qui paraît dans le présent numéro. Il s'agit d'un premier pas dans l'élaboration d'une stratégie canadienne sur le retour au travail, selon laquelle les médecins, les travailleurs, les employeurs et le public sont partie à un système équitable et efficace qui préserve l'autonomie de la relation patient-médecin tout en contribuant à la productivité économique du Canada.

Judith C. Kazimirski, MD

Présidente

Association médicale canadienne

Références

1. L'Association médicale canadienne. Le certificat médical d'incapacité de travail [sommaire de politique]. *Can Med Assoc J* 1987;137:164B.
2. Medical Care and Practice Committee. Position in support of timely return to work programs and the role of the primary care physician [position paper]. Toronto: Ontario Medical Association, 1994.
3. Ad Hoc Committee on Return to Work After Illness or Injury. Early return to work after illness or injury [position statement]. Edmonton: Alberta Medical Association, 1994.
4. Early return to work after illness or injury [position statement]. Winnipeg: Manitoba Medical Association, 1996.
5. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
6. Dworkin RH, Handlin DS, Richlin DM, Brand L, Vannucci C. Unraveling the effects of compensation, litigation, and employment on treatment response in chronic pain. *Pain* 1985;23:49-59.