

La réadaptation dans le secteur privé

Roger O. Weed, Ph.D.

Debra E. Berens, M.S.
Georgia State University

Perspective historique

Historiquement, la réadaptation dans le secteur privé s'est généralement rapportée à la prestation de services par des organismes d'intérêt privé ou à but lucratif. Ces services financés par des sources privées, comme les compagnies d'assurance, dans le cadre de la gestion des cas médicaux et la réadaptation professionnelle, ont pour objectif la prestation rapide et rentable de services de réadaptation permettant de réduire les frais médicaux et le paiement de prestations (comme les indemnités pour accident de travail et invalidité prolongée), de même que le règlement de poursuites judiciaires pour dommage corporel (Vencil 1995; Weed et Field 2001). Les services de réadaptation dans le secteur privé ont d'abord pris naissance aux États-Unis dans le souci de contrôler la hausse des coûts liés aux demandes d'indemnisation pour accident de travail qui, vers 2004, ont atteint 56 MILLIARDS de dollars américains en prestations et en remboursements de frais médicaux versés aux travailleurs accidentés (*Census Bureau* des États-Unis, 2004), et vers 2005, plus de 19 millions d'Américains ont indiqué avoir des handicaps liés au travail (*Census Bureau* des États-Unis, 2005). Déjà, en 1970, la *INA Insurance Company* employaient des « infirmiers et infirmières en réadaptation » pour surveiller la gestion des cas médicaux, vérifier les dossiers concernant les paiements versés en trop aux établissements hospitaliers et aux médecins et favoriser le retour au travail des travailleurs accidentés par la consultation de médecins dans le but d'obtenir des congés pour des raisons médicales selon les exigences de leur travail (Welch 1979).

Plus tard au cours des années 1970, bon nombre de compagnies d'assurance ont constaté que les conseillers en réadaptation financés par le secteur public (habituellement au service d'une agence fédérale ou de l'État) plaçaient les travailleurs accidentés au travail dans des programmes d'une durée de deux ans et plus, obligeant par le fait même les assureurs à continuer de verser des indemnités aux clients qui avaient terminé les programmes de formation. En réaction à l'accroissement des coûts liés au remboursement des frais médicaux et au versement des salaires perdus à ces clients, certains assureurs ont commencé à chercher des solutions pour contenir les coûts et des moyens d'exercer un contrôle plus rigoureux dans la pratique de la réadaptation médicale et professionnelle auprès des travailleurs accidentés (Weed et Field 2001). Dans la foulée de l'initiative de la compagnie d'assurance INA, d'autres assureurs ont embauché des infirmières et des conseillers en réadaptation. La gestion des demandes de prestations de l'une de ces compagnies, Crawford and Company, est l'une des plus agressives en termes de prestation de services de réadaptation dans le secteur privé : elle compte, en 2008, des bureaux dans plus de 63 pays à travers le monde (Crawford and Company 2008).

Saisissant apparemment une occasion, les infirmières entrepreneures, les conseillers professionnels et les spécialistes en placement ont abordé les compagnies d'assurance avec la promesse de réduire les coûts liés aux réclamations en payant des professionnels en réadaptation du secteur privé afin de les aider à gérer leurs cas. Des économies ont été réalisées grâce à la conclusion de dossiers (fermés à la suite du consentement à verser une somme d'argent déterminée au travailleur blessé) ou en permettant au travailleur de retourner au travail et d'occuper un emploi rémunérateur en l'espace de quelques semaines ou quelques mois, ce qui permet souvent une économie de milliers de dollars en prestations mensuelles. Comme on pouvait s'y attendre, beaucoup de nouveaux expert-conseils en réadaptation du secteur privé ont d'abord été embauchés par des assureurs, mais ils eurent tôt fait d'apprendre qu'ils ne pouvaient être rentables financièrement et jouir d'une plus grande souplesse et d'une plus grande liberté en entrant dans la pratique privée, souvent en tant qu'uniques titulaires ou propriétaires de petites entreprises. Il est également intéressant de souligner que bon nombre d'entreprises de plus grande taille avaient anticipé l'avantage d'embaucher à l'interne leurs propres professionnels en réadaptation pour coordonner les soins médicaux et les services de réadaptation et planifier le retour au travail des employés accidentés.

Au début, les compagnies d'assurance privées étaient libres de choisir de maintenir en poste les professionnels du secteur privé, ou non, selon ce qui semblait le plus souhaitable pour leurs affaires. Cependant, en l'espace de quelques années, beaucoup de gouvernements d'État ont adopté des lois qui exigeaient la gestion des cas médicaux et le recours aux évaluations en réadaptation (surtout de nature professionnelle) pour les travailleurs accidentés, ce qui a entraîné un déferlement d'entreprises de réadaptation du secteur privé à l'échelle nationale (Weed et Field 2001). Au fil des années toutefois, la plupart des États ont renversé les lois « mandatées » relatives aux services de réadaptation (surtout les lois sur l'indemnisation des travailleurs) et de tels services sont, au moment d'écrire ces lignes, destinés principalement à protéger les travailleurs dont les blessures ou les limitations fonctionnelles correspondent à la définition de « blessure grave » établie par l'État.

Par ailleurs, les États-Unis ont continué d'être les chefs de file dans le domaine de la réadaptation du secteur privé et les services se sont diversifiés pour remplir d'autres rôles en matière de limitations fonctionnelles dans le secteur privé (Matkin 1987) : par exemple, le conseil professionnel, l'analyse des emplois, le placement, la prospection d'emploi, le contrôle et le suivi des cas, les enquêtes sur le marché du travail, la consultation en matière d'ergonomie et d'accessibilité du milieu de travail, les évaluations psychologiques et psychiatriques, la gestion des cas médicaux, le recours aux témoins experts dans les cas litigieux, le recours aux rapports d'expertise dans le domaine du travail pour les réclamations d'assurance-invalidité de la sécurité sociale, la consultation en matière de restructuration des emplois, la formation axée sur l'acquisition de compétences en recherche d'emploi, la consultation et le counseling dans le cadre de programmes d'aide au personnel (PAE), le counseling au sujet de divers troubles (troubles personnels, troubles dans l'adaptation liée à la blessure professionnelle, troubles familiaux et matrimoniaux, toxicomanie, douleur et stress, troubles psychiatriques/émotifs, etc.), la consultation en matière de sélection professionnelle,

l'évaluation de programmes, la consultation en matière de gestion de la réadaptation ou des limitations fonctionnelles, les négociations syndicales et la vérification de la facturation des services médicaux.

Associations et ordres professionnels de la réadaptation du secteur privé et questions connexes

Durant les premières années de la réadaptation du secteur privé, il y avait peu d'occasions de réseautage en raison du manque d'organismes dédiés à la prestation de services de réadaptation dans le secteur privé. À la fin des années 1970, la *National Association of Rehabilitation Professionals in the Private Sector* (NARPPS) (aujourd'hui connue sous le nom de l'*International Association of Rehabilitation Professionals* (IARP)) a été fondée et constituée en personne morale en 1981. Peu après, on retrouvait des sections dans tous les États américains, puis d'autres furent établis par la suite au Canada et en Irlande (IARP 2008). Au fur et à mesure que le domaine professionnel a évolué, l'IARP a fait de même en formant des sections d'intérêt liées aux sous-spécialités de la pratique de la réadaptation dans le secteur privé. (Note: il existe une multitude d'organismes ayant vu le jour ces dernières années qui représentent des segments spécialisés de la pratique, et quelques-uns de ceux-ci figureront plus loin dans la liste de la section sur les ressources dans cet article. Depuis que l'IARP a une visée internationale, multidisciplinaire et sans lien spécifique aux limitations fonctionnelles, les sections d'intérêt sont mentionnées ici à titre de représentation de certaines des tendances contemporaines dans la pratique de la réadaptation dans le secteur privé). Les quatre sections d'intérêt énumérées ci-dessous représentant la majorité des activités du domaine de la réadaptation dans le secteur privé aux États-Unis:

- La section liée à la gestion des cas, représentant les gestionnaires de cas, est considérée comme un service avantageux depuis les débuts de la réadaptation du secteur privé. Les milieux de travail comprennent la pratique privée individuelle, les entreprises de gestion des cas à but lucratif, les grandes sociétés par actions, les compagnies d'assurance maladie, les établissements hospitaliers, les bureaux de procureurs et autres. La prestation de services de gestion des cas médicaux s'effectue généralement pour les personnes ayant des blessures graves, des maladies chroniques, des risques prénataux, des conditions de santé complexes (comme le VIH, les transplantations d'organes, le cancer et le diabète), ainsi que dans le cas de soins gériatriques pour les aînés, la gestion des cas sociaux et psychologiques, la gestion des maladies et l'éducation des patients en matière de sécurité (*Commission on Case Management Certification* 2008).
- La section judiciaire représente les professionnels de la réadaptation qui offrent leur témoignage à titre de spécialistes et une consultation en matière de poursuites judiciaires ou d'indemnité pour accident de travail. Ces professionnels effectuent couramment des évaluations relativement aux effets d'une blessure ou d'une limitation fonctionnelle sur l'aptitude d'une personne à travailler et facilitent la détermination des « dommages »

- La section liée à la planification des soins à vie est étroitement liée à la section judiciaire dans bien des cas et on la connaît également sous le nom de l' « International Academy of Life Care Planners ». Un plan de soins à vie se définit comme « un document dynamique basé sur des normes de pratique publiées, une évaluation approfondie, une analyse des données et des recherches qui fournit un plan structuré et concis des besoins actuels et futurs et des coûts associés pour les personnes ayant subi des blessures graves ou nécessitant des soins de longue durée » (Weed 2004, p. 3). Comme on pouvait s'y attendre, les plans de soins à vie jouent un rôle fondamental dans l'identification des besoins d'une personne ayant subi une blessure causée par des tiers et bon nombre de planificateurs de soins consultent ou témoignent aussi dans des cas litigieux (judiciaires). Les plans de soins à vie sont également utiles dans la détermination d'un plan de soins et de réserves financières pour les compagnies d'assurance contre les accidents de travail et les compagnies d'assurance maladie, les établissements de soins gériatriques, l'adoption d'enfants nécessitant des soins de santé complexes et la planification successorale d'un membre de

- La section liée à la gestion des limitations fonctionnelles attire les prestataires de réadaptation du secteur privé qui offrent des services pour faciliter la récupération physique d'un travailleur blessé au travail, un programme de réadaptation et de retour au travail, tout en contrôlant simultanément l'accroissement des coûts des blessures et des limitations fonctionnelles pour les employeurs, les assureurs et le gouvernement (*Commission on Disability Management Specialists*, 2008). Le professionnel en gestion des limitations fonctionnelles se préoccupe également de réduire la perte en heures de travail par le biais de la prestation d'éducation et de formation sur le contrôle des pertes auprès des employeurs, ainsi que de programmes de retour au travail. Un employeur, plutôt qu'un assureur, a souvent recours aux services d'un professionnel en gestion des limitations fonctionnelles dans lesquels le syndicat et l'administration ont une responsabilité commune en tant que décideurs, planificateurs et coordonnateurs ayant un rôle à jouer dans les interventions et les services axés sur le travail. La prestation des services de gestion des limitations fonctionnelles comporte une interaction complexe entre les travailleurs ayant des limitations fonctionnelles, les employeurs, les assureurs, les syndicats, les prestataires de soins médicaux, les agences gouvernementales et les professionnels de la gestion des limitations fonctionnelles. En général, les professionnels de la gestion des limitations fonctionnelles doivent avoir la formation requise pour travailler au sein du système afin de pouvoir réaliser une situation « gagnante-gagnante » pour toutes les parties concernées (Weed et Hill 2008).

Un autre sujet pertinent dans la réadaptation du secteur privé est l'agrément. Bien que ces détails dépassent la portée de cette entrée encyclopédique, le lecteur doit tout de même être informé que les professionnels des États-Unis, du Canada et, dans une certaine mesure, des autres pays, ont accès à de multiples processus d'agrément leur permettant de faire valoir leur titre professionnel dans leur(s) domaine(s). Aux États-Unis, les programmes nationaux d'agrément propres à la réadaptation du secteur privé s'adressent aux conseillers en réadaptation, aux évaluateurs de la capacité du travail, aux infirmières légales, aux planificateurs de soins à vie, aux spécialistes du domaine du travail, aux infirmières en réadaptation et aux gestionnaires de cas. Dans certains États, on exige également un permis d'exercice pour certaines professions, comme le counseling en réadaptation, le counseling professionnel, les soins infirmiers, la médecine, la neuropsychologie et la psychologie, l'ergothérapie, la physiothérapie, ainsi que l'orthophonie et la logopédie.

Il est également intéressant de s'attarder à la prestation éthique des services. Ces dernières années, et comme dans les autres domaines de la prestation professionnelle de services aux personnes, on a parfois accusé des individus de poser des défis éthiques dans

la prestation de leurs services de réadaptation dans le secteur privé (Weed et Field 2001). En réaction à la croissance, à la transformation et à l'évolution des systèmes de prestation des services au sein de la réadaptation du secteur privé aux États-Unis et à l'étranger, les normes et le code de déontologie de l'IARP ont été révisés et mis à jour afin que leur application corresponde à la réalité contemporaine de la prestation des services en réadaptation (Barros-Bailey, Holloman, Berens, Taylor et Lockhart 2005). Tout en reconnaissant que les services de réadaptation sont offerts dans le cadre d'une multitude de lois ou de codes d'administration de nature internationale, fédérale, locale et étatique et par une gamme d'établissements du secteur privé et du secteur public, l'IARP admet que différentes méthodes de prestation de services peuvent s'appliquer dans différents pays ou juridictions en regard de la pratique de la gestion des cas médicaux, de l'évaluation de la capacité au travail, de l'élaboration de plan de réadaptation, de la prospection d'emploi et du placement, de la formation en cours d'emploi, du recyclage professionnel et du travail autonome. À cette fin, l'IARP est en faveur du fait que les méthodes utilisées par le professionnel en réadaptation devraient être applicables dans le domaine de pratique spécifique ou le pays et la juridiction dans lesquels les services sont offerts (*IARP Code of Ethics and Standards of Practice and Competencies*, 2007). De plus, dans une étude de Weed, Berens et Pataky (2003), un examen des réclamations déposées pour faute professionnelle auprès des compagnies d'assurance et devant la *Commission for Rehabilitation Counselor Certification* (qui émet des certificats d'agrément aux conseillers en réadaptation au Canada et aux États-Unis) a démontré qu'en dépit du fait que les professionnels de la réadaptation du secteur privé n'étaient pas immunisés contre les réclamations pour faute professionnelle et les plaintes liées à l'éthique, les professionnels en réadaptation avaient en moyenne des rapports primes-sinistres inférieurs aux autres professionnels occupants des postes de services à la personne. L'un des domaines pouvant présenter un défi éthique pour le professionnel de la réadaptation du secteur privé travaillant en collaboration avec les assureurs est la perception qui veut que les professionnels en réadaptation recevant un paiement direct sont influencés et plus réceptifs aux demandes des compagnies d'assurance. Cela peut donc se traduire par des défis déontologiques et éthiques qui ne sont généralement pas considérés comme un problème pour leurs homologues des services des agences publiques. Et un assureur qui emploie directement la personne constitue une situation encore plus compliquée pour le professionnel.

Présence internationale

À l'échelle internationale, il semble y avoir des activités restreintes dans le domaine de la réadaptation du secteur privé, bien qu'il y ait au Canada, comme indiqué ci-dessus, un certain nombre de conseillers en réadaptation, de planificateurs de soins à vie, de gestionnaires de cas médicaux et de cas d'invalidité dans le secteur privé. Le Canada se charge d'une section distincte de l'IARP, et au moins deux agences d'agrément offrent un certificat d'agrément distinct pour les conseillers en réadaptation et les planificateurs de soins à vie canadiens. L'Irlande possède également une section active de l'IARP et peu d'entreprises y offrent des services du secteur privé, comme la gestion des cas et la gestion des limitations fonctionnelles (communication personnelle avec B. Webster, 10 mai 2008; M. Henderson, 10 mai 2008), ainsi que des programmes d'aide au personnel (EAP) (communication personnelle avec M. Darmody, 12 mai 2008).

Les autres pays offrant des services de gestion des cas, de réadaptation professionnelle et de gestion des limitations fonctionnelles (qui sont des professions en croissance) sont le Royaume-Uni, la majeure partie de l'Europe, Israël, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et la plupart des îles des Caraïbes, les territoires sous tutelle des États-Unis, de même que quelques services de gestion des cas en Afrique du Sud (Shrey et Grannemann 2004; communication personnelle avec P. Deutsch, 8 mai 2008; communication personnelle avec D. Shrey, 15 avril 2008, communication personnelle avec M. Henderson, 10 mai 2008). De plus, plusieurs pays asiatiques ont démontré un intérêt pour les concepts de gestion des limitations fonctionnelles en cherchant l'apport de spécialistes occidentaux par le biais d'une formation à ces concepts, mais, au moment d'écrire ces lignes, la plupart de ces services sont encore offerts ou financés par le gouvernement (communication personnelle avec D. Shrey, 15 avril 2008). Pour une enquête détaillée sur la gestion des limitations fonctionnelles liées aux professions et pour de plus amples renseignements, le lecteur est invité à se reporter au rapport publié par Shrey et Grannemann en 2004.

Conclusion

En résumé, les États-Unis semblent être les principaux prestataires de diverses formes de réadaptation du secteur privé, bien que beaucoup d'autres pays présentent une source fertile de potentiel commercial où quelques entrepreneurs semblent prendre pied. Certains services de gestion des demandes d'entreprises internationales, comme les sociétés General Electric (communication personnelle avec M. Henderson, 10 mai 2008) et Crawford and Company, ont des spécialistes à l'interne qui présentent les concepts de la réadaptation dans le secteur privé aux entreprises de divers pays comme une possibilité de service à offrir à leur personnel et à leurs partenaires. En raison de la réceptivité et de l'esprit entrepreneurial des professionnels du secteur privé, et de l'avantage reconnu de la prestation de services de qualité, opportuns et rentables, il est à prévoir qu'au fil du temps la réadaptation du secteur privé sera de plus en plus axée sur le marché.

Ressources utiles

Gestion de l'invalidité

www.cdms.org

Disability Management Employer Coalition (International)

(Coalition des employeurs en gestion de l'invalidité)

www.DMEC.org

Gestion de cas

www.ccmcertification.org

International Academy of Life Care Planners

(Académie internationale des planificateurs de soins à vie)

www.ialcp.org

International Association of Rehabilitation Professionals

(Association internationale des professionnels en réadaptation)

www.rehabpro.org

Planification des soins à vie

www.ichcc.org (agrément canadiens et américains)

www.aanlcp.org (infirmières seulement)

Counseling en réadaptation

www.crc certification.com (agrément canadiens et américains)

www.abve.org (agrément américain pour les spécialistes du domaine du travail/vocational experts)

<http://nrca-net.org> (organisme des États-Unis)

www.rcaa.org.au (organisme australien)

Bibliographie

Barros-Bailey, M., Holloman, J., Berens, D., Taylor, R., Lockhart, C. 2005.

IARP Code of Ethics, Standards of Practice, and Competencies, 2005 Revision. The Rehabilitation Professional, 13(4), 51-60.

CCMC [Internet] About case management [cited 2008 May 12] available from <http://www.ccmcertification.org/download/background.pdf>

CDMS [Internet] Scope of practice (Cited 2008 May 13] available from http://new.cdms.org/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=50

Crawford and Company [Internet]. Company Profile. [cited 2008 May 12]. Available from <http://www.crawfordandcompany.com/Ghome.aspx>

IARP [Internet]. IARP milestones [cited 2008 May 12] Available from <http://www.rehabpro.org/about-iarp/milestones>

IARP [Internet]. IARP Code of Ethics, Standards of Practice, and Competencies [cited 2008 May 28]. Available from <http://www.rehabpro.org/ialcp/about-iarp/standards-and-ethics>

Matkin R. 1987. Private sector rehabilitation. In: Rubin S, Roessler R, editors. Foundations of the vocational rehabilitation process, 4th ed. Austin, TX: Pro-ed p 375-439

Shrey D, Grannemann, T. 2004. International Survey of Disability Management Practices. Cincinnati, OH: Advanced Transitions, Inc.

- U. S. Census Bureau [Internet] 2004. Table 542. Workers' Compensation Payments: 1990 to 2004. [Cited 2008 May 8]. Available from <http://www.census.gov/compendia/statab/tables/08s0542.pdf>
- U.S. Census Bureau 2005. Table 541. Persons with work disability by selected characteristics: 2005. [cited 2008 May 12]. Available from <http://www.census.gov/compendia/statab/tables/08s0541.pdf>
- Vencil, MP. 1995. Private sector rehabilitation. In: Dell Orto, A, Marinelli, R, editors. Encyclopedia of disability and rehabilitation. New York, (NY): Macmillan Library Reference USA. p 570-573.
- Weed, R. (1990). The role of the rehabilitation expert. In PESI, Georgia proof of personal injury damages, pp II-1 – II-60. Eau Claire, WI: Professional Educational Systems
- Weed, R. (1995). Forensic rehabilitation. In A. E. Dell Orto & R. P. Marinelle (eds.) Encyclopedia of disability and rehabilitation, 326-330. New York: Macmillan
- Weed, R. 1999/2004. Life care planning: Past, present and future. In: Weed R, editor Life Care Planning and Case Management Handbook, 2nd ed, Winter Park (FL): CRC Press. p 1-13.
- Weed, RO, Berens, DE, Pataky, SK. 2003. Malpractice and ethics issues in private sector rehabilitation practice: An update for the 21st century. The Rehabilitation Professional, 11(1), 47-54.
- Weed, RO, Field, TF. 2001. The Rehabilitation Consultant's Handbook, 2nd ed. Athens, (GA): Elliott & Fitzpatrick.
- Weed, R, Hill, J, 2008. The CRC Guide to success, 9th edition. Athens, (GA): Elliott & Fitzpatrick.
- Welch, GT. 1979. The relationship of rehabilitation with industry. Journal of Rehabilitation, 22(1), 30-33.