

Université de Montréal

Effet des pratiques administratives à la durée d'absence des travailleurs atteints de  
maux de dos d'origine professionnelle

Par

Marianick Fagnou

École de relations industrielles

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M. Sc.)  
en relations industrielles

Août, 1999

© Marianick Fagnou, 1999

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Effet des pratiques administratives à la durée d'absence des travailleurs atteints de  
maux de dos d'origine professionnelle

présenté par :

Marianick Fagnou

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Bernard Brody : Président-rapporteur

Pierre Durand : Directeur de recherche

Tania Saba : Membre du jury

Mémoire accepté le : 23 septembre 1999

## SOMMAIRE

Les maux de dos d'origine professionnelle constituent un problème de première importance dans nos sociétés occidentales. Ils constituent une des premières causes de la durée d'absence prolongée du travail. C'est pour cette raison que plusieurs équipes de recherche se sont penchées sur la prise en charge des travailleurs atteints de maux de dos chroniques. L'équipe de Loisel et coll. (1996) a développé, en particulier, le modèle de Sherbrooke visant à gérer de façon multidisciplinaire cette prise en charge et ainsi à prévenir la chronicité chez les travailleurs atteints de maux de dos d'origine professionnelle.

Le but de notre recherche visait à poursuivre l'analyse des résultats émis par cette équipe de recherche et à identifier et à évaluer la contribution des pratiques administratives liées à la gestion des dossiers sur la durée d'absence du travail.

Nous avons donc procédé à une compilation des délais administratifs en regard de la durée totale d'absence chez des travailleurs des groupes soumis dans l'étude de Loisel et coll. (1996) au processus d'intervention clinique et de réadaptation seulement et au processus d'intervention complète (modèle de Sherbrooke) (Loisel et al., 1997).

L'analyse effectuée auprès de 56 travailleurs dont 31 avaient reçu l'intervention clinique et de réadaptation seulement et 25 l'intervention complète (modèle de Sherbrooke) démontre que la durée des délais administratifs est inversement proportionnelle à la durée d'absence du travail sous nos deux composantes, c'est-à-dire l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier. D'autres variables, telles que la gravité de la lésion, le sexe et dans le cas particulier de l'absence du poste de travail régulier, la perception de la douleur (McGill-Melzack) et le secteur d'activité de l'entreprise, contribuent également à la durée d'absence du travail.

En conclusion, le modèle de prise en charge de Loisel et coll. (1997) contribue à réduire la durée d'absence du travail en contrôlant les délais administratifs associés à une prise en charge. La durée des traitements contribue de façon relativement plus importante que les délais administratifs à l'augmentation de la durée d'absence du travail.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux .....	V
Liste des figures .....	VII
Remerciements .....	X
Introduction .....	1
Chapitre I : Objet, état des connaissances et problématique .	4
1.1. Objet de la recherche .....	4
1.2. État des connaissances .....	6
1.3. Problématique .....	22
Chapitre II : Cadre conceptuel .....	27
2.1. Type de recherche .....	27
2.2. Modèle conceptuel .....	29
2.3. Opérationnalisation des variables .....	31
2.4. Hypothèse de recherche .....	40
2.5. Objectifs de recherche .....	41
Chapitre III : Méthodologie de la recherche .....	43
3.1. Constitution de l'échantillon .....	43
3.2. Méthode de collecte des données .....	47
3.3. Résumé des méthodes d'intervention .....	51
3.4. Méthodes d'analyse .....	54

<b>Chapitre IV : Présentation des résultats .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1. Analyse descriptive .....</b>	<b>59</b>
<b>4.2. Analyse bivariée .....</b>	<b>82</b>
<b>4.3. Analyse multivariée .....</b>	<b>88</b>
<b>Chapitre V : Discussion des résultats .....</b>	<b>101</b>
<b>5.1. Rappel de l'hypothèse et des objectifs .....</b>	<b>101</b>
<b>5.2. Atteinte des objectifs .....</b>	<b>102</b>
<b>5.3. Méthodologie .....</b>	<b>109</b>
<b>5.4. Développements futurs .....</b>	<b>111</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>112</b>
<b>Lexique .....</b>	<b>114</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>117</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>128</b>
<b>I. Tableaux 3a et 3b</b>	
<b>II. Questionnaire McGill-Melzack</b>	
<b>III. Questionnaire Oswestry</b>	
<b>IV. <i>Sickness Impact Profile</i> (SIP)</b>	
<b>V. Pratiques administratives</b>	
<b>VI. Grille de collecte des données</b>	

**LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Modèle spécifique de la variable dépendante
- Tableau 2 : Modèle spécifique de la variable indépendante
- Tableau 3a : Classification des entités cliniques — colonne lombaire
- Tableau 3b : Structure des grands groupes de la Classification nationale des professions
- Tableau 4 : Modèle spécifique des variables intermédiaires
- Tableau 5 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude de Loisel et coll. (1996)
- Tableau 6 : Outils d'évaluation utilisés par l'équipe de Loisel (1996)
- Tableau 7 : Échelle de mesure selon les variables de notre étude
- Tableau 8 : Synthèse des facteurs pathologiques, individuels, organisationnels et économiques
- Tableau 9 : Jours d'absence pour les 56 travailleurs
- Tableau 10 : Jours d'absence pour chacun des deux groupes à l'étude
- Tableau 11 : Durée des délais d'intervention totaux
- Tableau 12 : Durée des délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements (jours)

- Tableau 13 : Durée des délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements pour les groupes 1 et 2 (jours)
- Tableau 14 : Résultats de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson de la variable indépendante
- Tableau 15 : Résultats de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson des variables intermédiaires
- Tableau 16 : Valeur de t des tests de Student (sexe) et analyse de variance (secteurs d'activité de l'entreprise)
- Tableau 17 : Analyses de survie par groupe de variables pour l'absence de tout travail (n = 46)
- Tableau 18 : Analyses de survie par groupe de variables pour l'absence du poste de travail régulier (n = 46)
- Tableau 19 : Analyses comparatives de survie des deux groupes d'étude pour l'absence de tout travail (n = 46)
- Tableau 20 : Analyses comparatives de survie des deux groupes d'étude pour l'absence du poste de travail régulier (n = 46)



**LISTE DES FIGURES**

- Figure 1 :           Modèle d'appréhension du processus d'absence lors d'accidents du travail
- Figure 2 :           Étapes et délais prévus en matière d'évaluation médicale
- Figure 3 :           Groupes de travailleurs issus de la randomisation
- Figure 4 :           Modèle conceptuel de l'absentéisme à la suite d'une lésion professionnelle
- Figure 5 :           Schéma du processus d'intervention dans l'étude de Loisel et coll. (1996)
- Figure 6 :           Distribution des travailleurs selon la gravité de l'atteinte
- Figure 7 :           Distribution des travailleurs selon l'âge
- Figure 8 :           Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire McGill-Melzack
- Figure 9 :           Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire Oswestry
- Figure 10 :          Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire *SIP*
- Figure 11 :          Distribution des travailleurs selon l'absence de tout travail

- Figure 12 : Distribution des travailleurs selon l'absence du poste de travail régulier
- Figure 13 : Distribution des travailleurs selon le total des délais d'intervention
- Figure 14 : Distribution des travailleurs selon les ratios délais totaux / absence de tout travail
- Figure 15 : Distribution des travailleurs selon les ratios délais totaux / absence du poste de travail régulier
- Figure 16 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, première consultation avec le médecin spécialiste
- Figure 17 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, deuxième consultation avec le médecin spécialiste
- Figure 18 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, classe de dos
- Figure 19 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, thérapie de récupération fonctionnelle
- Figure 20 : Absence de tout travail en fonction du ratio délais totaux / absence de tout travail
- Figure 21 : Absence du poste de travail régulier en fonction du ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier
- Figure 22 : Courbes de survie de l'absence de tout travail en fonction des deux groupes d'étude

Figure 23 : Logarithme moins le logarithme de la survie en fonction de l'absence de tout travail

Figure 24 : Courbes de survie de l'absence du poste de travail régulier en fonction des deux groupes d'étude

Figure 25 : Logarithme moins le logarithme de la survie en fonction de l'absence du poste de travail régulier

## REMERCIEMENTS

Je tiens en tout premier lieu à remercier les membres du corps professoral de l'École des relations industrielles et tout spécialement mon directeur de recherche, Monsieur Pierre Durand, ainsi que les membres du jury, Monsieur Bernard Brody et Madame Tania Saba. De par leurs commentaires et leurs conseils, ils m'ont permis d'orienter efficacement mes analyses et la rédaction finale du rapport de recherche.

Mes remerciements vont également à l'équipe de chercheurs composée de Loisel, Durand, Gosselin, Simard et Turcotte qui m'ont accordé la permission d'utiliser les données qu'ils avaient recueillies dans le cadre d'une recherche portant sur le développement et l'évaluation d'un programme clinique et ergonomique de prévention de la chronicité des dorso-lombalgies et de consulter certains dossiers.

Finalement, j'aimerais aussi remercier mes parents, Annick et François, ma sœur, Marie-Yvonne, et mes ami(e)s, Marilyn, Carole, Julie, François et Nathalie, qui, de par leurs encouragements et leur appui, m'ont donné le courage et la volonté, malgré toutes les épreuves rencontrées, de terminer ce grand projet. Et à tous les autres que je n'oublie pas, un grand merci.

## INTRODUCTION

L'absentéisme est un phénomène auquel les divers organismes (entreprises, gouvernements, etc.) s'intéressent particulièrement. En effet, il entraîne des coûts importants et constitue un problème de gestion des ressources humaines sérieux pour la plupart des gestionnaires.

En outre, la nature de l'absentéisme, c'est-à-dire les raisons invoquées pour une absence, peut prendre différentes formes. Certaines entreprises définissent l'absence comme tout manque à la présence au travail, qu'il soit dû à la maladie, à un accident, à un conflit de travail, aux vacances, etc. Pour les fins de cet exposé, notre portrait d'ensemble du phénomène portera sur les absences reliées aux accidents du travail, plus particulièrement aux maux de dos d'origine professionnelle.

Au Québec, chaque année, plusieurs dizaines de milliers de travailleurs se blessent au travail. Dans la plupart des cas, ces accidents n'occasionnent aucune absence du travail puisqu'ils n'empêchent pas le travailleur d'occuper son emploi au-delà de la journée où l'accident s'est produit. En l'occurrence, ce sont 150 000 de ces travailleurs qui s'absentent de leur travail à la suite d'une lésion d'origine professionnelle (Rapport annuel de la CSST, 1995). Approximativement 80 % de ceux-ci retournent au travail à l'intérieur d'une période de six (6) mois. Les vingt pour cent (20 %) restants, connaissant des périodes d'absence du travail de plus de six (6) mois (Hazard et al., 1989; Kelsey et Golden, 1988), représentent quelques 62 millions de dollars de dépenses annuellement aux États-Unis (Laabs, 1993). Dans certains cas, ce chiffre représente de 85 à 95 % des coûts de compensation (Feuerstein et Theborge, 1991; Frymoyer 1992), essentiellement en salaire de remplacement, en soins médicaux ainsi qu'en réadaptation (Bell, 1994; Johnson et coll., 1987). Ces données peuvent être appliquées à notre système de réparation des accidents du travail (Spitzer et coll., 1987; CSST, 1991; CSST, 1994).

Différents facteurs sont à l'origine de cette durée d'absence prolongée chez les travailleurs accidentés dans le cadre du travail. Le modèle d'appréhension du processus d'absence lors d'accidents du travail comporte en général cinq grandes composantes : pathologique, individuelle, organisationnelle, économique et administrative. La composante pathologique se caractérise par la gravité et le siège de la lésion que présente le travailleur accidenté (Abenheim et coll., 1995; Andersson et coll., 1983; Tate, 1992). Quant aux facteurs démographiques et psychologiques qui se rapportent au travailleur en tant que tel, ils font partie de la composante individuelle (Frasier, 1987; Hester et coll., 1986; Lancourt et Kettelhut, 1992; Milhous et coll., 1989; Reesor et Craig, 1988; Tate, 1992; Waddell et coll., 1993). La composante organisationnelle, pour sa part, touche davantage la nature du travail effectué par le travailleur accidenté, soit le poste occupé, le secteur d'activité de l'entreprise, les pratiques d'assignation temporaire, etc (Cheadle et coll., 1994; Côté Desbiolles, 1989; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Milhous et coll., 1989). Lorsque nous parlons de composante économique, nous parlons de tout revenu supplémentaire versé au travailleur ou de l'expérience antérieure de compensation du travailleur (Frymoyer et Baril-Cats, 1987; Milhous et coll., 1989; Sander et Meyers, 1986). Enfin, la composante administrative est définie comme étant la gestion de toutes les étapes engendrées lors du traitement du dossier d'un travailleur accidenté. Ici, il s'agit des délais liés à la disponibilité d'une salle pour des séances de physiothérapie, de l'attente d'un rendez-vous, des erreurs administratives, etc. En somme, cette composante touche à tout le fonctionnement des différents systèmes (juridique, de compensation et de santé) (Baril et coll., 1994; Frasier, 1987; Haddad, 1987; Johnson et coll., 1987).

De fait, notre étude portera une attention particulière au rôle de la composante administrative dans un système de prise en charge des travailleurs ayant des maux de dos d'origine professionnelle. Nous entendons ici par système de prise en charge, le processus d'évaluation et le traitement des dorso-lombalgies par différents médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Plus spécifiquement, cette composante se concentre sur les pratiques administratives entourant la gestion du dossier

d'un travailleur accidenté. Peu d'études s'étant consacrées à cette composante, nous estimons important de pouvoir vérifier sa contribution.

Dans la première partie du présent mémoire, nous présenterons tout d'abord les aspects théoriques de la recherche. Ainsi, nous décrirons les sujets à l'étude en définissant l'objet et la problématique de la recherche.

Par la suite, une revue de la littérature portant sur l'absentéisme relié aux accidents du travail et aux dorso-lombalgies, sur les systèmes de prise en charge et sur le processus de prise en charge conventionnelle sera présentée. Cette démarche nous permettra enfin d'énoncer la problématique.

Quant au deuxième chapitre, qui touche le cadre conceptuel, il décrira le modèle utilisé ainsi que les différentes variables sur lesquelles il repose. De plus, il mettra en évidence les hypothèses et les objectifs de la recherche.

La méthodologie de la recherche, au troisième chapitre, décrira la constitution de l'échantillon de recherche ainsi que les méthodes de collecte des données et d'analyse utilisées. Ce chapitre présentera également le résumé des méthodes d'intervention employées pour chacun des deux groupes dans l'étude de Loisel et coll. (1996).

Notre quatrième chapitre, touchant la présentation des résultats, sera divisé en trois parties distinctes, soit l'analyse descriptive, l'analyse bivariée et l'analyse multivariée. Nous terminerons ce mémoire par la présentation du chapitre V se rapportant à la discussion, suivi de la conclusion.

# CHAPITRE I

## OBJET, ÉTAT DES CONNAISSANCES ET PROBLÉMATIQUE

Dans cette partie du présent mémoire, nous présenterons tout d'abord l'objet et l'état des connaissances portant sur l'absentéisme relié aux accidents du travail et aux dorso-lombalgies, sur les systèmes de prise en charge et sur le processus de prise en charge conventionnelle. Par la suite, la problématique de recherche sera présentée.

### **1.1. Objet de la recherche :**

De nos jours, les organismes dépensent chaque année des sommes faramineuses, en coûts directs et indirects, pour la réparation des dommages causés par des accidents du travail et des maladies professionnelles (Brody et coll., 1990; Laabs, 1993). Les travailleurs accidentés du travail qui s'absentent pendant plus de six (6) mois sont ceux, dans les faits, qui engendrent la plus grande partie de ces coûts (Feuerstein et Theborge, 1991; Frymoyer, 1992; Hazard et coll., 1989; Kelsey et Golden, 1988).

À ce jour, une multitude d'auteurs ont identifié certains facteurs contribuant à une durée d'absence prolongée. Bien que certains facteurs de nature pathologique, individuelle, organisationnelle et économique aient fait l'objet de plusieurs études, d'autres, dont les facteurs de nature administrative, ont cependant été moins étudiés. En ce sens, il est apparu important pour certains auteurs (Baril et coll., 1994; Haddad, 1987) de se concentrer sur la contribution spécifique de ces facteurs. D'ailleurs, des études portant sur ces facteurs ont démontré la contribution des pratiques administratives du système de réparation et du système de santé à la durée d'absence. La mise en évidence de ceux-ci est d'autant plus importante lorsque nous analysons les conséquences d'une durée d'absence prolongée du travail. Outre les divers organismes cités, c'est sur le plan individuel que des effets sont également ressentis. Ces derniers pouvant aller, chez le travailleur, de la marginalisation jusqu'aux déséquilibres psychosociaux (Baril et coll., 1994).



Il semble par conséquent important que notre recherche se concentre sur les pratiques administratives reliées à la gestion du dossier d'un travailleur accidenté dans le cadre d'un système de prise en charge expérimentale, c'est-à-dire un système où le processus d'évaluation et de traitement des

dorso-lombalgies est effectué selon une démarche préétablie et par une équipe d'intervenants se consacrant strictement à ce groupe expérimental de travailleurs. Plus spécifiquement, nous nous donnons comme mandat de tenter de répondre à la question suivante : *la différence, quant à la durée d'absence, entre le système de prise en charge conventionnelle et celui dit prise en charge expérimentale dans l'étude de Loisel et coll. (1996) est-elle davantage due à la gestion administrative des dossiers qu'au traitement médical?*

Dès maintenant, il est nécessaire de préciser que les données utilisées dans le cadre de notre recherche ont été préalablement recueillies par le groupe de chercheurs composé de Loisel, Durand, Gosselin, Simard et Turcotte (1996). Ces derniers ont effectué une étude portant sur le développement et l'évaluation d'un programme clinique et ergonomique de prévention de la chronicité des dorso-lombalgies dans trente et une entreprises (31) de Sherbrooke. Leur objectif principal était de réaliser une surveillance des travailleurs blessés au dos et présentant un risque d'évolution prolongée afin de réaliser une intervention clinique et de réadaptation et une intervention en médecine du travail et ergonomie. L'étude visait ainsi à prévenir le passage à la chronicité et à réduire l'absence du travail. En bref, elle cherchait à vérifier l'efficacité d'un modèle innovateur de prise en charge des dorso-lombalgies comparativement au modèle de prise en charge conventionnelle.

## **1.2. État des connaissances :**

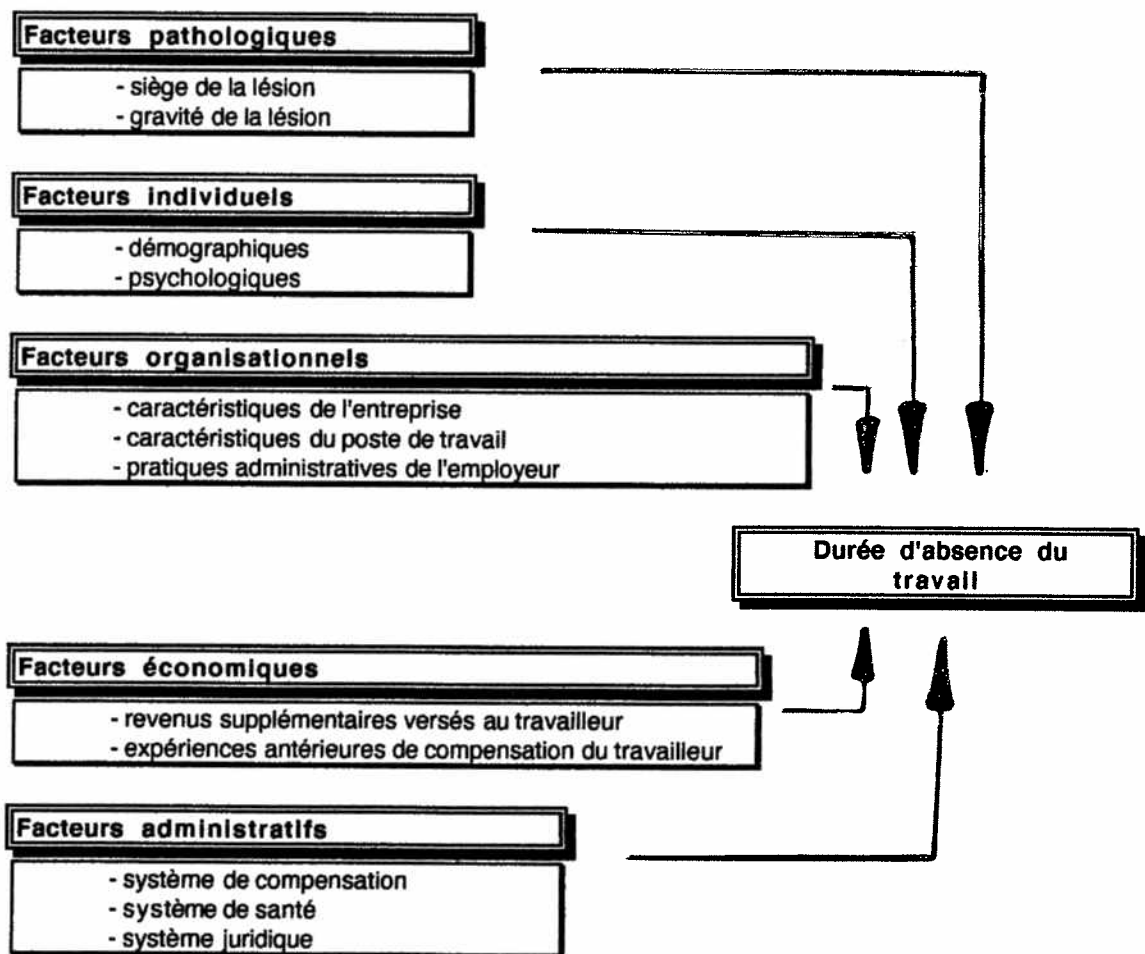
### **1.2.1. L'absentéisme relié aux accidents du travail en général :**

L'analyse de l'évolution de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles pour les années 1989 à 1991 au Québec nous démontre globalement que la durée moyenne d'indemnisation a augmenté, passant successivement de 30,8 jours en 1989 à 36,4 en 1990, puis à 39 jours en 1991, tandis que le nombre de lésions ayant entraîné une indemnisation a diminué de 9,9 % annuellement, soit une chute de 6,9 % entre 1989 et 1990, suivie d'une baisse marquée de 12,9 % entre 1990 et 1991 (de 214 317 à 173 860). Cette baisse, attribuable en partie au ralentissement de l'activité économique, se ressent surtout pour les lésions ayant entraîné une indemnisation de moins de 15 jours puisque l'on observait, pour la période de 1989 à 1990, une augmentation notable du nombre de lésions pour laquelle une indemnisation de 92 jours ou plus a été versée. D'autre part, l'augmentation de la durée moyenne d'indemnisation, en moyenne de 12,7 % annuellement, soit une hausse de 18,1 % entre 1989 et 1990, suivie d'une nouvelle hausse de 7,3 % entre 1990 et 1991, ne serait pas due seulement à la chute du nombre de lésions associées à une durée d'absence inférieure à 15 jours, car même en éliminant ces lésions, une augmentation de 14,3 % est tout de même observée (CSST, 1993).

Pour les années 1991 à 1995, la diminution de la fréquence des lésions se poursuit, passant de 180 945 travailleurs ayant subi une interruption de travail en 1991 à 131 756 en 1995 (Rapport annuel de la CSST, 1995).

Dans la littérature, par ailleurs, plusieurs études ont jusqu'ici cherché à identifier les facteurs pouvant expliquer l'absentéisme relié aux accidents du travail. En se basant sur l'étude de Bell (1994), qui examine les facteurs associés à l'absence du travail lors d'un accident du travail, nous constatons, comme le montre la figure 1, que ces facteurs sont essentiellement de cinq ordres.

**Figure 1 : Modèle d'appréhension du processus d'absence lors d'accidents du travail**



Lors d'un accident du travail, les facteurs pouvant entraîner des répercussions sur la durée d'absence touchent, tout d'abord, la gravité et le siège de la **lésion**. Ces derniers influenceront de façon positive ou négative sur la date de consolidation d'un travailleur accidenté (Abenheim et coll., 1995; Andersson et coll., 1983; Tate, 1992). Selon la gravité de la lésion, il y a en effet augmentation de la durée d'absence du travail. Chez les sujets qui reprennent le travail plus rapidement, l'incidence de blessures aux bras et aux jambes est en fait plus élevée. Par comparaison, chez les sujets dont la durée d'absence est prolongée, la proportion de blessures au dos et au cou est plus élevée (57,5 %) (Tate, 1992). Malgré ces constatations, il est important de mentionner que d'autres facteurs subséquentment présentés ont un effet marqué sur la durée d'absence.

Pour ce qui est de la composante **individuelle**, elle peut être divisée en deux sous-groupes principaux : d'abord, les facteurs démographiques, ensuite, les facteurs psychologiques. Sur le plan, des facteurs démographiques, ceux liés à la durée d'absence incluent, entre autres, le degré de scolarisation. Le degré de scolarisation est relié à la durée d'absence du travail (Hester et coll., 1986; Lancourt et Kettelhut, 1992; Tate, 1992). Plus le degré de scolarisation est bas, plus la durée d'absence du travail est élevée. Par ailleurs, les caractéristiques psychologiques telles les perceptions du travailleur accidenté peuvent également contribuer à une prolongation de la durée des symptômes à la suite d'un accident. La perception de la douleur et la perception de l'incapacité physique chez le travailleur sont fortement associées à la durée d'absence du travail. En général, les travailleurs qui rapportent une douleur de plus grande intensité sont absents du travail pour une période plus longue (Frasier, 1987; Milhous et coll., 1989; Reesor et Craig, 1988; Waddell et coll., 1993). La perception individuelle de l'incapacité physique face aux activités récréatives, journalières et professionnelles est, en outre, en corrélation positive avec l'absence (Feuerstein et Thebarg, 1991; Lancourt et Kettelhut, 1991; Milhous et coll., 1989). Un état psychologique de détresse incluant la dépression, l'anxiété et les caractéristiques hypocondriaques correspond à une prolongation de la durée d'absence du travail à la suite d'un accident. L'importance de cette détresse joue un rôle durant le processus de rétablissement et de réadaptation. Les résultats de

ces recherches sont d'ailleurs constants lorsqu'ils sont mesurés par le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) (Feuerstein et Theborge, 1991; Milhous et coll., 1989) ou par des entrevues structurées (Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Lustman et coll., 1991).

Le problème de la durée d'absence prolongée lors d'accidents du travail peut être également engendré par une composante **organisationnelle** (Cheadle et coll., 1994; Côté Desbiolles, 1989; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Milhous et coll., 1989). Le poste qu'occupe le travailleur, le secteur d'activité économique ainsi que les pratiques de l'employeur, telles que l'assignation temporaire et le suivi des dossiers, semblent avoir eux aussi un rôle à jouer. À cet égard, les résultats d'une étude démontrent que certains postes de travail exigeant d'accomplir des tâches spécifiques, par exemple soulever un poids, ont un lien avec la durée d'absence (Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Milhous et coll., 1989).

Au point de vue des facteurs **économiques**, notons simplement qu'au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec indemnise les travailleurs ayant subi une lésion ou une maladie professionnelle. Par conséquent, il s'avère parfois difficile de motiver les travailleurs accidentés à se joindre à un programme de réadaptation ou à réintégrer un emploi lorsque ces derniers reçoivent 90 % de leur salaire brut. En somme, le mode de compensation offert par le système n'encourage pas les accidentés à effectuer un retour rapide au travail (Frymoyer et Baril-Cats, 1987; Milhous et coll., 1989; Sander et Meyers, 1986). De plus, les expériences antérieures de compensation vécues par un travailleur ont été identifiées comme permettant de différencier les travailleurs retournant plus tôt au travail de ceux qui s'absentent pendant des périodes prolongées. Des résultats démontrent en effet que le nombre croissant de jours de compensations reçues est directement relié à la durée d'absence et, par le fait même, aux coûts de compensation (Johnson et coll., 1987; Lancourt et Kettelhut, 1992).

Enfin, les facteurs de nature **administrative** qui sont reliés à la durée d'absence et à la probabilité du retour au travail suivant un accident se caractérisent, quant à eux, par le fonctionnement du système juridique, du système de réparation et du système de santé. Au niveau du système juridique qui encadre le travailleur, celui-ci influe sur le retour au travail. Lorsque le travailleur est impliqué dans un processus juridique, les délais de retour au travail sont prolongés (Baril et coll., 1994; Frasier, 1987; Haddad, 1987; Johnson et coll., 1987). D'autre part, le système de réparation au travailleur engendre également des durées d'absence prolongées. Une forte relation négative est constatée entre la durée pendant laquelle le travailleur est absent et la probabilité de retour au travail. Dans plusieurs études, les résultats ont démontré que plus un individu est absent de son travail pour cause d'accident du travail, moins ce travailleur a des chances de retour éventuel au travail (Andersson et coll., 1983; Frymoyer, 1992; Lancourt et Kettelhut, 1992; Milhous et coll., 1989). Les travailleurs absents de leur travail pour plus de six (6) mois ont une probabilité de 50 % de le réintégrer (Tate, 1992), pour un (1) an, 25 % (Feuerstein et Theborge, 1991) et pour deux (2) ans, une probabilité nulle (Frymoyer et Cats-Baril, 1987). Enfin, le système de santé influe aussi sur la durée d'absence par les délais de traitement des dossiers. Les nombreuses consultations auprès des spécialistes ainsi que l'attente de traitement constituent des pratiques reliées à la durée d'absence (Baril et coll., 1994; Haddad, 1987).

### 1.2.2. L'absentéisme relié aux dorso-lombalgies :

Tout d'abord, avant de voir plus en détail les facteurs reliés à l'absentéisme causé par les dorso-lombalgies, plus communément appelées maux de dos, il nous apparaît important de les définir.

#### *Définition des dorso-lombalgies :*

Trois grandes catégories constituent le diagnostic différentiel classique de la dorso-lombalgie (Loisel et coll., 1996; Spitzer et coll., 1987). Tout d'abord, les causes rachidiennes mécaniques, soit la sténose spinale, l'hernie discale, l'instabilité segmentaire, les changements dégénératifs,

l'ostéoporose, les fractures, la spondylolyse ainsi que la spondylolisthésis constituent la première catégorie. Pour sa part, la deuxième catégorie, soit les causes rachidiennes non mécaniques, inclut les lésions néoplasiques, infectieuses et inflammatoires. Quant à la dernière catégorie, qui s'applique aux causes viscérales correspondant à une douleur référée, elle comprend la pyélonéphrite, la prostatite, l'endométriose, l'anévrisme aortique et la pancréatite.

Dans tous les cas de maux de dos, la douleur, qu'elle provienne de la région lombaire ou cervicale, découle de l'irritation de structures (os, disques, articulations, nerfs, muscles et tissus mous) qui y sont sensibles dans tous les segments de la colonne vertébrale. Ces différentes structures peuvent par conséquent être touchées par une affection inflammatoire, infectieuse, tumorale ou traumatique, ou encore par un défaut mécanique de nature congénitale ou lié au développement (Spitzer et coll., 1987).

Il est important de noter, toutefois, que selon le Rapport du Groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs, qui effectue une revue complète du sujet (Spitzer et coll., 1987), les diagnostics spécifiques précédemment mentionnés ne représentent qu'une faible proportion (5 à 10 %) de l'ensemble des diagnostics généralement posés par un professionnel de la santé dans la phase aiguë. La source de la douleur étant souvent peu spécifique, aucun diagnostic physiopathologique précis n'est donc possible au cours de cette phase. Cette situation représente dans les faits presque la totalité des problèmes retrouvés chez les travailleurs.

#### *Épidémiologie :*

Les maux de dos peuvent être associés à des facteurs de nature physique ou non. Ce sont notamment les facteurs individuels, organisationnels et les facteurs de risque du passage à la chronicité, qui sont considérés comme des facteurs autres que physiques. Nous concentrerons notre discussion plus spécifiquement, dans cette partie, sur les maux de dos associés aux facteurs non physiques.

En effet, l'âge, le sexe, la taille, le poids, la capacité musculaire, la scolarité et le statut socio-économique sont en général les **facteurs individuels** qui ont été le plus étudiés au regard des maux de dos.

Plus particulièrement, comparativement aux femmes, les hommes seraient, selon les résultats de certaines études, plus fréquemment touchés par les maux de dos. Pour plusieurs auteurs, cette différence entre les sexes semble cependant s'expliquer par la proportion plus élevée d'hommes dans les tâches comportant un risque élevé pour le dos. En somme, les études ne suggèrent pas de façon évidente de différence significative entre les sexes puisque les hommes et les femmes sont touchés de façon égale (Abenhaim et Suissa, 1987; Biering-Sorensen et Thomsen, 1986; Bigos et coll., 1986; Deyo et Tsui-Wu, 1987; Steinberg, 1982).

Sur le plan de l'âge, l'incidence des maux de dos atteint un sommet entre 20 et 30 ans (Abenhaim et Suissa, 1987; Biering-Sorensen et Thomsen, 1986; Bigos et coll., 1986; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Klein et coll., 1984; Steinberg, 1982). En ce qui concerne les données anthropométriques, telles que la taille et le poids, elles ne semblent pas être reliées à l'incidence des maux de dos (Loisel et coll., 1995).

Pour sa part, la capacité musculaire peut aussi être considérée comme un facteur de risque (Chaffin et coll., 1978; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Hildebrandt, 1987). À cet effet, une étude classique de Chaffin et coll. (1978) démontrait une relation entre la capacité musculaire, lorsque celle-ci est insuffisante pour rencontrer les exigences du poste de travail, et un taux d'incidence élevé de dorso-lombalgie professionnelle. Toutefois, ces résultats n'ont pu être reproduits dans une étude subséquente (Battié et coll., 1989).

Deyo et Tsui-Wu (1987), quant à eux, démontrent dans leur étude qu'un faible niveau de scolarité est associé à l'apparition de maux de dos engendrant des restrictions d'activités au travail (Lancourt et Kettelhut, 1992). Ils démontrent également qu'un faible statut socio-économique est associé à un absentéisme plus élevé. Selon Kelsey et Golden (1988), les



résultats sur le niveau de scolarité semblent s'expliquer par la plus grande exposition des gens à faible statut socio-économique aux facteurs de risque professionnels.

Quant aux facteurs psychologiques, ceux pouvant être associés aux risques de dorso-lombalgie sont la présence chez un individu de traits de personnalité hypocondriaques, dépressifs et hystériques (Eustman et coll., 1991). De plus, le mode d'adaptation à une situation douloureuse (*coping*) ainsi que les différents événements majeurs qui surviennent dans la vie d'un individu peuvent y être associés (Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Gallagher et coll., 1989; Hildebrandt, 1987; Levenson et coll., 1980). Face à ces résultats, il est important de remarquer, par contre, que seules quelques-unes de ces études comportaient des échantillons constitués en majeure partie par des travailleurs atteints de maux de dos. De plus, il n'y a pas d'étude épidémiologique importante et récente permettant d'affirmer que ces facteurs psychologiques sont effectivement reliés aux risques de dorso-lombalgie (Poussaint, 1982).

Enfin, les principaux **facteurs organisationnels**, professionnels et ergonomiques de nature biomécanique (Bigos et coll., 1991; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Gagnon et coll., 1989; Hildebrandt, 1987; Kelsey et Golden, 1988; Magora, 1973; Riihimäki, 1991; Snook, 1988; Tougas et coll., 1991; Venning et coll., 1987; Vollin et coll., 1991; Walsh et coll., 1989) pouvant être associés au risque de présenter une dorso-lombalgie se caractérisent par des contraintes mécaniques telles que le travail physique lourd, la manutention de charge, les torsions, les flexions, les mouvements répétitifs; le fait de demeurer debout, assis ou penché; enfin, l'exposition du corps entier aux vibrations, surtout lors de la conduite d'un véhicule.

Habituellement, les facteurs organisationnels psychosociaux font référence à certaines manifestations individuelles, soit l'angoisse, l'agressivité, le stress, l'insatisfaction. Les maux de dos peuvent également être engendrés par des caractéristiques propres à la tâche telles que la monotonie et les surcharges ainsi que par l'organisation du travail, entre autres, la répétition, les cadences, les relations de travail et le niveau de responsabilité et d'autonomie (Dehlin et Berg, 1977; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Loisel et

coll., 1996; Magora, 1973; Poussaint, 1982; Riihimäki, 1991). Étant donné, cependant, la nature rétrospective des études effectuées, il est difficile de déterminer si ces facteurs psychosociaux sont des antécédents ou des conséquences des maux de dos (Kelsey et Golden, 1988). Or, il est à noter que ces facteurs sont reliés intimement à des caractéristiques professionnelles, ce qui peut mettre en doute une véritable contribution de leur part (Tougas et coll., 1991).

Globalement, de par les difficultés méthodologiques que comportent les études épidémiologiques reliées à ces facteurs, il n'est pas facile d'établir de façon satisfaisante l'affirmation claire d'une relation de cause à effet. Il semble toutefois que les principaux facteurs mentionnés précédemment retiennent tout de même l'attention en ce sens (Hildebrandt, 1987; NIOSH, 1981; Riihimäki, 1991). En effectuant une revue de la littérature à ce sujet, Hildebrandt (1987) a, en effet, considéré ces facteurs, lorsque ceux-ci étaient présents dans au moins trois sources, comme généralement acceptés.

En somme, le rôle spécifique joué par chacun des facteurs individuels et environnementaux est encore mal déterminé (Frymoyer, 1992; Tougas et coll., 1991). Même s'il a été mis en évidence que les contraintes de la tâche constituent une part importante des causes des atteintes vertébrales, elles ne sont certes pas la seule solution d'intervention pour contrer le problème des maux de dos (Loisel et al, 1996; Snook, 1988; Spitzer et coll., 1987; Tougas et coll., 1991). À cet effet, un modèle présenté dans l'étude de Frymoyer et Cats-Baril (1987) a été développé par des experts<sup>1</sup> afin de nous démontrer le poids de chacun de ces facteurs.

---

<sup>1</sup> Bigos, S., M.D., Department of Orthopaedics, University of Washington, Seattle, Washington; Frymoyer, J.W., M.D., Department of Orthopaedics and Rehabilitation, University of Vermont, Burlington, Vermont; Liang, M.H., M.D., Director, Robert B. Brigham Multipurpose Arthritis Center, Boston, Massachusetts; Lorig, K.R., R.N., D.P.H., Research Associate, Stanford Arthritis Center, Stanford University, Stanford, California; Rosen, J., P.H.D., Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont; Simmons, J.W., M.D., San Antonio, Texas.

Pour terminer, certains facteurs ont été également identifiés comme permettant le passage à la **chronicité** chez un individu atteint de maux de dos (Barnes et coll., 1989; Burton et coll., 1989; Feuerstein et Theborge, 1991; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Polatin, 1989; Volinn et coll., 1991). Ces facteurs sont de nature médicale, psychologique et sociale. Les principaux facteurs médicaux sont les antécédents de maux de dos, les hospitalisations antérieures et certaines variables de l'examen physique, dont la flexion et l'extension de la colonne et l'intensité de la douleur. Sur le plan des facteurs sociaux pouvant être associés à la chronicité, notons la disponibilité d'un travail, la résolution de conflits légaux liés à l'indemnisation, le revenu et l'éducation. Enfin, du côté des facteurs psychologiques, des traits de personnalité pessimistes, l'abus d'alcool, la perception de ne pas avoir le contrôle sur le mal et des éléments dépressifs semblent associés au passage vers la chronicité. Malgré ces constatations, Loisel et coll. (1996) font toutefois remarquer à quel point l'incertitude est présente quant au risque de passage à la chronicité d'un individu donné.

### 1.2.3. Systèmes de prise en charge :

En outre, afin de réduire toutes les conséquences individuelles, organisationnelles et sociales engendrées par l'apparition d'un accident de travail, différents systèmes de prise en charge ont été étudiés et mis en place. Les conclusions et les recommandations généralement apportées au regard de la problématique des durées d'absence prolongées se situent sur le plan de l'élaboration d'un système de prise en charge rapide du patient avec la mise en place d'un modèle spécifique de traitement (Abenhaim et Bergeron, 1992; Dupuis, 1992; Ehrmann-Feldman et coll., 1996; Hendler et Dibattista, 1988; Martin et Baril, 1993; Nachemson, 1985; Vallfors, 1985; Wiesel et coll., 1984). En effet, faire l'apprentissage de ses incapacités et transformer la perception de son corps, apprivoiser un nouveau métier dans certains cas, transformer son identité sociale, resserrer l'intervention pour accroître les possibilités d'un retour à l'emploi, offrir un soutien aux familles et aux conjoints des accidentés et assumer une intervention conforme à l'évolution de la personne plutôt qu'en fonction d'une démarche

standardisée constituent quelques-unes des étapes nécessaires à une réadaptation réussie (Martin et Baril, 1993).

De manière plus spécifique, de par la nature des dorso-lombalgies (Spitzer et coll., 1987), plusieurs études s'étant attardées aux traitements ont démontré qu'un système de prise en charge rapide et adapté permet un retour plus prompt au travail. Dans les faits, les traitements peuvent regrouper différentes interventions se concentrant sur les plans physique (traitement basé sur la lésion), psychologique (traitement basé sur l'individu) et ergonomique (traitement basé sur l'environnement de travail) (Caruso et Chan, 1986; Dehlin et coll., 1978; Ehrmann-Feldman et coll., 1996; Haig et coll., 1990; Loisel et coll., 1996; Loisel et coll., 1994; McGill, 1968; Waddell, 1987; Wiesel et coll., 1984). En l'occurrence, une étude récente de Loisel et coll. (1996) nous démontre, dans l'une de ses conclusions générales, qu'un modèle de prise en charge comprenant une identification précoce des cas, une intervention en médecine du travail et ergonomie et une intervention clinique et de réadaptation a permis de diminuer de moitié le nombre de jours d'absence du travail à un poste régulier.

À cet égard, cependant, certains auteurs (Baril et coll., 1994; Dupuis, 1992; Frank et coll., 1995; Haddad, 1987) observent que la durée d'absence peut être en fait influencée par différents facteurs, incluant les délais dans l'administration des dossiers des patients. Au contraire des modèles, la réalité de la prise en charge, tel que le mentionnent Loisel et coll. (1996), est toutefois très désorganisée, irrationnelle, tardive et conflictuelle dans le système conventionnel. Les raisons de ce problème de fonctionnement découlent en effet de l'adaptation qui doit être effectuée face au système de santé, au système de réparation et au système juridique régissant les accidents du travail. Pour la plupart des travailleurs accidentés, l'accident est l'occasion d'être en relation étroite avec une pluralité de systèmes qui n'ont pas toujours des actions coordonnées (Dupuis, 1992).

Dans une étude effectuée par Baril et coll. (1994), les auteurs constatent en effet que la perception des travailleurs face au cadre légal qui régit l'indemnisation et définit les rôles des travailleurs, des employeurs, des médecins et de la Commission reflète cette réalité. Selon eux, plusieurs

lacunes dans la gestion globale du système de la santé et de la Commission sont responsables des délais dans le traitement de leurs dossiers. À titre d'exemple, les travailleurs ont l'impression qu'ils n'ont avec la Commission que des contacts impersonnels et paperassiers (Martin et Baril, 1993). Ajoutons que Frank et coll. (1995) semblent également partager cet avis lorsqu'ils admettent que la durée d'absence du travail est influencée par les délais dans les traitements médicaux. Haddad (1987), pour sa part, rapporte dans son étude que la gestion du système de santé et du système juridique est à l'origine des coûts exorbitants découlant des délais d'absence prolongée des travailleurs. Enfin, Dupuis (1992), physiatre à l'Institut de psychiatrie du Québec et professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, apporte une opinion qui se dirige dans le même sens dans un article publié dans *La Presse*. À son avis, la durée d'absence n'est pas imputable aux accidentés eux-mêmes et surtout pas à leurs médecins traitants. Il tend plutôt à croire que cette augmentation de la durée d'indemnisation pourrait être attribuable à des difficultés rencontrées au cours du processus de réadaptation et à la juridiciarisation excessive du système.

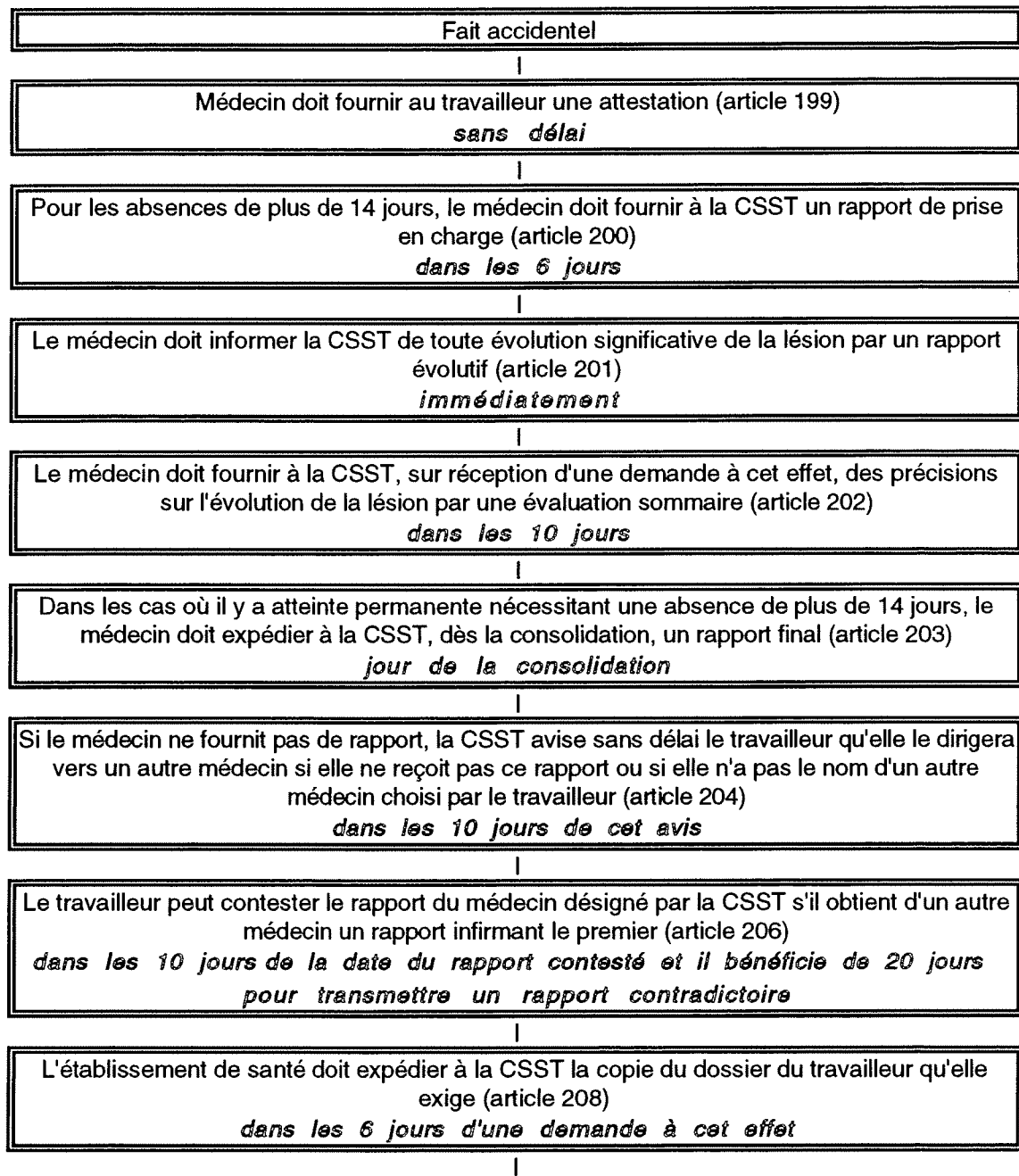
#### 1.2.4. Le processus de prise en charge conventionnelle :

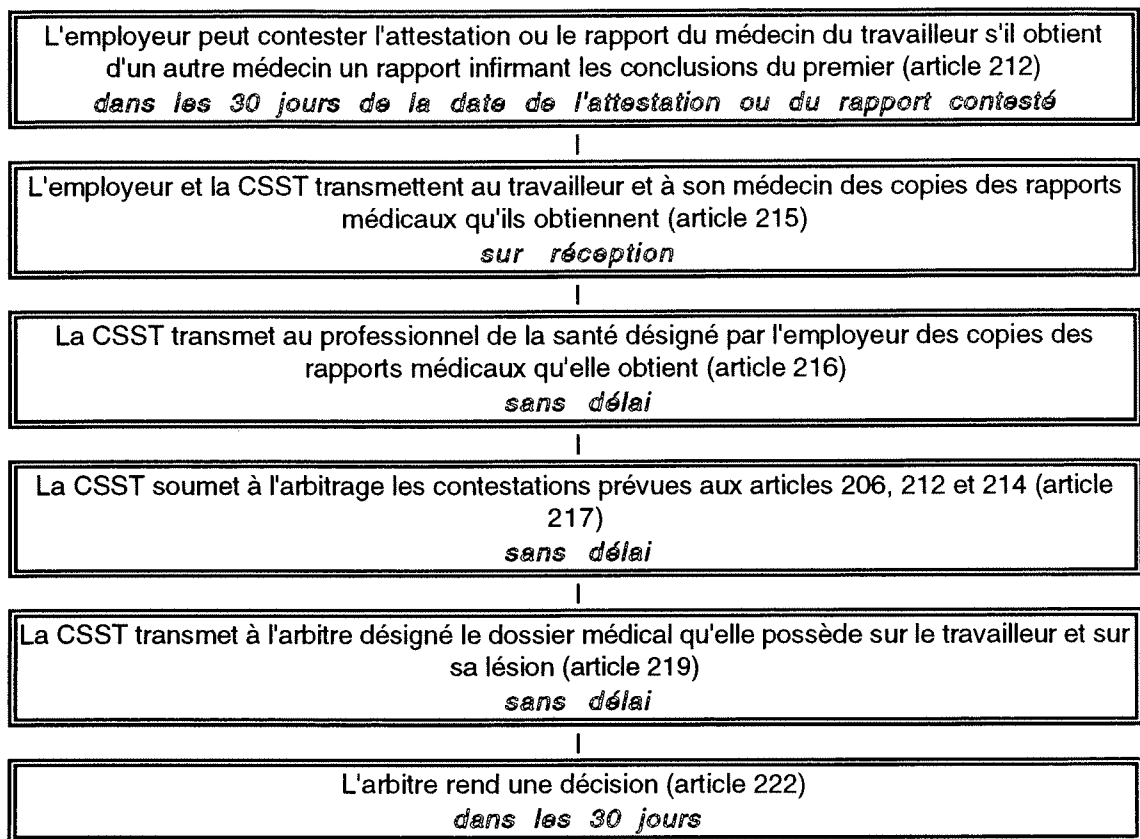
Lorsque nous nous attardons particulièrement au système de santé et aux procédures de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, nous pouvons constater que différents délais y sont prévus. Cette situation contraste fondamentalement avec les systèmes de prise en charge élaborés dans plusieurs études (Caruso et Chan, 1986; Dehlin et coll., 1978; Ehrmann-Feldman et coll., 1996; Haig et coll., 1990; Loisel et coll., 1996; Loisel et coll., 1994; McGill, 1968; Waddell, 1987; Wiesel et coll., 1984).

En matière d'évaluation médicale, la Loi sur les accidents du travail et maladies professionnelles (1995) prévoit précisément plusieurs étapes avec des délais précis qui peuvent toucher à la fois le médecin traitant et la Commission. Voyons plus spécifiquement de quelles causes peuvent

découler ces délais. La figure 2 qui suit est présentée afin d'aider à mieux comprendre ces différentes étapes.

**Figure 2 : Étapes et délais prévus en matière d'évaluation médicale**





À la suite du fait accidentel, le travailleur doit s'en remettre à son médecin traitant afin d'entamer la procédure. En principe, c'est sans délai que le médecin devra fournir au travailleur une attestation médicale (art. 199). Dans le cas d'une durée d'absence prévue de plus de quatorze (14) jours, le médecin devra fournir à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) un rapport de prise en charge (art. 200) dans les six (6) jours.

Ensuite, le médecin devra informer la CSST de toute évolution significative de la lésion par un rapport évolutif, immédiatement après chaque consultation (art. 201). Sur réception d'une demande à cet effet, le médecin devra fournir, et ce dans les dix (10) jours, à la CSST des précisions sur l'évolution de la lésion (évaluation sommaire) (art. 202). Enfin, dans les cas où l'absence est de plus de quatorze (14) jours, que l'atteinte soit permanente ou non, le médecin devra expédier à la CSST, dès la consolidation du travailleur, un rapport final (art. 203). Cependant, si le médecin ne fournit pas de rapport, la CSST pourra aviser sans délai le

travailleur qu'elle le dirigera, dans les dix (10) jours de cet avis, vers un autre médecin s'il n'a pas choisi lui-même un autre médecin (art. 204).

À tout moment, dans les six (6) jours d'une demande à cet effet, l'établissement de santé devra expédier à la CSST la copie du dossier du travailleur qu'elle exigera (art. 208). Dans un délai raisonnable, la CSST transmettra au professionnel de la santé désigné par l'employeur des copies des rapports médicaux qu'elle obtiendra (art. 215).

Le travailleur peut, d'autre part, contester le rapport du médecin désigné par la CSST s'il obtient d'un autre médecin un rapport infirmant le premier (art. 206). À cette étape, le travailleur doit entreprendre la démarche dans les dix (10) jours de la date du rapport contesté, et il a vingt (20) jours pour transmettre un rapport contradictoire. Parallèlement, l'employeur peut contester l'attestation ou le rapport du médecin que le travailleur a choisi, dans un délai de trente (30) jours de la date de l'attestation ou du rapport contesté, s'il obtient d'un autre médecin un rapport infirmant les conclusions du premier (art. 212). Sur réception, l'employeur et la CSST doivent transmettre au travailleur et à son médecin des copies des rapports médicaux qu'ils obtiennent (art. 215).

Enfin, lorsqu'une procédure juridique est entreprise devant un arbitre, la CSST soumettra à l'arbitre, sans délai, les contestations prévues aux articles 206, 212 et 214 (art. 217) et elle transmettra de plus le dossier médical qu'elle possède sur le travailleur et sur sa lésion (art. 219). Dans les trente (30) jours, l'arbitre doit rendre son avis (art. 222).

Par ailleurs, des délais dans le traitement des dossiers peuvent également être engendrés par d'autres composantes du système de santé (Baril et coll., 1994; Haddad, 1987). La difficulté à rencontrer un médecin spécialiste ou à recevoir des traitements ainsi que le changement fréquent de spécialiste, qui fait en sorte qu'on doive recommencer le processus d'évaluation, sont tous des événements rapportés comme engendrant des délais dans le traitement des dossiers mais présentant des caractéristiques différentes des éléments mentionnés précédemment.



En bref, les délais varient considérablement au cours des différentes étapes du processus de prise en charge, le travailleur peut par conséquent se retrouver pendant de longues périodes en arrêt de travail du simple fait des pratiques administratives associées aux différents systèmes. Les médecins et les évaluateurs de la Commission, lorsqu'ils font face à différents empêchements, peuvent prolonger les délais et ainsi accroître le temps d'attente du travailleur. Dans l'étude de Baril et coll. (1994), les délais sans motif sont très fréquents, soit près de 40 %, tandis que ceux engendrés par les contestations sont les plus longs.

### Sommaire :

Après avoir effectué une revue de la littérature concernant les facteurs reliés à la durée d'absence d'un travailleur en arrêt de travail pour cause de maux de dos, nous constatons qu'un grand nombre de facteurs psychologiques, individuels, sociaux, économiques, organisationnels et administratifs peuvent avoir une influence sur la durée d'absence. Tandis que certains facteurs sont cités abondamment dans plusieurs études, d'autres, pour leur part, ne font l'objet que d'une mention ou ont été très peu étudiés, notamment les facteurs administratifs.

Par conséquent, afin de venir contrer l'effet de ces facteurs sur la durée d'absence, différents systèmes de prise en charge ont été élaborés. Contrairement à la prise en charge conventionnelle, où davantage de délais peuvent être observés, la plupart de ces modèles réduisent les délais pouvant être engendrés par la partie administrative, en coordonnant tout ce qui touche à la disponibilité des intervenants et des traitements, aux litiges, etc.

### **1.3. Problématique :**

Ainsi, au Québec, Spitzer et coll. (1987) ont révélé que 1,4 % de la population active, laquelle inclut les travailleurs en quête d'un emploi, s'est absentée du travail au moins une journée en raison d'une dorso-lombalgie en rapport avec le travail. C'est donc dire que ce chiffre sous-estime la réalité.

Dans une étude statistique (1991) sur les maux de dos, menée de 1986 à 1989, la Commission de la santé et de la sécurité du travail démontre de façon plus précise qu'en 1989 près de 60 600 travailleurs se sont absentés de leur travail pour des causes reliées aux dorso-lombalgies. Ces cas représentaient en outre plus de 27 % de l'ensemble des lésions professionnelles survenues au cours de ces années et engendraient quelque 320 millions de dollars de dépenses.

Les cas de maux de dos chroniques, qui représentaient 6,8 % de tous les cas de lésions touchant le dos, ont entraîné à eux seuls, de 1986 à 1989, des dépenses pour la Commission équivalant à 19,2 % de l'ensemble des coûts et à 59,2 % des sommes versées pour les lésions touchant le dos. Le coût moyen de l'indemnisation d'un cas chronique de mal de dos se chiffrait à 29 413 dollars, soit vingt (20) fois plus qu'un cas non chronique, qui coûte en moyenne 1 489 dollars (CSST, 1991).

En 1993, on dénombre un total de 39 733 cas de dorso-lombalgies déclarés comme accident de travail, comparativement à 57 883 en 1990. Ainsi, une baisse importante de plus de 30 % du nombre d'accidents responsables de dorso-lombalgies, suivant à peu près le même rythme de décroissance des autres lésions professionnelles, a été notée. Malgré cette baisse, il faut toutefois souligner qu'entre 1990 et 1993 les dorso-lombalgies représentaient plus de 29 % de l'ensemble des lésions professionnelles entraînant une absence du travail. La Commission estimait par conséquent à 427 millions de dollars les coûts associés aux dorso-lombalgies en 1993 (CSST, 1994).

À cet effet, la durée moyenne d'absence du travail en raison d'une dorso-lombalgie, ayant tendance à diminuer entre 1990 et 1993, atteignait 41 jours en 1992 et 1993. Il reste cependant que plus de 12 % des travailleurs s'absentent pour une période excédant 90 jours en 1993. Lorsque la durée d'indemnisation est de plus de 180 jours, la proportion des maux de dos par rapport à l'ensemble des lésions professionnelles est plus élevée comparativement aux indemnisations de moins de 180 jours. Conséquemment, les montants reliés à ces durées d'indemnisation sont plus élevés (CSST, 1994).

Face à cette situation, Abenhaïm et Suissa (1986) ont mis en évidence la règle des trois sept : environ **sept pour cent** des travailleurs franchissant leur **septième mois** de congé de maladie pour cause de maux de dos accaparent à eux seuls plus de **soixante-dix pour cent** des sommes attribuées à l'ensemble des travailleurs.

Il est donc observé que les maux de dos chroniques (plus de six mois d'absence du travail) représentent un problème majeur. À titre d'exemple, pour des cas de maux de dos ayant occasionné une ouverture de dossier en 1991, Spitzer et coll. (1987) observent, tel que Abenhaïm et Suissa (1986), après un suivi de trois ans, que 7,4 % de ces maux de dos sont devenus chroniques, l'absence du travail étant d'une durée de plus de six (6) mois, et qu'ils sont responsables de 76 % des coûts totaux d'indemnisation.

Il est donc essentiel d'éviter la chronicité des maux de dos par le biais de la prise en charge globale et précoce de l'individu atteint ainsi que par un retour au travail rapide. Les travailleurs restant absents du travail durant plus de trois mois (3) ont une forte tendance à le rester pendant une période prolongée (Spitzer et coll., 1987). En somme, dans l'ensemble des statistiques concernant les lésions professionnelles, une grande proportion des travailleurs atteints de dorso-lombalgies engendrent des coûts de compensation importants pour la Commission.

Par ailleurs, les accidents du travail occasionnant de longues périodes d'absence du travail entraînent des répercussions à long terme sur les plans individuel et organisationnel (Bell, 1994). Sur le plan individuel, le fait qu'un individu soit absent de son travail pour une période prolongée nuit à sa condition, tant psychologique que sociale (Levenson et coll., 1980; Lustman et coll., 1991). Une marginalisation des travailleurs accidentés, les stigmates dévalorisantes et les déséquilibres psychosociaux ne sont que quelques-unes des conséquences pouvant apparaître (Martin et Baril, 1993).

Une relation inverse est notée entre le retour à un travail productif et la durée d'absence du travail à la suite d'un accident du travail (Haddad, 1987). Dans certaines études, il a d'ailleurs été démontré que la volonté de retourner au travail est influencée par le nombre de jours d'absence du travail (Andersson et coll., 1983; Lancourt et Kellelhut, 1992; Milhous et coll., 1989). Les individus absents de leur travail pendant six (6) mois ont une probabilité de 50 % de le réintégrer. Ceux absents pendant un (1) an en ont, pour leur part, 25 %, tandis que ceux dépassant les deux (2) ans ont essentiellement une probabilité nulle de réintégrer le travail (Frymoyer, 1992). À cet effet, il est à noter que de nombreux cas d'absence de plus de deux (2) ans sont des travailleurs en incapacité permanente, et leur rôle de travailleur est substitué par celui « d'individu indemnisé » à long terme (Bell, 1994).

Ajoutons, par ailleurs, que les accidents du travail occasionnant une absence prolongée du travail engendrent des coûts directs (Laabs, 1993) et indirects importants (Bell, 1994; Brody et coll., 1990) aux organismes. Les coûts directs sont les frais de cotisations que les employeurs doivent payer à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le taux de cotisation est fixé en fonction du régime auquel appartient l'entreprise, soit le régime à taux fixe, le régime à taux personnalisé ou le régime rétrospectif. En principe, les grandes entreprises ayant une masse salariale élevée, base du calcul de la cotisation, adhèrent au régime rétrospectif et, de ce fait, payent des cotisations reflétant directement la fréquence des lésions professionnelles.

Outre les coûts directs, les organismes doivent également calculer les coûts indirects ou non assurés. En fait, ces coûts sont associés directement à l'accident, mais ne sont pas remboursés. Ils incluent notamment les bris de matériel, les frais d'administration d'un dossier, la perte de productivité, la formation d'un suppléant au poste de travail de la personne blessée, etc. (Bell, 1994). En général, ces coûts peuvent représenter une somme importante, équivalant aux coûts directs, qui n'est pas nécessairement perçue par les gestionnaires des organismes (Brody et coll., 1990).

En somme, l'absence constitue, par sa durée et les coûts qu'elle engendre, une problématique médico-sociale importante au Québec ainsi que dans les autres pays industrialisés (Loisel et coll., 1996). D'ailleurs, son caractère problématique est souligné par le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsqu'il fixe l'objectif de réduire la prévalence des maux de dos de 10 % d'ici l'an 2002 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995).

De nombreux facteurs de nature pathologique, individuelle, organisationnelle, économique et administrative sont à l'origine des absences de longue durée. Les chercheurs sont particulièrement intéressés à l'identification des facteurs potentiellement associés à ce type d'absence. Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les chercheurs ont porté une grande attention aux facteurs de nature pathologique, individuelle, organisationnelle et économique (Bell, 1994).

Cependant, les facteurs de nature administrative, ceux-ci ayant fait l'objet de très peu d'études jusqu'à présent (Baril et coll., 1994; Haddad, 1987; Martin et Baril, 1993), semblent tout de même soulever certaines préoccupations chez quelques chercheurs (Dupuis, 1992; Frank et coll., 1995). En effet, plusieurs auteurs tels Baril et coll. (1994) et Haddad (1987) semblent notamment croire que la portion de la durée d'absence attribuable aux facteurs administratifs n'est pas à négliger.

À la suite de la présentation des conséquences reliées à l'absence prolongée en raison de maux de dos, il nous est apparu essentiel de poursuivre notre recherche sur la contribution spécifique des pratiques

administratives liées à la gestion d'un dossier sur la durée d'absence. Nous croyons que les pratiques administratives, touchant toutes les étapes du traitement des dossiers d'accidenté du travail, sont l'une des explications principales à une absence prolongée du travail. Plus un travailleur attend une évaluation pour le traitement que l'on doit lui prescrire et ensuite lui administrer ou un règlement légal par rapport à son dossier, etc., plus il a par la suite de la difficulté à réintégrer rapidement son travail. Peu d'études s'étant en fait concentrées directement à l'examen de ces facteurs, un modèle d'analyse plus complet est nécessaire dans le but d'identifier tous les facteurs associés aux délais de retour au travail, et ce afin que les recherches futures soient orientées vers la compréhension de cette problématique.

## CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL

Après avoir effectué un travail exploratoire qui a pour fonction d'élargir les perspectives d'analyse, nous serons en mesure, dans cette partie du travail de recherche, d'exploiter et d'étudier de manière précise les phénomènes concrets qui font l'objet de préoccupations.

Avant de faire une description de notre modèle conceptuel, nous nous proposons de présenter le type de recherche que nous effectuerons. Par la suite, le modèle conceptuel sera exposé et nous y verrons la définition de chacune des variables. Enfin, la formulation de l'hypothèse ainsi que les objectifs de la recherche constitueront la dernière portion de ce chapitre.

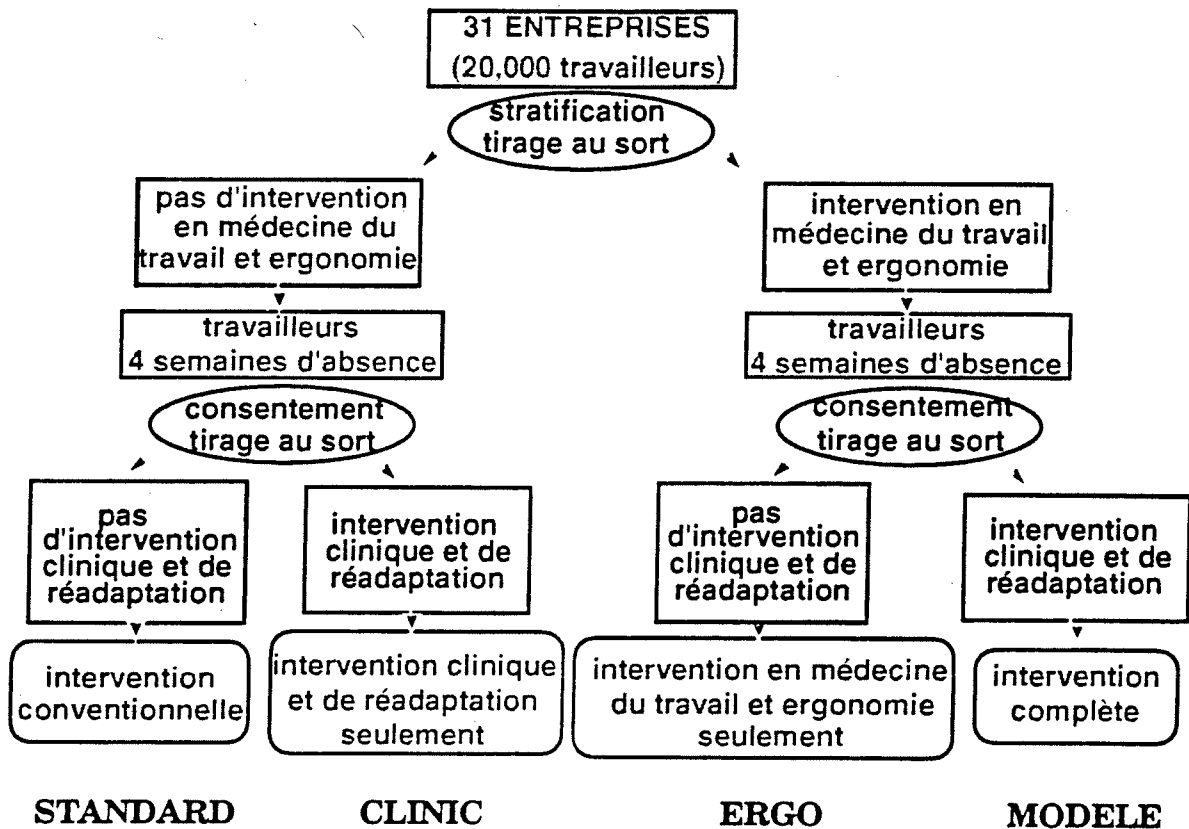
### **2.1. Type de recherche :**

La recherche appliquée entreprise ici a une visée essentiellement exploratoire. Par le biais de données quantitatives issues d'un groupe expérimental, nous avons cherché avant tout à vérifier si la variation de la durée d'absentéisme lors d'accidents du travail est attribuable aux pratiques administratives liées à la gestion des dossiers et engendrant des délais dans les interventions.

À cet effet, le groupe de chercheurs composé de Loisel, Durand, Gosselin, Simard et Turcotte avait retenu une stratégie d'étude de type expérimental à simple insu afin de valider son modèle de prise en charge des dorso-lombalgies occasionnées par le travail. En effet, selon la figure 3, à la page suivante, les travailleurs inclus dans leur étude devaient être répartis de façon à recevoir soit une intervention en médecine du travail et ergonomie, soit une intervention clinique et de réadaptation, soit une intervention complète (une intervention en médecine du travail et ergonomie et une intervention clinique et de réadaptation, *modèle systémique de Sherbrooke*), ou aucune intervention, c'est-à-dire sans intervention clinique et de réadaptation, ni intervention en médecine du travail et ergonomie

offerte par le groupe d'intervenants de Loisel et coll. (1996) (*système conventionnel*). L'implantation de cette clinique de maux de dos, ou modèle systémique de Sherbrooke, fut entamée en octobre 1991 pour se terminer en décembre 1994. Chacun des travailleurs fut suivi sur une période de un an.

**Figure 3 : Groupes de travailleurs issus de la randomisation**



LOISEL, P., DURAND, P., GOSSELIN, L., SIMARD R., et TURCOTTE, J., *La clinique des maux de dos; un modèle de prise en charge en prévention de la chronicité*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRRSST), 1996.



## 2.2. Modèle conceptuel :

Avant de définir chacun des concepts de base reliés aux variables faisant partie du modèle conceptuel, nous ferons une présentation générale du modèle conceptuel élaboré dans le cadre de ce mémoire.

C'est en nous inspirant de la revue de la littérature, mais avant tout des données secondaires dont nous disposions, que nous avons pu concevoir un modèle conceptuel définissant comme variable dépendante la durée d'absence. La variable indépendante et les variables intermédiaires retenues sont en outre considérées comme des facteurs pouvant influencer sur la durée d'absence d'un travailleur. Ainsi, le modèle conceptuel adopté, qui représente le mieux les relations entre la variable dépendante, la variable indépendante et les variables intermédiaires, est présenté sous forme de schéma à la figure 4, à la page suivante.

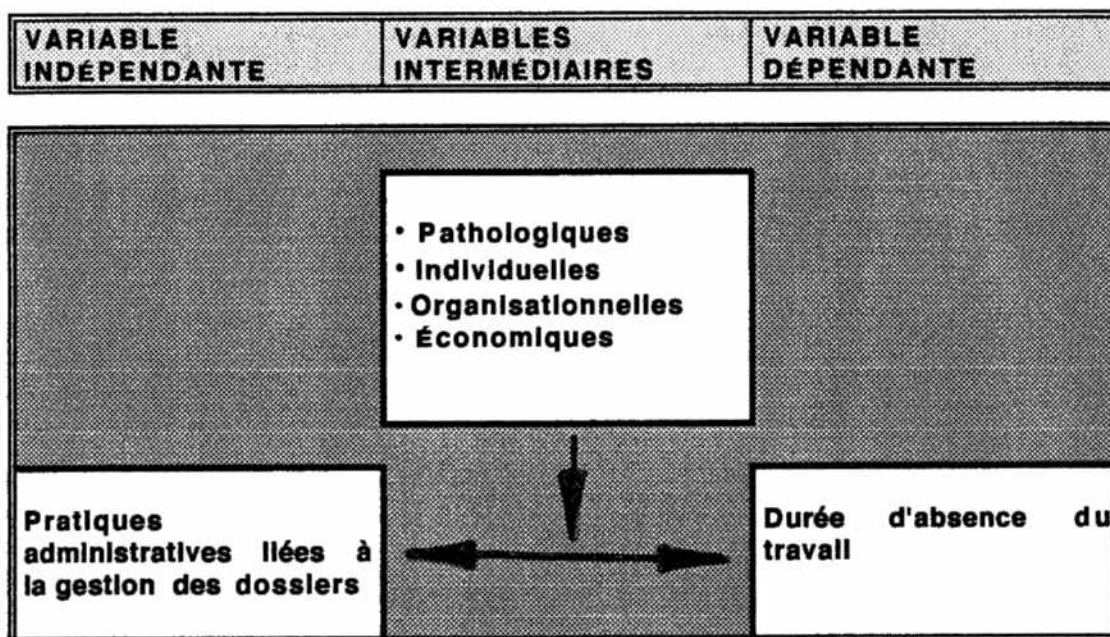
Nous observons que, dans le modèle conceptuel élaboré, la **variable dépendante** est représentée par la durée d'absence du travail en raison de maux de dos d'origine professionnelle. Deux composantes constituent cette variable, soit la composante touchant l'absence de tout travail et la composante touchant l'absence du poste de travail régulier (Loisel et coll., 1996).

Par ailleurs, la **variable indépendante** se caractérise par les pratiques administratives liées à la gestion des dossiers des travailleurs atteints de maux de dos d'origine professionnelle. Cette variable est construite autour de deux composantes : les délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste et les délais d'intervention relatifs aux différents traitements (Baril et coll., 1994; Loisel et coll., 1996).

Finalement, les **variables intermédiaires**, dans notre modèle, correspondent à quatre facteurs précédemment mentionnés dans la revue de la littérature. D'abord, les facteurs reliés à la lésion, incluant notamment la gravité de la lésion (Abenhaim et coll., 1995; Andersson et coll., 1983; Tate, 1992). Ensuite, les facteurs individuels comprenant les caractéristiques démographiques et psychologiques propres au travailleur

(Cheadle et coll.,1994; Côté Desbiolles, 1989; Derebery et Tullis,1983; Feuerstein et Theborge, 1991; Frasier, 1987; Hester et coll., 1986; Lancourt et Kettelhut, 1992; Milhous et coll., 1989; Reesor et Craig, 1988; Tate, 1992; Waddell et coll., 1993). Troisièmement, les facteurs organisationnels, soit les caractéristiques de l'entreprise et du poste de travail du travailleur accidenté ainsi que les pratiques administratives de l'employeur qui l'embauche (Cheadle et coll., 1994; Côté Desbiolles, 1989; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Milhous et coll., 1989). Enfin, les facteurs économiques tels les revenus supplémentaires versés au travailleur et les expériences antérieures de compensation du travailleur (Cheadle et coll., 1994; Frymoyer et Cats-Baril, 1987; Johnson et coll., 1987; Lancourt et Kettelhut, 1992; Milhous et coll., 1989; Sander et Meyers, 1986).

**Figure 4 : Modèle conceptuel de l'absentéisme à la suite d'une lésion professionnelle**



### **2.3. Opérationnalisation des variables :**

Voici maintenant la présentation plus spécifique du modèle conceptuel se rapportant à l'hypothèse de recherche énoncée subséquentement. Plus particulièrement, dans un premier et dans un deuxième temps, cette section apportera des explications sur la variable dépendante et la variable indépendante en présentant les différents indicateurs utilisés. Enfin, dans un troisième temps, nous ferons une présentation complète des variables intermédiaires. Il est à noter que les indicateurs utilisés ont été recueillis par le groupe d'étude de Loisel et coll. (1996) à partir de questionnaires, d'entrevues, d'examens, etc. Ainsi, les questionnaires présentés dans les annexes II à IV ont été bâtis et administrés par ce dernier.

#### **2.3.1. Variable dépendante :**

Dans notre étude, nous considérons la durée d'absence d'un travailleur accidenté comme étant liée au concept de pratiques administratives liées à la gestion des dossiers. Selon la présence de certaines pratiques, il y aura répercussion sur la durée d'absence du travailleur accidenté. Il est donc nécessaire que la notion de durée d'absence soit définie de manière précise.

On appelle durée d'absence de tout travail « le laps de temps, en nombre de jours, durant lequel un travailleur est absent du travail, c'est-à-dire qu'il n'est ni à son poste de travail régulier, ni en assignation temporaire (assignation à un autre poste ou travail avec horaire allégé ou travail au poste régulier avec restriction), pour cause de dorso-lombalgie d'origine professionnelle ». Donc, l'absence se termine dès que le travailleur reprend un travail quelconque, à temps complet ou non et avec ou sans restriction. Par contre, la durée d'absence du poste de travail régulier se définit comme étant « le laps de temps, en nombre de jours, durant lequel un travailleur est absent de son travail régulier ». Ainsi, le travailleur peut être en assignation temporaire et être considéré absent tant et aussi longtemps qu'il n'a pas regagné son poste de travail à temps plein et sans restriction (Loisel et coll., 1996). Dans l'étude de Loisel et coll. (1996), l'assignation temporaire a

pu revêtir les formes suivantes : assignation à un poste ou au travail avec horaire allégé ou travail au poste régulier avec restriction.

Il nous est apparu d'emblée important de définir notre variable dépendante de ces deux façons, étant donnée qu'une assignation temporaire peut se prolonger au-delà des délais normaux de cicatrisation des lésions. Elle est alors le témoin que l'état de santé du dos du travailleur n'est en fait pas amélioré, puisque ce dernier n'est toujours pas en mesure de réintégrer son poste de travail régulier. Cette situation, par conséquent, peut très bien mener à la chronicité (Loisel et coll., 1996).

En somme, ces définitions précises évitent toute confusion qui aurait conduit à tenir compte de ce qui ne devrait pas l'être et à omettre ce qui devrait l'être. Quant à la durée d'absence du travail telle que nous l'avons définie ci-dessus, elle est ainsi égale au nombre de jours d'absence depuis l'arrêt de travail jusqu'à l'issue du processus (tableau 1).

**Tableau 1 : Modèle spécifique de la variable dépendante**

CONCEPTS	DIMENSIONS	COMPOSANTES	INDICATEURS
- Absentéisme	-Absence du travail	- Absence de tout travail	- Nombre de jours d'absence
		- Absence du poste de travail régulier	- Nombre de jours d'absence

### 2.3.2. Variable indépendante :

Tout au long de cette présentation, nous avons présenté les composantes des pratiques administratives comme étant le système de réparation, le système juridique et le système de santé. Étant donné la nature des données que nous avons utilisé dans cette étude, nous nous concentrerons davantage sur le système de santé. En ce qui concerne les pratiques administratives liées à la gestion des dossiers de chacun des travailleurs, deux des composantes présentées au tableau 2 de la page 36 ont essentiellement été utilisées : les délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste et les délais d'intervention relatifs aux différents traitements (Baril et coll., 1994; Haddad, 1987).

#### *Délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste :*

Nous avons considéré comme un délai d'intervention liée à la gestion des dossiers tout écart, en nombre de jours, entre le moment où était prévu le rendez-vous et le moment où la consultation avec le médecin spécialiste a effectivement eu lieu. En outre, ce délai d'intervention relatif aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste peut être engendré par divers motifs tels que le retard dans le traitement du dossier, le retard dans l'évaluation du patient ou la production du rapport et la difficulté à obtenir un rendez-vous (Baril et coll., 1994).

Dans l'étude de Loisel et coll. (1996), les travailleurs participant à l'étude devaient, selon le groupe expérimental dont ils faisaient partie, rencontrer une première fois à la huitième semaine de l'arrêt de travail un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur afin de préciser le diagnostic et les traitements à suivre. Par la suite, si l'état de santé du travailleur le rendait nécessaire et si, depuis la classe de dos, le retour au poste de travail régulier ne s'était pas produit, un deuxième rendez-vous était fixé avec le médecin spécialiste de l'appareil locomoteur, toujours afin de préciser le diagnostic et les traitements à suivre. Ainsi, le premier rendez-vous était fixé dès l'arrêt de travail tandis que le deuxième rendez-vous était fixé, pour sa part, dès la fin de la classe de dos si le travailleur n'était pas retourné au travail. Donc, avec les renseignements présentés nous avons examiné,

pour la première consultation, l'écart entre l'arrêt de travail (moment où était fixé le premier rendez-vous) et la consultation avec le médecin spécialiste, contrairement à la deuxième consultation, où nous avons mesuré l'écart entre la fin de la classe de dos (moment où était fixé le deuxième rendez-vous) et la consultation avec le médecin spécialiste.

*Délais d'intervention relatifs aux différents traitements :*

Dans cette partie, nous avons caractérisé les pratiques administratives liées à la gestion des dossiers par les délais d'intervention relatifs aux différents traitements. Cette variable concernait en effet les interventions du médecin spécialiste portant exclusivement sur la détermination du traitement que le travailleur devait entreprendre. Plus spécifiquement, nous examinions l'écart, en nombre de jours, entre la détermination par le médecin spécialiste d'un traitement à entreprendre et le début de ce dit traitement. Dans ce cas, une démarche est alors entreprise afin d'améliorer l'état de santé du travailleur.

De façon plus précise, dans l'étude de Loisel et coll. (1996), les traitements étaient déterminés par le médecin spécialiste de l'appareil locomoteur. Lors de la première consultation, le médecin spécialiste pouvait, si le travailleur en avait besoin, lui prescrire une classe de dos. Par la suite, le médecin spécialiste de l'appareil locomoteur pouvait revoir le travailleur pour une deuxième consultation et lui prescrire, après un examen approfondi, une thérapie de récupération fonctionnelle (TRF). Ainsi, les indicateurs de ces composantes se caractérisent par l'écart entre la prescription de la classe de dos par le médecin spécialiste de l'appareil locomoteur et le début de la classe de dos de même que par l'écart entre la prescription de la thérapie de récupération fonctionnelle par le médecin spécialiste de l'appareil locomoteur et le début de celle-ci (Baril et coll., 1994; Loisel et coll., 1996).

*Total des délais d'intervention :*

Cette dimension touche le total de tous les délais d'intervention, soit les délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste à l'occasion de la première et de la deuxième consultation et les délais d'intervention relatifs aux différents traitements, c'est-à-dire la classe de dos et la thérapie de récupération fonctionnelle. Cette dimension est représentée par le nombre total de jours de délai. Par ailleurs, deux ratios se concentrant sur le total de tous les délais relatifs aux rendez-vous et aux traitements ont également été calculés. Ces ratios permettent de représenter la proportion totale des délais par rapport à l'absence du travail sous les deux composantes déjà présentées, soit l'absence de tout travail ainsi que l'absence du poste de travail régulier.

**Figure 5 : Schéma du processus d'intervention dans l'étude de Loisel et coll. (1996)**

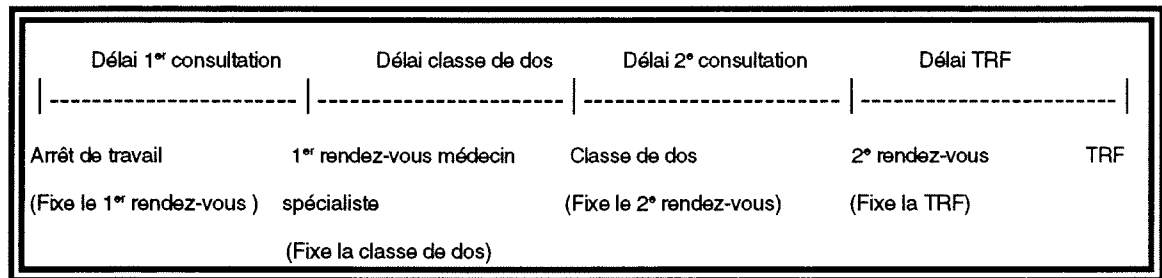


Tableau 2 : Modèle spécifique de la variable indépendante

CONCEPTS	DIMENSIONS	COMPOSANTES	INDICATEURS
- Pratiques administratives liée à la gestion des dossiers	- Délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste	- Délai d'intervention relatif à la première consultation avec le médecin spécialiste	- Nombre de jours entre l'arrêt de travail et le rendez-vous avec le médecin spécialiste
		- Délai d'intervention relatif à la deuxième consultation avec le médecin spécialiste	- Nombre de jours entre la fin de la classe de dos et le rendez-vous avec le médecin spécialiste
	- Délais d'intervention relatifs aux différents traitements	- Délai d'intervention relatif à la classe de dos	- Nombre de jours entre la prescription de la classe de dos par le médecin spécialiste et le commencement de celle-ci
		- Délai d'intervention relatif à la thérapie de récupération fonctionnelle	- Nombre de jours entre la prescription de la thérapie de récupération fonctionnelle par le médecin spécialiste et le commencement de celle-ci
	- Total des délais d'intervention	- Total des délais d'intervention	- Nombre de jours total de tous les délais relatifs aux rendez-vous et aux traitements
		- Ratios	- Nombre de jours total de tous les délais relatifs aux rendez-vous et aux traitements par rapport à l'absence de tout travail, d'une part, et à l'absence du poste de travail régulier d'autre part.



### 2.3.3. Variables intermédiaires :

À ce stade-ci de l'exposé, nous ferons la présentation des différentes variables intermédiaires (voir le tableau 4 à la page 40). Puisque nous avons déjà discuté de l'effet de chacune de ces variables dans la revue de la littérature, nous consacrerons cette partie du chapitre uniquement à la description des indicateurs utilisés.

Dans un premier temps, nous décrirons les variables reliées à la **lésion**. Deux dimensions devront être considérées, soit le siège de la lésion et la gravité de la lésion.

#### *Siège et gravité de la lésion :*

Notons, pour la présente recherche, que nous considérons le siège de la lésion comme un type de variable intermédiaire contrôlée, c'est-à-dire semblable et stable pour l'ensemble des individus ayant participé à l'étude de Loisel et coll. (1996). Il est à souligner, toutefois, que chacun des travailleurs a été classé par le groupe de Loisel selon le modèle proposé par Spitzer et coll. (1987) (tableau 3a de l'annexe I). Cet aspect relatif au siège de la lésion n'est donc pas directement abordé dans notre modèle. La gravité, ou nature, de la lésion sera rapportée, pour sa part, sous la forme d'une indication de gravité clinique et pronostique. La cotation est la suivante : < 5 : atteinte minime; > 5 et < 15 : atteinte modérée; > 15 et < 25 : atteinte grave; > 25 : atteinte très grave (Loisel et coll., 1996).

Pour ce qui est de la variable liée aux facteurs **individuels** propres au travailleur accidenté, elle sera représentée par les dimensions démographiques et psychologiques.

#### *Dimension démographique :*

Nous tiendrons compte des caractéristiques individuelles des participants telles que l'âge (date de naissance) et le sexe, comme cela se fait habituellement.

*Dimension psychologique :*

Comme nous l'avons déjà dit, certaines caractéristiques sur le plan psychologique peuvent influencer la durée d'absence du travailleur. Dans le cadre de cette étude, nous prendrons en considération la perception de la douleur et la perception de l'incapacité physique par le travailleur. Sur le plan de la perception de la douleur, la mesure se fait à l'aide du questionnaire McGill-Melzack sur la douleur (annexe II). Le questionnaire McGill-Melzack comporte plusieurs dimensions de nature sensorielle, affective, évaluative, variée et total. Le score global d'intensité de la douleur rapporté pour les maux de dos peut se situer entre 0 et 150. En somme, les résultats moyens du questionnaire à la 4<sup>e</sup> semaines servent à mesurer la perception de la douleur.

En ce qui concerne la perception de l'incapacité, elle est mesurée, d'une part, par le questionnaire Oswestry et, d'autre part, par le *Sickness Impact Profile (SIP)* (annexe III et IV). Le questionnaire Oswestry évalue l'état fonctionnel spécifique aux maux de dos et contient 10 questions avec 6 choix de réponse pour chacune. Le score global obtenu à ce test se situe entre 0 et 100. Par ailleurs, le *SIP* mesure l'état fonctionnel générique global et tient compte de plusieurs dimensions (physique, psychosociale, sommeil et repos, alimentation, travail, entretien ménager, récréation et passe-temps). Le score se situe entre 0 et 100. Comme c'est le cas pour le questionnaire précédent, les scores moyens à ces deux questionnaires-ci servent également d'indicateur.

Par ailleurs, la variable relative aux facteurs **organisationnels** correspond aux caractéristiques de l'entreprise telles que la taille et le secteur d'activité, aux caractéristiques du poste de travail et aux pratiques de l'employeur.

*Taille de l'entreprise et secteur d'activité :*

La taille de l'entreprise nous apparaît importante à cause de sa pertinence pour le retour au travail (Baril et coll., 1994). Premièrement, elle détermine la date limite du droit de retour au travail et, deuxièmement, cette caractéristique de l'entreprise est un prédicteur stable et significatif de la durée d'absence. Plus une entreprise est grande, en ce qui a trait au nombre d'employés, plus la durée d'absence est écourtée (Cheadle et coll.,

1994). En outre, cette variable est mesurée par le nombre total d'employés dans l'entreprise. Le secteur d'activité économique auquel une entreprise participe peut se situer parmi l'un ou l'autre de ces secteurs, soit le secteur hospitalier, le secteur manufacturier ou le secteur des services, tels qu'ils ont été définis dans l'étude de Loisel et coll. (1996).

*Poste de travail :*

La seule information pouvant être utilisée relativement au poste de travail est le type de poste occupé par le travailleur. Tous les types de poste ont été regroupés selon la Classification nationale des professions (1993) dans un des vingt-six (26) grands groupes présentés en annexe I au tableau 3b. Étant donné que trois versions du questionnaire sur la pénibilité du travail ont été testées auprès de différents travailleurs et contremaîtres de l'échantillon que nous devons utiliser pour notre étude, il nous est impossible d'utiliser les données recueillies par le groupe d'étude de Loisel et coll. (1996) relativement à cette dimension. Les données recueillies ne sont pas homogènes.

*Pratiques de l'employeur :*

L'absence de mesures de réintégration du travailleur dans son poste de travail (assignation temporaire, réaffectation, adaptation de poste, etc.) est une pratique administrative de l'employeur qui a pour effet d'allonger la durée d'absence. Cette variable est mesurée de façon approximative sur une échelle ordinale (très souvent, souvent, quelquefois et rarement). Deux questions portent sur les cas d'assignation temporaire ou de travaux légers et deux questions sur les cas de reclassement professionnel proposés et mis en oeuvre au cours de la dernière année (annexe V).

Finalement, la dernière variable intermédiaire renvoie aux facteurs **économiques** touchant aux revenus supplémentaires et aux expériences antérieures de compensation vécues par le travailleur. Toutefois, en ce qui concerne les revenus supplémentaires, tous les participants à l'étude de Loisel et coll., (1996) étaient des cas bénéficiant d'une compensation de la CSST en raison d'une dorso-lombalgie. Il n'est donc pas nécessaire d'en tenir compte comme variable intermédiaire.

Tableau 4 : Modèle spécifique des variables intermédiaires

CONCEPTS	DIMENSIONS	COMPOSANTES	INDICATEURS
- Facteurs pathologiques	- Gravité de la lésion		- Cotation de l'indicateur de la gravité clinique et pronostique
- Facteurs individuels	- Démographiques	- Sexe	- Masculin / Féminin
		- Âge	- Date de naissance
	- Psychologiques	- Perception de la douleur	- Résultat au questionnaire McGill-Melzack
		- Perception de l'incapacité	- Résultats Oswestry et au <i>Sickness Impact Profile</i>
- Facteurs organisationnels	- Caractéristiques de l'entreprise ou de l'établissement	- Secteur d'activité	- Type de secteur selon 3 catégories
		- Taille de l'entreprise	- Nombre d'employés dans l'entreprise
	- Caractéristiques du poste de travail	- Type de poste	- Un des 26 grands groupes de la Classification nationale
	- Pratiques administratives de l'employeur	- Mesures de réintégration dans l'entreprise (assignation temporaire ou travaux légers, reclassement professionnel)	- Résultats aux quatre questions
- Facteurs économiques			- Expérience antérieure de compensation

#### 2.4. Hypothèse de recherche :

En vertu du questionnement que nous avons abordé à l'intérieur de notre revue de la littérature, nous posons l'hypothèse que les résultats de l'étude de Loisel et coll. (1996) ne découlent pas de l'effet des interventions cliniques pratiquées.

Plus particulièrement, à la lumière de l'information précédente, nous pouvons formuler essentiellement l'hypothèse suivante à l'égard de la contribution des pratiques administratives liées à la gestion des dossiers à la durée d'absence. En effet, nous soutenons l'hypothèse que « *la réduction de la durée d'absence du travail dans le modèle de Loisel et coll. (1996) est davantage associé à la réduction des délais administratifs liés à la gestion des dossiers plutôt qu'à l'effet des traitements cliniques et des interventions ergonomiques* ».

### **2.5. Objectifs de la recherche :**

L'objectif principal de cette recherche consistera à évaluer l'effet des pratiques administratives dans la gestion des dossiers à la durée d'absence d'un travailleur atteint de maux de dos d'origine professionnelle. De façon spécifique, cette recherche tentera d'évaluer cette contribution par trois objectifs précis :

- évaluer l'effet relatif des pratiques administratives liées à la gestion des dossiers à la durée d'absence du travail, et ce chez 56 travailleurs bénéficiant d'un système expérimental de prise en charge;
- identifier les facteurs administratifs dans la gestion des dossiers qui contribuent à la durée d'absence du travail dans un système expérimental de prise en charge.
- comparer les deux groupes afin de déterminer si les pratiques administratives influent sur la durée d'absence du travail de façon différente.

De façon plus large, cette étude permettra, si elle apparaît concluante, un réajustement dans la façon de gérer les dossiers d'accident du travail afin d'améliorer cette gestion et par le fait même d'améliorer la qualité de vie des travailleurs et de les réintégrer le plus rapidement possible au travail. Cette réintégration précoce réduit le passage à la chronicité et, donc, les conséquences négatives autant pour le travailleur et son entreprise que pour le système de réparation.

## **CHAPITRE III**

### **MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Dans ce chapitre de notre mémoire, nous exposerons la méthodologie de recherche utilisée tout au cours de notre étude. À l'intérieur de celle-ci, nous présenterons, comme points secondaires, le mode de constitution de l'échantillon, la méthode de collecte des données, le résumé des méthodes d'intervention utilisées par le groupe de Loisel et les méthodes d'analyse statistique.

Avant de poursuivre, comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent, l'une de nos démarches, pour mener à bien cette recherche, constituait à utiliser des données secondaires. En effet, les données analysées étant tirées de l'étude de Loisel et coll. (1996) sur le développement et l'évaluation d'un programme clinique et ergonomique de prévention de la chronicité des dorso-lombalgies, il est nécessaire, néanmoins, d'apporter quelques précisions quant au cadre méthodologique préconisé par ceux-ci.

La démarche présentée dans cette partie est donc celle utilisée par l'équipe de Loisel et coll. (1996). Lorsque des changements ou des modifications dans leur cadre méthodologique auront été effectués pour tenir compte de la nature de la présente recherche, une indication précise sera donnée.

#### **3.1. Constitution de l'échantillon :**

La population cible était constituée d'entreprises de la région de Sherbrooke, centre urbain d'importance où plus de 50 % de la population de l'Estrie est concentrée, soit de Richmond au nord, à la frontière américaine à l'est et à Granby à l'ouest. Cette région, représentée en vaste majorité par des travailleurs blancs (à plus de 95 %) et francophones, comptait quatre-vingt-dix-huit mille (98 000) travailleurs actifs (Loisel et coll., 1996).

Pour constituer l'échantillon final, ce groupe de chercheurs s'est servi d'une liste exhaustive des entreprises de la région et a utilisé différents critères d'inclusion et d'exclusion afin de sélectionner les entreprises et les travailleurs participant à la recherche (voir le tableau 5).

**Tableau 5 : Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude de Loisel et coll. (1996)**

Critères d'inclusion		Critères d'exclusion	
Entreprises	Travailleurs	Entreprises	Travailleurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appartenir à l'un des 30 secteurs d'activités;</li> <li>- Compter 175 employés et plus;</li> <li>- Être localisée dans un rayon de 30 km de la clinique de maux de dos de CUSE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présenter une dorsalgie ou une lombalgie amenant une absence du travail cumulative de quatre semaines et plus;</li> <li>- Être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 65 ans au jour de la déclaration d'une lésion professionnelle au dos;</li> <li>- Déclarer une lésion au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fermeture prévue dans les 6 mois suivant le début de l'étude.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lésion non reconnue comme étant liée au travail et ne pouvant être indemnisée;</li> <li>- Absence du travail pour une dorsalgie ou une lombalgie au cours des 6 mois précédant le début de l'étude (la période de 6 mois nous apparaissait suffisante pour différencier une récurrence d'une prolongation de lésion);</li> <li>- Grossesse;</li> <li>- Contre-indication médicale reliée à une pathologie spécifique telle qu'une fracture, une maladie métabolique, néoplasique, inflammatoire ou infectieuse de la colonne vertébrale, une spondylolisthésis de grade 3 ou plus;</li> <li>- Cervicalgie dominante;</li> <li>- Origine non reliée à l'appareil locomoteur.</li> </ul>

Après avoir appliqué ces critères, quarante (40) entreprises ont été sélectionnées. Parmi elles, trente et une (31) ont accepté de participer à



l'étude. En ce qui concerne les travailleurs absents de leur poste de travail régulier plus de quatre (4) semaines, cent trente (130) ont accepté de participer à l'étude et ont été répartis au hasard afin de recevoir une intervention clinique ou de réadaptation ou aucune intervention. Parmi eux, cent quatre (104) ont finalement été retenus parce qu'ils rencontraient les critères d'inclusion et que les données de leur dossier étaient complètes<sup>2</sup>.

La répartition aléatoire de ces travailleurs en quatre (4) groupes s'est fait comme suit :

- Médecin traitant seulement : travailleurs ne recevant aucune intervention clinique, ni intervention en médecine du travail et ergonomie (système conventionnel) :  
groupe Standard (n = 26)
- Intervention clinique et de réadaptation seulement :  
groupe Clinic (n = 31)
- Intervention en médecine du travail et ergonomie seulement :  
groupe Ergo (n = 22)
- Intervention complète (modèle systémique de Sherbrooke) :  
groupe Modèle (n = 25)

Il est important de mentionner que durant le recrutement des participants à la recherche, la mise en place rapide d'une nouvelle politique de la CSST, appelée « politique du maintien du lien d'emploi », le 31 décembre 1993 a entraîné une interruption du recrutement. Cette politique consistait en une détection précoce ainsi qu'en une surveillance et une prise en charge plus étroites par le conseiller en réadaptation des travailleurs blessés. L'interruption a pris effet avant la mise en place de cette politique, et ce afin de ne pas entraîner une co-intervention majeure qui risquait d'invalider les résultats du groupe contrôle (groupe Standard) traité selon le système conventionnel.

Enfin, un tirage au sort est apparu nécessaire afin de contrer les biais de contamination pouvant se manifester lorsque des travailleurs recevaient ou

---

<sup>2</sup> Quatorze (14) ont été exclus, car ils ne rencontraient pas les critères d'éligibilité (douze (12), car leur période d'absence était supérieure à 92 jours et deux (2), car elle était inférieure à 20 jours); et douze (12), car aucune visite de suivi n'était disponible.

non une intervention dans une même entreprise. Plus spécifiquement, un double niveau de tirage au sort (« cluster randomisation ») fut nécessaire, c'est-à-dire qu'on a procédé au tirage au sort préalable des entreprises dont les travailleurs recevraient ou non une intervention, puis au tirage au sort des travailleurs recevant un type particulier d'intervention (figure 3 à la page 28).

En ce qui concerne notre recherche, nous avons procédé en regroupant deux (2) des quatre (4) groupes de l'étude de Loisel et coll. (1996). Ainsi, cette démarche nous permet de former un (1) échantillon de travailleurs. Plus spécifiquement, nous nous sommes servis des résultats recueillis par l'équipe de Loisel pour le groupe de travailleurs ayant subi une intervention clinique et de réadaptation seulement (groupe Clinic) et pour le groupe de travailleurs ayant subi une intervention complète (modèle systémique de Sherbrooke) (groupe Modèle). Au total, ces deux (2) groupes nous permettent d'obtenir un échantillon expérimental de 56 participants ( $n = 56$ ) :

- Intervention clinique et de réadaptation seulement :  
groupe Clinic ( $n = 31$ )
- Intervention complète (modèle systémique de Sherbrooke) :  
groupe Modèle ( $n = 25$ )

Nous avons pris la décision de constituer notre échantillon à partir de ces deux groupes parce que certaines données primordiales reliées aux deux autres groupes, soit le groupe de travailleurs suivis par un médecin traitant seulement (travailleurs sans intervention clinique, ni intervention en médecine du travail et ergonomie : système conventionnel) et le groupe de travailleurs bénéficiant d'une intervention en médecine du travail et ergonomie seulement, n'étaient pas disponibles d'emblée. De plus, étant donné les contraintes reliées au temps, soit au délai d'attente prolongé pour avoir accès à ces données, et à la divulgation de l'information, soit à la confidentialité, que nous avons rencontrées, nous avons pris la liberté de concentrer nos analyses seulement sur les deux groupes exposés ci-dessus.

### 3.2. Méthode de collecte des données :

L'équipe de Loisel (1996) s'est servi de différents outils (questionnaires, entrevues, etc.) afin d'obtenir des renseignements sur le statut démographique et professionnel du travailleur, l'état clinique du travailleur, l'état fonctionnel et la qualité de vie du travailleur, et de recueillir les données de nature ergonomique et les variables cinématiques (voir le tableau 6).

**Tableau 6 : Outils d'évaluation utilisés par l'équipe de Loisel (1996)**

Facteurs mesurés	Outils d'évaluation
Statut démographique et professionnel	Questionnaire sur les facteurs démographiques et le statut professionnel
Etat clinique	Examen séparé en plusieurs sections - anamnèse - évaluation de la douleur - questionnaire McGill-Melzack - antécédents médicaux - questions relatives au travail - examen physique
Survi	Questionnaire de suivi
Etat fonctionnel et qualité de vie	Questionnaire Oswestry Questionnaire <i>Sickness Impact Profile</i> Questionnaire APGAR Questionnaire québécois d'incapacité pour le dos
Variables ergonomiques	Questionnaire sur la performance en gestion de la santé-sécurité Questionnaire sur la pénibilité des postes de travail - questionnaire sur la pénibilité - guide pour la description des tâches Questionnaire sur la polyvalence des tâches Questionnaire sur les caractéristiques des solutions ergonomiques Mise en place des solutions ergonomiques Questionnaire sur la satisfaction à l'égard du programme de la clinique des maux de dos
Dimension cinématique	Spinoscope

En résumé, au début de l'étude et une fois le recrutement des travailleurs terminé, un assistant de recherche est allé recueillir les données sur la performance en gestion de la santé-sécurité des entreprises. Lors de la deuxième consultation, la distribution du questionnaire sur la satisfaction au travail a également été effectuée.

Dans une première rencontre avec le travailleur et suivant les explications du projet et la signature du formulaire de consentement, l'assistant remettait au travailleur le questionnaire sur les caractéristiques démographiques et le statut professionnel. Une fois le travailleur admis à l'étude, la mesure de pénibilité du poste était réalisée par un questionnaire remis au travailleur et à son contremaître. On a eu recours aux mesures évaluatives de l'état clinique, au questionnaire de suivi ainsi qu'aux outils d'évaluation des variables ergonomiques à quatre reprises pour chacun des travailleurs, soit une première fois à l'admission (4 semaines) et les autres fois aux 12<sup>e</sup>, 24<sup>e</sup> et 52<sup>e</sup> semaines suivant l'absence initiale du travail. Enfin, les mesures ergonomiques étaient recueillies par l'ergonome lors de son intervention ou par l'assistant. Chacune de ces rencontres avait lieu la même journée ou dans un maximum de 24 heures d'intervalle.

Il est utile de préciser à présent de quelle façon, à partir des données de l'étude de Loisel et coll. (1996), les données nécessaires à notre recherche ont été recueillies. Ainsi, une seule démarche fut entreprise, laquelle consistait en l'analyse de chacun des dossiers des travailleurs ayant participé à l'étude de Loisel et coll. (1996). Il s'agissait en fait d'explorer le cheminement des travailleurs accidentés. Puisque nous effectuons l'étude du cheminement des travailleurs atteints de dorso-lombalgie d'origine professionnelle, il était préférable d'analyser les dossiers depuis la date de l'arrêt de travail jusqu'à l'issue du processus à travers des données telles que dates, renseignements, etc.

Afin d'effectuer cette analyse, nous nous sommes servis d'une **grille de collecte des données** (annexe VI), inspirée de celle utilisée par le groupe d'étude de Baril et coll. (1994), pour les cinquante-six (56) dossiers sélectionnés. Cette grille a documenté les processus mis en place par le groupe de Loisel et coll. (1996) en donnant de l'information sur le cheminement du travailleur. Les données recueillies à l'aide de cette grille permettent d'identifier trois types de caractéristiques concernant 1) le profil du travailleur et de l'entreprise, 2) le processus administratif et, enfin, 3) la durée d'absence du travailleur.

Cette grille représente une structure modulaire où les différents modules visent à documenter une facette particulière du cheminement suivi par le travailleur. Spécifiquement, notre grille est structurée en sept (7) modules : 1) profil du travailleur, 2) profil de l'entreprise, 3) arrêt de travail, 4) interventions, 5) prescription des traitements médicaux, psychosociaux et professionnels, 6) retour au travail et, enfin, 7) marqueurs décisionnels. Ainsi, nous avons complété notre grille à partir des données recueillies à l'aide des différents questionnaires et examens utilisés lors de l'étude de Loisel et coll. (1996).

Le module 1 contient tout d'abord des renseignements sur le travailleur : les renseignements démographiques d'usage tels que le sexe, la date de naissance, le groupe auquel il appartient dans l'étude de Loisel et coll. (1996), etc.; des renseignements sur son profil psychologique, la gravité de sa lésion ainsi que des renseignements sur les expériences antérieures de compensation vécues au cours de la dernière année. De plus, il comprend des données sur les caractéristiques de son poste de travail.

Dans le module 2, nous présentons le profil général de l'entreprise (identification, secteur d'activité, taille) et les pratiques administratives adoptées en cas d'assignation temporaire ou de travaux légers et de reclassement professionnel.

Pour leur part, les modules 3 et 6 portant sur l'arrêt de travail depuis le premier événement jusqu'à l'issue définitive du processus, c'est-à-dire la situation qui permet le retour au travail. Ces modules permettent de constater le nombre d'assignation temporaire et de rechute ou d'aggravation auxquelles fait face le travailleur. Ils permettent également de connaître les dates exactes de l'arrêt de travail et du retour au travail (Baril et coll., 1994).

En ce qui concerne le module 4, il porte sur la ou les interventions effectuées durant le processus. Toutes les dates se rapportant à un rendez-vous avec le médecin traitant adressant son patient à un médecin différent, un spécialiste par exemple, devraient être prises en considération.

Contrairement au module 7 sur les marqueurs décisionnels, ce module ne prend pas en considération les dates se rapportant aux délais de récupération (ex. : repos de deux semaines avant le prochain rendez-vous avec le médecin traitant).

Le module 5, qui a trait à la prescription des traitements médicaux, psychosociaux et professionnels, tient compte des dates de prescription d'un traitement quel qu'il soit jusqu'au début de ce traitement (Baril et coll., 1994).

En terminant, les marqueurs décisionnels, module 7, se caractérisent par les dates qui marquent les différentes étapes du cheminement médical (date de consolidation, dates d'orientation et d'admission en traitement, etc.). En somme, ce module concerne autant les délais administratifs que les délais de récupération nécessaires au rétablissement du travailleur (repos, traitements, etc.). Par conséquent, cette démarche permet une vision générale du cheminement de chacun des participants à la recherche (Baril et coll., 1994).

En somme, cette grille permet de recueillir des données administratives en considérant le rôle des divers acteurs mentionnés au dossier. Elle permet par ailleurs de tenir compte de l'ensemble des autres facteurs mentionnés dans le modèle conceptuel expliquant les délais dans le retour au travail.

### 3.2.1. Démarches entreprises lors de la collecte des données :

Après avoir rempli chacun des modules de notre grille de collecte des données, nous avons dû dans un premier temps, à partir des dates apparaissant dans la grille, calculer le nombre total de jours d'absence de tout travail et du poste de travail régulier. Cette même démarche a été également effectuée afin de connaître le nombre total de jours de délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous et aux différents traitements, et le nombre total des délais. Dans un deuxième temps, nous avons recatégorisé les types de poste de travail dans l'un des vingt-six (26) grands groupes de la Classification nationale des professions (1993). Cette

démarche nous a permis de classer chacun des types de poste dans un groupe de base comprenant des catégories d'emploi. Une fois toutes ces opérations terminées, nos données étaient prêtes à être analysées de façon systématique.

### **3.3. Résumé des méthodes d'intervention pour les groupes Clinic et Modèle dans l'étude de Loisel et coll. (1996) :**

#### **3.3.1. Le groupe Clinic :**

De façon globale, l'intervention clinique et de réadaptation comportait une ou plusieurs consultations auprès d'un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur, une classe de dos ainsi qu'une thérapie de récupération fonctionnelle suivie d'un retour thérapeutique au travail.

Deux médecins spécialistes, un chirurgien orthopédiste et un neurochirurgien, se partageaient la tâche de préciser le diagnostic à la huitième semaine de l'arrêt de travail. Leur objectif, à la première consultation, était d'éliminer une lésion grave nécessitant le recours à un traitement spécifique ou contre-indiquant une intervention de réadaptation. Après avoir réalisé une série d'examens poussés (tableau 6 de la page 47), le spécialiste faisait alors ses recommandations au médecin traitant. Celles-ci pouvaient être de retourner aussitôt au travail habituel ou encore de prescrire la classe de dos. Le médecin spécialiste revoyait le travailleur lors d'une seconde consultation, si son état la rendait nécessaire et si après la classe de dos, un retour au travail normal n'était pas survenu. De nouveau, une série d'examens poussés était effectuée et en l'absence de l'apparition d'une atteinte grave, une thérapie de récupération fonctionnelle était alors prescrite.

La classe de dos était une activité de groupe réunissant entre six (6) et dix (10) patients. Elle présentait un format différent des classes de dos habituelles puisqu'il s'agissait d'une classe de dos d'une durée prolongée, soit des séances d'une heure par jour, chaque jour, durant quatre semaines consécutives. Dans le cadre du programme, des conseils d'hygiène

posturale étaient donnés et expliqués par un physiothérapeute, des exercices physiques au sol et en piscine étaient pratiqués et des cours d'anatomie du dos ainsi que des cours sur les activités de la vie quotidienne ayant des répercussions sur le dos étaient présentés. Tous les exercices devaient être pratiqués et répétés par les travailleurs sous supervision.

Pour sa part, la thérapie de récupération fonctionnelle était une activité de réadaptation complexe, diverse et intégrée, dont le but était le retour à la vie active et au travail, si possible dans les mêmes conditions qui prévalaient avant l'accident. Elle se composait d'activités associées d'éducation physique, d'ergothérapie et de psychologie, intégrées dans une approche de type cognitivo-comportemental. Les séances d'intervention individualisées, mais qui se déroulaient en groupe, avaient lieu chaque jour, de six à sept heures par jour, pendant trois (3) à cinq (5) semaines.

En dernier lieu, la thérapie de récupération fonctionnelle se terminait par un retour progressif au poste de travail régulier, par le biais de l'assignation temporaire. Le retour au travail réalisé en collaboration avec le superviseur du travailleur, recommandé et suivi par l'équipe multidisciplinaire, prescrit par le médecin traitant et organisé par l'ergothérapeute. Sa durée était en général étalée sur cinq (5) semaines, mais pouvait être raccourcie ou allongée selon les progrès réalisés par le travailleur. Chaque jour de travail supplémentaire accompli par ce dernier correspondait à un jour de thérapie de récupération fonctionnelle en moins.

### 3.3.2. Le groupe Modèle :

L'équipe multidisciplinaire utilisait une approche systémique incluant des interventions clinique et de réadaptation, tel que nous l'avons mentionné précédemment, en plus des interventions en médecine du travail et ergonomie. Cette équipe était composée d'un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur, d'un ergothérapeute, d'une éducatrice physique, d'une psychologue et d'un ergonomiste. De plus, le médecin traitant du travailleur et le conseiller en réadaptation de la CSST chargé du dossier étaient invités de façon régulière. Son rôle était de guider des interventions



dans le but de restaurer les capacités fonctionnelles du travailleur et idéalement de lui permettre de retrouver le poste de travail qu'il occupait avant l'accident. Autrement, deux autres solutions étaient envisagées : soit le retour à son poste amélioré à la suite d'interventions ergonomiques, soit la réadaptation professionnelle, c'est-à-dire la réalisation d'un processus aboutissant à un changement de poste de travail.

S'amorçant à la sixième semaine, l'intervention comportait deux volets : médecine du travail et ergonomie. Dans le cadre du volet de médecine du travail, le travailleur était convoqué par le médecin spécialiste du travail pour être examiné et évalué, selon un protocole minimal d'évaluation (l'histoire de l'accident, l'histoire occupationnelle du travailleur et des précisions sur le poste de travail), du point de vue de sa capacité à retourner à son poste de travail. À la suite de l'examen, le médecin discutait avec l'ergonome des contraintes et du contexte de travail afin de mieux préciser le degré d'adéquation entre l'état clinique du travailleur et les exigences de son travail. Il discutait également avec le médecin traitant et les responsables de l'entreprise et les conseillait quant aux conditions nécessaires pour assurer un retour au travail précoce et durable. Tant que le travailleur n'était pas retourné au travail, il continuait de voir le médecin spécialiste du travail une fois par mois. Le rôle du médecin spécialiste du travail était très important avant la 12<sup>e</sup> semaine, date à partir de laquelle le travailleur qui n'était toujours pas retourné au travail était vu par le médecin spécialiste.

Quant au deuxième volet, celui de l'intervention ergonomique participative, il comportait deux phases : 1) en début de programme, création des groupes de travail dans les entreprises et formation préalable et 2) tout au long du programme, les interventions proprement dites pour chaque cas.

Pendant la première phase, on créait des groupes de travail pour chaque entreprise selon les critères suivants, soit la bonne connaissance des postes de travail, l'intérêt pour le problème des maux de dos, la disponibilité pour toute la durée du programme et de bonnes relations avec les travailleurs. Chaque groupe était composé d'un représentant de l'employeur et du syndicat, du travailleur accidenté et de son supérieur

direct et du chef de service ou de production. Chacun des membres du groupe recevait une formation, d'une durée de deux jours, destinée à améliorer le processus d'identification des situations de travail comportant des risques pour le dos et le processus de recherche de solutions susceptibles de faciliter la réintégration au travail.

Dans la deuxième phase, il y avait tout d'abord une intervention réalisée par l'ergonome. En effet, l'ergonome devait rencontrer le travailleur, recueillir des données préliminaires et prendre contact avec les responsables du groupe de travail et du poste de travail. Il devait par la suite réaliser un entrevue en entreprise lui permettant de recueillir des données et d'analyser les descriptions de tâche. Cette première entrevue était souvent accompagnée d'une première visite succincte des lieux de travail. La phase d'observation plus détaillée des tâches réellement accomplies dans le cadre du travail succédait à l'entrevue. L'ergonome devait, par le biais d'un document de travail, déterminer l'importance de l'exposition aux différents facteurs de risque et désigner les aspects de la situation de travail nécessitant une amélioration. Ce document était ensuite adressé aux autres membres du groupe de travail, et une ou deux rencontres de groupe, d'une durée de deux à trois heures, étaient organisées. Ces rencontres visaient à prendre connaissance des résultats de l'analyse réalisée par l'ergonome, à discuter et à élaborer des solutions appropriées. Le suivi de la mise en place de ces mesures demeurerait sous la responsabilité de l'entreprise, car la participation de l'ergonome n'avait qu'un but consultatif. En effet, le rôle de l'ergonome au sein du groupe de travail était plutôt celui d'un conseiller ou d'une personne ressource que celui d'un prescripteur ou d'un responsable de l'application de solution.

### **3.4. Méthodes d'analyse :**

En raison de la nature quantitative des données qui ont été recueillies, le traitement et l'analyse de celles-ci s'est effectué au moyen de la sixième édition du logiciel SPSS. En effet, les données qui ont été prélevées ont été saisies à l'aide d'un chiffrier (Excel 5.0) sur micro-ordinateur pour ensuite être converties en format SPSS.

Avant même d'entrer plus en détails dans les analyses statistiques, il est important de préciser quelques éléments. Premièrement, de façon plus spécifique, dans le cas de la mesure Oswestry, le résultat final au questionnaire a été calculé par l'équipe de Loisel et coll. (1996) seulement à partir des questions pour laquelle une réponse a été donnée. Ainsi, le résultat obtenu a été reporté sur le score total à l'aide de la règle de trois, ceci de façon à obtenir un score maximal de 100. Pour notre part, nous avons utilisé ce résultat final pour les fins de nos analyses statistiques. Deuxièmement, une comparaison des groupes a été effectuée par le groupe de Loisel et coll. (1996). Cette dernière visait à s'assurer que les groupes étudiés étaient comparables avant toute intervention quant aux caractéristiques individuelles des participants. Les différences observées entre les quatre (4) groupes, différences plus importantes dans les groupes Standard et Modèle, touchaient les variables démographiques (âge et sexe) et celles de comorbidité. Pour ce qui est des autres variables, intermédiaires et dépendante, elles ne présentent aucune différence significative entre les groupes. Par conséquent, afin de vérifier la comparaison des deux groupes constituant notre échantillon, nous avons effectué des tests de Student et de Chi-carré. Ceux-ci nous ont permis de démontrer qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes de notre échantillon quant aux variables relatives au sexe et à l'âge. Troisièmement, lors des analyses multivariées, les sujets pour lesquels au moins une variable analysée était manquante ont été exclus de l'analyse finale.

Le plan d'analyse statistique des données comprenait trois étapes. Dans une première étape, nous avons effectué une analyse descriptive (univariée) des variables dépendante, indépendante et intermédiaires. Nous avons effectué, par la suite, la vérification de l'hypothèse en se basant sur des procédures de corrélation, sur l'analyse de variance et sur le test de Student. Enfin, une analyse de survie selon une procédure de régression de Cox a été appliquée dans une troisième étape.

De façon plus détaillée, nous remarquons que toutes les variables à l'étude, qu'elles soient dépendante, indépendante ou intermédiaires, sont identifiées à différentes échelles de mesure (tableau 7).

**Tableau 7 : Échelle de mesure selon les variables de notre étude**

Échelle de mesure	Variables de notre étude
Ordinale	1. gravité de la lésion (minime, modérée, grave et très grave) 2. taille de l'entreprise (nombre d'employé : moins de 235, entre 236 et 241, etc.) 3. assignation temporaire et reclassement professionnel (très souvent, souvent, quelquefois et rarement) 4. expériences antérieures de compensation (nombre d'année)
Nominale	1. sexe (homme ou femme) 2. groupe d'étude (groupe 1 ou 2) 3. entreprise (numéro de l'entreprise) 4. secteur d'activité économique (hospitalier, manufacturier et services) 5. type de poste (voir selon la Classification nationale des professions)
Continue	1. âge (ans) 2. perception de la douleur et de l'incapacité (résultat aux questionnaires) 3. ancienneté dans le poste de travail et l'entreprise (ans) 4. nombre de jours d'absence 5. délais d'intervention (nombre de jours)

Pour chacune des variables, dans une première étape, nous avons appliqué une procédure d'analyse descriptive (univariée) de base selon le type de variable, représentée sous forme de tableaux de fréquence comprenant une moyenne, une médiane, un mode, une variance et un écart type, ainsi qu'un diagramme en bâtons ou un histogramme.

Nous avons procédé ensuite à la vérification des hypothèses de la recherche en présentant les résultats obtenus, dans un premier temps, lors des analyses bivariées et ensuite lors des analyses multivariées. Pour ce faire, nous avons utilisé un seuil de signification bilatéral  $\alpha = 0,05$  pour les deux types d'analyse (Kervin, 1992).

Par conséquent, la deuxième étape a consisté à identifier les relations existant entre la variable dépendante de type continu et la variable indépendante, elle aussi de type continu. Pour ce faire, nous avons utilisé la matrice des coefficients de corrélation de Pearson. Ce coefficient pouvant

varier entre -1 et 1, il nous a permis de mesurer le degré d'association entre deux variables et de déterminer le sens de la relation (négative ou positive).

Toutefois, ce coefficient ne nous a pas permis de conclure à une relation de causalité entre deux variables (Kervin, 1992; Norusis, 1993). De plus, nous avons vérifié les relations existant entre la variable dépendante et les variables intermédiaires. Dans le cas de certaines de nos variables, c'est à partir d'analyse de variance et de test de Student que nous avons réalisé cette partie de notre analyse.

Finalement, dans une dernière étape, nous avons procédé à des régressions visant à identifier les variables prédictives de la variable dépendante. Étant donné que les travailleurs n'avaient pas systématiquement à rencontrer le médecin ou à participer à la classe de dos ou encore à la thérapie de récupération fonctionnelle, les régressions ont été basées sur l'analyse de survie et sur la comparaison de cette survie d'un groupe à l'autre. Les probabilités de survie résultent de l'étude de l'évolution de groupes de travailleurs atteints de maux de dos professionnels d'un point de départ, l'arrêt de travail, jusqu'à un point terminal bien défini, le retour au poste de travail régulier ou le retour à tout autre poste de travail assigné par l'employeur. Ce type de régression permet de suivre l'évolution d'un groupe de sujets malgré l'absence de données pour certaines variables suite au départ graduel des sujets de l'étude (Douglas, 1993; Jenicek et Cléroux, 1984).

À cet égard, l'analyse de survie, qui est une technique dite actuarielle permet de suivre l'évolution d'un groupe de travailleurs, chacun de ceux-ci faisant partie du calcul des probabilités de retour au travail tant et aussi longtemps que celui-ci n'a pas été effectué. Dès son retour au travail, le travailleur est exclus de l'analyse et donc ne peut plus contribuer au calcul de la probabilité de retour. Dans le cas qui nous concerne, deux analyses ont été réalisées puisque nous avons deux définitions du retour au travail, l'une s'intéressant au retour au travail au poste régulier du travailleur et l'autre, au retour à un poste de travail quel qu'il soit. L'analyse de survie permet donc de calculer la probabilité de retour au travail en fonction du temps écoulé. Cependant, différentes variantes de l'analyse de survie existent dont la méthode de Kaplan-Meier qui est la plus connue. Celle-ci

permet d'établir une ligne de base ou courbe de référence pour l'ensemble des travailleurs en fonction du temps écoulé mais ne permet pas de tenir compte de plusieurs covariables et ne permet pas non plus de comparer des groupes en fonction de ces mêmes variables (Norusis, 1993).

La méthode de régression de Cox permet une comparaison multivariée des probabilités de retour au travail. Même si elle ne permet pas d'établir une ligne de base ou une courbe de retour de référence, elle permet néanmoins de savoir si celle-ci est influencée de façon positive ou négative par les covariables à l'étude. Cette méthode s'est avérée appropriée puisque l'analyse de régression multiple ne pouvait être utilisée étant donné que le nombre de travailleurs diminuait en fonction du temps, c'est-à-dire du retour au travail, et que cette dernière technique était dès lors inappropriée. Le modèle de régression de Cox assume que lorsque l'on compare deux groupes, par exemple, le rapport entre les probabilités des deux groupes sera constant sur toute la courbe de retour au travail et que de ce fait les deux courbes ne se croiseront donc pas. Si cela survient alors on ne peut conclure que les deux groupes se comportent différemment quant au retour au travail. Cette première analyse nous a permis de comparer les effets structurés en facteurs des différentes variables sur la durée d'absence (Norusis, 1993).

Par la suite, pour chacun des groupes, nous avons considéré que certains patients proviennent du groupe 1 et les autres du groupe 2 et comparé les courbes de survie entre les deux groupes. De plus, la régression de Cox permet d'évaluer la contribution de covariables (covariates) à l'évolution de la courbe de survie (Douglas, 1993; Jenicek et Cléroux, 1984).

## CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

### 4.1. Analyse descriptive : profil des participants

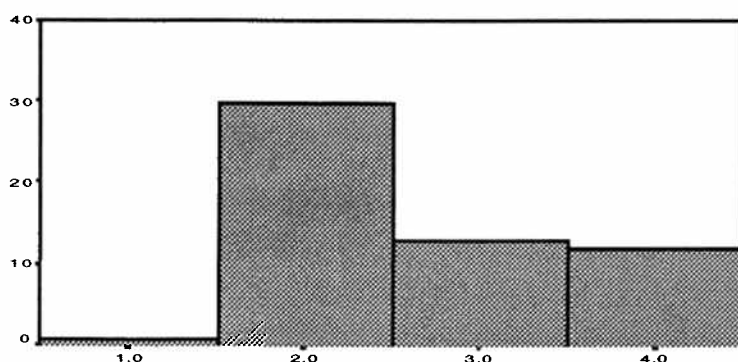
Dans cette partie de la recherche, nous allons vous présenter l'analyse descriptive des composantes constituant chaque variable. Cette analyse permettra de dégager les principales caractéristiques des indicateurs de notre échantillon de 56 participants, notamment moyennes, variances, écarts types et distributions de fréquence.

#### 4.1.1. Caractéristiques des facteurs pathologiques, individuels, organisationnels et économiques :

Notons d'abord que l'analyse des résultats se rapportant à la gravité de la lésion face à l'état dorso-lombalgique des participants nous indique que 1,8 % (1 travailleur) de ceux-ci ont une atteinte minime (1), 53,6 % (30 travailleurs), une atteinte modérée (2), 23,2 % (13 travailleurs), une atteinte grave (3) et 21,4 % (12 travailleurs), une atteinte très grave (4). Une grande proportion de notre échantillon présente donc un état dorso-lombalgique modéré, comme l'indique d'ailleurs la médiane et le mode qui correspondent à une atteinte modérée (figure 6).

**Figure 6 : Distribution des travailleurs selon la gravité de l'atteinte**

**Nombre de travailleurs**

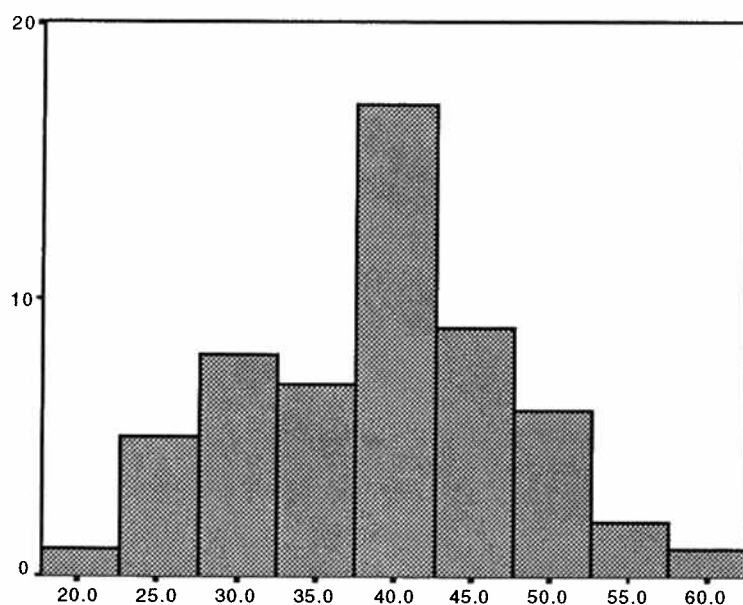


**Catégories d'atteinte**

En ce qui a trait aux facteurs individuels propres aux participants, soit le sexe et l'âge, nous remarquons que parmi notre échantillon de 56 participants, la moitié sont des hommes (28 travailleurs). Quant à l'âge moyen des participants, il se situe à 39 ans avec un écart type de 8,349. La moyenne se rapprochant de la médiane, qui est de 40 ans, nous constatons ainsi que la distribution du groupe relativement à l'âge est normale (figure 7).

**Figure 7 : Distribution des travailleurs selon l'âge**

**Nombre de  
travailleurs**



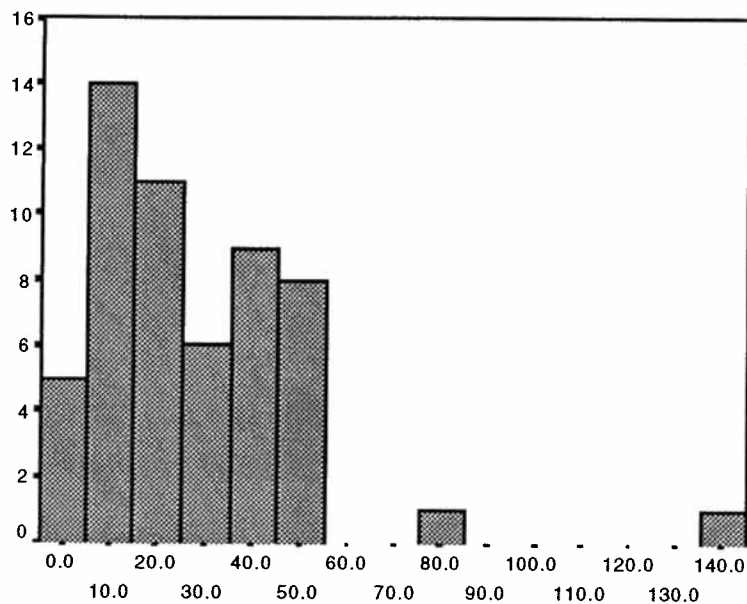
**Ans**



Par ailleurs, pour le questionnaire sur la perception de la douleur (McGill-Melzack) le score moyen est de 27,982 avec un écart type de 22,996 et une médiane de 23 pour la 4<sup>e</sup> semaine. Comme nous pouvons l'observer à la figure 8, la plupart des résultats à ce questionnaire se situent entre 0 et 55. Cependant, deux valeurs extrêmes viennent gonfler la moyenne. Conséquemment, la distribution de ces résultats n'est pas normale dans notre échantillon.

**Figure 8 : Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire McGill-Melzack**

**Nombre de  
travailleurs**

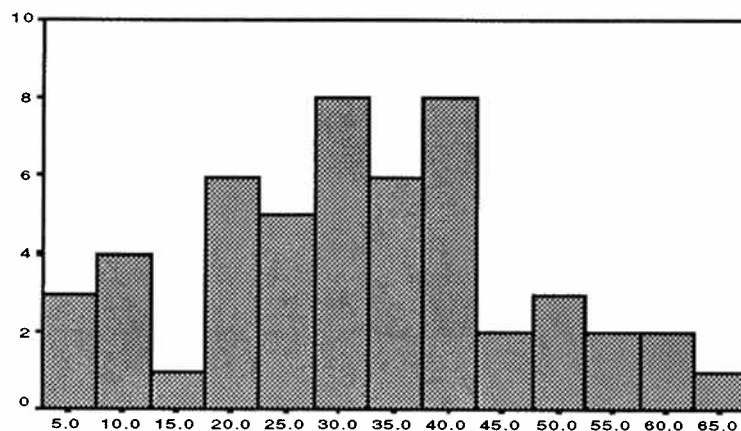


**Résultats**

Il est intéressant de voir toutefois que pour la perception de l'incapacité la moyenne est de 32,004, avec un écart type de 14,845, avec le questionnaire Oswestry et de 14,586, avec un écart type de 7,550, avec le questionnaire *SIP*. Tel que nous le constatons dans les histogrammes présentés à la figure 9 et à la figure 10 à la page suivante, les résultats à ces questionnaires pour les participants de l'échantillon ont une distribution assez normale. D'ailleurs, la proximité entre les médianes (32,00 et 14,105) et les moyennes (32,004 et 14,586) dans ces questionnaires indiquent également que cette distribution est normale.

**Figure 9 : Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire Oswestry**

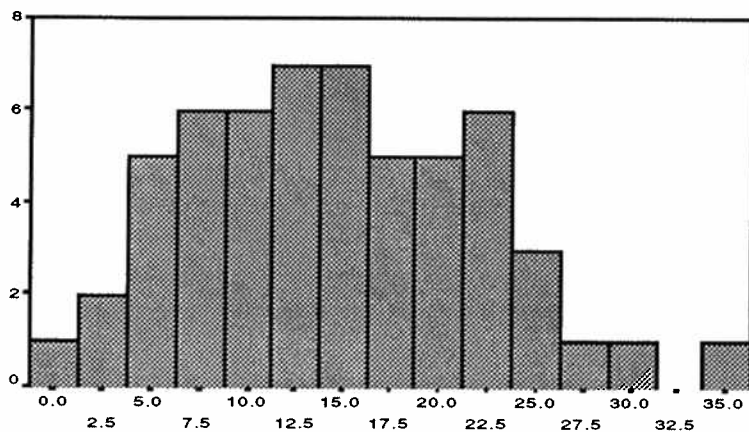
**Nombre de travailleurs**



**Résultats**

**Figure 10 : Distribution des travailleurs selon les résultats au questionnaire SIP**

**Nombre de travailleurs**



**Résultats**

Pour les facteurs organisationnels reliés à l'entreprise, notamment le secteur d'activité et la taille de l'entreprise, les résultats se présentent ainsi : le secteur d'activité le plus souvent représenté parmi les dix-huit (18) entreprises dont proviennent les travailleurs de notre échantillon est le secteur manufacturier, dans une proportion de 50 % (9 entreprises). Une proportion de 58,9 % (33 travailleurs) des participants provient du secteur hospitalier alors que 33,9 % (19 travailleurs) et 7,1 % (4 travailleurs) proviennent des secteurs manufacturier et des services respectivement. Parallèlement à ces résultats, une proportion de 21,4 % (12 travailleurs) des participants provient de l'Hôpital D'Youville alors que 14,3 % (8 travailleurs) proviennent du Centre hospitalier de Sherbrooke. La taille des dix-huit (18) entreprises est en moyenne de 793 employés (de 235 à 2 769 employés), avec un écart type de 618. Parmi les participants à l'étude, 22,2 % (12 travailleurs) et 14,8 % (8 travailleurs) des 56 travailleurs proviennent des entreprises comptant respectivement 800 et 2 769 employés. La réintégration dans l'entreprise à l'aide des assignations temporaires et du reclassement professionnel est proposée et mise en œuvre dans ces dix-huit (18) entreprises de façons différentes. Les deux composantes de la réintégration étaient mesurées sur une échelle de 4 points correspondant à la fréquence où elles sont proposées et mises en œuvre, soit très souvent, souvent, quelquefois et rarement. Plus particulièrement, dans ces entreprises, l'assignation temporaire ou les travaux légers sont quelquefois proposés et très souvent mis en œuvre. En ce qui concerne le reclassement professionnel les cas sont rares au cours d'une année et la mise en œuvre est réalisée quelquefois. Enfin, les types de poste que les participants occupent sont en grande partie, soit dans une proportion de 30,4 % (17 travailleurs), représentés par le grand groupe du personnel de soutien des services de santé.

Finalement, nous pouvons affirmer que les participants de notre échantillon n'ont, en général, vécu aucune expérience antérieure de compensation reliée à des dorso-lombalgies dans l'année précédant l'admission à l'étude.

Dans les faits, nous remarquons que 67,9 % (38 travailleurs) des participants n'ont eu aucune (0) expérience de compensation, que 30,4 % (17 travailleurs) en ont vécue une (1) fois et que 1,8 % (1 travailleurs) en ont vécue deux (2) fois.

Donc, le tableau-synthèse 8 qui suit nous présente les moyennes et les écarts types des variables qui sont mesurées de façon continue et, dans le cas des variables mesurées de façon dichotomique, nominale ou ordinale, la valeur modale et la proportion des résultats correspondants.

**Tableau 8 : Synthèse des facteurs pathologiques, individuels, organisationnels et économiques**

<b>Variables intermédiaires</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>	<b>Valeur modale</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Facteur pathologique</b>				
Gravité de la lésion			atteinte modérée	53,6 % 30 travailleurs
<b>Facteurs individuels</b>				
Sexe			hommes / femmes	50 % 28 travailleurs
Âge	39,929 ans	8,349 ans		
Perception de la douleur (McGill-Melzack)	27,982	22,996		
Perception de l'incapacité (Oswestry et SIP)	32,004 14,586	14,845 7,55		
<b>Facteurs organisationnels</b>				
Secteur d'activité			secteur hospitalier	58,9 % 33 travailleurs
Taille de l'entreprise			800 employés	22,2 % 12 travailleurs
Type de poste			personnel de soutien des services de santé	30,4 % 17 travailleurs
Proposition d'assignation temp.			quelquefois	40 % 6 entreprises
Mise en œuvre de l'assignation temp.			très souvent	44,4 % 8 entreprises
Demande de reclassement profes. par année			rarement	33,3 % 6 entreprises
Mise en œuvre du reclassement profes. par année			quelquefois	38,9 % 7 entreprises
<b>Facteur économique</b>				
Expériences antérieures de compensation			aucune expérience de compensation	67,9 % 38 travailleurs

#### 4.1.2. Caractéristiques de l'absence du travail :

Maintenant que les caractéristiques des facteurs pathologiques, individuels, organisationnels et économiques ont été présentées, il est important de s'attarder davantage à la façon dont se distribuent les participants en fonction des caractéristiques de la durée d'absence du travail puisqu'il s'agit du concept central de cette étude.

En effet, en examinant les deux composantes de la durée d'absence du travail, nous notons que la durée d'absence des participants est, d'une part, pour l'absence de tout travail, de 125 jours en moyenne avec un écart type de 112,5 jours. D'autre part, la moyenne est de 175 jours, avec un écart type de 124 jours, pour l'absence du poste de travail régulier. Ces résultats sont présentés au tableau 9 qui suit.

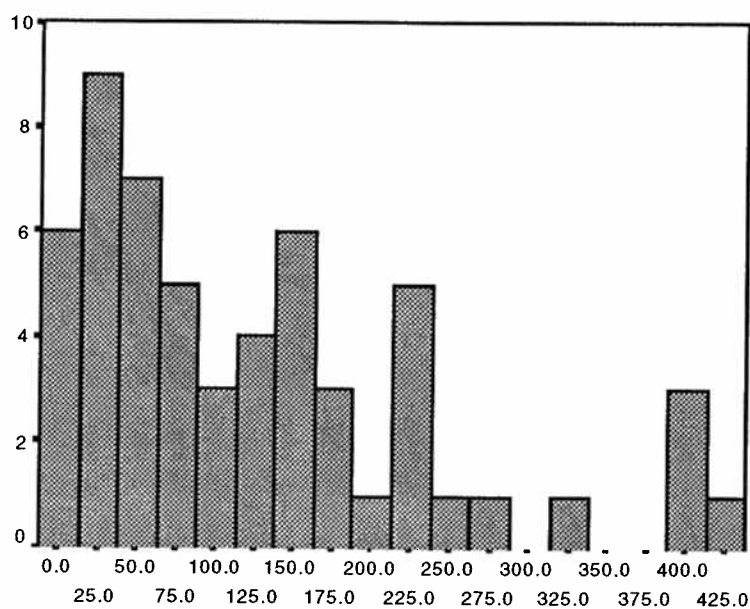
**Tableau 9 : Jours d'absence pour les 56 travailleurs**

Variable dépendante	Moyenne	Écart type
Absence de tout travail	125,071	112,507
Absence du poste de travail régulier	175,179	123,847

La distribution de l'absence du travail (figures 11 et 12 aux pages suivantes) se présente de la façon suivante : dans le cas de l'absence de tout travail (figure 11), une plus grande proportion des participants compte entre 1 et 225 jours d'absence. Quelques valeurs extrêmes viennent gonfler notre moyenne. Par conséquent, la distribution n'est pas normale puisque les jours d'absence dans ce cas sont distribués de façon très inégale entre 1 et 425 jours.

**Figure 11 : Distribution des travailleurs selon l'absence de tout travail**

**Nombre de  
travailleurs**



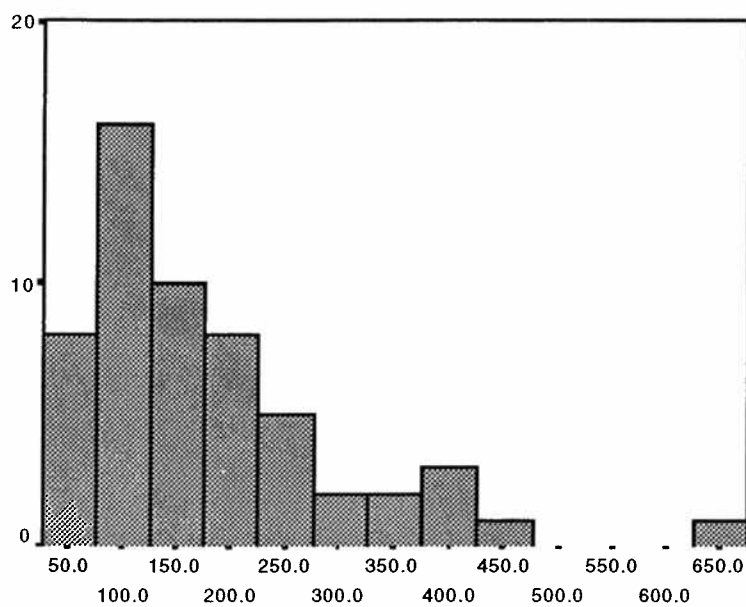
**Absence de tout  
travail (jours)**



Au niveau de l'absence du poste de travail régulier, la figure 12 qui suit nous démontre que le nombre de jours d'absence se situe entre 50 et 650. Une plus grande proportion de l'échantillon compte entre 50 et 250 jours d'absence. Nous observons également qu'une valeur extrême, 650 jours, vient gonfler cette moyenne de quelques jours; en effet, la médiane se situe à 139 jours tandis que la moyenne est de 175 jours. En somme, nous remarquons également une distribution non normale de l'absence du poste de travail régulier.

**Figure 12 : Distribution des travailleurs selon l'absence du poste de travail régulier**

**Nombre de  
travailleurs**



**Absence du poste  
de travail régulier  
(jours)**

Une comparaison des deux groupes (Clinic et Modèle) constituant notre échantillon final de 56 participants indique, dans le cas de l'absence de tout travail, une moyenne de 127 jours d'absence et un écart type de 122 jours pour le groupe 1 - Clinic - et 123 jours et 102 jours respectivement pour le groupe 2 - Modèle -. Pour ce qui est de l'absence du poste de travail régulier, la moyenne est de 187 jours et l'écart type, de 139 jours dans le groupe 1 - Clinic - et de 160 jours et 103 jours respectivement dans le groupe 2 - Modèle - (tableau 10 suivant). De façon globale, nous pouvons ainsi constater que le groupe 2 présente une moyenne moins élevée pour l'absence de tout travail et pour l'absence du poste de travail régulier.

**Tableau 10 : Jours d'absence pour chacun des deux groupes à l'étude**

Groupe	Variable dépendante	Moyenne	Écart type
Groupe 1 - Clinic -	Absence de tout travail	127,032	121,936
	Absence du poste de travail régulier	187,065	138,979
Groupe 2 - Modèle -	Absence de tout travail	122,640	102,034
	Absence du poste de travail régulier	160,440	102,943

#### 4.1.3. Caractéristiques des délais d'intervention :

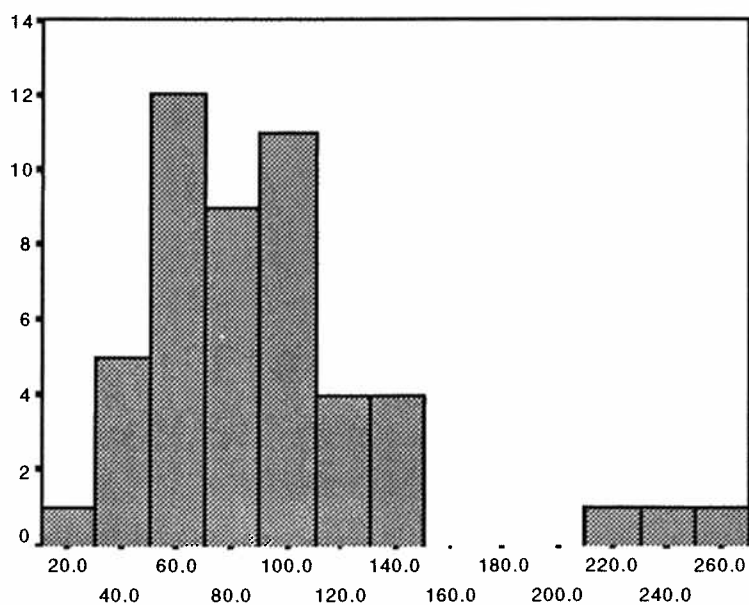
Tout d'abord, en nous référant au tableau 11, nous pouvons voir que la moyenne du total des délais d'intervention est de 92 jours. La médiane se situe à 86 jours et l'écart type est de 47,490 jours. Le total des délais d'intervention se répartissant entre 20 et 260 jours. Nous pouvons constater que la distribution présente une forte concentration de participants entre 40 et 140 jours et peu de participants aux extrémités soit à 20 jours et de 180 à 260 jours. Ainsi, nous observons que la distribution n'est pas normale, comme nous l'indique la figure 13 à la page suivante.

Tableau 11 : Durée des délais d'intervention totaux

Variable indépendante	Composante	Moyenne	Écart type
Délais d'intervention totaux	Total des délais d'intervention	92,265 jours	47,490 jours
	Ratio délais totaux/absence de tout travail	1,859	2,751
	Ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier	0,596	0,266

Figure 13 : Distribution des travailleurs selon le total des délais d'intervention

Nombre de  
travailleurs

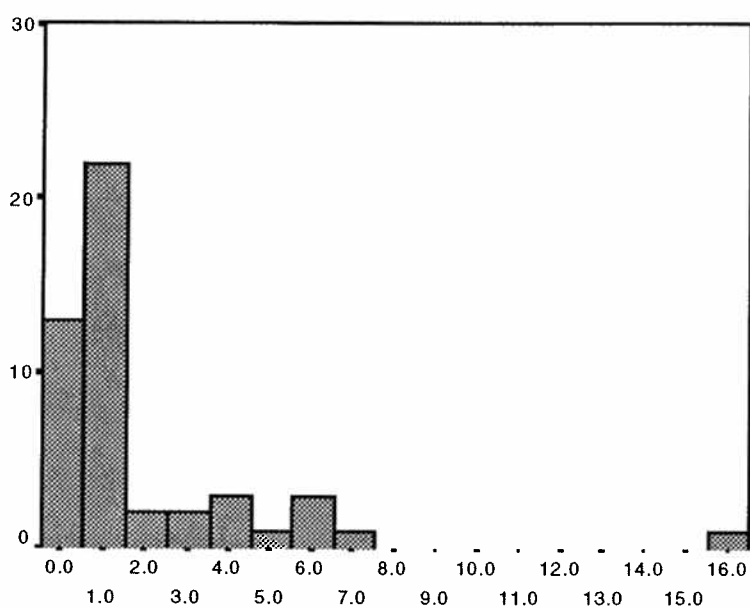


Total des délais  
d'intervention  
(jours)

Par ailleurs, au niveau des ratios, nous remarquons que la moyenne du ratio délais totaux / absence de tout travail est de 1,859, avec un écart type de 2,751. La valeur de ce ratio se répartit entre 0,0 et 16,0, mais nous constatons que la majorité des résultats se situe à 0,0 et 1,0. Par conséquent, il n'y a pas de distribution normale dans les résultats présentés à la figure 14.

**Figure 14 : Distribution des travailleurs selon les ratios délais totaux / absence de tout travail**

**Nombre de  
travailleurs**

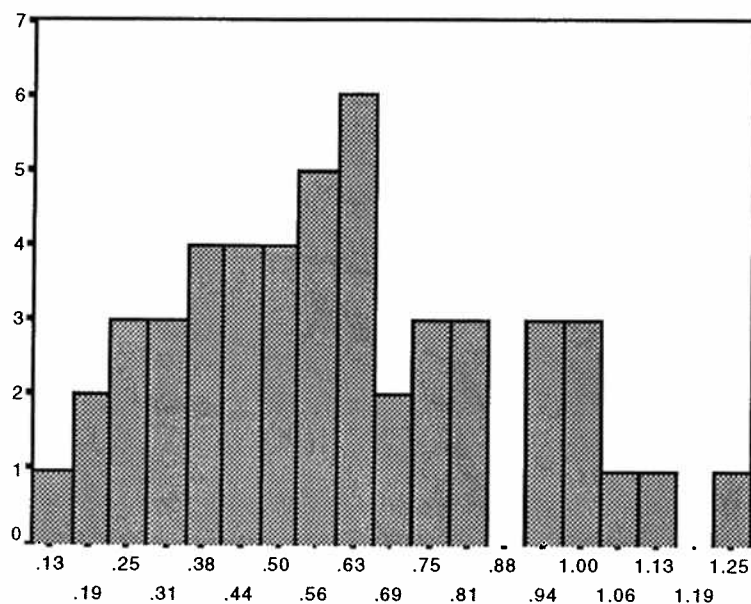


**Ratios**

Enfin, lorsque nous examinons attentivement le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier, nous observons que la moyenne est de 0,596 tandis que l'écart type est de 0,266. Les valeurs sont réparties entre 0,13 et 1,25. Dans l'ensemble, la distribution de ce ratio est normale (figure 15). D'ailleurs, la médiane est de 0,586, ce qui est très près de la moyenne.

**Figure 15 : Distribution des travailleurs selon les ratios délais totaux / absence du poste de travail régulier**

**Nombre de  
travailleurs**

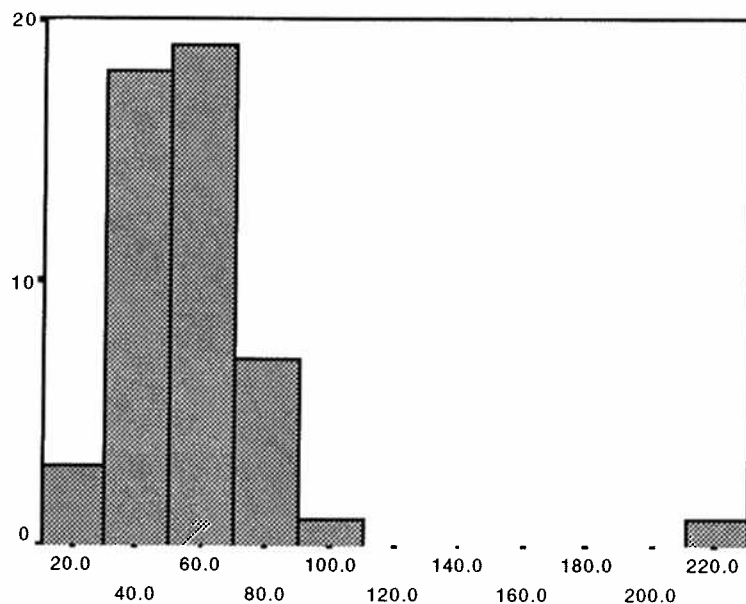


**Ratios**

De façon plus détaillée, l'une des composantes de notre variable indépendante est associée aux délais d'intervention relatifs à la première consultation avec le médecin spécialiste. Nous pouvons constater, en observant le tableau 12 à la page 77, que la moyenne des délais se situe à 57 jours. L'écart type est toutefois de 29,35 jours, ce qui est très marqué. En fait, une valeur extrême vient gonfler la moyenne et l'écart type. Cependant, nous pouvons observer une certaine distribution normale du fait que la moyenne de 56 jours et la médiane de 53 jours sont rapprochées. Notons que les résultats varient, sans y inclure la valeur extrême, entre 20 et 100 jours (figure 16).

**Figure 16 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, première consultation avec le médecin spécialiste (n = 49)**

**Nombre de  
travailleurs**

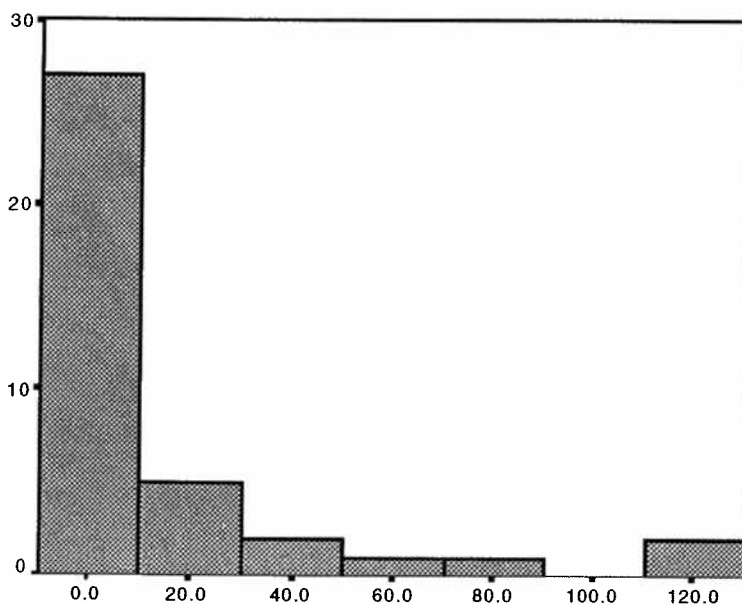


**Délais d'intervention  
(jours)**

Pour ce qui est de la deuxième consultation avec le médecin spécialiste, dans l'ensemble les résultats s'y rapportant sont, pour la moyenne, de 15 jours et, pour l'écart type, de 31,5 jours (tableau 12). Dans la majorité des cas, il n'y a aucun délai tandis que les autres résultats sont répartis de façon inégale entre 20 et 120 jours. En bref, comme nous pouvons le voir à la figure 17, les résultats sont hétérogènes, avec une valeur variant de 0 à 120 jours.

**Figure 17 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, deuxième consultation avec le médecin spécialiste (n = 38)**

**Nombre de  
travailleurs**

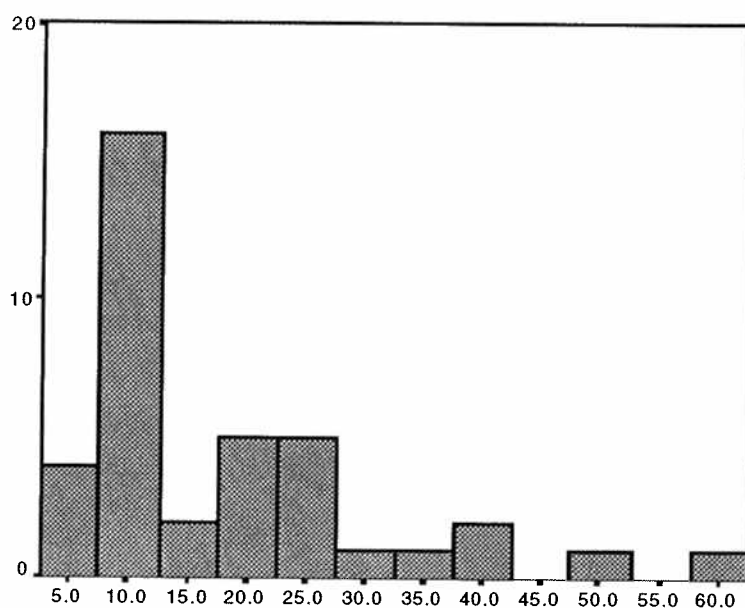


**Délais d'intervention  
(jours)**

La variable indépendante associée aux délais d'intervention relatifs à la classe de dos donne des résultats étonnants parce qu'ils varient énormément. La moyenne des délais est de 18 jours, ce qui signifie que le délai entre la prescription du traitement et le début de ce dit traitement est d'environ 18 jours. L'écart type est très élevé, soit 12,5 jours, et traduit, avec la distribution des résultats présentée à la figure 18, une distribution qui n'est pas normale en ce qui a trait au nombre de jours.

**Figure 18 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, classe de dos (n = 38)**

**Nombre de  
travailleurs**



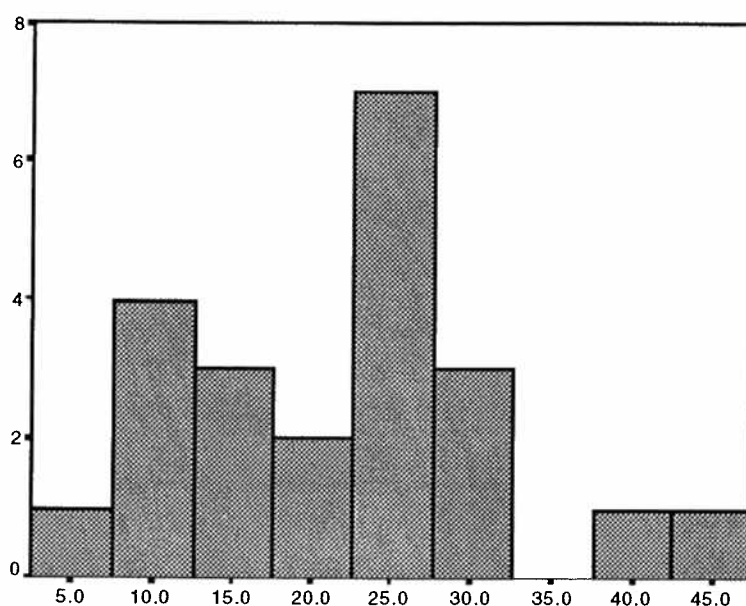
**Délais d'intervention  
(jours)**



Enfin, en ce qui concerne les délais d'intervention relatifs à la thérapie de récupération fonctionnelle, là aussi (figure 19) il nous semble pouvoir remarquer une distribution qui n'est pas normale dans les résultats. En effet, tel qu'il est présenté au tableau 12 de la page suivante, la moyenne se situe à 22 jours, l'écart type à 10 jours et la médiane à 24 jours. De plus, nous constatons que les résultats sont distribués de façon disproportionnée entre 5 et 45 jours.

**Figure 19 : Distribution des travailleurs selon les délais d'intervention, thérapie de récupération fonctionnelle (n = 22)**

**Nombre de travailleurs**



**Délais d'intervention (jours)**

Un fait cependant mérite d'être mentionné. Les statistiques se rattachant aux délais d'intervention relatifs, entre autres, à la deuxième consultation chez le spécialiste, aux classes de dos et aux thérapies de récupération fonctionnelle n'incluent pas certains des participants du fait que ces derniers

n'ont pas eu à se rendre à ces étapes d'intervention. Ils sont en effet retournés au travail avant d'arriver à ces étapes du traitement. Le nombre précis de participants n'ayant pas été inclus pour chacune de ces composantes est de 18 pour la deuxième consultation avec le médecin spécialiste, de 18 pour la classe de dos et de 34 pour la thérapie de récupération fonctionnelle.

**Tableau 12 : Durée des délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements (jours)**

Variable indépendante	Composante	Moyenne	Écart type
Délais d'intervention relatifs aux rendez-vous	Première consultation	56,694	29,351
	Deuxième consultation	14,868	31,524
Délais d'intervention relatifs aux traitements	Classe de dos	18,368	12,497
	TRF	21,818	10,445

En décomposant les résultats pour chacun des groupes, nous remarquons que dans le groupe 1 - Clinic -, tel qu'il est présenté au tableau 13 qui suit, les moyennes sont de 86 jours pour le total des délais d'intervention, de 1,964 pour le ratio délais totaux / absence de tout travail et de 0,595 pour le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier. En ce qui concerne les délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements, ils sont de 53 jours pour la première consultation, de 9 jours pour la deuxième, de 18,5 jours pour la classe de dos et de 24,5 jours pour la thérapie de récupération fonctionnelle. Les moyennes du groupe 2 - Modèle - sont respectivement de 102 jours pour le total des délais d'intervention, de 1,712 et de 0,597 pour les ratios délais totaux / absence de tout travail et absence du poste de travail régulier, de 62 jours et de 24 jours pour la première et la deuxième consultation ainsi que de 18 jours pour la classe de dos et la thérapie de récupération fonctionnelle.

**Tableau 13 : Durée des délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements pour les groupes 1 et 2 (jours)**

Variable indépendante	Composante	Groupe 1 - Clinic -	Groupe 2 - Modèle -
		Moyenne (écart type)	Moyenne (écart type)
Délais d'intervention relatifs aux rendez-vous (jours)	Première consultation	53,2 (15,6)	61,7 (42,1)
	Deuxième consultation	8,9 (16,4)	24,1 (43,8)
Délais d'intervention relatifs aux traitements (jours)	Classe de dos	18,5 (12,2)	18,1 (13,5)
	TRF	24,5 (8,9)	17,9 (11,8)
Délais d'intervention totaux (jours)	Total des délais d'intervention	85,8 (30,8)	101,7 (64,4)
Ratios	Ratio délais totaux / absence de tout travail	1,964 (2,21)	1,712 (3,50)
	Ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier	0,595 (0,28)	0,597 (0,25)

Ainsi, nous sommes à même de conclure qu'en général, comparativement au groupe 2, le groupe 1 présente des moyennes dans les délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et de même qu'un total des délais d'intervention moins élevées. Toujours en comparaison avec le groupe 2, il présente par contre des moyennes un peu plus élevées dans les délais d'intervention relatifs aux traitements. Enfin, le groupe 1 présente un ratio délais totaux / absence de tout travail un peu plus élevé, soit 1,964 comparativement à 1,712 pour le groupe 2. Le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier est semblable, soit 0,595 et 0,597 pour chacun des groupes respectivement.

En somme, nous pouvons, à la lumière de cette analyse descriptive des différentes variables, dégager de façon succincte les principales caractéristiques des participants de manière à obtenir une image globale des personnes composant notre échantillon.

En effet, si nous avons à faire la description d'un participant type de notre échantillon tiré de l'étude de Loisel et coll. (1996) en réunissant toutes les caractéristiques moyennes ou les plus fréquentes chez les sujets, nous obtiendrions le portrait global qui suit.

Il s'agit d'une femme ou d'un homme âgé(e) de 39 ans. Dans l'échantillon de l'étude de Loisel et coll. (1996), elle ou il est un travailleur qui appartient au groupe recevant une intervention clinique et de réadaptation seulement. Son état physique se caractérise par une dorso-lombalgie professionnelle modérée. Sur le plan de son état psychologique, sa perception face à la douleur est la même que celle qui est normalement rapportée chez des gens atteints de maux de dos persistants, tandis que la perception de son incapacité est relativement faible.

Elle ou il occupe un poste en tant que personnel de soutien des services de santé au sein d'une entreprise œuvrant dans le secteur hospitalier et employant 800 travailleurs. Cette dernière propose quelquefois à ses travailleurs la possibilité d'être en assignation temporaire et effectuée, conséquemment, très souvent sa mise en œuvre. Cependant, elle demande rarement et met quelquefois en œuvre un reclassement professionnel. L'ancienneté du travailleur chez son employeur actuel se situe autour de 14 ans; toutefois elle ou il occupe le même poste depuis au moins 8 ans.

Finalement, elle ou il n'a pas vécu d'expérience antérieure de compensation dans l'année précédant son entrée dans l'étude. Durant son séjour à la clinique de maux de dos de l'équipe de Loisel et coll. (1996), le nombre de jours d'absence de tout travail était de 125 jours, tandis que le nombre de jours d'absence de son poste de travail régulier était de 175 jours. Le total des délais d'intervention est de 92 jours. Particulièrement, les délais d'intervention relatifs aux rendez-vous avec les médecins

spécialistes étaient de 57 jours pour la première consultation et de 15 jours pour la deuxième, contrairement aux délais d'intervention relatifs aux traitements, qui étaient de seulement 18 jours pour la classe de dos et de 22 jours pour la thérapie de récupération fonctionnelle.

#### 4.2. Analyse bivariée :

Dans un premier temps, les résultats d'une analyse de corrélation des coefficients partiels de Pearson sont présentés dans le tableau 14. Cette analyse concerne les deux composantes de la variable dépendante, soit l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier, et les composantes de la variable indépendante, soient le total des délais d'intervention, les ratios délais totaux / absence de tout travail et absence du poste de travail régulier, les délais relatifs aux différents rendez-vous, à la première et à la deuxième consultation avec le médecin spécialiste et les délais relatifs aux différents traitements, soit la classe de dos et la thérapie de récupération fonctionnelle.

**Tableau 14 : Résultats de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson de la variable indépendante**

	Absence de tout travail	Absence du poste de travail régulier
Total des délais d'intervention (n = 49)	0,5112**	0,4560**
Première consultation avec le médecin spécialiste (n = 49)	0,1127	0,1522
Deuxième consultation avec le médecin spécialiste (n = 38)	0,3548*	0,1849
Classe de dos (n = 38)	0,0209	0,0204
TRF (n = 22)	0,2173	0,1997

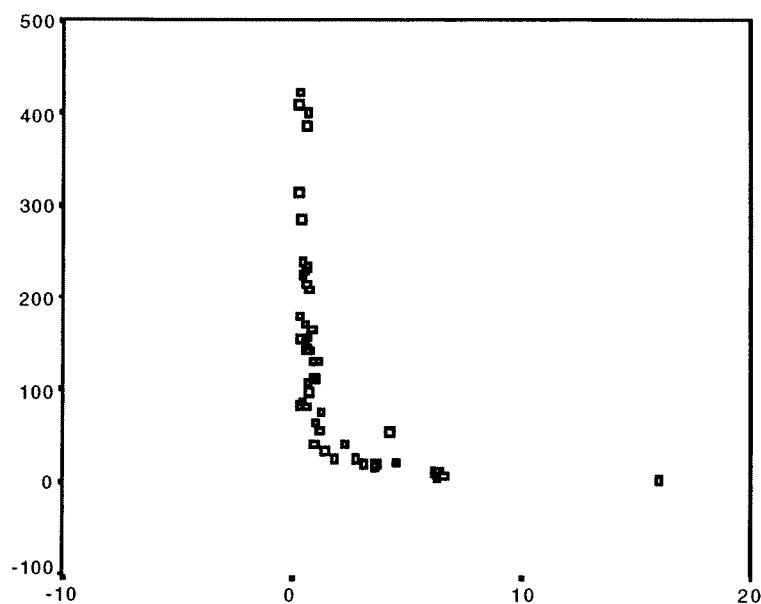
À cette étape, il est important de mentionner que nous ne pouvons utiliser la variable indépendante relative à la composante des ratios, le ratio délais totaux / absence de tout travail et le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier puisque ce sont des corrélations factices. Par conséquent, ce sont à titre indicatif que les résultats relatifs aux ratios seront présentés lors des analyses bivariées.

Comme nous l'indique le tableau ci-dessus, les variables qui sont corrélées de manière significative avec l'un des deux composantes de la variable dépendante sont suivies d'un ou de plusieurs astérisques, selon que la probabilité est inférieure à 0,05 (\*) ou à 0,01 (\*\*). D'abord, les résultats sont présentés en fonction de l'absence de tout travail et, par la suite, en fonction de l'absence du poste de travail régulier. Les résultats des corrélations avec la variable dépendante (absentéisme) devraient normalement être positifs puisque plus les délais d'intervention dans la gestion des dossiers sont longs, plus la durée d'absence du travail est longue, et inversement selon notre hypothèse.

Et pourtant, comme nous pouvons le constater, il n'en n'est pas ainsi. En effet, lorsque nous regardons plus en détail le total des délais d'intervention et le ratio délais totaux / absence de tout travail, nous remarquons des relations significatives, à un seuil de 0,01, avec la variable dépendante concernant l'absence de tout travail. Pour le total des délais d'intervention, le coefficient de Pearson est de 0,5112, tandis que pour le ratio délais totaux / absence de tout travail le coefficient de Pearson est de -0,5247. Ainsi, plus le total des délais d'intervention est long et plus nous observons une absence de tout travail prolongée contrairement au ratio qui présente une relation négative. C'est-à-dire que plus le ratio délais totaux / absence de tout travail est élevé, plus l'absence de tout travail est réduite. Cette relation est présentée plus spécifiquement à la figure 20 qui suit. Ces relations sont assez fortes puisque leur coefficient se situe autour de 0,50.

**Figure 20 : Absence de tout travail en fonction du ratio  
délais totaux / absence de tout travail**

**Durée  
d'absence**



**Ratios**

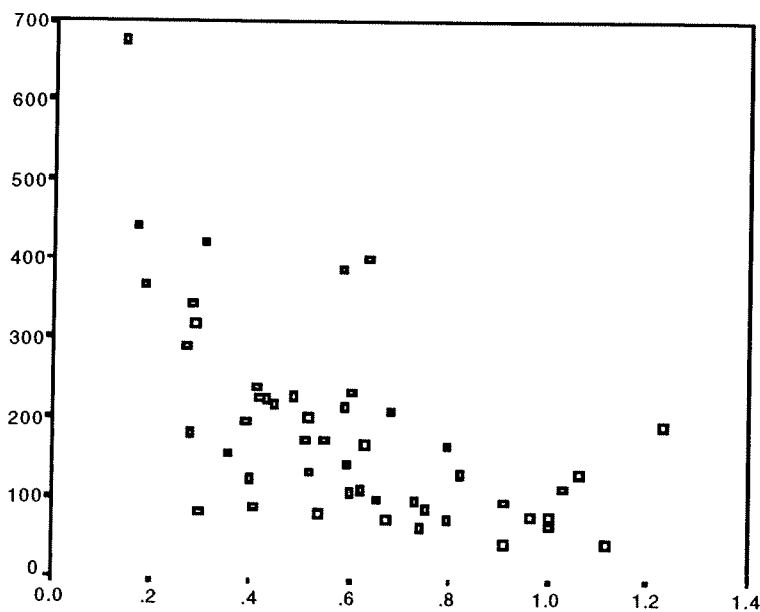
Sur le plan des délais relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin et aux différents traitements, seule la deuxième consultation avec le médecin est corrélée de manière significative à un seuil de 0,05 avec notre variable dépendante liée à l'absence de tout travail. Toutefois, le coefficient de Pearson (0,3548) étant faible, il démontre que la relation est donc aussi plutôt faible. Par conséquent, seuls les délais relatifs à la deuxième consultation avec le médecin présente une faible relation avec l'absence de tout travail.



Lorsque nous examinons la variable dépendante concernant l'absence du poste de travail régulier, nous constatons que le total des délais d'intervention et le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier sont également corrélés de manière significative ( $\alpha < 0,01$ ) avec l'absence du poste de travail régulier. Comme dans les cas précédents, le total des délais d'intervention est corrélé de façon positive et le coefficient de Pearson est de 0,4560. Le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier est corrélé de manière négative, et assez fortement (-0,6063), avec l'absence du poste de travail régulier. Donc, plus ce ratio est élevé, moins l'absence du poste de travail régulier est longue (figure 21). Par ailleurs, les résultats se rapportant aux délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous et aux différents traitements n'ont pas de relation significative avec ce type d'absence.

**Figure 21 : Absence du poste de travail régulier en fonction du ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier**

**Durée  
d'absence**



**Ratios**

Les résultats concernant les variables intermédiaires sont présentés au tableau 15 qui suit. Quatre de celles-ci sont corrélées de façon significative avec l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier.

**Tableau 15 : Résultats de la matrice des coefficients de corrélation de Pearson des variables intermédiaires**

	Absence de tout travail	Absence du poste de travail régulier
Âge (n = 56)	-0,0133	0,0881
Résultats au questionnaire McGill-Melzack (n = 55)	0,3778**	0,2746*
Résultats au questionnaire Oswestry (n = 51)	0,3030*	0,3145*
Résultats au questionnaire SIP (n = 56)	0,3960**	0,3805**
Atteinte (n = 56)	0,5201**	0,4387**
Taille de l'entreprise (n = 54)	0,1737	0,2372
Pratique administrative employeur (question 1) (n = 42)	0,2629	-0,0416
Pratique administrative employeur (question 2) (n = 42)	0,2939	0,0931
Pratique administrative employeur (question 3) (n = 38)	-0,0301	0,1235
Pratique administrative employeur (question 4) (n = 38)	-0,0502	0,1117

En effet, il apparaît que les résultats aux questionnaires McGill-Melzack (à des seuils de 0,01 et de 0,05), Oswestry (à un seuil de 0,05) et SIP (à un seuil de 0,01) sont corrélés positivement avec nos deux variables reliées à l'absence. Notons cependant que la relation entre les résultats à ces tests et l'absence de tout travail ou du poste de travail régulier n'est pas très forte puisque les coefficients de corrélation de ces variables se situent entre 0,27 et 0,40. L'atteinte est corrélée positivement, mais plus ou moins fortement

(0,5201 et 0,4387) à un seuil de 0,01, avec l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier. Donc plus l'atteinte est grave, plus le nombre de jours d'absence du travail en général, que ce soit de tout travail ou du poste de travail régulier, est élevé. Enfin, en ce qui concerne le reste des variables intermédiaires présentées dans le tableau 15, aucune corrélation significative n'a pu être identifiée.

Finalement, pour obtenir des statistiques bivariées pour les variables sexe et secteur d'activité de l'entreprise, un test de Student et des analyses de variance ont été effectués pour chacune de ces variables. Comme nous pouvons le constater au tableau 16 qui suit, les résultats nous indiquent qu'aucune différence n'est significative. En ce qui concerne le type de poste, aucune analyse n'a été effectuée puisque cette variable présente un trop grand nombre de catégories par rapport au nombre de sujet.

**Tableau 16 : Valeurs de P des tests de Student (sexe) et analyse de variance (secteurs d'activité de l'entreprise)**

	Absence de tout travail	Absence du poste de travail régulier
Sexe (n = 56)	0,972	0,177
Secteur d'activité de l'entreprise (n = 55)	0,1039	0,1739

### **4.3. Analyse multivariée :**

La section qui suit porte sur les résultats des analyses multivariées conformément à notre modèle conceptuel. Certaines variables proposées dans notre modèle conceptuel semblent associées à la durée d'absence du travail. C'est grâce aux analyses multivariées mettant en valeur les interrelations entre les variables que nous déterminerons l'importance relative de chacune des variables et ainsi, ultimement, que nous pourrons connaître l'effet combiné de l'ensemble de celles-ci sur la durée d'absence du travail en regard des deux composantes qui nous intéressent, soit l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier.

En effet, nous avons pu, dans un premier volet, procéder à différentes analyses de survie avec la méthode de régression de Cox afin d'identifier les facteurs déterminant la durée d'absence du travail. Les analyses de survie effectuées portent sur l'ensemble des variables indépendantes et intermédiaires par rapport à la durée d'absence du travail sous ses deux composantes. Dans un deuxième volet, les analyses de survie ont porté sur les différences entre les deux groupes composant notre échantillon final. Pour ces deux volets, nous avons utilisé la même procédure, soit la méthode d'entrée simultanée des variables et la méthode par étape (« step wise »).

#### **4.3.1. Exclusion de variables :**

En vue d'obtenir certains éclaircissements quant aux facteurs déterminants l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier, nous avons tout d'abord vérifié la présence de liens colinéaires entre la variable indépendante et les variables intermédiaires.

Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse de corrélation. Lorsqu'un coefficient de corrélation était significatif ( $\infty < 0,05$ ) et que celui-ci était supérieur ou égal à 0,70, nous avons jugé légitime de prendre en considération cette situation et ainsi d'éliminer certaines variables de notre modèle final. En effet, le problème majeur avec des variables présentant

une colinéarité, c'est que celles-ci donnent des renseignements similaires et qu'il est par conséquent difficile de séparer leurs effets respectifs (Norusis, 1993; Tabachnick & Fidell, 1989). Par conséquent, lors de nos analyses, nous avons sélectionné les variables ne présentant pas de lien colinéaire. Nous avons également relevé tout autre ambiguïté pouvant survenir avec certaines variables. À titre d'exemple, le manque de données étant observé pour certaines variables.

Nous avons observé des corrélations significatives positives entre les résultats des différents questionnaires sur la perception de la douleur et de l'incapacité (McGill-Melzack, Oswestry et *SIP*) ainsi qu'avec l'assignation temporaire et le reclassement professionnel. Ainsi, nous avons dénoté que plus la perception de la douleur est élevée, plus la perception de l'incapacité est élevée. Nous avons observé également que les pratiques de l'employeur reliées à l'assignation temporaire et au reclassement professionnel sont liées étroitement entre elles. À cet effet, nous avons retirés les variables concernant les pratiques de l'employeur reliées à l'assignation temporaire et au reclassement professionnel de notre modèle final parce que plusieurs données étaient manquantes. De plus, les ratios sont composés au dénominateur de notre variable dépendante et, il n'est donc pas prudent de les inclure dans le modèle final d'analyse.

D'autres variables pouvaient difficilement être incluses dans les analyses multivariées puisqu'elles comportaient un trop petit nombre de données. Cette situation se rapporte aux composantes des délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste et les délais d'intervention relatifs aux différents traitements. Prises de façon séparée, ces variables ne peuvent faire partie des analyses multivariées, car il n'y a pas assez de données pour chacune d'elle et également car elles sont indissociables. De plus, cette analyse nous démontre qu'il existe une corrélation élevée entre le total des délais d'intervention, d'une part, et chacune des composantes de la variable indépendante, soit les délais d'intervention relatifs à la première et à la deuxième consultation avec le médecin spécialiste et les délais d'intervention relatifs à la classe de dos et à la thérapie de récupération fonctionnelle. Ces relations étaient à prévoir. En effet, il n'est pas surprenant de constater que l'augmentation des délais

totaux engendrée par les délais pour chacune des composantes favorise finalement une prolongation totale de l'absence. Il faut prendre en considération le processus complet et non chacune des étapes séparément. Par conséquent, nous avons privilégié la variable représentant le total des délais d'intervention comme variable indépendante.

#### 4.3.2. Analyses de survie par groupe de variables :

Les tableaux 17 et 18 résument les résultats obtenus pour les analyses de survie selon la méthode de Cox effectuées sur l'absence de tout travail et sur l'absence du poste de travail régulier. Précisons que le coefficient de régression (B), le coefficient de Wald (Wald) ainsi que l'estimé de probabilité (p) sont présentés pour chaque variable impliquée dans la régression. De plus, ces tableaux indiquent le chi-carré et l'estimé de probabilité de l'analyse de survie (p) (Norusis, 1993).

*Absence de tout travail :*

**Tableau 17 : Analyses de survie par groupe de variables pour l'absence de tout travail (n = 46)**

Variable	Méthode d'entrée simultanée des variables			Méthode par étape		
	B	Wald	p	B	Wald	p
Total des délais d'intervention	-0,0193	4,0932	0,0431*	-0,0210	7,5446	0,0060*
Gravité de la lésion	-0,0988	6,8213	0,0090*	-0,1035	8,6504	0,0033*
Sexe	1,0788	4,4704	0,0345*	1,1893	7,5013	0,0062*
Âge	0,0172	0,3047	0,5810			
Perception de la douleur (McGill-Melzack)	-0,0176	1,4883	0,2225			
Secteur d'activité	0,1186	0,1127	0,7371			
Taille de l'entreprise	1,346	0,1741	0,6765			
Expériences antérieures de compensation	-0,0060	0,0001	0,9911			
Chi-carré	22,484			20,162		
p	0,0041*			0,0002*		

Tout d'abord, lorsque nous examinons le tableau qui se rapporte à la méthode d'entrée simultanée des variables, nous pouvons constater, qu'à première vue, la valeur de chi-carré est de 22,484 et  $p = 0,0041$  ce qui indique que le modèle prédit de façon significative l'évolution de la variable dépendante qu'est l'absence de tout travail. De plus, les résultats indiquent des contributions significatives pour les variables : total des délais d'intervention, gravité de la lésion et sexe. À cet effet, les résultats laissent entrevoir des relations inverses entre le total des délais d'intervention et l'absence de tout travail (Bêta = -0,0193) et la gravité de la lésion et l'absence de tout travail (Bêta = -0,0988). Ainsi, plus le total des délais d'intervention est long ou la gravité de la lésion est grande, plus l'absence

de tout travail est diminuée. De plus, une relation positive ( $B\hat{e}ta = 1,0788$ ) est observée entre la variable reliée au sexe et l'absence de tout travail. En ce sens, l'absence de tout travail a effectivement tendance à augmenter lorsque le sujet est un homme. Notons enfin que les coefficients de Wald, comme les valeurs l'indiquent dans le tableau, sont supérieurs à 2 pour les variables significatives, ce qui confirme que l'erreur type des coefficients  $B\hat{e}ta$  est relativement faible par rapport au coefficient lui-même. Par conséquent, la relation inverse pour les variables, total des délais d'intervention et gravité de la lésion, est confirmée de même que la relation indiquant une durée d'absence plus élevée pour les hommes par rapport aux femmes.

Dans une étape ultérieure, nous avons dû, afin de déterminer les variables essentiellement prédictives de notre modèle, procéder à une analyse en utilisant la méthode par étape. Ce faisant, cette analyse nous permet de constater que notre modèle prédit de façon significative l'absence de tout travail avec un chi-carré à 20,162 et  $p = 0,0002$ . De plus, nous constatons que la même sélection de variables que la méthode précédemment utilisée a une contribution significative. En effet, la variable reliée à la gravité de la lésion ( $B\hat{e}ta = -0,1035$ ) est sélectionnée en premier lieu suivie de la variable reliée au total des délais d'intervention ( $B\hat{e}ta = -0,0210$ ) et la variable reliée au sexe ( $B\hat{e}ta = 1,1893$ ). Par conséquent, ces variables présentent des relations et des coefficients de Wald, quoique quelque peu plus élevés dans leur cas, similaires à ceux présentés avec la méthode d'entrée simultanée.

En conclusion, les résultats obtenus avec la méthode par étape concordent avec la méthode précédente et montrent que les trois variables sélectionnées peuvent à elles seules prédire de façon adéquate la variable dépendante correspondant à l'absence de tout travail.



*Absence du poste de travail régulier :*

**Tableau 18 : Analyses de survie par groupe de variables pour l'absence du poste de travail régulier (n = 46)**

Variable	Méthode d'entrée simultanée des variables			Méthode par étape		
	B	Wald	p	B	Wald	p
Total des délais d'intervention	-0,0345	8,6856	0,0032*	-0,0308	10,8186	0,0010*
Gravité de la lésion	-0,1180	8,4294	0,0037*	-0,1071	7,9420	0,0048*
Sexe	0,9963	4,2436	0,0394*	0,8359	3,8395	0,0501*
Âge	0,0260	0,8649	0,3524			
Perception de la douleur (McGill-Melzack)	-0,0279	2,8327	0,0924	-0,0333	5,5939	0,0180*
Secteur d'activité	0,8602	5,3182	0,0211*	0,9325	6,6299	0,0100*
Taille de l'entreprise	-1,78	0,2243	0,6358			
Expériences antérieures de compensation	-0,2108	0,1835	0,6684			
Chi-carré	27,595			27,050		
p	0,0006*			0,0001*		

À la suite de la régression effectuée en utilisant la méthode d'entrée simultanée des variables, notre modèle est significatif ( $p = 0,0006$ ) avec un chi-carré de 27,595. Les résultats obtenus laissent entrevoir, à première vue, une contribution significative entre le total des délais d'intervention et l'absence du poste de travail régulier. Nous devons également souligner que la gravité de la lésion, le sexe et le secteur d'activité de l'entreprise sont en relation de façon significative avec l'absence du poste de travail régulier. Ainsi, nous pouvons affirmer, en nous basant sur ces résultats, que le total des délais d'intervention (Bêta = -0,0345) et la gravité de la lésion (Bêta = -0,1180) sont en relation inverse avec l'absence du poste de travail régulier. Contrairement aux variables ci-dessus, le sexe et le secteur d'activité de l'entreprise sont en relation positive avec l'absence du poste de travail

régulier. Ceci signifie donc que, plus particulièrement, chez les hommes, ainsi que dans le secteur d'activité relié au secteur hospitalier, nous observons une augmentation de l'absence du poste de travail régulier. Ces variables présentant des relations significatives négatives et positives sont fortement liées avec l'absence du poste de travail régulier puisque nous observons des coefficients de Wald supérieur à 2. Cette situation est d'autant plus intensifiée surtout pour le total des délais d'intervention et la gravité de la lésion qui présentent des coefficients de Wald égale à 8,6856 et 8,4294 respectivement.

Lorsque la méthode par étape est utilisée, il est alors intéressant de constater que notre modèle présente toujours un chi-carré élevé de 27,050 et qu'il est significatif ( $p = 0,0001$ ). Ce modèle est d'autant plus pertinent qu'il semble démontrer une relation qui ne nous était pas jusqu'à présent perceptible. En outre, les variables démontrant une relation significative avec l'absence du poste de travail régulier sont, encore là, celles observées précédemment avec la méthode d'entrée simultanée des variables. Cependant, la variable reliée à la perception de la douleur (McGill-Melzack) montre également une relation significative. En effet, le total des délais d'intervention présente un Bêta de -0,0308, la gravité de la lésion, un Bêta de -0,1071, le sexe, un Bêta de 0,8359, la perception de la douleur, un Bêta de -0,0333 et, finalement, le secteur d'activité de l'entreprise, un Bêta de 0,9325. Quant aux coefficients de Wald, ils ont légèrement augmenté sauf pour la gravité de la lésion et le sexe où une baisse est notée.

### 4.3.3. Analyses comparatives de survie des deux groupes d'étude :

Puisque dorénavant nous connaissons la contribution de l'ensemble des variables sur l'absence de tout travail et sur l'absence du poste de travail régulier, il convient à cette étape-ci d'examiner ces analyses en vue d'établir avec assurance le poids relatif de chacune de nos variables en fonction du groupe expérimental. Tel que nous l'avons signalé dans le premier volet de cette présentation, le même traitement statistique sera effectué pour l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier. Regardons dès maintenant les tableaux 19 et 20 où apparaît un résumé des différents résultats obtenus.

*Absence de tout travail :*

**Tableau 19 : Analyses comparatives de survie des deux groupes d'étude pour l'absence de tout travail (n = 46)**

Variable	Méthode d'entrée simultanée des variables			Méthode par étape		
	B	Wald	p	B	Wald	p
Total des délais d'intervention	-0,0170	3,3595	0,0668	-0,0191	6,4330	0,0112*
Gravité de la lésion	-0,0884	5,6297	0,0177*	-0,0949	7,6349	0,0057*
Sexe	0,9494	3,2615	0,0709	1,0516	5,5679	0,0183*
Âge	0,0138	0,1770	0,6740			
Perception de la douleur (McGill-Melzack)	-0,0168	1,3934	0,2378			
Secteur d'activité	0,0588	0,0254	0,8733			
Taille de l'entreprise	1,719	0,2657	0,6063			
Expériences antérieures de compensation	-0,0030	0,0000	0,9957			
Chi-carré	19,835			17,602		
p	0,0110*			0,0005*		

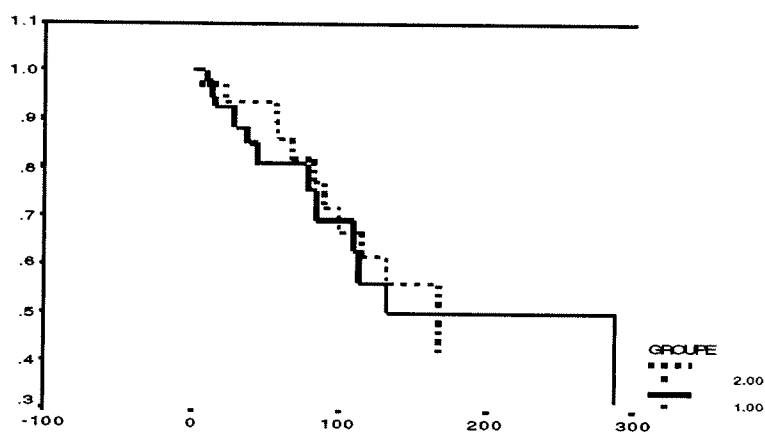
Une analyse comparative des deux courbes par la méthode d'entrée simultanée des variables indique que le modèle est comparable pour les deux groupes. La seule variable différenciant ceux-ci étant la variable reliée à la gravité de la lésion.

Une représentation graphique des deux courbes dans la figure 22 montre que les courbes se suivent et se recoupent. De plus, une représentation graphique du logarithme moins le logarithme de la survie en fonction de la durée d'absence de tout travail (figure 23) indique que les deux courbes se suivent de façon parallèle indiquant par le fait même que les équations de régression des deux courbes sont proportionnelles. De fait, elles sont presque identiques. Nous pouvons donc conclure que les fonctions de survie des deux courbes ne sont pas significativement différentes (Norusis, 1993).

L'analyse par étape montre des résultats comparables à l'équation de survie lorsque les deux groupes sont analysés ensemble. Ainsi, les trois mêmes variables sont sélectionnées, soient le total des délais d'intervention, la gravité de la lésion et le sexe. Encore une fois les représentations graphiques sont similaires à celles obtenues par la méthode d'entrée simultanée des variables.

**Figure 22 :** Courbes de survie de l'absence de tout travail en fonction des deux groupes d'étude

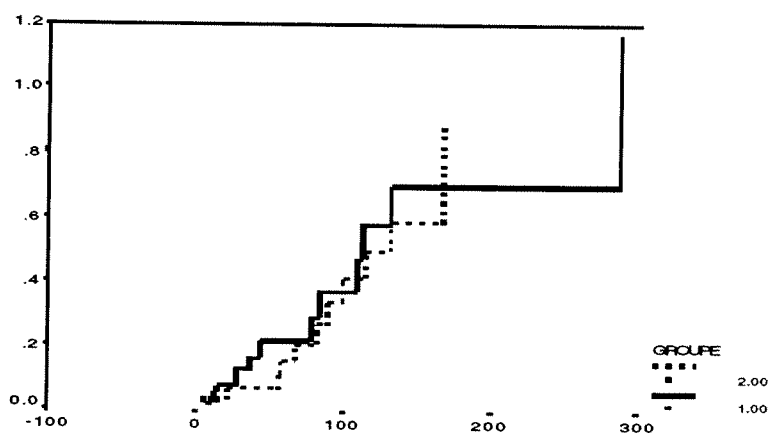
Proportion relative de travailleurs



Absence de tout travail

**Figure 23 :** Logarithme moins le logarithme de la survie en fonction de l'absence de tout travail

Proportion relative de travailleurs



Absence de tout travail

*Absence du poste de travail régulier :*

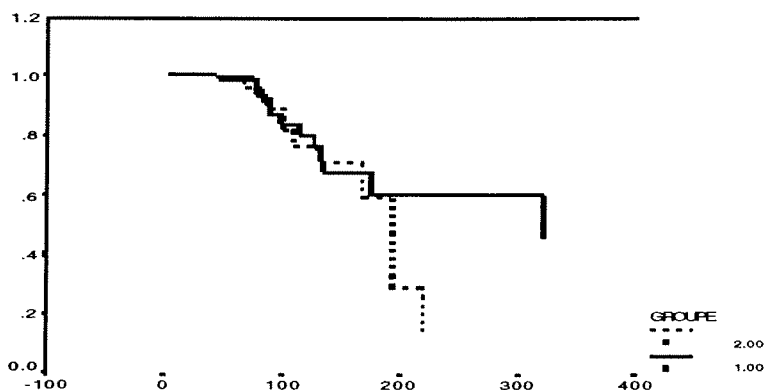
**Tableau 20 : Analyses comparatives de survie des deux groupes d'étude pour l'absence du poste de travail régulier (n = 46)**

Variable	Méthode d'entrée simultanée des variables			Méthode par étape		
	B	Wald	p	B	Wald	p
Total des délais d'intervention	-0,0361	8,5042	0,0035*	-0,0301	10,1460	0,0014*
Gravité de la lésion	-0,1084	6,8252	0,0090*	-0,0915	5,8975	0,0152*
Sexe	1,2264	5,2655	0,0218*	0,9346	4,1556	0,0415*
Âge	0,0364	1,4145	0,2343			
Perception de la douleur (McGill-Melzack)	-0,0239	1,9340	0,1643	-0,0341	5,5511	0,0185*
Secteur d'activité	0,7962	4,8053	0,0284*	0,8854	6,1233	0,0133*
Taille de l'entreprise	-4,03	0,9801	0,3222			
Expériences antérieures de compensation	-0,2626	0,2682	0,6045			
Chi-carré	26,159			27,351		
p	0,0004*			0,000*		

Comme le reste des résultats présentés précédemment, les résultats de la méthode d'entrée simultanée des variables et la méthode par étape nous indiquent que le modèle est comparable pour les deux groupes en fonction de l'absence du poste de travail régulier. En effet, tout d'abord, les variables différenciant ceux-ci sont les mêmes que lorsque nous avons présenté les analyses de survie par groupe de variables pour l'absence du poste de travail régulier. Deuxièmement, lorsque nous regardons les figures 24 et 25, nous remarquons, qu'en général, les deux courbes sont parallèles ou se recoupent par endroit pour les deux méthodes et les deux figures (Norusis, 1993)

**Figure 24 :** Courbes de survie de l'absence du poste de travail régulier en fonction des deux groupes d'étude

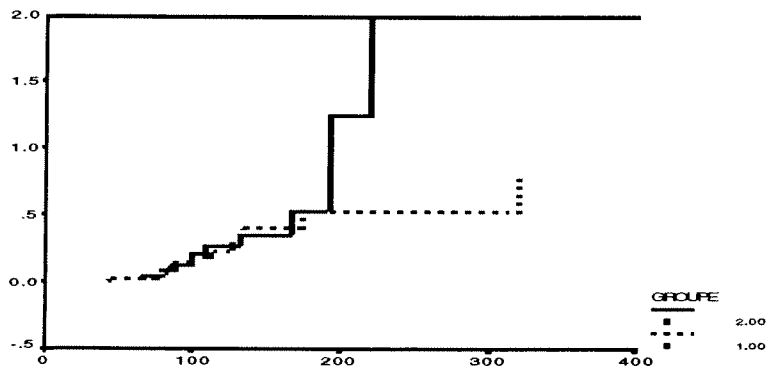
Proportion relative de travailleurs



Absence de tout travail

**Figure 25 :** Logarithme moins le logarithme de la survie en fonction de l'absence du poste de travail régulier

Proportion relative de travailleurs



Absence de tout travail

En résumé, nous devons retenir de tout ce qui précède que, contrairement aux régressions reliées à l'absence de tout travail, le modèle relatif à l'absence du poste de travail régulier démontre une association plus élevée entre la durée d'absence et le reste des variables ( $\chi^2 = 27$ ) que pour la composante reliée à l'absence de tout travail. Le modèle relatif à l'absence du poste de travail régulier ajoute également deux liens significatifs avec les variables reliées au secteur d'activité de l'entreprise et la perception de la douleur. Nous constatons pour terminer des résultats comparables à l'équation de survie lorsque les deux groupes sont analysés ensemble.



## CHAPITRE V DISCUSSION DES RÉSULTATS

### **5.1. Rappel de l'hypothèse et des objectifs :**

Le but principal de cette recherche étant de se concentrer sur les pratiques administratives liées à la gestion des dossiers des travailleurs atteints de dorso-lombalgie, notre hypothèse de départ consistait à vérifier si la différence quant à la durée d'absence du travail dans un système de prise en charge expérimentale comme celui de l'étude de Loisel et coll. (1996) dépendait davantage de la gestion administrative des dossiers plutôt que du traitement médical. Afin de vérifier cette hypothèse, trois objectifs précis ont été fixés, soit : (1) l'évaluation de la contribution relative des pratiques administratives liées à la gestion des dossiers à la durée d'absence, (2) l'identification des facteurs administratifs dans la gestion des dossiers et, enfin, (3) la comparaison des deux groupes quant à leur contribution relative aux pratiques administratives.

Pour arriver à répondre à cette question, nous avons utilisé deux variables construites autour de plusieurs composantes. La première mesure la durée d'absence sous deux aspects, soit l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier. La deuxième variable réfère plutôt aux pratiques administratives liées à la gestion des dossiers. Elle touche en fait les délais d'intervention relatifs aux différents rendez-vous avec le médecin spécialiste de même que les délais d'intervention relatifs aux différents traitements. Par ailleurs, notre modèle conceptuel comprend également d'autres variables potentiellement associées à l'absence et qui ont trait aux caractéristiques pathologiques, individuelles, organisationnelles et économiques.

## 5.2. Atteinte des objectifs :

De manière générale, en regard des trois objectifs fixés, nous allons discuter, en nous basant sur la littérature disponible à ce sujet, quelques résultats qui se rapportent aux différentes analyses statistiques effectuées tout au long de cette recherche.

### 5.2.1 Évaluation de la contribution et l'identification des facteurs relatifs aux pratiques administratives :

Nos résultats de recherche confirment ainsi qu'il existe une contribution des pratiques administratives sur la durée d'absence du travail. Nous sommes, en ce sens, en mesure d'affirmer qu'à partir des composantes de la variable indépendante, plus spécifiquement le total des délais d'intervention ainsi que des ratios, que des relations significatives ont été identifiées lors de nos analyses bivariées et multivariées.

En effet, les analyses bivariées ont révélé des corrélations significatives entre l'absence de tout travail ou l'absence du poste de travail régulier et le total des délais d'intervention (0,5112 et 0,4560), le ratio délais totaux / absence de tout travail (-0,5247), le ratio délais totaux / absence du poste de travail régulier (-0,6063).

En ce qui concerne ces résultats, plusieurs éléments attirent notre attention. Le premier est la corrélation positive entre le total des délais d'intervention et l'absence de tout travail ou l'absence du poste de travail régulier. C'est-à-dire que plus le total des délais d'intervention augmente, plus la durée d'absence du travail augmente.

Si ce premier effet était prévisible, nous ne pouvons pas en dire autant des résultats obtenus avec les ratios qui, à notre grand étonnement, présentent des conclusions très différentes. Il semble que les ratios délais totaux / absence de tout travail et délais totaux / absence du poste de travail régulier soient corrélés de façon négative avec les deux composantes de notre variable dépendante. En ce sens, nous observons

une relation inversement proportionnelle entre la proportion des délais administratifs et la durée d'absence. La proportion des délais vient donc influencer négativement de façon significative sur la durée d'absence. Il pourrait s'agir dans ce cas que la durée des traitements aurait davantage d'influence sur la durée d'absence du travail. Dans la mesure où la proportion de délais reliée à l'attente pour les rendez-vous et pour les traitements est petite, l'absence générale s'explique par d'autres types de variable comme la durée du traitement (repos, physiothérapie, classe de dos, etc.). En effet, dans l'étude de Loisel et coll. (1996), les travailleurs qui n'étaient pas en attente de rendez-vous ni de traitement avaient la possibilité de recevoir un traitement quelconque ou subissaient des examens avec les différents spécialistes (voir figure 5 page 35).

Malgré que les ratios n'aient pas été considérés lors des analyses multivariées étant donné les considérations mentionnées antérieurement, il est important de présenter toutefois leur effet sur la durée d'absence du travail. En effet, ces analyses bivariées nous démontrent des relations semblables avec la variable reliée au total des délais d'intervention lors des analyses multivariées.

Ainsi, à la suite des analyses de survie de régression de Cox relatives à l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier, nous observons une relation significative négative entre le total des délais d'intervention et la durée d'absence du travail. Certaines observations s'imposent face à ces résultats.

Nous croyons que cette contribution serait en grande partie attribuable à la logistique de prise en charge utilisée, dont le contrôle entre chaque consultation et la durée des traitements, dans l'étude de Loisel et coll. (1996). En somme, lorsqu'un travailleur expérimente un total de délais d'intervention de courte durée, il est intéressant de noter que sa durée d'absence du travail (deux composantes) peut quand même être longue à cause du temps qui est consacré à ses traitements comme nous l'avons expliqué précédemment lors de l'examen des ratios. Cette différence dans l'augmentation de la durée des traitements peut provenir de la thérapie de récupération fonctionnelle puisque celle-ci pouvait durer de trois (3) à cinq

(5) semaines et même plus dans certains cas, comparativement à la classe de maux de dos, dont la durée était fixe à quatre (4) semaines (voir section 3.3. du chapitre III à la page 51).

Ainsi, en nous basant sur le rapport de Spitzer (1987) et sur une étude de Wiesel (1984), nous estimons que ce sera principalement en raison du degré d'organisation des interventions, ici nous pouvons parler de grille diagnostique et d'organigramme, que la durée d'absence du travail fluctuera. En effet, Spitzer (1987) a proposé une grille diagnostique et un organigramme spécifiant le moment propice pour mettre en œuvre certaines interventions qu'il recommandait. À titre d'exemple, citons la consultation d'un médecin spécialiste de l'appareil locomoteur après sept (7) semaines d'absence du travail, la mise en œuvre de traitements actifs après huit (8) semaines et, si aucune amélioration ne survenait, une réadaptation précoce. Wiesel (1984) a démontré, pour sa part, qu'une gestion appropriée du problème de liaison entre les médecins impliqués pouvait être efficace dans une grande entreprise, réduisant ainsi de façon notable la durée d'absence du travail et le nombre d'interventions chirurgicales.

#### 5.2.2 Évaluation de la contribution et l'identification des autres variables :

##### *Absence du travail :*

Maintenant que nous sommes plus au fait de la contribution des pratiques administratives sur la durée d'absence du travail, il convient d'approfondir quelque peu notre réflexion sur les autres variables qui influent sur la durée d'absence du travail, soit les deux composantes, absence de tout travail et absence du poste de travail régulier.

À cet égard, nous voyons, tout d'abord, que la gravité de la lésion est en relation avec la durée d'absence du travail. Pour ce qui est des analyses bivariées, elles ont révélé une corrélation significative positive entre la gravité de la lésion et la durée d'absence du travail. Plus la lésion présente une atteinte sévère pour le travailleur, plus la durée d'absence du travail est longue. Contrairement à ces résultats, les analyses multivariées ont, pour

leur part, révélé une relation significative inverse. Lorsque que la gravité de la lésion augmente, la durée d'absence du travail diminue que ce soit pour l'absence de tout travail ou du poste de travail régulier.

Cette constatation peut s'expliquer puisqu'après un certain temps d'absence du travail, la probabilité de retour à un travail productif est fortement diminuée. De fait, la volonté de retourner au travail est influencée davantage par le nombre de jours d'absence du travail plutôt que par la gravité de la lésion. Déjà après seulement une absence de six (6) mois, la probabilité de réintégrer le travail est de 50 %. Une absence dépassant les deux (2) ans donne au travailleur essentiellement une probabilité nulle de réintégrer le travail (Bell, 1994; Frymoyer, 1992; Haddad, 1987; Andersson et al., 1983; Lancourt et Kellehuth, 1992; Milhous et al., 1989; Spitzer et al., 1987). Dans notre échantillon, nous notons que la distribution en fonction de la gravité de la lésion est telle que présentée dans les analyses descriptives. Les participants devaient avoir enregistré une absence de quatre (4) semaines, ceci afin d'être considérés dans un état potentiel de chronicité, avant de pouvoir être inclus dans l'étude de Loisel et coll. (1996). C'est pour cette raison que nous dénotons un nombre moins élevé de participants présentant une atteinte minime comparativement aux participants dans les autres catégories.

Deuxièmement, le sexe est également significativement en relation avec la durée d'absence du travail. Dans nos analyses multivariées, les hommes tendent à avoir une absence du travail de durée plus longue. Pour plusieurs auteurs, la différence entre les sexes s'explique par la proportion plus élevée d'hommes dans les tâches comportant un risque élevé pour le dos. Cependant, les études ne suggèrent pas de façon évidente une relation entre le sexe et la durée d'absence (Abenham et Suissa, 1987; Deyo et Tsui-Wu, 1987).

*Absence du poste de travail régulier :*

De façon plus spécifique, les résultats des analyses bivariées et multivariées indiquent également des relations avec l'absence du poste de travail régulier.

Dans un premier temps, elles indiquent une corrélation significative positive (analyses bivariées) entre la perception de la douleur et l'absence du poste de travail régulier. Des résultats similaires sont rapportés dans une étude de Feuerstein et Thebargé (1991). Ces derniers ont observé entre autres que des travailleurs présentant des douleurs chroniques au dos vont se percevoir davantage comme handicapés, vont rapporter des niveaux de détresse plus grands et vont être absents plus longtemps de leur travail surtout s'ils ne sont pas en assignation temporaire. Il va de soi que plus une personne perçoit intensément de la douleur, plus elle considère que son incapacité augmente (Feuerstein et Thebargé, 1991).

Contrairement à ce qui est présenté dans l'analyse bivariée, l'analyse multivariée présente une relation inverse entre la perception de la douleur et l'absence du poste de travail régulier. Donc, plus la perception de la douleur est élevée et plus la durée de l'absence du poste de travail régulier est faible. Comme dans le cas de la gravité de la lésion, cette situation pourrait s'expliquer par le fait que l'état psychologique et physique du travailleur ne sont plus des facteurs aussi importants pour prédire la durée d'absence. En effet, d'autres facteurs psychosociaux, tels que les problèmes de soutien social, alcoolisme, etc. apparaissent avec la prolongation de la durée d'absence comme beaucoup plus importants. Cependant, les analyses descriptives présentées antérieurement ne viennent pas renforcer notre explication. Car, en effet, pour ce qui est des résultats aux questionnaires sur la perception de la douleur et sur la perception de l'incapacité, ceux-ci démontrent que la moyenne du score global d'intensité de la douleur se situe entre 20 et 30; ce chiffre correspond à l'intensité de la douleur habituellement rapportée, dans les études effectuées par Melzack et Katz (1992), pour les maux de dos persistants. Par ailleurs, nous ne pouvons assumer que notre population d'étude était comparable à celle de Melzack et Katz (1992). Ces études nous permettent également de mentionner que les résultats sur la perception de l'incapacité complètent les indications précédentes en nous démontrant que la perception de l'incapacité est relativement faible, soit des valeurs moyennes de 32 et de 14 pour les questionnaires Oswestry et *SIP*, puisque le score maximal global de 100 pour ces deux questionnaires correspond à la

perception de l'incapacité la plus élevée.

Dans un deuxième temps, le secteur d'activité associé au secteur hospitalier est relié de façon significative avec l'absence du poste de travail régulier dans l'analyse de survie. Ainsi, le secteur d'activité associé au secteur hospitalier indique une durée d'absence du poste de travail régulier plus élevée que pour les autres secteurs. À cet égard, les résultats d'une étude de Frymoyer et Cats-Baril (1987) démontre que le secteur d'activité associé aux services de la santé, plus spécifiquement, celui du personnel infirmier est associé à la durée d'absence.

Dans notre étude, il est intéressant de se demander pour quelles raisons cette variable est significative avec l'absence du poste de travail régulier. Dans les études, plus particulièrement dans celle de Frymoyer et Cats-Baril (1987), il est mentionné que l'assignation temporaire procure une condition favorable à la réhabilitation ce qui favorise la probabilité de retour au travail. Dans cette optique, la relation entre le secteur d'activité et l'absence de tout travail aurait dû être significative. Par contre, certaines explications sont possibles. L'assignation temporaire étant moins facilement applicable dans les centres hospitaliers, les travailleurs se retrouvant assignés à une autre tâche, après un certain temps, désirent peut-être moins ou ne plus réintégrer leur poste de travail régulier.

Finalement comme constatation, il n'est pas étonnant également de constater que la durée moyenne de l'absence du poste de travail régulier est plus élevée que la durée de l'absence de tout travail. Ces résultats s'expliquent puisque l'assignation temporaire permet au travailleur d'intégrer un travail moins contraignant plutôt que d'arrêter complètement de travailler. Cette remarque peut également s'appliquer aux résultats obtenus pour le ratio délais totaux / absence de tout travail. Le ratio peut en effet être supérieur à un (1) car le total des délais d'intervention est plus élevé que le nombre total de jours d'absence de tout travail.

### 5.2.3. Comparaison des deux groupes :

Après avoir effectué des analyses comparatives de survie pour les deux groupes à l'étude, les résultats observés ne nous ont démontré aucune différence significative entre les groupes. Nous avons plutôt constaté que les résultats présentés lors des analyses de survie par groupes de variables étaient les mêmes que les résultats à ces analyses. Cette situation permet une mise en évidence des variables significatives.

### 5.2.4 Hypothèse de départ :

Au terme de cette brève présentation, nous pensons qu'il est possible d'interpréter les résultats de la façon suivante afin de confirmer ou non notre hypothèse de départ. Notre hypothèse étant que la durée d'absence du travail n'est pas expliquée par l'effet des traitements, mais plutôt par la contribution des pratiques administratives, voici les principaux aspects de notre interprétation.

Nous pouvons affirmer qu'en effet la durée totale des délais d'intervention explique l'absence mais de façon inversée. Selon la présentation effectuée tout au long du présent chapitre, nous voyons que la durée des traitements dans notre étude pourrait être très déterminante dans l'augmentation de la durée d'absence. En effet, c'est ce que nos deux modèles d'analyse nous démontrent par rapport aux deux composantes de la variable dépendante.

À ce stade-ci, il reste à établir si la durée des traitements est déterminée par l'efficacité de ces derniers ou par la gravité de la lésion, soit par des facteurs reliés à la lésion. C'est sur ce plan que nous pouvons examiner les études effectuées par différents auteurs. Ainsi, McGill (1968) croit que la réadaptation est plus efficace si le traitement est bien choisi au départ en fonction de la gravité de la lésion. Les traitements doivent également être adaptés et opportuns. Abenhaim et coll. (1995), dans un article plus récent, partagent le même avis. Cependant, ils ne mettent pas de côté non plus la gravité de la lésion. Tous s'entendent pour dire que la gravité de la lésion



détermine la durée de l'absence, mais que le premier diagnostic est très important afin d'adapter les traitements (Abenhaim et al., 1995; McGill, 1998; Tate, 1992).

### **5.3. Méthodologie :**

Voici quelques constatations méthodologiques qui pourraient contribuer à expliquer nos résultats.

Au cours de l'étude de Loisel et coll. (1996), initialement le protocole prévoyait que l'ergonome aille dans toutes les entreprises participantes (avec ou sans intervention en médecine du travail et ergonomie) pour faire une évaluation des contraintes ergonomiques à l'aide d'un outil spécialement élaboré dans cette optique. Son but était de permettre une comparaison de la pénibilité des tâches, considérée comme une variable de confusion, entre les quatre groupes issus de la répartition aléatoire. Toutefois, il est apparu très rapidement que l'évaluation ergonomique effectuée par l'ergonome pour les travailleurs n'étant pas admissibles à ce genre d'intervention dans l'étude allait créer un biais d'intervention très important. Sa présence entraînait en outre de nombreuses questions, des attentes en vue d'une intervention, une réflexion de la part des membres du personnel et de la direction et même des travailleurs accidentés. Par conséquent, cela risquait d'avoir davantage un effet d'intervention bien au-delà de la neutralisation recherchée de l'effet de Hawthorne. Il a donc été décidé de ne pas faire intervenir l'ergonome dans toutes les entreprises, mais seulement dans celles dont les travailleurs appartenaient au groupe où était prévue l'intervention en ergonomie, soit les groupes Ergo et Modèle. Conséquemment, il y a eu élaboration d'un outil simple à différentes phases de l'étude, ce qui n'a pas permis de comparer la pénibilité des tâches entre les quatre groupes issus de la répartition aléatoire.

À la suite de ces constatations, nous sommes en mesure de nous demander si nos résultats ne découlent pas de l'aspect ergonomique. Effectivement, il est apparu dans l'étude de Loisel et coll. (1996) que les postes auxquels survenaient des maux de dos étaient souvent des postes complexes, très

différents, pour lesquels une importante réflexion devait être faite sur le plan des transformations ergonomiques. Les difficultés étaient encore plus grandes pour les travailleurs polyvalents ou journaliers dont les postes de travail étaient nombreux et variables. Étant donné que l'absence peut s'expliquer par la durée du traitement, nous pouvons nous poser la question à savoir si les traitements ne sont pas plus longs à cause des aspects ergonomiques du poste de travail. Ainsi, il nous semble plausible que les deux groupes utilisés dans notre étude n'étaient peut-être pas comparables quant aux aspects de la tâche et que cette situation a provoqué un effet de Hawthorne.

Leur protocole d'étude prévoyait également des délais précis entre les étapes d'intervention, comme nous l'avons présenté dans la section 3.3 du chapitre portant sur la méthodologie de la recherche. En se référant aux durées d'absence des délais d'intervention relatifs aux rendez-vous et aux traitements (tableau 12), nous observons que les délais entre chacune des étapes sont assez longs. Par contre, à cause de la façon dont étaient structurées ces étapes, ceci a facilité l'isolement du temps de traitement et celui de délais administratifs et par conséquent la création des composantes de notre variable indépendante.

Par ailleurs, l'intérêt porté uniquement sur un groupe expérimental fait en sorte que notre étude comporte quelques limites. Étant donné que nous n'avons pas pu comparer notre échantillon du groupe soumis au modèle expérimental avec celui du groupe témoin, nous n'avons pu voir la différence qui aurait pu surgir entre ces deux groupes. Cette démarche nous permettrait davantage de valider le modèle expérimental élaboré par l'équipe de Loisel et coll. (1996). De plus, le nombre de nos sujets de notre échantillon finale était peu élevé ( $n = 56$ ). Cela avait pour effet de restreindre notre échantillon lorsque des données étaient manquantes dans certaines variables.

À plus large échelle, l'une de ces limites réside dans le fait que notre échantillon se concentrait exclusivement sur les travailleurs atteints de maux de dos d'origine professionnelle. Ainsi, nos résultats ne sont pas généralisables à d'autres populations. De même, notre échantillon

comporte des biais de sélection puisqu'il est constitué uniquement de travailleurs provenant d'entreprises ayant volontairement accepté de participer à l'étude de Loisel et coll. (1996).

#### **5.4 Développements futurs :**

En somme, nous croyons toujours qu'une approche systémique où les diverses interventions sont indépendantes des employeurs et de l'organisme de compensation permet une meilleure réintégration du travailleur à son poste en évitant à ce dernier le magasinage de divers thérapeutes. Dans l'étude de Loisel et coll. (1996), la disponibilité d'un médecin en santé du travail indépendant de l'entreprise, d'un ergonomiste organisant rapidement des interventions d'ergonomie participative, de l'intervention clinique et de la réadaptation rapide réduit la durée d'absence du travail. Les interventions destinées à prendre en charge les travailleurs souffrant de dorso-lombalgie doivent être systémiques et être réalisées le plus près possible des milieux de travail.

Cependant, il serait intéressant que d'autres chercheurs se penchent dans l'avenir sur cette question. Il est évident qu'un tel modèle de prise en charge devrait être disponible dans l'ensemble de la province de manière à permettre, dans un premier temps, une importante réduction du nombre de cas chroniques et, dans un deuxième temps, une amélioration de la qualité de vie des travailleurs qui présentent des blessures au dos.

En somme, quoi qu'il en soit, en plus d'apporter un modèle conceptuel et une nouvelle explication de la durée de l'absence, cette étude trace des pistes intéressantes pour de futures recherches.

## CONCLUSION

De nos jours, les coûts attribuables aux maux de dos d'origine professionnelle sont importants. Face à cette situation, il n'est pas étonnant de constater une recrudescence de l'intérêt des chercheurs pour le lien entre l'absence et les maux de dos depuis quelques années. Dans le processus de guérison entourant les accidents du travail, les auteurs ne se sont pas uniquement concentrés sur les facteurs responsables d'une absence prolongée, mais aussi sur les facteurs qui permettent de diminuer cette dernière. Ici, les auteurs s'attardent aux systèmes de prise en charge des travailleurs accidentés. Cette prise en charge pouvant s'articuler de différentes façons, soit par des interventions physiques, psychologiques ou ergonomiques, elle joue par conséquent un rôle primordial, lorsqu'elle est efficace et rapide, sur la durée d'absence du travailleur accidenté. En effet, ces bénéfices peuvent être autant directs qu'indirects.

Ces constatations entourant l'absentéisme nous permettent donc de pousser notre réflexion un peu plus loin. Nous pouvons en fait nous poser la question spécifique à savoir si le type d'intervention ou de traitement proposé aux travailleurs dans les systèmes de prise en charge est vraiment le facteur responsable d'une diminution du nombre de jours d'absence du travail. En effet, certains auteurs tendent à croire que les pratiques administratives entourant la gestion des dossiers des travailleurs accidentés expliquent davantage cette réduction de la durée d'absence du travail. Cette idée est d'autant plus renforcée lorsque nous examinons en détail le système de prise en charge conventionnel.

Par conséquent, c'est ce que nous avons tenté de découvrir dans la présente recherche. C'est à partir des résultats de l'étude de Loisel et coll. (1996) que nous avons tenté de démontrer la contribution des pratiques administratives liées à la gestion des dossiers à la durée d'absence des travailleurs atteints de maux de dos d'origine professionnelle. Les résultats de cette recherche répondent à notre but puisque la recherche regroupe des sujets faisant partie d'un modèle expérimental de prise en charge.

Au terme de nos analyses, nos résultats nous démontrent tout d'abord que les délais d'intervention ont un effet négatif direct sur nos deux dimensions de l'absence, c'est-à-dire l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier.

En somme, nos résultats ont démontré qu'il existe un autre élément déterminant dans notre recherche, soit la durée des traitements. En effet, lorsque le travailleur n'était pas en attente d'une intervention, il était en traitement. Si l'effet de la proportion des délais était à prévoir, il ne l'était cependant pas en ce sens. Pourtant, ces résultats nous semblent tout à fait concevables du fait que notre échantillon de travailleurs provenait d'une étude, plus spécifiquement du groupe correspondant au modèle expérimental où toutes les interventions étaient systématiques.

Par ailleurs, nos modèles finaux de régression expliquent la variance concernant l'absence de tout travail et l'absence du poste de travail régulier, respectivement. Ces pourcentages, intéressants sur le plan statistique, indiquent qu'une forte partie de la variance est expliquée par nos modèles de recherche. Il faut alors se demander si d'autres facteurs pourraient exercer un effet significatif sur la durée d'absence.

**LEXIQUE**

- Absence de tout travail :** Temps pendant lequel le travailleur n'a effectué aucun travail dans l'entreprise.
- Absence du poste de travail régulier :** L'absence du poste de travail régulier est le temps pendant lequel le travailleur est absent du poste qui lui est assigné habituellement. Nous comptons ainsi le temps réel pendant lequel le travailleur ne peut accomplir ses tâches normales et non le temps d'assignation temporaire.
- Assignation temporaire :** Modalité de travail allégé autorisée par la LATMP et à laquelle un travailleur, dont l'état de santé ne lui permet pas de retourner à un poste régulier, peut être affecté. Dans la présente étude, l'assignation temporaire a pu revêtir les formes suivantes : assignation à un poste ou au travail avec horaire allégé ou travail au poste régulier avec restrictions.
- Classe de dos :** Forme de traitement réunissant plusieurs patients et au cours duquel un physiothérapeute prodigue des conseils d'hygiène posturale, prescrit des exercices physiques et donne des cours d'anatomie du dos.
- Chronicité :** Lorsque le travailleur s'absente du travail plus de six (6) mois en raison de maux de dos.

- Dimension cinématique :** Aspects biomécaniques des dorso-lombalgies mesurés à l'aide d'un spinoscope.
- Ergonomie participative :** Intervention consistant à réunir autour de l'ergonome de la clinique de maux de dos, le travailleur blessé, son superviseur, des représentants de l'employeur et du syndicat concerné, de manière à analyser conjointement les contraintes du poste de travail pour le dos et à aboutir à des propositions de solution visant à les diminuer.
- Facteur administratif :** Tout élément relatif au fonctionnement du système juridique, du système de réparation et du système de santé.
- Facteur pathologique :** Tout élément relatif à la blessure, à sa gravité et à son siège.
- Facteur individuel :** Tout élément relatif aux individus, soit les traits démographiques et psychologiques.
- Facteur organisationnel :** Tout élément relatif à l'organisme/l'entreprise pour laquelle le travailleur accidenté travaille.
- Facteur économique :** Tout élément relatif aux aspects économiques lorsqu'un travailleur est victime d'un accident du travail, tels que les compensations salariales et les revenus supplémentaires.
- Poste régulier :** Poste de travail stable pour le travailleur (opposé à l'assignation temporaire).

**Pratiques administratives :** Ce sont les pratiques reliées à la gestion du dossier d'un travailleur accidenté. C'est-à-dire ce sont les étapes qui sont engendrées à partir du début de l'accident du travailleur jusqu'à son retour au travail.

**Modèle systémique  
de Sherbrooke :**

Nom du groupe recevant l'intervention complète de la clinique de maux de dos, modèle associant une intervention en médecine du travail et ergonomie et une intervention clinique et de réadaptation.

**Groupe Clinic :**

Nom du groupe recevant seulement l'intervention clinique et de réadaptation de la clinique de maux de dos.

**Système de prise  
en charge :**

Processus d'évaluation et de traitement des dorso-lombalgies par différents médecins spécialistes ou généralistes.

**Thérapie de récupération  
fonctionnelle (TRF) :**

Intervention multidisciplinaire associant une remise en forme physique et un développement des capacités fonctionnelles relativement au travail, en fonction d'une approche psychologique de type cognitivo-comportemental.



**BIBLIOGRAPHIE**

- ABENHAIM, L., et BERGERON, A.M., Twenty years of randomized clinical trials of manipulative therapy for back pain: a review, *Clinical Invest Medicine*, 1992, 15, 527-535.
- ABENHAIM, L., ROSSIGNOL, M., GOBEILLE, D., BONVALOT, Y., FINES, P., et SCOTT, S., The prognostic consequences in the making of the initial medical diagnosis of work-related back injuries, *Spine*, 1995, 20(7), 791-795.
- ABENHAIM, L., et SUISSA, S., Importance and economic burden of occupational back pain: A Study of 2 500 cases representative of Quebec, *Journal of Occupational Medicine*, 1987, 29(8), 670-674.
- ANDERSSON, G.B., SVENSSON, H., et ODEN, A., The intensity of work recovery in low back pain, *Spine*, 1983, 8(8), 880-884.
- BARIL, R., MARTIN, J-C., LAPOINTE, C., et MASSICOTTE, P., *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*, Institut de recherche en santé et sécurité du travail au Québec, 1994.
- BARNES, D., SMITH, D., GACHEL, R.J. et MAYER, T.G., Psychosocioeconomic predictors of treatment success/failure in chronic low-back pain patients, *Spine*, 1989, 14(4), 427-430.
- BATTIÉ, M.C., BIGOS, S.J., FISHER, L.D., HANSSON, T.H., JONES, M.E., et WORTLEY, M.D., Isometric lifting strength as a predictor of industrial back pain reports, *Spine*, 1989, 14(8), 851-856.
- BEALS, R.K., Compensation and recovery from injury, *West Journal of Medicine*, 1984, 140, 233-237.

- BELL, A.A., *Factors associated with time loss from work following work-compensable injury*, The University of Connecticut, 1994, 752 pages.
- BIERING-SORENSEN, F., A prospective study of low back pain in a general population: II. Location, character, aggravating and relieving factors, *Scandinavian Journal of Rehabilitation and Medicine*, 1983, 15, 81-88.
- BIERING-SORENSEN, F., et THOMSEN, C., Medical, Social and Occupational History As Risk Indicators for Low-Back Trouble in a General Population, *Spine*, 1986, 11(7), 720-725.
- BIGOS, S.J., SPENGLER, D.M., MARTIN, N.A., ZEH, J., FISHER, L., NACHEMSON, A., et WANG, M.H., Back Injuries in Industry: A Retrospective Study II. Injury factors, *Spine*, 1986, 11(3), 246-251.
- BIGOS, S.J., SPENGLER, D.M., MARTIN, N.A., ZEH, J., FISHER, L., NACHEMSON, A., et WANG, M.H., Back Injuries in Industry: A Retrospective Study III. Employee-related Factors, *Spine*, 1986, 11(3), 252-256.
- BIGOS, S.J., et BATTIÉ, M.C., Acute care to prevent back disability: ten years of progress, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1987, 221, 121-130.
- BREWIN, C.R., ROBSON, M.J., et SHAPIRO, D.A., Social and psychological determinants of recovery from industrial injuries, *Injury*, 1983, 14(5), 451-455.
- BRODY, B., LÉTOURNEAU, Y., et POIRIER, A., Real indirect costs of work accidents: Results from our new model, *Journal of Occupational Accidents*, 1990, 12, 99-104.
- BURTON, A.K., TILLOTSON, K.M., et TROUP, J.D.G., Prediction of low-back trouble frequency in a working population, *Spine*, 1989, 14(9), 939-

946.

- BUTLER, R.J., JOHNSON, W.G., et BALDWIN, M.L., Managing work disability: Why first return to work is not a measure of success, *Industrial and Labor Relations Review*, 1995, 48(3), 452-469.
- CARUSO, L.A., et CHAN, D.E., Evaluation and management of the patient with acute back pain, *The American Journal of Occupational Therapy*, 1986, 40(5), 347-351.
- CHAFFIN, D.B., HERRIN, G.D., et KEYSERLING, M., Preemployment strength testing. An updated position, *Journal of Occupational Medicine*, 1978, 20(6), 403-408.
- CHEADLE, A., FRANKLIN, G., WOLFHAGEN, C., SAVARINO, J., LIU, P.Y., SALLEY, C., et WEAVER, M., Factors influencing the duration of work-related disability: A population-based study of Washington state workers' compensation, *American Journal of Public Health*, 1994, 84(2), 190-196.
- COHEN, J.E., GOEL, V., FRANK, J.W., et GIBSON, E.S., Predicting risk of back injuries, work, absenteeism, and chronic disability, *Journal of Occupational Medicine*, 1994, 36(10), 1093-1098.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Statistiques sur les maux de dos*, Centre de documentation de la CSST, 1991, Cahier 91-2.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Modèle d'intervention en réadaptation à la CSST*, Centre de documentation de la CSST, 1992, 122 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Analyse de l'évolution de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles (1989-1991)*, Service de la statistique, 1993, 20 pages.

- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Statistiques sur les affections vertébrales 1990-1993*, Centre de documentation de la CSST, 1994.
- CÔTÉ DESBIOLLES, *L'absence du travail*, Centre de recherche et de statistiques sur le marché du travail, 1989.
- COUNCIL, J.R., AHERN, D.K., FOLLICK, M.J., et KLINE, C.L., Expectancies and functional impairment in chronic low back pain, *Pain*, 1988, 33, 323-331.
- CURINGTON, W.P., Compensation for permanent impairment and the duration of work absence, *The Journal of Human Resources*, 1994, 29(3), 888-910.
- DEHLIN, O., et BERG, S., Back symptoms and psychological perception of work: A study among nursing aides in a geriatric hospital, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1977, 9, 61-65.
- DEHLIN, O., BERG, S., HEDENRUD, B., ANDERSSON, G., et GRIMBY, G., Muscle training, psychological perception of work and low-back symptoms in nursing aides, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1978, 10, 201-209.
- DEREBERY, J.V. et TULLIS, W.H., Delayed recovery in the patient with a work compensable injury, *Journal of Occupational Medicine*, 1983, 25(11), 829-835.
- DEYO, R., et TSUI-WU, Y.J., Functional disability due to back pain. A population-based study indicating the importance of socioeconomic factors. *Arthritis and Rheumatism*, 1987, 30(11), 1247-1253.
- DOUGLAS, A. L., Charting the Process of Change: A Primer on Survival Analysis, *American Journal of Community Psychology*, 1993, 21(2), 203-245.

- DUPUIS, M., Accidents de travail: de quelle période d'indemnisation parle-t-on?, *La Presse*, 9 juin 1992, B3.
- EHRMANN-FELDMAN, D., ROSSIGNOL, M., ABENHAIM, L., et GOBEILLE, D., Physician referral to physical therapy in a cohort of workers compensated for low back pain, *Physical Therapy*, 1996, 76(2), 150-157.
- FEUERSTEIN, M. et THEBARGE, R.W., Perceptions of disability and occupational stress as discriminators of work disability in patients with chronic pain, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1991, 1(3), 185-195.
- FRANK, J.W., PULCINS, I.R., KERR, M.S., SHANNON, H.S., et STANSFELD, S.A., Occupational back pain - an unhelpful polemic -, *Scandinavian journal of Work Environment Health*, 1995, 21, 3-14.
- FRASIER, J.S., Work needs and perceived satisfaction of industrially injured employees in returning to gainful employment (Doctoral dissertation University of Michigan, 1987), *Dissertation Abstracts International*, 1988, 48(9), 2243.
- FREDERICKSON, B.E., TRIEF, P.M., VANBEVEREN, P., YUAN, H.A., et BAUM, G., Rehabilitation of the patient with chronic low back pain: A search for outcome predictors, *Spine*, 1988, 13(3), 351-353.
- FRYMOYER, J.W., et CATS-BARIL, W., Predictors of low back pain disability, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1987, 221, 89-98.
- FRYMOYER, J.W., *The adult spine: Principles and practice*, New York: Raven, 1991.
- FRYMOYER, J.W., Predicting disability from low back Pain, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1992, 279, 101-109.

- GAGNON, M., LORTIE, M., et ST-VINCENT, M., *Résumé de trois études sur les préposés aux malades, hommes et femmes, dans un hôpital pour soins prolongés*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 1989.
- GALLAGHER, R.M., RAUH, V., HAUGH, L.D., MILHOUS, R., CALLAS, P.W., LANGELIER, R., McCLALLEN, J.M., et FRYMOYER, J., Determinants of return-to-work among low back pain patients, *Pain*, 1989, 39, 55-67.
- HAIG, A.J., LINTON, P., McINTOSH, M., MONETA, L. et MEAD, P.B., Aggressive early medical management by a specialist in physical medicine and rehabilitation: Effect on lost time due to injuries in hospital employees, *Journal of Occupational Medicine*, 1990, 32(3), 241-244.
- HADDAD, G.H., Analysis of 2932 workers' compensation back injury cases: The impact on the cost to the system, *Spine*, 1987, 12(8), 765-769.
- HAZARD, R.G., FENWICK, J.W., KALISH, S.M., REDMOND, J., REEVES, V., REIDS, S., et FRYMOYER, J.W., Functional restoration with behavioral support: A one-year prospective study of patients with chronic low-back pain, *Spine*, 1989, 14(2), 157-161.
- HENDLER, S., et DIBATTISTA, J., Work Related Injuries: Implementing a unified approach to workmen's compensation reduces lost work time claims, *Wash: American Congress of Rehabilitation Medicine Annual Meeting*, 1988.
- HESTER, E.J., DECELLES, P.G., et GADDIS, E.L., *Predicting which disabled employees will return to work: The Menninger RTW scale*, 1986, Topeka, KA: Menninger foundation.
- HILDEBRANDT, V.H., A review of epidemiological research on risk factors of low back pain, In: Buckle, P.W., ed. *Musculoskeletal disorders at work*, London: Taylor et Francis, 1987, 9-16.

- INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL,  
*Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en  
réadaptation*, 1991, 54 pages.
- JENICEK, M., et CLÉROUX, R., *Épidémiologie principes, techniques,  
applications*, Edisem, 3<sup>ème</sup> tirage, 1984.
- JOHNSON, K.L., CHAN, F., et QUESTAD, K., Statistical prediction in  
proprietary rehabilitation, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1987,  
30(3), 130-135.
- KELSEY, J.L., et GOLDEN, A.L., Occupational and workplace factors  
associated with low back pain, *Occupational medicine: state of the  
art review*, 1988, 1, 7-16.
- KERVIN, J.B., *Methods for Business Research*, Harper Collins Publishers  
Inc., États-Unis, 1992.
- KLEIN, B.P., JENSEN, R.C., et SANDERSON, L.M., Assessment of worker's  
compensation claims for back strains/sprains, *Journal of  
Occupational Medicine*, 1984, 26(6), 443-448.
- LAABS, J.J., Steelcase slashes worker's compensation costs, *Personnel  
Journal*, 1993, February, 72-87.
- LACROIX, J.M., POWELL, J., LLOYD, G.J., DOXEY, N.C., MITSON, G.C., et  
ALDAM, C.F., Low-back pain: Factors of value in predicting outcome,  
*Spine*, 1990, 15(6), 495-499.
- LANCOURT, J., et KETTELHUT, M., Predicting return to work for lower back  
pain patients receiving worker's compensation, *Spine*, 1992, 17(6),  
629-640.
- LEAVITT, F., Detecting psychological disturbance using verbal pain  
measurement: The back pain classification scale, In: MELZACK

(ED.), *Pain measurement and assessment*, New York: Raven Press, 79-84.

LEVENSON, H., HIRSCHFELD, M., et HIRSCHFELD, A.H., Industrial accidents and recent life events, *Journal of Occupational Medicine*, 1980, 22(1), 53-57.

LOISEL, P., DURAND, P., GOSSELIN, L., SIMARD R., et TURCOTTE, J., *La clinique des maux de dos; un modèle de prise en charge en prévention de la chronicité*, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRRSST), 1996.

LOISEL, P., DURAND, P., ABENHAIM, L., GOSSELIN, L., SIMARD R., TURCOTTE, J., et ESDAILE, J.M., Management of occupational back pain: The Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study, *Occupational and Environmental Medicine*, 1994, 51, 597-602.

LUSTMAN, P.J., VELOZO, C.A., EUBANKS, B., MONTAG, J.A., et COLE, D.M., Prior psychiatric problems in rehabilitation clients with work-related injuries, *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1991, 1(3), 227-233.

McGILL, C.M., Industrial back problems: A control program, *Journal of Occupational Medicine*, 1968, 10(4), 174-178.

MAGORA, A., Investigation of the relation between low back pain and occupation. IV. Physical requirements, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1973, 5,180-186.

MAGORA, A., Investigation of the relation between low back pain and occupation. V. Psychological aspects, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1973, 5,186-196.

MAGREGA, D.J., Factors involved in time taken in returning to work after an industrial injury, *Dissertation Abstract*, 1990, 128 pages.



- MARTIN, J-C., et BARIL, R., Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés, *Revue internationale d'action communautaire*, 1993, 29(69), 109-120.
- MELZACK, R, et KATZ, J., *The McGill pain questionnaire: Appraisal and current status*. dans: Turk, D.C., et Melzack R: Handbook of pain assessment. New York, The Gilford Press, 1992, pp.152- 168.
- MEYER, B.D., KIP VISCUSI, W., et DURBIN, D.L., Workers' compensation and injury duration: Evidence from a natural experiment, *The American Economic Review*, 1995, 85(3), 322-339.
- MILHOUS, R.L., HAUGH, L.D., FRYMOYER, J.W., RUESS, J.M., GALLAGHER, R.M., WILDER, D.G., et CALLAS, P.W., Determinants of vocational disability in patients with low back pain, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1989, 70(8), 589-593.
- NACHEMSON, A.L., Advances in low-back pain, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1985, 200, 266-278.
- NACHEMSON, A.L., Newest knowledge of low back pain: A critical look, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1992, 279, 8-20.
- NORUSIS, M., *SPSS for Windows : Base system User's Guide*, version 6.0, Chicago : SPSS inc, 1993.
- POLATIN, P.B., GATCHEL, R.J., BARNES, D., MAYER, H., ARENS, C., et MAYER, T.G., A psychosociomedical prediction model of response to treatment by chronically disabled workers with low-back pain, *Spine*, 1989,14(a), 956-961.
- POUSSAINT, A.F., Psychological and psychiatric factors in the low back pain patient, In: WHITE III, A.A., et GORDON, S.I., AAOS Symposium on Ideopathic Low Back Pain, 1982, 39-45.
- REESOR, K.A., et CRAIG, K.D., Medically incongruent chronic back pain:

Physical limitations, suffering, and ineffective coping, *Pain*, 1988, 32, 35-45.

RIIHIMÄKI, H., Low-back pain, its origin and risk indicators, *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 1991, 17, 81-90.

ROSSIGNOL, M., SUISSA, S., et ABENHAIM, L., Working disability due to Occupational back pain: three-year follow-up of 2300 compensated workers in Quebec, *Journal of Occupational Medicine*, 1988, 30(6), 502-505.

ROSSIGNOL, M., SUISSA, S., et ABENHAIM, L., The evolution of compensated occupational spinal injuries: A three-year follow-up study, *Spine*, 1992, 17(9), 1043-1047.

SANDER, R.A., et MEYERS, J.E., The relationship of disability to compensation status in railroad workers, *Spine*, 1986, 11(2), 141-143.

SNOOK, S.H., Approaches to the control of back pain in industry: job design, job placement and education/training, *Occupational medicine: state of the art review*, 1988, 1, 45-59.

SPITZER, W.O. et AL., Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs, *Médecine clinique et expérimentale*, 1987, 10(5).

STEINBERG, G.G., Epidemiology of Low Back Pain, In: Stanton-Hicks, M., Boas, R.A., *Chronic Low Back Pain*, Raven Press, 1982, 1-13.

TABACHNICK, B.G. et FIDELL, L.S., *Using Multivariate Statistics*, second Edition, 1989, p.87.

TATE, D.G., Workers' disability and return to work, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1992, 71(2), 92-96.

- TOUGAS, G., LORTIE, M., et ST-VINCENT, M., L'apport de l'ergonomie dans la prévention des maux de dos. *Travail et Santé*, 1991, 7(3), 21-25.
- VALLFORS, B., Acute, subacute and chronic low back pain. Clinical symptoms, absenteeism and working environment, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1985, 11, 89 pages.
- VENNING, P.J., WALTER, S.D., et STITT, L.W., Personal and Job-related Factors as Determinants of Incidence of Back Injuries among Nursing Personnel, *Journal of Occupational Medicine*, 1987, 29(10), 820-825.
- VOLINN, E., VAN KOEVERING, D., et LOESER, J.D., Back sprain in industry: The role of socioeconomic factors in chronicity, *Spine*, 1991, 16(5), 542-548.
- WADDELL, G., NEWTON, M., HENDERSON, I., SOMERVILLE, D., et MAIN, C.J., A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability, *Pain*, 1993, 52(2), 157-168.
- WADDELL, G., A new clinical model for the treatment of low-back pain, *Spine*, 1987, 12(7), 632-644.
- WALSH, K., VARNES, N., OSMOND, C., STYLES, R. et COGGON, D., Occupational causes of low-back pain, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1989, 15, 54-59.
- WIESEL, S.W., FEFFER, H.L., et ROTHMAN, R.H., Industrial low-back pain: A prospective evaluation of standardized diagnostic and treatment protocol, *Spine*, 1984, 9(2), 199-203.
- National Institute of Occupational Health and Security (NIOSH), *Work Practices guide for manual lifting*, Ohio, 1981.

**Annexe I**

**Tableaux 3a et 3b**

**Tableau 3a : Classification des entités cliniques – colonne lombaire**

Lombalgie
Lombalgie + irradiation à un membre inférieur ne dépassant pas le genou
Lombalgie + irradiation à un membre inférieur dépassant le genou
Lombalgie + irradiation à un membre inférieur + signes neurologiques
Compression radiculaire <i>présumée</i> sur la radiographie simple, c.-à-d., instabilité vertébrale ou fracture
Compression radiculaire <i>démontrée</i> a) par imagerie spécifique (tomographie axiale assistée par ordinateur, myélographie ou résonance magnétique nucléaire); b) par une autre technique diagnostique (p.ex., électromyographie, vénographie).
Sténose vertébrale démontrée
État post-chirurgical, 1 à 6 mois après l'intervention
État post-chirurgical, plus de 6 mois après l'intervention 1) asymptomatique 2) symptomatique
Syndrome de douleur chronique
Autres

SPITZER, W.O. et coll., Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs, *Médecine clinique et expérimentale*, 1987, 10(5), p. D14.

**Tableau 3b : Structure des grands groupes de la Classification nationale des professions**

Numéro de groupe	Titre des grands groupes
00	Cadres supérieurs
01/09	Cadres intermédiaires et autre personnel de gestion
11	Personnel professionnel en gestion des affaires et en finance
12	Personnel spécialisé en administration et en travail de bureau
14	Personnel de bureau
21	Personnel professionnel des sciences naturelles et appliquées et personnel assimilé
22	Personnel technique relié aux sciences naturelles et appliquées
31	Personnel professionnel des soins de santé
32	Personnel technique et personnel spécialisés du secteur de la santé
34	Personnel de soutien des services de santé
41	Personnel professionnel des sciences sociales, de l'enseignement, de l'administration publique et de la religion
42	Personnel paraprofessionnel du droit, des services sociaux, de l'enseignement et de la religion
51	Personnel professionnel des arts et de la culture
52	Personnel technique et personnel spécialisé des arts, de la culture, des sports et des loisirs
62	Personnel spécialisé de la vente et des services
64	Personnel intermédiaire de la vente et des services
66	Personnel élémentaire de la vente et des services
72/73	Personnel des métiers et personnel spécialisé dans la conduite du matériel de transport et de la machinerie
74	Personnel intermédiaire en transport, en machinerie, en installation et en réparation
76	Personnel de soutien des métiers, manœuvres et aides d'entreprise en construction et autre personnel assimilé
82	Personnel spécialisé du secteur primaire
84	Personnel intermédiaire du secteur primaire
86	Personnel élémentaire du secteur primaire
92	Personnel de supervision et personnel spécialisé dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique
94/95	Personnel relié à la transformation, à la fabrication et au montage
96	Personnel élémentaire dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique

**Annexe II**

**Questionnaire McGill-Melzack**

**SECTION C - QUESTIONNAIRE MCGILL-MELZACK SUR LA DOULEUR**

Nombre d'heures depuis prise d'analgésiques :

<1     
  >=1 - 6<     
  >=6- 12<     
  >=12 -24<     
  >=24

Analgésique(s) \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

. frémissement \_\_\_\_\_  
 frisson \_\_\_\_\_  
 pulsation \_\_\_\_\_  
 martèlement \_\_\_\_\_

9. sourde \_\_\_\_\_  
 diffuse \_\_\_\_\_  
 douloureuse \_\_\_\_\_  
 pénible \_\_\_\_\_  
 écrasante \_\_\_\_\_

18.raide \_\_\_\_\_  
 engourdie \_\_\_\_\_  
 tendue \_\_\_\_\_  
 qui serre \_\_\_\_\_  
 qui arrache \_\_\_\_\_

. secousse \_\_\_\_\_  
 clignotement \_\_\_\_\_  
 éclair \_\_\_\_\_

10.endolorie \_\_\_\_\_  
 crispée \_\_\_\_\_  
 écorchée \_\_\_\_\_  
 fendue \_\_\_\_\_

19.fraîche \_\_\_\_\_  
 froide \_\_\_\_\_  
 glacé \_\_\_\_\_

. piqure \_\_\_\_\_  
 vrille \_\_\_\_\_  
 transperçante \_\_\_\_\_  
 poignard \_\_\_\_\_

11.fatigante \_\_\_\_\_  
 épuisante \_\_\_\_\_

20.tenace \_\_\_\_\_  
 nauséuse \_\_\_\_\_  
 épouvantable \_\_\_\_\_  
 atroce \_\_\_\_\_  
 à souffrir \_\_\_\_\_  
 le martyre \_\_\_\_\_

. coupante \_\_\_\_\_  
 tranchante \_\_\_\_\_  
 lacérante \_\_\_\_\_

12.à soulever \_\_\_\_\_  
 le coeur \_\_\_\_\_  
 suffocante \_\_\_\_\_

. pincement \_\_\_\_\_  
 pesanteur \_\_\_\_\_  
 tiraillement \_\_\_\_\_  
 crampe \_\_\_\_\_  
 broiement \_\_\_\_\_

13.affreuse \_\_\_\_\_  
 effroyable \_\_\_\_\_  
 terrifiante \_\_\_\_\_

**INTENSITÉ ACTUELLE DE LA DOULEUR (IAD)**  
 0 pas de douleur \_\_\_\_\_  
 1 légère \_\_\_\_\_  
 2 inconfortable \_\_\_\_\_  
 3 forte \_\_\_\_\_  
 4 horrible \_\_\_\_\_  
 5 insupportable \_\_\_\_\_

tiraillement \_\_\_\_\_  
 arrachement \_\_\_\_\_  
 torsion \_\_\_\_\_

14.épuisante \_\_\_\_\_  
 éreintante \_\_\_\_\_  
 harassante \_\_\_\_\_  
 vicieuse \_\_\_\_\_  
 à mourir \_\_\_\_\_

. chaude \_\_\_\_\_  
 brûlante \_\_\_\_\_  
 bouillante \_\_\_\_\_  
 comme marqué \_\_\_\_\_  
 au fer rouge \_\_\_\_\_

15.déprimante \_\_\_\_\_  
 aveuglante \_\_\_\_\_

**DURÉE**  
 constante \_\_\_\_\_  
 périodique \_\_\_\_\_  
 brève \_\_\_\_\_

fourmillement \_\_\_\_\_  
 démangeaison \_\_\_\_\_  
 picotement \_\_\_\_\_  
 piqure d'abeille \_\_\_\_\_

16.agaçante \_\_\_\_\_  
 exaspérante \_\_\_\_\_  
 intense \_\_\_\_\_  
 horrible \_\_\_\_\_  
 intolérable \_\_\_\_\_

**SYMPTÔMES ASSOCIÉS**  
 nausée \_\_\_\_\_  
 céphalées \_\_\_\_\_  
 étourdissements \_\_\_\_\_  
 vertiges \_\_\_\_\_  
 constipation \_\_\_\_\_

17.envahissante \_\_\_\_\_  
 rayonnante \_\_\_\_\_  
 pénétrante \_\_\_\_\_  
 transperçante \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À LA RECHERCHE



**Annexe III**

**Questionnaire Oswestry**

# MAL DE DOS - ÉCHELLE SUBJECTIVE D'INCAPACITÉ

*Cherbourg*

**Note:** Ce questionnaire a été conçu pour informer le médecin comment vos maux de dos ont modifié votre capacité à vous brouiller dans la vie quotidienne. Veuillez répondre à toutes les sections, et dans chaque section, ne cochez que la case qui s'applique à vous. Nous comprenons qu'il peut vous arriver de croire que deux des énoncés dans une section déterminée se appliquent à vous, mais veuillez ne cocher que la case qui décrit le mieux vos problèmes.

Version 13 août 91

## Section 1 - Intensité de la douleur

- Je peux tolérer la douleur que j'ai sans être obligé de prendre des analgésiques.
- La douleur est forte, mais j'arrive à me passer d'analgésiques.
- Les analgésiques m'apportent un soulagement complet.
- Les analgésiques m'apportent un soulagement modéré.
- Les analgésiques m'apportent très peu de soulagement.
- Les analgésiques ne m'apportent aucun soulagement et je n'en prends pas.

## Section 2 - Toilette & hygiène corporel (se laver, s'habiller etc.)

- Je suis capable de faire ma toilette habituelle, sans que cela m'occasionne de douleurs supplémentaires.
- Je suis capable de faire ma toilette habituelle, mais cela m'occasionne des douleurs supplémentaires.
- Faire ma toilette m'occasionne de la douleur et je la fais lentement et prudemment.
- J'ai besoin d'une certaine aide, mais j'arrive à faire la plus grande partie de ma toilette.
- J'ai besoin d'aide tous les jours pour faire une grande partie de ma toilette.
- Je ne m'habille pas, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

## Section 3 - Soulever

- Je suis capable de soulever des poids lourds sans douleur supplémentaire.
- Je suis capable de soulever des poids lourds mais cela m'occasionne des douleurs supplémentaires.
- La douleur m'empêche de soulever des poids lourds placés au sol, mais j'y arrive s'ils sont placés à ma portée
- Ex: sur une table.
- La douleur m'empêche de soulever des poids lourds
- Je ne suis capable que de soulever des poids très légers.
- Je suis incapable de soulever ou de porter quoi que ce soit.

## Section 4 - Marcher

- La douleur ne m'empêche pas de marcher peu importe la distance.
- La douleur m'empêche de marcher plus d'un mille.
- La douleur m'empêche de marcher plus d'un 1/2 mille.
- La douleur m'empêche de marcher plus d'un 1/4 de mille.
- Je ne suis capable de marcher qu'avec une canne ou des béquilles.
- Je reste au lit la plupart du temps et je dois me traîner pour aller aux toilettes.

## Section 5 - Rester assis

- Je suis capable de rester assis dans n'importe quelle chaise aussi longtemps que je le veux.
- Je ne suis capable de rester assis dans ma chaise préférée aussi longtemps que je le veux.
- La douleur m'empêche de rester assis plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester assis plus d'une 1/2 heure.
- La douleur m'empêche de rester assis plus de 10 minutes.
- Je suis totalement incapable de rester assis, la douleur m'empêche.

## SERVÉ À LA RECHERCHE

## Section 6 - Se tenir debout

- Je suis capable de me tenir debout aussi longtemps que je veux
- Je suis capable de me tenir debout aussi longtemps que je veux mais cela m'occasionne de la douleur supplémentaire.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de me tenir debout plus de 10 minutes.
- Je suis totalement incapable de me tenir debout, la douleur m'en empêche.

## Section 7 - Dormir

- La douleur ne m'empêche pas de bien dormir.
- Je ne suis capable de bien dormir qu'en prenant des somnifères.
- Même si je prends des somnifères, je dors moins de six heures.
- Même si je prends des somnifères, je dors moins de quatre heures.
- Même si je prends des somnifères, je dors moins de deux heures.
- Je suis totalement incapable de dormir, la douleur m'en empêche.

## Section 8 - Vie sexuelle

- Ma vie sexuelle ne m'occasionne pas de douleur supplémentaire.
- Ma vie sexuelle m'occasionne des douleurs supplémentaires.
- Ma vie sexuelle m'occasionne beaucoup de douleurs.
- La douleur restreint énormément ma vie sexuelle.
- La douleur m'interdit presque toute vie sexuelle.
- La douleur rend impossible toute vie sexuelle.

## Section 9 - Vie sociale

- Ma vie sociale est normale et elle ne m'occasionne pas de douleurs supplémentaires.
- Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité de la douleur.
- La douleur n'entrave pas de façon importante ma vie sociale, sauf que je dois limiter les activités qui demandent un surcroît d'efforts physiques. Ex: la danse
- La douleur a restreint ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.
- La douleur a fait que ma vie sociale se confine à la maison.
- À cause de la douleur, je n'ai pas de vie sociale.

## Section 10 - Voyager

- Je suis capable de voyager n'importe où sans douleur supplémentaire.
- Je suis capable de voyager n'importe où mais cela m'occasionne de la douleur supplémentaire.
- La douleur est forte mais j'arrive à faire des voyages de plus de deux heures.
- La douleur me restreint à ne faire que des déplacements de moins d'une heure.
- La douleur me restreint à ne faire que des déplacements nécessaires de moins de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de voyager, sauf pour me rendre chez le médecin ou à l'hôpital.

No CMD:

Date:

Interviewer:

**Annexe IV**

**Sickness Impact Profile (SIP)**

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je passe la plus grande partie de la journée allongé(e) pour me reposer. \_\_\_\_\_
2. Je passe la plus grande partie de la journée assis(e). \_\_\_\_\_
3. Je dors ou sommeille la plupart du temps - jour et nuit. \_\_\_\_\_
4. Je m'allonge plus souvent pendant la journée pour me reposer. \_\_\_\_\_
5. Je passe mon temps assis(e) à moitié endormi(e). \_\_\_\_\_
6. Je dors moins la nuit. Par exemple, je me réveille trop tôt, je mets du temps à m'endormir, je me réveille souvent. \_\_\_\_\_
7. Je dors ou sommeille plus souvent pendant la journée. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE



VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je dis combien je suis inutile ou que je ne vauds rien.  
Par exemple, que je suis un fardeau pour les autres. \_\_\_\_\_
2. Je me mets à rire ou à pleurer subitement. \_\_\_\_\_
3. Je me plains et je gémiss souvent de douleur ou de malaises. \_\_\_\_\_
4. J'ai tenté de me suicider. \_\_\_\_\_
5. J'agis de façon nerveuse ou agitée. \_\_\_\_\_
6. Je n'arrête pas de froter ou de tenir certaines parties  
de mon corps qui me font mal ou qui m'incommodent. \_\_\_\_\_
7. J'agis de façon irritable et impatiente envers moi-même.  
Par exemple, je parle en mal de moi, je peste contre moi,  
je me blâme pour les choses qui arrivent. \_\_\_\_\_
8. Je parle de l'avenir d'une manière désespérée. \_\_\_\_\_
9. J'éprouve des peurs soudaines. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je fais les mouvements difficiles avec de l'aide. Par exemple, monter dans une automobile ou en descendre, entrer dans la baignoire ou en sortir. \_\_\_\_\_
2. Je ne peux me mettre au lit ou en sortir, ou m'asseoir sur une chaise ou m'en relever sans l'aide d'une personne ou d'un appui quelconque. \_\_\_\_\_
3. Je reste debout seulement pendant de courtes périodes de temps. \_\_\_\_\_
4. Je n'arrive pas à garder mon équilibre. \_\_\_\_\_
5. Je bouge mes mains ou mes doigts avec une certaine limitation ou difficulté. \_\_\_\_\_
6. Je me tiens debout seulement avec l'aide de quelqu'un. \_\_\_\_\_
7. Je me mets à genoux, m'accroupis ou me penche seulement en me retenant à quelque chose. \_\_\_\_\_
8. Je suis tout le temps dans une position restreinte. \_\_\_\_\_
9. Je suis très gauche pour exécuter des mouvements avec mon corps. \_\_\_\_\_
10. Je me mets au lit ou m'en relève, je m'asseois sur une chaise ou m'en relève en m'appuyant à quelque chose ou en utilisant une canne ou une marchette. \_\_\_\_\_
11. Je reste allongé(e) la plupart du temps. \_\_\_\_\_
12. Je change de position souvent. \_\_\_\_\_

13. Je me cramponne après quelque chose pour me déplacer dans mon lit. \_\_\_\_\_
14. Je ne prends pas mon bain au complet tout seul; par exemple, j'ai besoin d'aide pour prendre un bain. \_\_\_\_\_
15. Je ne peux pas du tout prendre mon bain par moi-même, mais je suis baigné par quelqu'un. \_\_\_\_\_
16. J'ai besoin de l'aide de quelqu'un pour me servir d'un bassin hygiénique, fréquemment nommé bassine. \_\_\_\_\_
17. J'ai de la difficulté à mettre mes souliers et à enfiler mes bas. \_\_\_\_\_
18. Je n'ai pas le contrôle de ma vessie \_\_\_\_\_
19. Je n'attache pas mes vêtements. Par exemple, j'ai besoin d'aide pour les boutons, les fermetures-éclair, les lacets de souliers. \_\_\_\_\_
20. Je passe la plupart du temps à moitié habillé(e) ou en pyjama. \_\_\_\_\_
21. Je n'ai pas le contrôle de mes intestins. \_\_\_\_\_
22. Je m'habille moi-même, mais très lentement. \_\_\_\_\_
23. Je m'habille seulement avec l'aide de quelqu'un. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE SECTION

LA SECTION QUI SUIT CONCERNE LE TRAVAIL QUE VOUS FAITES  
POUR ENTREtenir VOTRE LOGEMENT OU VOTRE TERRAIN. EN  
NE CONSIDÉRANT QUE LES CHOSES QUE VOUS FAITES  
D'HABITUDE, COCHEZ SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES  
CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT  
EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.



1. J'effectue des travaux autour de la maison seulement pendant de courtes périodes de temps ou je me repose souvent. \_\_\_\_\_
2. J'effectue moins de travaux quotidiens autour de la maison, tâche que je ferais normalement. \_\_\_\_\_
3. Je n'effectue aucun des travaux autour de la maison, tâche que je ferais normalement \_\_\_\_\_
4. Je n'effectue aucun des travaux d'entretien ou de réparation que je ferais normalement dans la maison ou sur le terrain. \_\_\_\_\_
5. Je n'effectue aucun magasinage, tâche que je ferais normalement. \_\_\_\_\_
6. Je n'effectue aucun ménage de maison, tâche que je ferais normalement. \_\_\_\_\_
7. J'ai de la difficulté à me servir de mes mains. Par exemple, à ouvrir les robinets, à utiliser les appareils de cuisine, à coudre, à faire de la menuiserie. \_\_\_\_\_
8. Je ne lave plus le linge, tâche que je ferais normalement. \_\_\_\_\_
9. Je n'exécute pas de gros travaux autour de la maison. \_\_\_\_\_
10. J'ai cessé de m'occuper de mes affaires personnelles ou des affaires de la maison. Par exemple, faire les comptes, aller à la banque, faire le budget. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE



VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je ne me déplace qu'à l'intérieur d'un seul édifice. \_\_\_\_\_
2. Je reste toujours dans la même pièce. \_\_\_\_\_
3. Je passe plus de temps au lit. \_\_\_\_\_
4. Je reste au lit la plupart du temps. \_\_\_\_\_
5. Je n'utilise pas actuellement les transports en commun. \_\_\_\_\_
6. Je reste chez moi la plupart du temps. \_\_\_\_\_
7. Je ne vais qu'à des endroits où il y a des toilettes tout près. \_\_\_\_\_
8. Je ne vais pas en ville. \_\_\_\_\_
9. Je m'éloigne de chez moi seulement pendant de courtes périodes de temps. \_\_\_\_\_
10. Je ne me déplace pas dans le noir, ni dans des endroits non éclairés, sans l'aide de quelqu'un. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je sors moins pour rendre visite à des gens. \_\_\_\_\_
2. Je ne sors pas du tout pour rendre visite à des gens. \_\_\_\_\_
3. Je manifeste moins d'intérêt pour les problèmes des autres. Par exemple, je n'écoute pas quand ils me parlent de leurs problèmes, je ne m'offre pas pour les aider. \_\_\_\_\_
4. J'agis souvent de façon irritable envers les gens qui m'entourent. Par exemple, je leur parle sur un ton brusque, je leur répond sèchement, je critique facilement. \_\_\_\_\_
5. Je manifeste moins d'affection. \_\_\_\_\_
6. Je fais moins d'activités sociales en groupe. \_\_\_\_\_
7. Je diminue la durée des visites avec mes amis quand je leur rends visite. \_\_\_\_\_
8. J'évite que les gens me rendent visite. \_\_\_\_\_
9. Mon activité sexuelle a diminué. \_\_\_\_\_
10. Je fais souvent part de mes inquiétudes face à l'évolution de mon état de santé. \_\_\_\_\_
11. Je parle moins à ceux qui m'entourent. \_\_\_\_\_
12. J'ai beaucoup d'exigences. Par exemple, j'insiste pour que les gens fassent des choses pour moi, je leur dis comment faire les choses. \_\_\_\_\_

13. Je reste seul(e) la plupart du temps. \_\_\_\_\_
14. J'agis de façon désagréable envers les membres de ma famille.  
Par exemple, je suis rancunier(e), je suis têtu(e). \_\_\_\_\_
15. J'ai souvent des accès de colère envers des membres de  
la famille. Par exemple, je les frappe, je crie, je leur lance  
des objets. \_\_\_\_\_
16. Je m'isole le plus possible du reste de la famille. \_\_\_\_\_
17. Je porte moins d'attention aux enfants. \_\_\_\_\_
18. Je refuse le contact des membres de la famille. Par exemple,  
je me détourne d'eux. \_\_\_\_\_
19. Je ne fais pas ce que je fais normalement pour prendre soin  
de mes enfants ou de ma famille. \_\_\_\_\_
20. Je ne fais pas de farces avec les membres de la famille comme  
je le fais d'habitude. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE SECTION

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je marche des distances plus courtes ou je m'arrête souvent pour me reposer. \_\_\_\_\_
2. Je ne monte ni ne descends les côtes. \_\_\_\_\_
3. J'utilise les escaliers seulement avec un appui quelconque. Par exemple, en me servant de la rampe, d'une canne, de béquilles. \_\_\_\_\_
4. Je monte ou descends les escaliers seulement avec l'aide de quelqu'un d'autre. \_\_\_\_\_
5. Je me déplace en fauteuil roulant. \_\_\_\_\_
6. Je ne marche pas du tout. \_\_\_\_\_
7. Je marche sans aide, mais avec difficulté. Par exemple, je boite, je chancelle, je trébuche, j'ai les jambes raides. \_\_\_\_\_
8. Je marche seulement avec l'aide de quelqu'un. \_\_\_\_\_
9. Je monte et descends les escaliers plus lentement. Par exemple, une marche à la fois, avec de fréquents arrêts. \_\_\_\_\_
10. Je n'utilise pas du tout les escaliers. \_\_\_\_\_
11. Je me déplace seulement à l'aide d'une marchette, de béquilles, d'une canne, ou en m'appuyant aux murs ou aux meubles. \_\_\_\_\_
12. Je marche plus lentement. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je suis confus(e) et entreprends plusieurs choses à la fois. \_\_\_\_\_
2. J'ai plus souvent de petits accidents. Par exemple, je laisse échapper des choses, je trébucher et je tombe, je me cogne contre les objets. \_\_\_\_\_
3. Je réagis lentement à ce qu'on dit ou à ce qu'on fait. \_\_\_\_\_
4. Je ne termine pas les choses que je commence. \_\_\_\_\_
5. J'ai de la difficulté à raisonner et à résoudre des problèmes. Par exemple, à faire des plans, à prendre des décisions, à apprendre de nouvelles choses. \_\_\_\_\_
6. Je me comporte quelquefois comme si j'étais confus(e) ou désorienté(e) dans l'espace ou dans le temps. Par exemple, je ne sais plus où je suis, qui m'entoure, comment me rendre à tel endroit, quel jour on est. \_\_\_\_\_
7. J'oublie beaucoup. Par exemple, j'oublie ce qui est arrivé récemment, où j'ai mis certaines choses, des rendez-vous. \_\_\_\_\_
8. Je ne fixe pas longtemps mon attention sur aucune activité. \_\_\_\_\_
9. Je fais plus d'erreurs que d'habitude. \_\_\_\_\_
10. J'ai de la difficulté à faire des activités qui demandent de la concentration et de la réflexion. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. J'ai de la difficulté à écrire ou à dactylographier \_\_\_\_\_
2. Je communique la plupart du temps par gestes; par exemple en bougeant la tête, en montrant du doigt, en langage par signe. \_\_\_\_\_
3. Mes paroles sont comprises seulement par quelques personnes qui me connaissent bien. \_\_\_\_\_
4. Je perds souvent le contrôle de ma voix quand je parle; par exemple ma voix devient plus forte ou plus douce, tremblante, changeant de façon imprévue. \_\_\_\_\_
5. Je n'écris pas sauf pour signer mon nom. \_\_\_\_\_
6. Je peux tenir une conversation seulement si je suis très près d'une personne ou si je suis face à elle. \_\_\_\_\_
7. J'ai de la difficulté à parler; par exemple je bloque, je bégaie, je bafouille, j'articule mal mes mots. \_\_\_\_\_
8. Je suis compris(e) avec difficulté. \_\_\_\_\_
9. Je ne peux parler clairement lorsque je suis stressé(e). \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

LES ÉNONCÉS QUI SUIVENT CONCERNENT TOUT TRAVAIL QUE VOUS FAITES NORMALEMENT, À L'EXCLUSION DE L'ENTRETIEN DE VOTRE LOGEMENT. PAR CECI, NOUS VOULONS DIRE TOUT CE QUE VOUS CONSIDÉREZ COMME TRAVAIL EXÉCUTÉ SUR UNE BASE RÉGULIÈRE.

TRAVAILLEZ-VOUS NORMALEMENT À AUTRE CHOSE QU'À ENTREtenir VOTRE LOGEMENT?

        
OUI

        
NON



SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI, ALLEZ À LA PAGE SUIVANTE



SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON:

ETES-VOUS À LA RETRAITE?

        
OUI

        
NON

SI VOUS ETES À LA RETRAITE, AVEZ-VOUS PRIS VOTRE RETRAITE À CAUSE DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ?

        
OUI

        
NON

SI VOUS N'ÊTES PAS À LA RETRAITE, MAIS NE TRAVAILLEZ PAS, EST-CE À CAUSE DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ?

        
OUI

        
NON



SAUTEZ MAINTENANT LA PAGE SUIVANTE

SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS ET QUE CE NE SOIT PAS  
À CAUSE DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ, VEUILLEZ SAUTER  
CETTE PAGE.

CONSIDÉREZ MAINTENANT LE TRAVAIL QUE VOUS FAITES ET COCHEZ  
SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT  
À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.  
(SI NOUS SOMMES AUJOURD'HUI SAMEDI OU DIMANCHE OU TOUTE AUTRE  
JOURNÉE OÙ VOUS ÊTES NORMALEMENT EN CONGÉ, FAITES COMME SI VOUS  
ÉTIEZ PENDANT UNE JOURNÉE DE TRAVAIL).

- 
1. Je ne travaille pas du tout \_\_\_\_\_  
(SI VOUS AVEZ COCHÉ CET ÉNONCÉ, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE SUIVANTE)
  2. Je fais une partie de mon travail chez moi. \_\_\_\_\_
  3. Je n'en fais pas autant que d'habitude au travail. \_\_\_\_\_
  4. J'agis souvent de façon irritable envers mes compagnons ou  
compagnes de travail. Par exemple, je leur parle sur un ton  
brusque, je leur répond sèchement, je critique facilement. \_\_\_\_\_
  5. Je travaille moins longtemps. \_\_\_\_\_
  6. Je fais seulement des travaux légers. \_\_\_\_\_
  7. Je travaille seulement pendant de courtes périodes de temps  
ou je prends fréquemment des pauses. \_\_\_\_\_
  8. Je fais mon travail habituel, mais avec quelques modifications.  
Par exemple, j'utilise des outils différents ou je me sers  
d'instruments spéciaux pour m'aider, j'échange certaines tâches  
avec d'autres personnes. \_\_\_\_\_
  9. Je ne fais pas mon travail avec autant de soin et de précision que  
d'habitude. \_\_\_\_\_



COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE  
LES ÉNONCÉS QUI SUIVENT CONCERNENT LES ACTIVITÉS  
QUE VOUS AVEZ L'HABITUDE DE FAIRE PENDANT VOS LOISIRS.  
IL S'AGIT D'ACTIVITÉS QUE VOUS FAITES POUR RELAXER,  
POUR PASSER LE TEMPS OU POUR LE SIMPLE PLAISIR.  
VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS  
ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET  
QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.



- 
1. Je me consacre à mes passe-temps et à mes loisirs pendant de plus courtes périodes de temps. \_\_\_\_\_
  2. Je sors moins souvent pour me distraire. \_\_\_\_\_
  3. Je m'adonne moins à certains de mes passe-temps ou loisirs paisibles habituels. Par exemple, regarder la télé, jouer aux cartes, lire. \_\_\_\_\_
  4. Je ne m'adonne à aucun de mes passe-temps ou loisirs paisibles habituels. Par exemple, regarder la télé, jouer aux cartes, lire. \_\_\_\_\_
  5. Je remplace de plus en plus mes activités habituelles par des passe-temps paisibles. \_\_\_\_\_
  6. Je participe à moins d'activités récréatives en groupe. \_\_\_\_\_
  7. Je diminue certaines de mes activités physiques habituelles, récréatives ou autres. \_\_\_\_\_
  8. Je ne m'adonne plus à aucune de mes activités physiques habituelles, récréatives ou autres. \_\_\_\_\_

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE



VEUILLEZ COCHER SEULEMENT LES ÉNONCÉS DONT VOUS ÊTES CERTAIN QU'ILS S'APPLIQUENT À VOUS AUJOURD'HUI ET QUI SONT EN RAPPORT AVEC VOTRE ÉTAT DE SANTÉ.

---

1. Je mange beaucoup moins que d'habitude
2. Je mange seul(e) mais seulement en utilisant une nourriture spécialement préparée ou avec des ustensiles spécialement adaptés.
3. Je mange une nourriture spéciale ou différente par exemple, nourriture molle, en purée, sans sel, sans gras, sans sucre.
4. Je ne mange aucune nourriture solide mais je peux boire du liquide.
5. Je mange ma nourriture du bout des lèvres ou je grignote
6. Je bois moins de liquides
7. Je mange avec l'aide de quelqu'un
8. Je ne peux pas manger seule, on doit me faire manger.
9. Je ne mange aucune nourriture, on doit me nourrir à l'aide de tubes ou par voie intra-veineuse.

COCHEZ APRÈS AVOIR LU TOUS LES ÉNONCÉS DE CETTE PAGE

**INTERVIEWER:**

## **Annexe V**

### **Pratiques administratives**

## SECTION B (à remplir par l'ergonome)

### Raison Sociale \_\_\_\_\_

1. Nombre de cas d'assignation temporaire ou travaux légers:	<b>&gt;=75-100%</b>	<b>&gt;=50-75%&lt;</b>	<b>&gt;=25-50%&lt;</b>	<b>&lt;25%</b>
	<b>1</b> très souvent	<b>2</b> souvent	<b>3</b> quelquefois	<b>4</b> rare
1.1 Proposition (en % du nombre total d'accidents du travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Mise en oeuvre (en % de 1.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nombre de cas de reclassement professionnel par année:				
	<b>&gt;= 10</b>	<b>5 - 9</b>	<b>1 - 4</b>	<b>0</b>
2.1 Demandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Mise en oeuvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Expérience d'étude Acc. du Travail:	<b>&gt;=75-100%</b>	<b>&gt;=50-75%&lt;</b>	<b>&gt;=25-50%&lt;</b>	<b>&lt;25%</b>
3.1 Fréquence (en % du nombre total d'accidents du travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Rédaction de rapports (en % de 3.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Importance perçue des <b>GPRD</b>	<b>Très fort</b>	<b>fort</b>	<b>moyennement forte</b>	<b>faible</b>
4.1 Estimation du % des accidents de travail survenant <u>au dos</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version 14 novembre 91

**Annexe VI**

**Grille de collecte des données**

No. de dossier:

## Module 1: Profil du travailleur

Informations concernant le travailleur

### Identification:

1. No. de dossier (étude):
2. Sexe: M  F  3. Date de naissance:  /  /
4. Groupe:  1  2  3  4 5. No. de l'entreprise:

### Profil psychologique:

6. Résultat au questionnaire McGill-Melzack:
7. Résultat au questionnaire d'Oswestry:
8. Résultat du Sickness Impact Profile (SIP):

No. de dossier:

**Lésion:**

9. Nature de la lésion:  atteinte minimale  atteinte modérée  
 atteinte sévère  atteinte très sévère

**Expériences de compensation:**

Antécédents			
Date (a/m/j)	type de lésion	Employeur	Emploi
/ /			
/ /			
/ /			

**Informations concernant le poste de travail:**

1. Profession ou métier au moment de l'événement actuel: \_\_\_\_\_
2. Ancienneté au poste de travail:
3. Ancienneté dans l'entreprise:

No. de dossier:

## Module 2: Profil de l'entreprise



### Identification:

- 1. No. entreprise:
- 2. Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_
- 3. Adresse: \_\_\_\_\_

### Secteur d'activité:

- 4. Type de secteur d'activité: \_\_\_\_\_

### Taille:

- 5. Nombre d'employés (total):
- cadres
- employés
- ouvriers ou assimilés



No. de dossier:



**Cas d'assignation temporaire ou travaux légers:**

1. Proposition de cas (en % du nombre total d'accidents du travail):

- très souvent
- souvent
- quelquefois
- rare

2. Mise en oeuvre (en % de proposition de cas):

- très souvent
- souvent
- quelquefois
- rare

**Reclassement professionnel:**

1. Nombre de cas demandé par année:

- très souvent
- souvent
- quelquefois
- rare

2. Nombre de cas mise en oeuvre par année:

- très souvent
- souvent
- quelquefois
- rare





No. de dossier: □□□□

### Module 4: Interventions

## Intervention réalisée par l'intervenant

Date (a/m/j)*	Consultation (motif)	Résultats	Date (a/m/j)**
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /

\* Date de la rencontre avec le médecin traitant.  
\*\* Date de la rencontre avec un autre médecin spécialiste ou autre.

No. de dossier:

### Module 5: Détermination des traitements



Date (a/m/j)*	Résultats	Traitement prescrit	Date (a/m/j)**
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /
/ /			/ /

\* Date de la rencontre avec le médecin traitant lors de la détermination du traitement.  
\*\* Date de commencement du traitement



No. de dossier:

### Module 7: Marqueurs décisionnels



Marqueurs décisionnels		
Date (a/m/j)	type *	Spécification
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

\* Par exemple: date de consolidation, référence en traitement, rapport médical, assignation temporaire, etc.





